

Indholdsfortegnelse

Ad punkt 3.1 Generelt.....	2
Ad punkt 3.4 Afsnit 1510 – lukket afsnit	4
Ad punkt 3.5 Afsnit 3212 – lukket afsnit/akut modtageafsnit.....	4
Ad punkt 3.6 Afsnit 3222 – åbent afsnit.....	5
Ad punkt 3.8 Afsnit 3242 – Klinik for Spiseforstyrrelser	5
Ad punkt 5.1 Overbelægning mv.	6
Ad punkt 5.2 Adgang til frisk luft	6
Ad punkt 5.8 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	7
Ad punkt 5.9 Patienternes kontakt med læge mv.....	7
Ad punkt 5.11 Anvendelse af tvang, herunder fiksering.....	9
Ad punkt 5.12 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehand- ling mv.	10
Ad punkt 5.13 Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt.....	10
indlagte	10
Ad punkt 5.15 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	11
Ad punkt 5.16 Aktindsigt.....	12
Ad punkt 5.17 Pårørendekontakt.....	16
Ad punkt 5.18 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	17
Ad punkt 5.19 Rygepolitik.....	20
Ad punkt 5.20 Euforiserende stoffer og alkohol	21
Ad punkt 5.22 Patientindflydelse	22
Ad punkt 5.23 Rekruttering af personale og sygefravær.....	23
Ad punkt 5.24 Vold mod personalet	23
Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	24
Ad punkt 6.2 Tvangsbehandling	25
Ad punkt 6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	26
Opfølgning	27
Underretning	28

Den 25. januar 2007 afgav jeg endelig rapport om min inspektion den 15. august 2006 af Psykiatrisk Center Gentofte. Jeg bad heri centret om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg bad centret sende disse oplysninger gennem Region Hovedstaden for at give regionen mulighed for at kommentere det som centret anførte.

Jeg har i den anledning modtaget en udtalelse af 26. april 2007 fra Region Hovedstadens Psykiatri vedlagt forskelligt materiale som er gældende for Psykiatrisk Center Gentofte.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.1 Generelt

Centerledelsen oplyste under inspektionen at Københavns Amt (nu Region Hovedstaden) havde afsat 25 mio. kr. til renovering af Psykiatrisk Center Gentofte, herunder etablering af enestuer og renovering af toilet- og badeforhold. På grund af strukturen var midlerne imidlertid blevet indefrosset.

På baggrund af en række fysiske forhold som generelt gør sig gældende for alle eller flere af centrets afsnit (flersengsstuer, utilstrækkelige toilet- og badeforhold, dårlig belysning og urolige farver i indretningen), udtalte jeg indledningsvis i rapporten at der efter min opfattelse er behov for en snarlig og gennemgribende renovering af centret. Jeg noterede mig i den forbindelse at en kommende renovering af centret ville indebære etablering af enestuer og renovering af toilet- og badeforhold.

Jeg skrev endvidere i rapporten at jeg forstod på ledelsen at der allerede forelå helt færdige planer for renovering af centret, og jeg bad om at blive orienteret om disse. Jeg bad samtidig om nærmere oplysninger om hvad renovering af toilet- og badeforholdene ville komme til at indebære.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at der i 2001 blev udarbejdet et revideret programforslag vedrørende renovering af Psykiatrisk Center Gentofte i perioden 2002 til 2004. Forslaget blev dog senere udskudt, da man ønskede at afvente en stillingtagen til renovering af det samlede Gentofte Hospital. Forslaget er nu mere end 7 år gammelt, og en renovering af Psykiatrisk Center Gentofte i de nuværende lokaler vil forudsætte et helt nyt gennemarbejdet forslag. I Region Hovedstadens forslag til psy-

kiatriplan, som blev offentliggjort den 20. januar 2007, blev det foreslået at flytte Psykiatrisk Center Gentofte til nyrenoverede lokaler i det nuværende Hørsholm Hospital. Det vil ifølge Region Hovedstadens Psykiatri løse alle nuværende lokalemæssige problemer på centret.

Psykiatriplan 2007 for Region Hovedstaden blev vedtaget af regionsrådet den 15. maj 2007. Det fremgår af planen at Psykiatrisk Center Gentofte skal flytte til Hørsholm og dække kommunerne Gentofte, Lyngby-Tårnbæk og Rudersdal (jf. side 15 og 31 i psykiatriplanen). Det fremgår endvidere at ombygningen og nybyggeriet i Hørsholm til det nuværende psykiatriske center i Gentofte er et af de mest omkostningskrævende anlægsprojekter som psykiatriplanen medfører (jf. side 19 og 56). Det er angivet at planen skal realiseres så hurtigt som muligt, men at realiseringen er afhængig af at regering og folketing tilfører nye økonomiske midler hertil, og at der skal udarbejdes prioriterede handlingsplaner der tager det størst mulige hensyn til at patienterne også her og nu har behandlingsbehov som Region Hovedstaden skal løse. Det er desuden angivet at det ved økonomiforhandlingerne mellem regeringen og regionerne er nødvendigt at afsætte tilstrækkelige midler til bl.a. renoveringer, nybyggeri og apparatur, ikke blot i et 5-årigt forløb, men også i årene herefter (jf. side 20 og 57).

Det fremgår af hjemmesiden for Region Hovedstadens Psykiatri (www.psykiatri-regionh.dk) at Psykiatrisk Center Gentofte flytter til Hørsholm Hospital i løbet af få år. Tidspunktet for flytningen er endnu ikke fastlagt, men der arbejdes med en tidsplan på 3-4 år.

Planerne om flytning af centret har betydning for flere af de bygningsmæssige forhold som jeg har kritiseret. Ved min vurdering af hvad Region Hovedstadens Psykiatri og Psykiatrisk Center Gentofte foretager i anledning af disse forhold, må jeg lægge vægt på at der nu er planer om at flytte centret til nye/nyrenoverede lokaler. Jeg må samtidig også lægge vægt på at det i ombudsmandslovens § 8 er bestemt at ombudsmanden i sin kontrol med den kommunale forvaltning skal tage hensyn til de særlige vilkår som det kommunale styre virker under. Det betyder at ombudsmanden ved sin kontrol skal respektere at det er kommunalbestyrelsen/regionsrådet der inden for lovens rammer fordeler de eksisterende ressourcer.

Jeg beder Region Hovedstadens Psykiatri om at underrette mig når tidspunktet for flytning af Psykiatrisk Center Gentofte er blevet fastlagt.

Jeg nævnte bl.a. indledningsvis i min rapport at der generelt er en dårlig belysning på det lange gangareal i afsnittene. Da belysningen efter min opfattelse har en væsentlig betydning for helhedsindtrykket af de enkelte afsnit, og når det samtidig tages i be-

tragtning hvilken betydning lysforhold generelt kan have for et menneskes humør, energiniveau og velbefindende i det hele taget (en vis terapeutisk virkning), bad jeg centerledelsen – af hensyn til både patienter og personale – om at overveje snarest at forbedre lysforholdene på de gangarealer hvor belysningen er dårlig. Jeg bad centret underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at forbedring af lysforholdene på gangarealerne afventer stillingtagen til en gennemgribende renovering af centret/flytning til Hørsholm Hospital. Centerledelsen er enig i at lysforholdene er væsentlige i det terapeutiske miljø, og der arbejdes derfor på at få bevilling til en midlertidig forbedring.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om at blive underrettet om hvad der videre er sket med hensyn til belysningen på de lange gangarealer.

Ad punkt 3.4 Afsnit 1510 – lukket afsnit

Under en af mine samtaler med en patient fra afsnittet som havde ønsket det, klagede patienten over at udsugningen i rygerummet ikke virkede. Jeg bad centret oplyse om udsugningen i rygerummet fungerer som den skal.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at udsugningen i rygerummet blev etableret ca. 1 år forud for Psykiatriens udtalelse, og at den fungerer som den skal og har gjort det siden etableringen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.5 Afsnit 3212 – lukket afsnit/akut modtageafsnit

Det blev under inspektionen oplyst at toilet- og baderummene blev rengjort to gange om dagen, morgen og aften. Det var mit indtryk under inspektionen at rengøringsstandard på afsnittets toiletter og baderum var meget dårlig. Jeg bemærkede i rapporten at en snavset toiletkumme ikke nødvendigvis behøver at være udtryk for en generel dårlig rengøringsstandard, men at de øvrige forhold – et tilstoppet afløb, manglende afkalkning af vægge og beskidte gulve – vidnede om en rengøringsstandard der generelt var for dårlig. Derudover nævnte jeg at det efter min opfattelse var uheldigt at der på et (handicap)toilet manglede både toiletpapir og papirhåndklæder. Jeg bad centret oplyse hvad de nævnte forhold havde givet eller gav centret anledning til at foretage.

Psykiatrisk Center Gentofte har oplyst at centret over for rengøringsafdelingen har påpeget at de skal være omhyggelige med at der er både toiletpapir og papirhåndklæder på toiletterne, og at der skal gøres rent på toiletterne og baderummene så forholdene

er acceptable. Der er endvidere taget initiativ til at se på den løbende vedligeholdelse. Det er dog centrets opfattelse at de fleste af medarbejderne i rengøringsafdelingen gør et udmærket arbejde for at holde toilet- og baderum i orden hvilket er en meget vanskelig opgave, da rummene bliver benyttet af mange patienter, og faciliteterne samtidig er meget dårligt vedligeholdt.

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

Ad punkt 3.6 Afsnit 3222 – åbent afsnit

To af afsnittets tre baderum er kombinerede toilet- og baderum hvis toiletter er forbeholdt kvinderne, mens brusebadene bruges af alle patienter. Et yderligere rum det samme sted benyttes som tørrerum for patienternes vasketøj. Under inspektionen modtog jeg en klage fra en patient over den manglende adskillelse af toilet- og badeforhold for mænd og kvinder. Centerledelsen tilkendegav efter inspektionen at ville undersøge muligheden for at forbedre toilet- og badeforhold.

Jeg tilkendegav under inspektionen at toilet- og badeforholdene på afsnittet efter min opfattelse er kritisable. I rapporten noterede jeg mig det oplyste om en mulig forbedring af toilet- og badeforholdene og bad centret oplyse om der allerede var sket en forbedring af forholdene på afsnittet, eller om det var besluttet at en forbedring skulle finde sted i den nærmeste fremtid, og hvad forbedringen i givet fald ville bestå i.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at tørrerummet er flyttet, så der er etableret ét baderum mere. Der er nu fire baderum i alt – to til kvinder og to til mænd.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager mig på baggrund af planerne om flytning af centret ikke mere vedrørende dette forhold.

Ad punkt 3.8 Afsnit 3242 – Klinik for Spiseforstyrrelser

På handicaptoliet var der på inspektionstidspunktet en svag lugt af urin. Klinikens to andre toiletter var beskidte, og der lå toiletpapir på gulvet. Væggene på toiletter og baderum havde aflange gule mærker. Jeg bad centret oplyse om det anførte gav centret anledning til en nærmere undersøgelse af rengøringsstandarden på klinikens toiletter og baderum.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at centret over for rengøringsafdelingen på Gentofte Hospital har påpeget at afdelingen skal være påpasselig med rengøringen på samtlige centrets baderum og toiletter, herunder også Klinik for Spiseforstyrrelser. Der er endvidere taget skridt til at ændre rengøringsplanerne og forbedre rengøringen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.1 Overbelægning mv.

Det blev under inspektionen oplyst at når der er mange patienter på afsnit 1510, som har 12 enestuer, kan det forekomme at to patienter må dele stue. Af centrets virksomhedsplan for 2006 fremgår det at centret vil arbejde for at belægningsprocenten er på 90, således at der maksimalt er to patienter på samme stue. Jeg bad om at få oplyst centrets belægningsprocent for 2005 og 2006. Jeg bad endvidere om nærmere oplysninger om hvor ofte det forekommer at to patienter må dele en enestue.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst følgende om belægningsprocenten for 2005 og 2006:

Centrets belægningsprocent for 2005

Lukkede afsnit: Afsnit 3212: 92,5 % og afsnit 1510: 92,7 %

Åbne afsnit: Afsnit 3222: 95,6 % og afsnit 3232: 95,6 %

Centrets belægningsprocent for 2006:

Lukkede afsnit: Afsnit 3212: 78,8 % og afsnit 1510: 87,1 %

Åbne afsnit: Afsnit 3222: 93,4 % og afsnit 3232: 82,6 %

Med hensyn til spørgsmålet om hvor ofte det forekommer at to patienter må dele en enestue, har Psykiatrien oplyst at det forekommer meget sjældent da centret har mange to-sengsstuer. Centret har ikke registreret hvor hyppigt det forekommer at to patienter må dele en enestue, men ved en konkret forespørgsel til afsnittene er det blevet oplyst at det næsten aldrig forekommer.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.2 Adgang til frisk luft

Det blev efter inspektionen oplyst at centerledelsen havde besluttet at der skulle udarbejdes en instruks om patienternes ret til at komme ud i frisk luft. Jeg bad ledelsen underrette mig om instruksen når den var udarbejdet.

Region Hovedstadens Psykiatri har sendt mig en instruks som centret har udarbejdet, og oplyst at instruksen skulle endeligt godkendes i centrets lokale kvalitetsråd. Det forventedes at instruksen var klar til implementering ca. 1. maj 2007.

Jeg har læst instruksen, og jeg har noteret mig at samtlige patienter som er indlagt på lukket afsnit, og samtlige patienter som er indlagt på åbent afsnit og som ikke selv er mobile, dagligt skal tilbydes enten ledsaget eller uledsaget adgang til frisk luft. Jeg har også noteret mig at patienternes adgang til frisk luft skal dokumenteres i journalen.

Jeg beder Psykiatrisk Center Gentofte oplyse om instruksen er blevet endelig godkendt med det indhold som jeg har modtaget, og om instruksen er blevet implementeret.

Ad punkt 5.8 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at vejledningen finder sted dels på indlæggelsestidspunktet ved journalskrivende læge, dels på tidspunktet for "gennemgang" af patienten dagen efter indlæggelsen, og endelig i forbindelse med udfærdigelse af behandlingsplan og gennemgang/udlevering af denne til patienten, første gang senest 7 dage efter indlæggelsen. Der er således tale om en informationsformidling/vejledning i flere etaper der tager hensyn til dels patientens kliniske tilstand og udvikling i denne, dels de fortløbende informationer og observationer der gøres om patientens sygdomsforløb.

Psykiatrien har endvidere oplyst at vejledningen sker ved en personlig samtale med læge og/eller sygeplejerske/kontaktperson og typisk finder sted i et samtalerum.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.9 Patienternes kontakt med læge mv.

Jeg bad centret oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge, hvor ofte patienterne har samtale med en læge hvis de ikke selv tager initiativ til det, og om der på de andre afsnit end 3202 aftales en ny tid ved hver lægesamtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at alle afsnit har tilknyttet en overlæge og en eller flere yngre læger. Overlægen på afsnittet har det overordnede ansvar for alle afsnittets patienter, men lægesamtaler foregår såvel ved overlæge som ved yngre læger. Patienter på alle afsnit har lægesamtaler såvel ved indlæggelse som dagen efter

indlæggelsen (gennemgang), og ved sidstnævnte lægesamtale er det en af afsnittets faste læger der taler med patienten. Herefter tilrettelægges lægesamtaler efter behov. Jo mere intensivt behandlingsbehovet er, jo hyppigere lægesamtaler, og det kan dreje sig om samtaler dagligt i begyndelsen af indlæggelsen og samtaler ugentligt (sjældent med længere intervaller) i en mere stabil fase af sygdommen. På de to åbne afsnit 3222 og 3232 aftaler man ofte en ny tid ved slutningen af en samtale, men herudover foregår lægesamtaler enten på patientens begæring, eller når plejepersonale eller kontaktlæge skønner behov herfor.

Jeg har noteret mig det oplyste om patienternes kontakt med centrets læger.

Sådan som jeg har forstået det oplyste, er det kun på de tre åbne afsnit at man tilstræber at der ved hver lægesamtale fastsættes en ny dato for næste samtale, så patienten ved hvornår den næste lægesamtale skal finde sted. Jeg beder centret oplyse om det er korrekt forstået og i givet fald oplyse hvorfor dette ikke også tilstræbes på de to lukkede afsnit.

Jeg bad desuden om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale/kontaktperson, studerende) ved lægesamtaler, og i bekræftende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at det er almindelig praksis at kontaktpersonen/plejeansvarlig sygeplejerske deltager i samtalerne. Det sker dog også at en læge tager samtalen alene hvis det skønnes mest hensigtsmæssigt, eller hvis der er megen travlhed i afsnittet. Det vil altid være en faglig betragtning der ligger til grund for hvem der deltager i samtalen.

Jeg går ud fra at det oplyste betyder at en patient kan få en samtale med en læge alene hvis patienten ønsker det, medmindre det af sikkerhedsmæssige grunde er risikabelt for lægen at være alene med patienten, eller lægen efterfølgende risikerer f.eks. at blive beskyldt for seksuelle tilnærmelser over for patienten. Med den bemærkning har jeg noteret mig det oplyste og foretager mig ikke mere vedrørende dette spørgsmål.

Jeg bad centret oplyse om der er mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at det er muligt at skifte kontaktperson i særlige tilfælde. Det forekommer også at en patient på begæring kan flytte fra et åbent afsnit til et andet hvis han/hun er meget utilfreds med pleje og behandling på det første afsnit.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.11 Anvendelse af tvang, herunder fiksering

I centrets årsrapport for 2005 blev det oplyst at centrets arbejde med gennembrudsmodellen ville blive beskrevet i årsrapporten for 2006. Jeg bad om at få tilsendt et eksemplar af centrets årsrapport for 2006 når den forelå.

Jeg har modtaget årsrapporten for 2006 og ved min gennemlæsning har jeg noteret mig at centret i sit arbejde med gennembrudsmodellen i 2006 særlig har haft fokus på at mindske den tid hvor en patient er bæltefikseret.

Psykiatrisk Center Gentofte har på de to lukkede afsnit mobile bæltesege som i forbindelse med aktuelle fikseringer køres ind på patientens stue hvor patientens almindelige seng udskiftes. På inspektionstidspunktet var den mobile bæltesege – som kan hentes i akutte situationer på afsnit 3212 - opredt med både bælte og fodremme.

Jeg bad centerledelsen oplyse om ledelsen havde overvejet at indarbejde bemærkninger/retningslinjer for opredning af bæltesege (opredning kun med bælte og med overdækning) i centrets instruks om tvangsfiksering og fastholdelse.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at det af centrets instruks om tvangsfiksering fremgår at en bæltesege er opredt med bælte, og at remme ilægges ved behov. Centret har derfor ikke ændret instruks, men ved næste revision af instruks medio 2007 vil centret præcisere punktet. Det er centerledelsens holdning at bæltesengen altid kun skal opredes med et mavebælte som skjules med et lagen. Psykiatrien har endvidere oplyst at der nu på sengen ligger et foto af en korrekt opredt bæltesege.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om at få tilsendt en kopi af den reviderede instruks om tvangsfiksering og fastholdelse.

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

Jeg forstod centrets oplysninger om patientrådgiverordningen således at centret tildeler patienten en patientrådgiver i alle situationer hvor tildeling af en patientrådgiver er obligatorisk. Jeg bad om oplysning om på hvilket tidspunkt patientrådgiveren bliver tilkaldt i forhold til tidspunktet for tvangsindgrebet.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at tildeling af patientrådgiver sker umiddelbart efter tvangsanvendelsens iværksættelse eller efter at beslutning om anvendelse af tvang er truffet. Hvis den patientrådgiver som centret har kontaktet, ikke har mulighed for at tilse patienten inden for 24 timer, kontaktes en anden patientrådgiver.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.13 Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

§ 18 c i den ændrede psykiatrilov (som trådte i kraft den 1. januar 2007) definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

Jeg bad Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse i hvilket omfang centret anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c, og om centret havde overvejet at fastsætte retningslinjer for anvendelse af disse lavere grader af observation/overvågning.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte er ved at afprøve skærmningsmetoder, og at dette foregår via det nationale gennembrudsprojekt som centret er tilmeldt. Centret har udarbejdet lokale instrukser for observation, overvågning, fast vagt etc. i forbindelse med dels voldelige og truende patienter, dels suicidalfarlige patienter. Graden af skræmning beslutes på baggrund af en risikovurdering efter Brøset Violence Checklist. Personlig skræmning, hvor patienten for eksempel anbefales at være på sin stue i for eksempel 10 minutter, anvendes kun i samarbejde med patienten, og dette dokumenteres i sygeplejejournalen eller i lægejournalen.

len. Psykiatrien har sendt mig en kopi af instruksen om risikovurdering og deeskalering af vold og trusler på Psykiatrisk Center Gentofte.

Jeg har læst instruksen og noteret mig det oplyste om risikovurderinger og observationsniveauer.

Ad punkt 5.15 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Under inspektionen modtog jeg kopi af de tre samarbejdsaftaler som Psykiatrisk Center Gentofte har indgået med henholdsvis Gentofte Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Søllerød Kommune med det formål at sikre koordination og sammenhæng i den samlede psykiatriske behandling og socialpsykiatriske indsats for voksne borgere, herunder at sikre relevant støtte til patienternes børn når børnene er under 18 år. Aftalen fastlægger samarbejdet mellem centret og kommunerne i forbindelse med borgeres henvendelse til psykiatrisk skadestue, ved indlæggelse på centret, under indlæggelsen og ved udskrivningen. De samarbejdsaftaler som jeg modtog kopi af, var gældende fra den 1. januar 2004 med bestemmelse om at aftalerne skulle genforhandles efter 2 år og senest den 31. december 2005. Jeg bad centerledelsen oplyse om samarbejdsaftalerne var blevet genforhandlet, og resultatet heraf.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at samarbejdsaftalerne ikke er blevet egentlig genforhandlet, men at der har været et møde hvor det blev besluttet at forlænge dem frem til 1. april 2007. Baggrunden er at der i forbindelse med strukturreformen skal udarbejdes lovbestemte sundhedsaftaler mellem regionerne og kommunerne. Sundhedsaftalerne er godkendt af samarbejdspartnerne og er senest den 1. april 2007 blevet indsendt til Sundhedsstyrelsen. Aftalerne anses for godkendt hvis Sundhedsstyrelsen ikke er kommet med bemærkninger inden 1. juni 2007.

Jeg har noteret mig det oplyste samtidig med at jeg har noteret mig at det af Region Hovedstadens hjemmeside (www.regionh.dk) fremgår at Sundhedsstyrelsen den 25. maj 2007 har meddelt betinget godkendelse af sundhedsaftalerne, og at reviderede sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. oktober 2008.

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke drøftet nærmere under inspektionen, og jeg bad derfor Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse nærmere om centrets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at kontaktlæge/behandlingsansvarlig læge udarbejder udskrivningsaftaler for den gruppe af patienter hvor man vurderer at risiko-

en er høj for behandlingssvigt og tilbagefald, og hvor patienten accepterer at en aftale udarbejdes. Udskrivningsaftaler udarbejdes i et tæt samarbejde mellem behandlingsansvarlig læge, kontraktperson og kommunal sagsbehandler samt eventuelt botilbudspersonale/bostøtte/kontaktperson eller andre relevante personer, herunder pårørende eller ansatte i det sociale system. For den samme målgruppe af patienter forekommer det at patienten ikke ønsker at indgå aftaler i forbindelse med udskrivningen, og her udfærdiges en koordinationsplan der i udgangspunktet har det samme indhold som en udskrivningsaftale, men ikke fordrer patientens accept.

Psykiatrien har endvidere oplyst at både udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indeholder en status over patientens tilstand, hvilken behandling der er aftalt, hvilken psykosocial støtte patienten skal modtage efter udskrivelse, hvilke sundhedsfaglige og socialfaglige kontaktpersoner der har hvilke opgaver efter udskrivelsen, og endelig hvem der har ansvaret for at advisere behandlingsansvarlig læge hvis patienten misligholder aftalen eller ikke følger den lagte plan. Både udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indberettes kvartalsvis til Sundhedsstyrelsen og er fra 1. januar 2007 indberettet elektronisk i Sundhedsstyrelsens register over tvangsforanstaltninger.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad desuden Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner der var i henholdsvis 1., 2. og 3. kvartal i 2006.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at der i 1. kvartal 2006 ikke blev indberettet nogen udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner. I 2. kvartal 2006 blev der indberettet 2 udskrivningsaftaler, men ingen koordinationsplaner, og i 3. kvartal blev der indberettet 1 udskrivningsaftale og 2 koordinationsplaner.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.16 Aktindsigt

Under inspektionen blev det oplyst at centret i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter hvis psykiske tilstand er meget dårlig, venter med at give aktindsigt til patienterne har fået det bedre. Der kan således gå f.eks. 14 dage fra patientens anmodning til der gives aktindsigt. Det blev desuden oplyst at centret lægger meget vægt på at patienten i forbindelse med aktindsigt får gennemgået journalmaterialet med en vejleder.

Jeg bad Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse nærmere om centrets praksis i forbindelse med patienters aktindsigt, herunder hvor lang tid der typisk går fra en anmodning om aktindsigt modtages til den imødekommes eller afslås, hvem der gennemgår journalmaterialet med patienten, og i hvilken form aktindsigt normalt meddeles (kopi, gennemsyn eller mundtlig underretning). Jeg bad desuden om oplysning om det retlige grundlag for at forsinke meddelelsen af aktindsigt.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at når en patient beder om aktindsigt, noteres det umiddelbart, det vil sige samme dag, af lægen i journalen. Hvis anmodningen ikke er indgivet til en overlæge, skal overlægen ved førstkommende lejlighed tage stilling til anmodningen. Dette sker typisk først- eller næstkommende hverdag efter anmodningen. I forbindelse med et journalnotat om anmodning om aktindsigt sætter lægesekretæren et stempel i journalen hvori følgende noteres: Dato for begæring, dato for bevilling eller afslag på aktindsigt og endelig dato for hvornår aktindsigten har fundet sted samt plads til overlægens signatur.

Psykiatrien har endvidere oplyst at det yderst sjældent forekommer at patienten ikke får svar på en anmodning om aktindsigt indenfor 10-dagesfristen som sundhedsloven foreskriver. I de tilfælde beror det på en fejl. Derimod forekommer det jævnligt at meget syge patienter på lukket afsnit i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 2, først får gennemgået journal eller udleveret journalkopi når bedring i deres tilstand er indtrådt. Effektueringen af en bevilget aktindsigt kan i sådanne situationer udsættes i for eksempel en uge.

Om den form aktindsigt meddeles i, har Psykiatrien oplyst at aktindsigten almindeligvis gives i den form patienten ønsker. Hvis patienten ønsker journalkopi, udleveres dette. Hvis patienten blot ønsker et gennemsyn af journalen, arrangeres dette. Uanset hvilken af de to former der praktiseres, bliver aktindsigten altid fulgt op af en mundtlig forklaring, ligesom der er tilbud om at en kontaktperson eller eventuelt lægen kan sidde bi i forbindelse med gennemsyn/gennemlæsning af kopi. Fordelingen af aktindsigtsform er ikke opgjort, men skønsmæssigt er det over halvdelen af de bevilligede aktindsigter der foregår ved udlevering af journalkopi.

Det fremgår af det oplyste at Psykiatrisk Center Gentofte jævnligt udsætter effektueringen af en bevilget aktindsigt fordi begæringen om aktindsigt er fremsat af en meget syg patient på et af de lukkede afsnit. Som hjemmel for denne praksis har Psykiatrien henvist til sundhedslovens § 37, stk. 2.

Som jeg har forstået centrets oplysninger, indebærer den beskrevne praksis at effektueringen af en afgørelse om at give aktindsigt udsættes på ubestemt tid idet effektueringen afventer en bedring i patientens helbredstilstand.

§ 37 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008) har følgende ordlyd:

”§ 37. Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,

- 1) hvilke oplysninger der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. Retten efter stk. 1 kan dog begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.”

Bestemmelsen svarer til de tidligere bestemmelser i § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling, § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger og § 9, stk. 2, i offentlighedsloven.

Af forarbejderne til § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger (Folketingstidende 1992/93, tillæg A, sp. 7786) fremgår bl.a. følgende:

”Stk. 2 [...] giver i særlige tilfælde mulighed for at begrænse aktindsigten på grundlag af en konkret afvejning af på den ene side hensynet til patientens interesse i at få de pågældende oplysninger og på den anden side afgørende hensyn til patienten selv eller til andre private interesser. Ved afgørende hensyn til patienten selv forstås særlig, at patienten må antages at ville tage alvorlig skade ved at blive gjort bekendt med oplysningerne. [...] Undtagelsesbestemmelsen vil derudover kunne finde anvendelse i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser hvor afgørende hensyn til patientens udsigt til bedring i forbindelse med en igangværende behandling vil kunne bevirke, at der er behov for at afslå en anmodning om aktindsigt.”

I Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger er der om anvendelse af undtagelsesbestemmelsen (§ 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling) anført følgende:

”8. Hvornår kan anmodning om aktindsigt afslås?

...

Endvidere kan det komme på tale at anvende bestemmelsen i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvis der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt. I sådanne tilfælde kan et afslag undertiden begrænses til kun at være midlertidigt, således at der

f.eks. kun gives afslag på aktindsigt på det stadium i et behandlingsforløb, hvor aktindsigten skønnes at kunne være særligt belastende for patienten.

...

I tilfælde af, at der kun gives delvis aktindsigt, kan den pågældende sundhedsperson formidle aktindsigten ved at referere journalen for patienten med udeladelse af de oplysninger, der undtages fra aktindsigten. Hvis patienten herefter anmoder om fuld aktindsigt, må sundhedspersonen meddele patienten, at anmodningen ikke kan imødekommes.

Patienten skal, når der gives delvis aktindsigt, i almindelighed gøres bekendt med, at der er dele af journalen, der er udeladt. Kun i de tilfælde, hvor der er grund til at antage, at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til, at oplysninger tilbageholdes, kan sundhedspersonen undlade at give patienten oplysning om tilbageholdelsen. Det bør da noteres i patientens journal, hvilke oplysninger der ikke er givet aktindsigt i, og med hvilken begrundelse. En sådan journalpåtegning kan også undtages fra aktindsigt.

Et afslag på anmodning om aktindsigt skal ledsages af en begrundelse samt klagevejledning.”

Anvendelse af sundhedslovens § 37, stk. 2, forudsætter således at der træffes en afgørelse om helt eller delvist afslag på aktindsigt.

Kan ikke alle oplysninger i journalen undtages fra aktindsigt i medfør af § 37, stk. 2, skal de dele af journalen som ikke undtages, med det samme stilles til rådighed for patienten. Den ansvarlige sundhedsperson kan i tilfælde af delvis aktindsigt vælge at formidle aktindsigten ved at referere journalen med de fornødne udeladelser. Jeg henviser til John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 3. udgave (1998), side 327. Det er samme sted anført at begrundelsen for et afslag på aktindsigt kan begrænses til en henvisning til hjemmelsgrundlaget og de overordnede hensyn hvis en konkret begrundelse i sig selv vil kunne skade patienten.

Jeg kan til orientering oplyse at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn den 20. marts 2007 har offentliggjort en afgørelse (sagsnummer 0658817) på sin hjemmeside (www.pkn.dk) om anvendelsen af § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling. Nævnet havde ikke grundlag for at kritisere at en overlæge og en afdelingslæge gav en paranoid psykotisk patient afslag på aktindsigt i sin journal på psykiatrisk afdeling. Patienten blev samtidig med afslaget informeret om at han kunne få aktindsigt på et senere tidspunkt hvor han var mindre paranoid psykotisk. Nævnet udtalte dog at selv om patienten ikke senere havde genfremsat sit ønske om aktindsigt, så havde det været hensigtsmæssigt at afdelingslægen havde foranlediget at det blev tilbudt patienten at få gennemgået journalen inden udskrivning eller planlagt et tidspunkt efter.

Jeg beder Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse hvilke overvejelser det anførte giver centret anledning til.

Ad punkt 5.17 Pårørendekontakt

Jeg bad centret om at oplyse om en eventuel pårørendepolitik, og om hvorledes det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende. Jeg bad herunder om oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte prioriterer inddragelse og tæt samarbejde med de pårørende højt. Dette gælder særligt for patienter med debuterende psykisk sygdom, især psykotiske lidelser. Det betyder at pårørende rutinemæssigt inddrages i samarbejdet med patienter indlagt på afsnit 3202 (debuterende skizofreni og lignende) hvis patienten giver tilladelse hertil. Her regnes et mundtligt tilsagn for tilstrækkeligt, og hvis patienten modsætter sig pårørendeinddragelse, respekteres dette. Der lægges imidlertid et stort arbejde i at motivere patienten for dette samarbejde som involverer fællessamtaler med pårørende, patient og personale, separat pårørendeundervisning i centrets "Pårørendegruppe" og i udvalgte tilfælde endog terapeutiske forløb der involverer en gruppe af pårørende og patienter samlet igennem en længere periode (flerfamiliegrupper).

Psykiatrien har endvidere oplyst at en særlig opmærksomhed rettes mod børn af psykisk syge. Psykiatrisk Center Gentofte er en del af et regionalt projekt der skal sikre registrering af hvorvidt patienter har mindreårige børn og tilse at disse børn får god og alderssvarende information om patientens sygdom, behandling og prognose. Centret er desuden ansvarlig for at uddanne personalet i at afholde familiesamtaler.

Endelig har Psykiatrien oplyst at personalet på alle centrets afsnit er trænet i at håndtere pårørendekontakt og er informeret om at de gerne må modtage oplysninger fra pårørende der kontakter centret, men at de ikke må videregive oplysninger om patientens tilstand til de pårørende medmindre mundtligt samtykke foreligger fra patienten. Kun i meget sjældne og udvalgte tilfælde videregives oplysninger til de pårørende uden patientens samtykke. Det kan dreje sig om patienter der er stukket af fra afdelingen, og vurderes at være til fare for de pårørende. Der er således tale om eksempler hvor hensynet til de pårørende vurderes at overstige hensynet til patientens krav på fortrolighed, og hvor det er centrets vurdering at det samtidig – direkte eller indirekte – er i overensstemmelse med varetagelse af patientens tarv.

Det fremgår af det oplyste at Psykiatrisk Center Gentofte regner et mundtligt tilsagn fra patienten for tilstrækkeligt til at inddrage de pårørende i centrets samarbejde med

patienten, og at personalet ikke må videregive oplysninger om patientens tilstand til de pårørende medmindre der foreligger et mundtligt samtykke fra patienten.

Ifølge sundhedslovens § 43, stk. 1, kan sundhedspersoner til andre formål end behandling med patientens samtykke videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer mfl.

Bestemmelsen omhandler videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling, dvs. videregivelse til alle andre personer, myndigheder mfl. end de sundhedspersoner der er direkte involveret i undersøgelse, behandling og pleje af patienten. Bestemmelsen omfatter således videregivelse af helbredsoplysninger mv. til en patients pårørende.

Det fremgår af sundhedslovens § 44, stk. 1, at patientens samtykke efter § 43, stk. 1, som udgangspunkt skal være skriftligt, og at det skal indføres i patientjournalen. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det.

Sundhedslovens § 44, stk. 3, indeholder en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter ministeren for sundhed og velfærd kan fastsætte nærmere regler om det nævnte samtykke. Sundhedsstyrelsen har efter bemyndigelse fra sundhedsministeren udstedt bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 og vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

I den nævnte vejledning er der under punkt 6.4.2 eksempler på hvornår sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for at fravige kravet om et skriftligt samtykke. Det oplyses at det f.eks. kan være tilfældet hvis videregivelse af oplysningerne om patienten skal ske meget hurtigt, eller hvis patienten har svært ved at skrive.

Jeg beder Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse hvilke overvejelser de nævnte regler giver centret anledning til.

Ad punkt 5.18 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

Det fremgik ikke af det materiale som jeg modtog før og under inspektionen, at Psykiatrisk Center Gentofte har skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder kompetenceregler. Jeg anbefalede derfor centerledelsen at udfærdige generelle skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angivelse af hvem der

har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Jeg bad centret underrette mig om hvad overvejelserne resulterede i.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at centerledelsen efter inspektionen har modtaget kopi af Sct. Hans Hospitals husordener. Centret har i forvejen et samarbejde med Sct. Hans Hospital, og centret har gjort sig mange overvejelser om hvor fyldestgørende og omfattende husordener/retningslinjer skal beskrives. Centrets husordener revideres løbende og ved næste større revision medio 2007 vil centerledelsen igen overveje om konsekvenserne og overtrædelser af retningslinjer samt hvem der har kompetence til at træffe afgørelserne, skal beskrives.

Jeg beder om underretning om resultatet af centrets overvejelser.

Det blev ikke i forbindelse med inspektionen oplyst om det hænder at besøgende får forbud mod at komme på besøg. Jeg bad derfor centret oplyse om det forekommer at der træffes beslutning om besøgsforbud – og i givet fald hvor hyppigt og i hvilke situationer. Jeg bad desuden centret oplyse om en eventuel praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at det forekommer at udvalgte patienter har besøgsforbud enten som led i surrogatfængsling på psykiatrisk afdeling, eller som en foranstaltning centret selv beslutter. I tilfælde af surrogatfængsling er det domstolen, der bestemmer omfanget af restriktioner (besøgsforbud, telefonforbud, brevforbud mv.), og centret der håndhæver restriktionerne. I de tilfælde hvor centret selv beslutter besøgsforbud, drejer det sig typisk om begrundet mistanke om at bekendte eller pårørende smugler misbrugsstoffer ind til patienten med henblik på forbrug eller videresalg i afsnittet. I disse tilfælde kan midlertidigt besøgsforbud over for udvalgte personer besluttes, men det er ganske sjældent forekommende.

Jeg har noteret mig det oplyste.

I forbindelse med patienters ankomst til de to lukkede afsnit foretager plejepersonalet en gennemgang af patienternes ejendele. Det forekommer at patienterne efter at have været ude af afsnittet eller haft besøg af pårørende vil få deres bagage undersøgt. Formålet med visitationen er at skabe et sikkert og trygt miljø for både patienter og personale.

Den ændrede psykiatrilov indeholder udtrykkelig hjemmel til visitation (§ 19 a). Dette kan ske ved konkret mistanke om indsmugling. Der kan således som det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, ikke etableres helt faste rutiner på en afdeling hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af indlagte patienter.

På den baggrund bad jeg centerledelsen om at overveje den praksis som centret har med hensyn til visitation af patienters ejendele ved indlæggelse på de lukkede afsnit. Jeg bad om at blive meddelt resultatet af disse overvejelser.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte har udarbejdet en instruks om visitation af patienter og deres ejendele. Instruksen lægger vægt på at visitation kun udføres hvis patienten er indforstået med det. Hvis patienten ikke er indforstået med det, skal det vurderes af en læge om der er grundlag for at træffe beslutning om visitation efter psykiatrilovens § 19 a. Psykiatrien har sendt mig en kopi af instruksen.

Jeg har læst instruksen og bl.a. noteret mig at det udtrykkeligt fremgår at det altid er en lægefaglig vurdering om patienten skal visiteres under tvang, hvis patienten modsætter sig visitation, og at der i den forbindelse er tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for at patienten er i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande. Jeg har også noteret mig at det i instruksen præciseres at der ikke kan etableres faste rutiner hvorefter visitation generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af indlagte patienter på en afdeling.

Det blev ikke i forbindelse med inspektionen oplyst om centret foretager censur af breve og pakker til patienter. Jeg bad derfor centret oplyse om der foretages censur af breve og pakker til indlagte patienter, og i hvilke situationer.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at der udelukkende foretages censur af breve og pakker til patienter der er indlagt, hvis det er besluttet ved dom. Personalet foretager ikke selv censur af breve og pakker. Hvis der er begrundet mistanke om at en patient får sendt stoffer ind i breve, drøftes dette på en behandlingskonference med henblik på eventuelle forholdsregler.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Brug af mobiltelefoner er tilladt på alle afsnit. På det ene lukkede afsnit (afsnit 3212) bliver mobiltelefoner med kamera deponeret hos personalet. Jeg bad centret oplyse

om det kun er på det ene lukkede afsnit at mobiltelefoner med kamera deponeres hos personalet – og i givet fald hvad baggrunden er for denne forskel mellem afsnittene.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at mobiltelefoner med kamera deponeres hos personalet fordi Psykiatrisk Center Gentofte ikke ønsker at der bliver taget billeder af medpatienter. Det er dog altid muligt for patienten at få udleveret telefonen og anvende den i et lukket rum. Denne praksis er gældende på hele centret, også på de åbne afsnit. Centret vil sørge for at det skrives ind i alle afsnits husordener.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.19 Rygepolitik

Psykiatrisk Center Gentofte har en rygepolitik hvorefter centret er røgfrit for samtlige ansatte, indlagte patienter, pårørende og ambulante patienter. Der er i hvert afsnit indrettet et specielt rygerum til de indlagte patienter som vælger fortsat at ryge. Centrets rygepolitik gav mig ikke anledning til bemærkninger, men jeg bad alligevel centret om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som Københavns Amt havde fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrien afventer de bestemmelser der vil blive fastsat for Region Hovedstaden.

Lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende er blevet afløst af en ny lov om røgfri miljøer (lov nr. 512 af 6. juni 2007) som trådte i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning (§ 1). Ifølge § 6, stk. 1, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1). Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter eller pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforslaget er der tale om en konduite bestemmelse som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde som f.eks. når en patient bliver orienteret om at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

På baggrund af den nye lov om røgfri miljøer foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om rygepolitik.

Ad punkt 5.20 Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at medbringe og indtage alkohol og euforiserende stoffer på centret. Ledelsen oplyste under inspektionen at centret tidligere havde problemer med misbrug af euforiserende stoffer blandt patienterne. I den forbindelse indgik centret i et samarbejde med politiet, og det havde en gavnlig effekt. I starten af 2006 begyndte centret imidlertid igen at have problemer med euforiserende stoffer. Jeg bad centret oplyse nærmere om omfanget af problemerne med euforiserende stoffer, og hvordan problemerne søges løst.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at problemerne med euforiserende stoffer søges løst på flere måder. Psykiatrisk Center Gentofte sørger for patient-undervisning, både individuelt og i grupper, hvor der informeres om euforiserende stoffers skadelige virkning på helbred, prognose mv. Det præciseres i husordenen at der er forbud mod indtagelse og besiddelse af både alkohol og stoffer i afdelingen. Udvalgte patienters urin screenes for indhold af euforiserende stoffer. Dette sker med patientens samtykke. Herudover har centret et samarbejde med det lokale politi både i tilfælde hvor der findes og beslaglægges misbrugsstoffer hos patienter i afdelingen, og hvor centret har mistanke om at sådanne stoffer er gemt på patientstuer mv.

Psykiatrien har endvidere oplyst at det forekommer at patienter bliver udskrevet på grund af et misbrug der undergraver alle behandlingsforsøg og ikke kan bremses eller begrænses med pædagogiske, behandlingsmæssige eller andre tiltag. Hvis det skønnes fagligt uforsvarligt at udskrive en patient som har fortsat sit misbrug, kan restriktioner som begrænsning af udgang mv. komme på tale. Dette sker som udgangspunkt efter frivillige aftaler med patienten, men hvis sådanne aftaler ikke kan indgås, og det er uforsvarligt at udskrive patienten, kan tvangstilbageholdelse i medfør af psykiatriloven komme på tale. I de tilfælde vil der være tale om at et fortsat misbrug fastholder eller forværrer en psykotisk tilstand med følger i form af fare for patienten selv eller andre eller udsigt til væsentlig forværring af helbredet. Omfanget af problemerne med euforiserende stoffer er vekslende og typisk personbundet således at tilstedeværelsen af bestemte patienter på afdelingen kan have en "afsmittende" effekt på hele afdelingens miljø i flere uger.

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder oplysningen om at det kun er udvalgte patienters urin der screenes for indhold af euforiserende stoffer, og at det sker med patientens samtykke. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om euforiserende stoffer.

Det fremgår af husordenerne for de to lukkede afsnit at fund af stoffer politianmeldes. Jeg bad centerledelsen overveje om konsekvenserne af manglende overholdelse af husordenens bestemmelse om euforiserende stoffer ikke også bør fremgå af de øvrige husordener. Jeg bad om underretning om resultatet af overvejelserne.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at euforiserende stoffer ikke er et stort problem på de åbne afsnit, og derfor har det indtil videre ikke været nødvendigt at skrive i husordenerne om konsekvenserne af manglende overholdelse af reglerne. Hvis der bliver problemer med euforiserende stoffer på de åbne afsnit, vil det blive inddraget i overvejelserne om fremtidige husordener om konsekvenserne af manglende overholdelse skal fremgå.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.22 Patientindflydelse

Det fremgår af informationspjecerne for de enkelte afsnit at der hver morgen holdes et fællesmøde for patienter og personale med gensidige informationer og planlægning af dagens aktiviteter og opgaver, og at der ligeledes hver aften holdes et møde hvor der aftales aktiviteter og praktiske opgaver for aftenen og næste morgen. Af informationspjecerne for afsnit 1510, 3232 og Klinik for Spiseforstyrrelser fremgår desuden at der én gang i kvartalet (på klinikken en fredag hver anden måned) holdes et patientmøde hvor alt der vedrører centret og afsnittet kan drøftes med personalet. Mødedatoen meddeles 14 dage inden, og alle kan sætte punkter på dagsordenen. Der tages referat af mødet, og referatet sendes til centerledelsen. Jeg bad centret oplyse om der også på de øvrige afsnit holdes jævnlige patientmøder med henblik på at give patienterne mulighed for at drøfte alle mulige forhold vedrørende centret og det enkelte afsnit med personalet med referat til centerledelsen.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at der holdes patientmøder på alle sengeafsnittene. Patientmøderne holdes minimum én gang om dagen på hverdage, og her er det muligt at drøfte forhold på afsnittet. Derudover er det også muligt at drøfte forhold vedrørende afsnittet med kontaktpersoner og afdelingssygeplejerske.

Jeg har forstået Psykiatriens svar således at det kun er på nogle af centrets afsnit at der holdes formaliserede patientmøder med varsling af mødedato, dagsorden og mødereferat som sendes til centerledelsen. Jeg beder centret oplyse om det er korrekt forstået og i givet fald baggrunden for denne forskel mellem afsnittene.

Ad punkt 5.23 Rekruttering af personale og sygefravær

Det blev ikke under inspektionen drøftet om Psykiatrisk Center Gentofte har problemer med at rekruttere personale. Jeg bad Psykiatrisk Center Gentofte oplyse om centret har rekrutteringsproblemer – og i givet fald det nærmere omfang af problemerne.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte – set i lyset af den generelle situation i sundhedsvæsenet – har meget få rekrutteringsproblemer. Centret har således stort set altid sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, psykologer, fysio- og ergoterapeuter der søger de opslåede stillinger. Centret mærker dog manglen på læger og sygeplejersker på den måde at der er meget få ansøgninger, men alle stillinger bliver besat.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.24 Vold mod personalet

Sikkerhedsgruppen på Psykiatrisk Center Gentofte har udmøntet centret voldspolitik i en pjece med "Retningslinier i forbindelse med vold, trusler og hærværk på arbejdspladsen" som indgår i velkomstmappen til nyansat personale. Heraf fremgår det at såvel centerledelsen som sikkerhedsgruppen opfordrer personalet til at anmelde fysisk og psykisk vold, og der beskrives en procedure for anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen og til politiet hvor det fremgår hvad den ansatte bør gøre.

Jeg bad centret om at overveje at præcisere den nævnte pjece således at det fremgår at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ligger hos ledelsen, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis den forurettede ikke ønsker det. I forlængelse heraf bad jeg også centret om at overveje at præcisere pjecen således at det fremgår at de lokale sikkerhedsgrupper har til opgave at sikre udarbejdelse af skadesanmeldelser, og at den lokale sikkerhedsgruppe derfor kan være behjælpelig med udfyldelse af anmeldelsen. Jeg bad om at blive underrettet om resultatet af overvejelserne.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at ansvaret for politianmeldelse ikke ligger alene hos den forurettede medarbejder. I forbindelse med vold og trusler om vold er både sikkerhedsgruppen og afsnitsledelsen i dialog med medarbejderne, herunder også kontakten til politiet i tilfælde af anmeldelse. Ved den seneste voldsomme episode i september (2006) var det således afsnittes overlæge der kontaktede politiet hvorefter de to konkrete medarbejdere talte med politiet. Med hensyn til arbejdsskader er det præciseret i arbejdsmiljølovgivningen at det er ledelsens ansvar at arbejdsskader bliver anmeldt. I centrets beskrivelse af sikkerhedsorganisationen er det præciseret at den lokale sikkerhedsgruppe skal sikre udarbejdelse af skadesanmeldelser. Denne

praksis har eksisteret i mange år og blev præciseret i forbindelse med oprettelsen af den nye sikkerhedsorganisation i november 2005.

Jeg har forstået det oplyste således at Psykiatrisk Center Gentofte ikke mener at der er behov for at præcisere den omhandlede pjece fordi det har været indarbejdet i praksis gennem længere tid at ledelsen tager kontakt til politiet i tilfælde af politianmeldelse, og at den lokale sikkerhedsgruppe sikrer at der bliver udarbejdet skadesanmeldelser. Jeg foretager mig herefter ikke mere vedrørende dette spørgsmål.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Fra den 1. januar 2005 blev det obligatorisk at indberette data om anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk til Sundhedsstyrelsen der har udarbejdet et elektronisk indberetningsprogram til brug herfor. Under inspektionen oplyste centerledelsen at al tvang registreres og indberettes til Sundhedsstyrelsen. Alle de tilførsler til tvangsprotokollen som jeg modtog under inspektionen, er kopier af tilførsler til de papirskemaer der hidtil har skullet anvendes til indberetning.

Jeg bad centret om at oplyse baggrunden for at tvangsprotokollerne ikke er udfyldt elektronisk, og hvornår centret forventer at dette sker i stedet for anvendelse af papirskemaerne. Jeg bad endvidere centret om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der er foretaget/foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket. Jeg bad samtidig centret om at oplyse om centret opbevarer et eksemplar af både en udskreven blanket (som anført i Sundhedsstyrelsens vejledning) og det udfyldte papirskema i såvel afsnittets tvangsprotokol som i patientens journal.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte har valgt at fortsætte registreringen af al tvang på de hidtidige tvangsprotokolskemaer som findes i alle afsnit. En gang om ugen samler sygeplejeseekretæren alle afsnittets tvangsprotokolskemaer sammen, og disse indtastes i Sundhedsstyrelsens elektroniske database af to udvalgte lægesekretærer der har adgangskode hertil. Papirskemaerne bliver i afdelingen som en fysisk dokumentation af registreringen og som et indtil videre nødvendigt indtastningsbilag.

Region Hovedstadens Psykiatri har desuden oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte har følgende procedure for indberetning og opbevaring af tvangsprotokoller:

Lægen udfylder tvangsprotokollen i papirform. Denne ligger i afsnittets mappe (ringbind) hvori alle tvangsprotokoller opbevares. Den ansvarlige sekretær henter ugentligt denne mappe, og nye protokoller indtastes i Sundhedsstyrelsens elektroniske database. Når dette er sket, sættes en markering (flueben med rød kuglepen) i protokollen

som indikation af at der er foretaget elektronisk indberetning. Der sker ikke andre registreringer af at indberetningen er foretaget. Efterfølgende foretages to print af det elektroniske skærbillede som dokumentation for at indberetningen er foretaget. Det ene print tilgår patientjournalen som dokumentation for tvangsforanstaltningen, det andet print opbevares i et ringbind hos sekretæren som dokumentation for at hun har foretaget indberetningen. Det skema der udfyldes initialt i forbindelse med tvangsforanstaltningen og som efterfølgende fungerer som indtastningsbilag, forbliver i afsnittets tvangsprotokol.

Jeg har noteret mig det oplyste.

I forbindelse med den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006) som trådte i kraft den 1. januar 2007, er Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningsskemaer blevet opdateret. Det betyder at de elektroniske skemaer indeholder flere muligheder for markering/afkrydsning end de gamle papirskemaer. Det elektroniske skema 3 om fiksering og fysisk magtanvendelse indeholder således f.eks. flere begrundelser end den gamle papirudgave, og skemaet indeholder felter til registrering af den obligatoriske efterprøvelse der skal foretages i forbindelse med tvangsfikseringer.

Jeg beder Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse om centret fortsat anvender de gamle papirskemaer og den nævnte fremgangsmåde ved indberetning til Sundhedsstyrelsen. I givet fald beder jeg om også at få oplyst hvad centret gør for at sikre en korrekt og fyldestgørende registrering og indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Ad punkt 6.2 Tvangsbehandling

I alle skemaer er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I de 8 skemaer der vedrører medicinering, er injektion angivet som alternativ behandling i forhold til tabletter i 5 tilfælde og som subsidiær behandling i 2 tilfælde. Det sidste tilfælde vedrører depotmedicin. Jeg bad Psykiatrisk Center Gentofte om at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen så det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først (mindste middels-princippet). Jeg bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at der er ganske afgørende forskel på om medicin tilbydes som tabletform eller som injektionsform. Alle læger er derfor undervist i og orienteret om at administrationsform skal fremgå tydeligt af både tvangsprotokol og medicinskema. Hvis tabletbehandling skal tilbydes/forsøges før injektionsbehandling, skal dette også fremgå af medicinskemaet og tvangsprotokollen, og i centrets in-

struks herfor fremgår det at det skal markeres med rød tusch på protokollen hvad der er førstevalg, og hvad der er alternativt valg.

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

Datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen skal angives. I ét tilfælde, hvor der er udfyldt 4 skemaer vedrørende den aktuelle tvangsbehandling (medicinering), er datoen for beslutning om ophør – så vidt jeg kunne se på den kopi jeg havde modtaget – angivet til 28. juni 2006. Datoen for sidste tvangsbehandling er 27. april 2006. Jeg bad centret oplyse nærmere om årsagen til at der er ca. to måneder mellem datoen for sidste tvangsbehandling og datoen for beslutning om ophør.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at Psykiatrisk Center Gentofte ikke har nogen umiddelbar forklaring på hvorfor der er gået ca. 2 måneder mellem dato for sidste tvangsbehandling og dato for beslutning om ophør. En mulighed er at lægen ved en fejl har skrevet 28. juni i stede for 28. april, og at de to datoer således skulle have været næsten sammenfaldende. Der er under alle omstændigheder tale om en beklagelig fejl idet dato for sidste tvangsbehandling og dato for beslutning om ophør bør være overensstemmende.

Jeg har noteret mig det oplyste og er enig med Psykiatrien og Psykiatrisk Center Gentofte i at der er tale om en beklagelig fejl.

Ad punkt 6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 5 og 6, skal der ved tvangsfiksering i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5 og 6, hvor navnet på den tilstedeværende læge også kan anføres. I to tilfælde af fastholdelse er hverken den ordinerende læge eller den tilstedeværende læge angivet i tvangsprotokollen, men det implicerede personale er angivet i begge tilfælde. Jeg bad om centrets bemærkninger til den manglende angivelse af læge(r).

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at det er en fejl at den ordinerende læges navn ikke er angivet. Den ordinerende læge behøver ikke at have været til stede ved fastholdelse, og det er derfor ikke nødvendigvis en fejl at der ikke er angivet en tilstedeværende læge. Det skønnes netop sandsynligt at personalet har fastholdt en pati-

ent uden lægens tilstedeværelse og efterfølgende ikke har sikret sig lægens ordination.

Psykiatrien har yderligere oplyst at Psykiatrien over for personalet på centret vil indskærpe præcision ved protokoludfyldelse i forbindelse med den gennemgang af protokolføring der planlægges i tilknytning til implementering af den reviderede psykiatrilov.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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 bad centret om at redegøre for praksis med hensyn til tilkaldelse af læge 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.

Region Hovedstadens Psykiatri har oplyst at centret har følgende praksis for tilkaldelse af læge i forbindelse med tvangsfiksering:

Lægen skal som hovedregel være til stede i forbindelse med vurdering af om fiksering skal foretages og efterfølgende beslutning herom. Det er således i rene undtagelsestilfælde at personalet foranstalter fiksering før lægen er kommet til stede. Det forekommer skønsmæssigt kun få gange om året, og det er i forbindelse med voldsomme hændelser som overfald på personale. Fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægens tilstedekomst bør der i disse undtagelsestilfælde kun gå ganske få minutter, nemlig den tid det tager lægen at ophøre med igangværende arbejde og begive sig til det sted i centret hvor den akutte situation er opstået. De eneste situationer der efter ledelsens opfattelse kan begrunde en forsinkelse af lægens tilstedekomst, er at han eller hun på tidspunktet for alarmering er optaget af en tilsvarende situation et andet sted i huset, f.eks. en anden tvangsfiksering, fastholdelse, tvangsmedicinering eller håndtering af en livstruet patient.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Opfølgning

Jeg har enkelte steder bedt Psykiatrisk Center Gentofte og Region Hovedstadens Psykiatri om nærmere oplysninger om nogle spørgsmål, og jeg afventer underretning

om andre forhold. Jeg beder om at centrets oplysninger mv. sendes til mig gennem Region Hovedstadens Psykiatri for at regionen kan få lejlighed til at kommentere det som centret anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center Gentofte, Region Hovedstadens Psykiatri, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og centrets patienter og pårørende.

Lenart Frandsen
Inspektionschef