

Den 2. februar 2010

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup den 22. november 2007

ENDELIG

J.nr. 2007-3163-424/MV3

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Centrets organisation mv.	4
3.	Bygningsmæssige forhold mv.	5
	3.1. Generelt	5
	3.2. Psykiatrisk skadestue	6
	3.3. Afsnit 70 – lukket intensivt afsnit	9
	3.4. Afsnit 72/73	12
	3.4.1. Åben del	13
	3.4.2. Skærmet del	15
	3.5. Afsnit 74/75	16
	3.6. Rengøring	17
	3.7. ECT-behandling	17
	3.8. Fællesarealer	18
4.	Samtaler med enkelte patienter	18
5.	Andre forhold	18
	5.1. Overbelægning mv.	18
	5.2. Adgang til frisk luft	21
	5.3. Handicaptilgængelighed	23
	5.4. Navneskilte	24
	5.5. Opbevaring af journaler	24
	5.6. Medicin	24
	5.7. Forplejning	25
	5.8. Beskæftigelse	26
	5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	28
	5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale	28
	5.11. Behandlingsplaner	29
	5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering	31
	5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang	35
	5.14. Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte	39
	5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret	44
	5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	45
	5.17. Aktindsigt	49
	5.18. Pårørendekontakt	52
	5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	54
	5.20. Rygepolitik	60

5.21. Euforiserende stoffer og alkohol.....	62
5.22. Kæresteforhold mellem patienterne	62
5.23. Patientindflydelse.....	63
5.24. Rekruttering af personale og sygefravær	65
5.25. Vold mod personalet.....	67
5.26. Sprogbarrierer mv.....	68
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	68
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	70
6.2. Tvangsbehandling	73
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	78
6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	86
Opfølgning	88
Underretning	88

1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning. Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed og ethvert tjenestested der hører under ombudsmandens virksomhed. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget om ombudsmandsloven er det forudsat at der vil ske "en vis forøgelse af inspektionsvirksomheden i forhold til det kommunale område, især af psykiatriske hospitaler og andre institutioner for mentalt handicappede".

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 22. november 2007 inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup. Samme dag foretog jeg også en inspektion af Retspsykiatrisk Center Glostrup, og den 23. november 2007 foretog jeg inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Forud for disse inspektioner foretog jeg den 20. november 2007 inspektion af Distriktpsychiatrien i Glostrup/Albertslund og det socialpsykiatriske botilbud Parkvænget som hører under Glostrup Kommune. Der er udarbejdet særskilte rapporter om Retspsykiatrisk Center Glostrup, distriktpsychiatrien og botilbuddet. Rapporten om Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup er under udarbejdelse.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med repræsentanter for ledelsen og medarbejderne på centret og repræsentanter for Region Hovedstadens Psykiatri (Psykiatrien), rundgang på udvalgte afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med repræsentanter for centerledelsen og Psykiatrien.

Under inspektionen bad jeg om at modtage kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2007 (da den nævnte bekendtgørelse trådte i kraft) til den 27. september 2007 (da inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. en beskrivelse af centrets personaleforhold, husorden for henholdsvis åben og skærmet del og eksempler på velkomstfoldere til patienterne.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Psykiatrisk Center Glostrup, og på materiale fra Psykiatriens og centrets hjemmesider (www.psykiatri-regionh.dk). Det er således ikke alle emner der er blevet drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Region Hovedstadens Psykiatri og Psykiatrisk Center Glostrup med henblik på at give myndighederne lejlighed til at komme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som er beskrevet i rapporten. Psykiatrisk Center Glostrup har i brev af 11. januar 2010 fremsat sådanne bemærkninger, og de er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget (yderligere) bemærkninger fra Psykiatrien.

2. Centrets organisation mv.

Psykiatrisk Center Glostrup hører under Region Hovedstadens Psykiatri som består af 13 voksenpsykiatriske centre, 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre, 9 sociale tilbud og en fælles administration. De voksenpsykiatriske centre i regionen er inddelt i fire planlægningsområder - Nord, Midt, Syd og Byen.

Psykiatrisk Center Glostrup hører sammen med Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center Amager under planlægningsområde Syd, og centrets optageområde er (nu) kommunerne Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje Tåstrup, Ishøj, Rødovre og Vallensbæk. På inspektionstidspunktet hørte Hvidovre Kommune også til centrets optageområde, men Hvidovre Kommune er fra den 1. marts 2008 blevet en del af optageområdet for Psykiatrisk Center Hvidovre. Hermed er Psykiatrisk Center Glostrups optageområde blevet reduceret med ca. 50.000 indbyggere så det nu udgør ca. 200.000 indbyggere. På sigt skal også Brøndby Kommune høre til optageområdet for Psykiatrisk Center Hvidovre, og det fremtidige optageområde for Psykiatrisk Center Glostrup vil derfor komme til at bestå af knap 164.000 indbyggere hvoraf knap 126.000 er voksne (jf. "Generalplan – Region Hovedstadens Psykiatri, Nye rammer og sammenhæng, april 2009" – i det følgende omtalt som regionens generalplan 2009). Ifølge Psykiatriplan for Region Hovedstaden 2007 er det intentionen at Psykiatrisk Center Glostrups optageområde skal svare til Glostrup Hospitals medicinske optageområde plus Rødovre Kommune.

Psykiatrisk Center Glostrup er et universitetshospital. Centret omfatter psykiatrisk skadestue og modtagelse med et tilhørende observationsafsnit, 4 kommuneopdelte sengeafsnit med hver en åben og en skærmet del, et lukket intensivt sengeafsnit, et

lukket ældrepsykiatrisk afsnit, et ældrepsykiatrisk team, udgående team for debuterende skizofreni (OPUS Team), et udgående psykiatrisk team (OP Team) og et oligofreniteam.

På inspektionstidspunktet havde centret 5 kommuneopdelte sengeafsnit, men efter at Hvidovre Kommune ikke længere hører til centrets optageområde, er antallet af kommuneopdelte sengeafsnit reduceret til 4. Psykiatrisk Center Glostrup har pr. 1. november 2008 overtaget specialbehandlingen af senhjerneskadede fra Psykiatrisk Center Sct. Hans for at skabe større sammenhæng til den neurologiske afdeling på Glostrup Hospital. Centret har derfor nu også to kognitive neurorehabiliterings-afsnit.

Psykiatrisk Center Glostrup har et tæt samarbejde med de distriktskykiatriske centre som ligger i optageområdet.

Da centret fungerer som universitetshospital, har det en undervisningsforpligtelse over for både læge- og sygeplejerskestuderende, social- og sundhedsassistenter og andre tværfaglige grupper.

Centerledelsen består af en centerchef, en udviklingschef og en klinikchef. Herudover er der en administrationschef for Den Administrative Enhed som varetager opgaver inden for økonomi, løn- og personaleforhold. Enheden hører organisatorisk under Psykiatrisk Center Glostrup, og administrationschefen refererer til centerchefen, men der er tale om en fælles stabsfunktion som også betjener Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Center Glostrup ligger på et stort grønt område ved siden af Glostrup Hospital (det somatiske hospital). På området ligger også Retspsykiatrisk Center Glostrup og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

Psykiatrisk Center Glostrup er indrettet i et langstrakt gult murstensbyggeri med flade tage og vinduer og døre i teaktræ. Alle sengeafsnittene er bygget i ét plan. Byggeriet er opført i perioden 1960-88. De første bygninger blev indviet i 1960 og hed dengang Statshospitalet i Glostrup. Alle bygninger er blevet renoveret inden for de seneste år.

Centrets behandlingsafsnit er placeret i hver sin bygning som ligger vinkelret på en meget lang gang (den såkaldte "kamgang") der binder hele byggeriet sammen.

Centrets administration og centrets forskningsenhed er placeret i to lange bygninger der ligger parallelt med hinanden og parallelt med kamgangen. Bygningerne er via gangarealer forbundet med hinanden og med kamgangen.

Kamgangen har store vinduespartier (fra gulv til loft) ud mod de omgivende grønne områder. Væggen med vinduespartierne (på den ene side af gangen) er hvid, mens den anden væg, hvor der er døre til afsnittene, har en klar lys farve. Gangen giver et pænt og lyst indtryk. På grund af gangens længde bruger personalet cykler mellem afsnittene for at komme hurtigt frem og tilbage, særlig i tilfælde af alarm.

Der er grønne arealer mellem alle de bygninger der støder op til kamgangen og haveanlæg til alle sengeafsnit.

Psykiatrisk Center Glostrup har i alt 138 sengepladser, og hovedparten af sengepladserne er etableret som enestuer.

Ved inspektionen besøgte jeg den psykiatriske skadestue og modtagelse med det tilhørende observationsafsnit, det lukkede intensive sengeafsnit (afsnit 70), to sengeafsnit som hver består af en åben og en skærmet del (afsnit 72/73 og afsnit 74/75), og lokalerne for ECT-behandling.

3.2. Psykiatrisk skadestue

Psykiatrisk skadestue og modtagelse ligger i samme bygning som det lukkede intensive afsnit (afsnit 70). Skadestuen ligger i den ende af bygningen der er tættest på stikvejen fra Nordre Ringvej. Skadestuen har åbent døgnnet rundt hele året, og henvendelse kan ske uden henvisning eller forudgående kontakt. I 2007 var det samlede antal skadestuebesøg 4.190, og i 2008 var der 3.684 skadestuebesøg.

Indgangspartiet til skadestuen består af en "sluse" så man skal gennem to dobbelte glasdøre for at komme ind i selve skadestuen. Dørene er aflåst så patienterne skal ringe på når de ankommer. Et skilt på døren gør opmærksom på hvor ringeklokken sidder. Patienterne bliver herefter lukket ind af plejepersonale.

Når man har passeret slusen, kommer man ind på et gangareal. Til højre ligger et kontor med et stort glasparti med en luge ud mod gangen. Her sidder personale til at tage imod patienterne. Ved siden af modtagelsen (lige over for indgangspartiet) ligger venteværelset. Der er et glasparti mellem modtagelsen og venteværelset så persona-

let hele tiden kan følge med i hvad der sker i venteværelset. På inspektionstidspunktet sad der flere patienter i venteværelset, og det blev derfor ikke besigtiget nærmere.

Det blev under inspektionen oplyst at ventetiden i modtagelsen kan variere fra 10 minutter op til 2 timer, men at den gennemsnitlige ventetid er 30 minutter.

Jeg beder centret om – hvis det er muligt – at oplyse hvad den gennemsnitlige ventetid har været i 2009.

Det blev oplyst at skadestuen flyttede til de nuværende lokaler i 2003 og i den forbindelse fik nye møbler.

Til venstre for indgangen er der tre små vente- og samtalerum. To af disse rum blev besigtiget. Hvert rum var udstyret med et bord med tre kontorstole, en briks og en håndvask. Rummene har hvide vægge, et dobbelt vindue og lysebrunt linoleum på gulvet som der er alle steder i skadestuen. Der hang billeder på væggene, og der var hvide småmønstrede gardiner. I det ene vente- og samtalerum som støder op til indgangspartiet, er der en dør til slusen. Dette rum kan derfor anvendes til meget urolige patienter, herunder patienter der skal tvangsindlægges, for at undgå at disse patienter ved deres ankomst skaber unødigt uro blandt de øvrige patienter i skadestuen. Over for de tre vente- og samtalerum ligger personalekontoret.

I forbindelse med skadestuen er der et observationsafsnit med plads til 10 patienter. Hovedparten af patienterne på observationsafsnittet forventes afsluttet inden for et døgn. En patient kan være indlagt i højst fem døgn på observationsafsnittet. Herefter bliver vedkommende enten udskrevet eller flyttet til et af centrets andre afsnit. Det blev under inspektionen oplyst at der er et roligere miljø i observationsafsnittet end i de øvrige afsnit. Hvis det i skadestuen vurderes at en patient kun har behov for en kort indlæggelse på 4-5 dage, vil det derfor ofte være bedre for patienten at blive indlagt på observationsafsnittet end på et andet af centrets afsnit.

Der er 8 patientstuer på observationsafsnittet – 6 enestuer og 2 tosengsstuer. 4 af stuerne har eget bad og toilet. De resterende 4 stuer deler 3 toiletter med bad. Det blev oplyst at en enestue uden bad og toilet ikke anvendes til dobbeltbelægning.

Jeg besigtigede en enestue uden eget bad og toilet. På inspektionstidspunktet var der ikke indlagt en patient på stuen. Enestuen var møbleret med en hospitalsseng med sengelampe til, et sengebord med skuffer, to stole med blå betræk, et lille bord og to

høje skabe med lås. Der var desuden en håndvask med spejl og beholdere på væggen med flydende sæbe og papirhåndklæder. Væggene er henholdsvis hvide og en lys nuance, og der er lysebrunt linoleumsgulv som alle andre steder i afsnittet. Der hang billeder som udsmykning, og der var samme gardiner som i vente- og samtalerummene i skadestuen. Stuen fremstod pæn og lys.

Jeg besigtigede også to toilet- og baderum hvoraf det ene er indrettet som et handicapeget toilet- og baderum. Begge steder er der hvid sanitet, brusebad med forhæng, hvide fliser på væggene og grå fliser på gulvet. Ved håndvasken er der belysning og spejl, og der var beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder. Det handicapegede toilet- og baderum er lidt større end det andet toilet- og baderum. Ved toilettet er der opsat armstøtter, og der er plads på begge sider af toilettet. Der er ingen kant på gulvet rundt om brusebadet. Der var desuden en badeskammel. Begge toilet- og baderum så pæne og rengjorte ud.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit der har stuer med to eller flere senge og stuer uden eget bad og toilet.

Jeg har noteret mig at der ifølge regionens generalplan 2009 er planlagt en markant forbedring af den patientoplevede kvalitet ved etablering af enestuer på alle regionens centre.

Jeg har desuden noteret mig at observationsafsnittets enestuer uden bad og toilet ikke bliver brugt til dobbeltbelægning.

På observationsafsnittet er der en fælles opholdsstue og spisestue i forbindelse med et køkken. Spisestuen var møbleret med spiseborde og stole i lyst træ med hvide lamper over hvert bord. Væggene er hvide. Der hang billeder som udsmykning, og der var hvide gardiner med et enkelt mønster i klare farver i de meget store vinduespartier som vender ud mod haven. I haven – lige uden for spisestuen – er der en terrasse med havemøbler.

Jeg fik et generelt godt indtryk af skadestuen og observationsafsnittet.

3.3. Afsnit 70 – lukket intensivt afsnit

Afsnit 70 er et lukket intensivt afsnit med 8 sengepladser som modtager patienter fra alle kommuner i optageområdet. Afsnittet tager sig primært af patienter med behov for korte stabiliserende forløb, og patienterne er overvejende psykotiske patienter. Det blev oplyst at afsnittet også modtager retspsykiatriske patienter (behandlingsdømte), når der ikke er plads på retspsykiatrisk center. På tidspunktet for inspektionen var der 7 patienter indlagt hvoraf de 5 var indlagt på retligt grundlag (retslige patienter). Kun én patient på afsnittet var ikke tvangstilbageholdt. Det blev også oplyst at der kan være frivilligt indlagte patienter på afsnittet.

Afsnittet er beliggende i den samme bygning som Psykiatrisk Skadestue, men afsnittet ligger i den ende af bygningen der støder op til kamgangen. De 8 sengepladser er fordelt på 6 enestuer og en tosengsstue. Jeg besøgte en enestue og tosengsstuen.

Enestuen (stue 5) er ca. 11 m². På inspektionstidspunktet var der ikke indlagt en patient på stuen. Den var møbleret med en hospitalsseng, et sengebord med skuffer, to stole med blå betræk, et skrivebord, et højt skab med lås og en håndvask med spejl. Væggene er hvide, og der var hvide småmønstrede gardiner. Der var ingen senge-lampe, og eneste udsmykning var et lille lamineret billede på væggen over skrivebordet. Personalet oplyste at man ikke havde kunnet finde nogle billedrammer siden der var blevet malet. Det blev desuden oplyst at alle senge på centret er hospitalssenge. Det har man valgt af hygiejniske og arbejdsmiljømæssige grunde.

Tosengsstuen er ca. 16 m². Den var på tidspunktet for inspektionen beboet af to patienter. Ligesom enestuen var den møbleret med centrets standardmøblement. Der var to hospitalssenge, to sengebord med skuffer, to stole med blå betræk, et skrivebord og høje skabe med lås. Heller ikke her var der sengelamper, og eneste udsmykning var et lille whiteboard på den ene væg.

Ledelsen oplyste at centret havde planer om mere udsmykning på væggene, og at der som udgangspunkt skulle være et billede på hver patientstue. Patienter der er indlagt i lang tid, har mulighed for selv at udsmykke deres stuer.

Som jeg bemærkede under inspektionen, virkede patientstuerne meget bare på grund af den manglende eller meget sparsomme udsmykning af væggene. Når stuerne samtidig er møbleret med hospitalssenge, giver det efter min opfattelse et betydeligt indtryk af somatisk hospital.

Jeg har noteret mig centrets begrundelse for at anvende hospitalssenge i stedet for f.eks. sovesofaer/brikse som kan være med til at give patientstuerne et mindre præg af somatisk hospital, og jeg har ingen bemærkninger hertil.

Jeg beder om at få oplyst hvor langt centret er kommet med planerne om mere udsmykning af patientstuerne.

Jeg beder også om at få oplyst om der nu er sengelamper på alle stuer. Hvis det ikke er tilfældet, beder jeg om at få oplyst en begrundelse herfor.

Med hensyn til tosengsstuer henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 3.2. ovenfor.

Det fremgår af hjemmesiden for Psykiatrisk Center Glostrup at de fleste stuer på afsnit 70 har eget bad og toilet. Jeg besigtigede ikke toilet- og baderummene på afsnittet.

Jeg beder om at få oplyst hvor mange af stuerne der har eget toilet og bad, og hvor mange patienter der må dele toilet og bad på gangen. Jeg beder desuden om at få oplyst om der på samtlige toiletter er flydende sæbe og papirhåndklæder, og om et af toilet- og baderummene er indrettet som handicapegnet.

Afsnittet har en stor fælles opholdsstue. Møblementet bestod af lyse træmøbler med blåt betræk svarende til møblerne på sengestuerne. Møblerne var arrangeret i mindre grupper – en trepersoners sofa med et sofabord, lænestole ved et andet sofabord og andre lænestole ved små lave borde. Der var desuden et tv. Væggene er hvide. Udsmykningen af rummet bestod af flere farverige, indrammede plakater, og der var hvide gardiner med et enkelt mønster i klare blå og grønne farver. Over hvert sofabord hang der en hvid lampe i lav højde.

Herudover har afsnittet en lille opholdsstue som er indrettet i afsnittets tidligere rygerum. Opholdsstuen var møbleret med nogle blå topersoners sofaer, to små borde og en reol og enkelte indrammede plakater på væggene. På inspektionstidspunktet var der en stor grøn plante på gulvet i det ene hjørne, og der var nogle få bøger og blade i reolen. Fra denne opholdsstue er der udgang til afsnittet have.

Spisestuen er indrettet i et lokale der har vinduer ud mod afsnittets atriumgård (se om atriumgården nedenfor). Ud over spiseborde og stole er der nogle køkkenfaciliteter så

maden kan anrettes og så lokalet også kan anvendes som led i patienternes miljøterapi. Lokalet er desuden indrettet med så mange spisepladser at noget af personalet af hensyn til miljøterapien kan spise sammen med patienterne.

Afsnittet har som det eneste afsnit på centret en stue til bæltefiksering. Den ligger for enden af gangen. I midten af rummet står der en seng boltet fast til gulvet. Der var gardiner til at trække for vinduet, og på inspektionstidspunktet var sengen dækket af en dyne. I rummet er der desuden et skab hvor bæltter og remme til fiksering bliver opbevaret.

Med hensyn til tvangsfikseringer henviser jeg til pkt. 5.12 nedenfor.

Midt inde i afsnittet ligger en lille atriumgård hvor patienterne kan gå ud og trække frisk luft eller hvis de vil ryge. Atriumgården er udstyret med en alarmtråd hele vejen rundt langs tagkanten. Det blev oplyst at patienterne normalt har fri adgang til gården, men da den ikke er flugtsikker, bliver den i perioder aflåst hvis en eller flere af patienterne anses for flugtruede.

Derudover har afsnittet en have der er indhegnet med et ca. to meter højt trådhegn. Haven består af en stor græsplæne med nogle små, unge træer på midten. Trådhegnet er indvendigt beklædt med grønt stof hele vejen rundt for at forhindre at personer som færdes på en sti der løber langs med haven, kan kigge ind på de patienter der opholder sig i haven. Det blev oplyst at stien normalt kun benyttes af personale fra de psykiatriske centre på området og Glostrup Hospital.

Det grønne stof på trådhegnet skærmer haven lidt, men står man nogle meter fra hegnet, f.eks. på stien langs med haven, er det muligt at se gennem stoffet, og det yder derfor langt fra en fuldstændig beskyttelse mod at forbipasserende kan kigge ind i haven.

For mange af patienterne på afsnit 70 er haven – og den lille atriumgård i midten af afsnittet – den eneste mulighed for at komme ud i frisk luft da mange af patienterne er tvangstilbageholdt. Det er min opfattelse at psykiatriske patienter bør kunne opholde sig udendørs et sted hvor forbipasserende der færdes på stier eller veje udenfor, ikke kan kigge ind da det ellers kan få patienterne til at føle sig udstillet.

Selv om det normalt kun er hospitalspersonale og ikke den almindelige offentlighed der færdes på området omkring haven til afsnit 70, henstiller jeg derfor til centret – hvis det ikke allerede er sket – at sørge for en afskærmning af haven, f.eks. i form af en høj, tæt (stedsegrøn) beplantning, som helt hindrer at forbipasserende kan kigge ind. Jeg beder centret om at underrette mig om hvad min henstilling giver anledning til.

Med hensyn til patienternes mulighed for at benytte haven og atriumgården henviser jeg til pkt. 5.2 om adgang til frisk luft nedenfor.

3.4. Afsnit 72/73

Afsnit 72/73 har 22 sengepladser og består af en åben og en skærmet del. På inspektionstidspunktet modtog afsnittet primært patienter fra Hvidovre Kommune. Som nævnt i pkt. 2 ovenfor, er Hvidovre Kommune ikke længere en del af Psykiatrisk Center Glostrups optageområde da kommunen fra den 1. marts 2008 er blevet omfattet af optageområdet for Psykiatrisk Center Hvidovre. Afsnit 72/73 modtager nu i stedet primært patienter fra Høje Tåstrup Kommune. På inspektionstidspunktet havde afsnittet 22 sengepladser fordelt med 13 pladser i den åbne del og 9 i skærmen. På inspektionsdagen var der overbelægning i skærmen da der var 10 patienter indlagt. Den ene ekstra patient havde fået plads i et samtalerum. Det fremgår af centrets hjemmeside at der nu er 14 sengepladser på åben del og 8 på skærmen.

Det blev oplyst at der er syv personalemedlemmer i dagvagten og fem i aftenvagten. Alle fra personalegruppen arbejder både på den åbne og den skærmede del, og det blev fremhævet som en stor fordel for patienterne. Når en patient flyttes fra den ene del af afsnittet til den anden, er det således det samme personale der tager sig af patienten. Det skaber tryghed for patienten og sikrer kontinuitet i behandlingsforløbet. Til gengæld kan det være krævende for personalet at skifte mellem de to forskellige miljøer (åbent og lukket) på afsnittet.

Set oppefra er afsnittet opbygget som et ottetal med en atriumgård i midten af hver halvdel af ottetallet. Fra kamgangen er der to indgange til afsnittet således at der er en indgang til både den åbne og den skærmede del. Afsnittets personalekontor ligger i midten af afsnittet og forbinder den åbne og den skærmede del.

Der er ovenlysvinduer i lofterne på afsnittets gangarealer, og de virker derfor lyse.

Jeg besigtigede ikke toilet- og baderum på afsnit 72/73. Det blev under inspektionen oplyst at der er et handicapegnet toilet- og baderum på afsnittet.

Jeg beder centret om at oplyse hvor mange toilet- og baderum der er på afsnittet, og om de er nyrenoverede som på afsnit 74/75, jf. pkt 3.5 nedenfor. Jeg beder desuden om at få oplyst om der på samtlige toiletter er flydende sæbe og papirhåndklæder.

3.4.1. Åben del

Lige inden for indgangen til afsnittets åbne del ligger der et stort lokale som er kombineret anretterkøkken og spisestue. Køkkendelen består af to lange rækker af hvide køkkenelementer i åben forbindelse med spisestuen. Spisestuedelen blev bygget til i 2002/2003 og minder om en stor udestue med store vinduespartier ud mod en del af afsnittets have og en flisebelagt terrasse. Møblementet i spisestuen bestod af flere små kvadratiske hvide spiseborde med fire stole i lyst træ omkring hvert bord. Gardinerne var hvide med et enkelt mønster i blå og grønne farver, og der stod grønne planter i vindueskarmen. Fra spisestuen er der udgang til terrassen og haven.

Spisestuen gav på grund af de store vinduespartier og det lyse møblement et rigtig pænt og lyst indtryk.

I samme ende som indgangen er der desuden et besøgs- og samtalerum. Det var møbleret med nogle stole om et rundt bord, og i et hjørne var der et lille børnebord med to små stole og to kasser med legetøj. Rummet bruges til samtaler mellem personale og patient og til besøg til patienterne.

Patientstuerne er placeret så alle stuer har vinduer ud mod haven. De fleste patienter har enestuer, men der er også tosengsstuer. Uden for hver stue var der et skilt med stuens nummer og fornavnet på den patient der var indlagt.

Jeg besigtigede en enestue og en tosengsstue. Enestuen er på ca. 12 m² og møbleret med en hospitalsseng, en sengelampe, et sengebord med skuffer, to stole, et lille lavt bord, et skrivebord og to høje skabe med lås. Der er desuden en håndvask med spejl og beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder. Endevæggene er hvide, og de to øvrige vægge har en lys nuance. Der er lysebrunt linoleum på gulvet som alle andre steder i afsnittet. Gardinerne var hvide med et småt mønster, og der var ingen udsmykning på væggene.

Tosengsstuen er på størrelse med enestuen og havde på nær det lille lave bord samme møblement som enestuen. Sengene stod så tæt at der kun var plads til et enkelt sengebord imellem dem. Der var kun en sengelampe ved den ene seng. Heller ikke her var der udsmykning på væggene.

Tosengsstuen som jeg besøgte, virkede meget trang, og jeg går ud fra at der var tale om en enestue der blev anvendt som tosengsstue.

Som nævnt under pkt. 3.2 ovenfor, har Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit der har stuer med to eller flere senge. Det bør efter min opfattelse heller ikke forekomme at enestuer benyttes til dobbeltbelægning.

Jeg beder centret om at oplyse hvor mange enestuer på centret der benyttes mere eller mindre permanent som tosengsstuer, og om centret forventer at behandlingsretten der er indført fra den 1. januar 2010, vil gøre det nødvendigt for centret i øget omfang at anvende enestuer som tosengsstuer.

Med hensyn til den manglende udsmykning af patientstuerne henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 3.3 ovenfor.

For enden af afsnittet ligger der en stor opholdsstue med en lille udestue. I opholdsstuen er der et lille køkken. Stuen var møbleret med lænestole, borde og sofaer samt reoler med bøger og spil mv. Der var desuden tv og musikanlæg. Væggen bag de hvide køkkenelementer og i to nicher med indbyggede hylder på hver side af køkkenet er orange, mens de øvrige vægge er hvide. Der hang enkelte billeder som udsmykning. Det blev oplyst at udestuen tidligere blev brugt som rygerum, men at den nu fungerer som en ekstra opholdsstue. Udestuen var møbleret med samme møblement som opholdsstuen, og der stod mange grønne planter. Fra udestuen er der udgang til en flisebelagt terrasse med havemøbler. Der er en lav hæk rundt om terrassen.

I midten af afsnittet ligger et lokale der anvendes som terapi- eller konferencerum. Der er adgang til rummet fra både den åbne del og skærmen. Fra terapirummet er der adgang til den ene af de to atriumgårde. I rummet var der borde og stole, et klaver og et bordtennisbord. Under inspektionen blev det oplyst at der blev arbejdet på at få installeret et antal pc-pladser til patienterne, men at det ville kræve et specielt netværk.

Med hensyn til spørgsmålet om pc'er til patienterne henviser jeg til pkt. 5.8 om beskæftigelse nedenfor.

3.4.2. Skærmet del

Det blev oplyst at skærmen tidligere var "fleksibel" og således varierede i størrelse efter behov. På gangarealet i den skærmede del er der to branddøre som kan lukkes så antallet af sengepladser mindskes på den skærmede del og udvides på den åbne, men det benyttes ikke mere. Nu er skærmen "fast".

Som oplyst ovenfor, var der på inspektionstidspunktet 9 sengepladser i skærmen – nu er der 8. Alle sengepladser i skærmen er på enestuer, og det blev oplyst at ingen af stuerne bruges til dobbeltbelægning. Hvis der er overbelægning som på inspektionsdagen, bliver samtalerummet taget i brug som patientstue, eller en patient bliver eventuelt overført til åben del.

Som på åben del er patientstuerne placeret på den side af gangen der vender ud mod haven, mens flere af fælleslokalerne ligger i midten af afsnittet.

Den skærmede del har sin egen spisestue. Der er nogle få hvide køkkenelementer i den ene ende. Derudover var der spiseborde og stole i lyst træ som var placeret i små grupper, og en opslagstavle med informationer, herunder en kostplan. Spisestuen har vinduer ud mod den ene atriumgård. Der var ingen billeder på væggene, men grønne planter i vindueskarmen.

Der er to små opholdsstuer. Den største af stuerne er ca. 18. m², og den var møbleret med en lille sofa, et par lænestole, nogle spisestuestole og tre små lave borde. Der var desuden en reol med nogle blade og få spil, et tv og en ghettoblaster. Der var enkelte farvestrålende billeder på væggene og nogle få grønne planter. Belysningen bestod af lamper i loftet og en enkelt bordlampe. Fra stuen er der udgang til den ene atriumgård.

Den anden opholdsstue er kun ca. 10 m². Den var møbleret med en lille sofa, et lavt bord, nogle få stole og et tv. De hvidmalede vægge så gullige ud, og der var brændt huller i sofaen. Det blev oplyst at stuen tidligere blev brugt som rygerum, og at sofaen var mindre end 4 måneder gammel. Fra denne opholdsstue er der udgang til den anden atriumgård.

Jeg beder centret om at oplyse om den lille opholdsstue er blevet sat i stand.

Fællesarealerne på den skærmede del af afsnittet er væsentlig mindre end fællesarealerne på den åbne del. Da skærmen fungerer som et lukket afsnit, betyder det at de patienter der er indlagt i skærmen, har forholdsmæssigt mindre fysisk plads i fællesarealerne selv om disse patienter på grund af deres helbredstilstand måske har det største behov for god plads omkring sig. Det er efter min opfattelse ikke hensigtsmæssigt. Ved eventuelle bygningsmæssige ændringer eller ved omorganisering af afsnittets lokaler beder jeg centret om at være opmærksom herpå.

3.5. Afsnit 74/75

Afsnit 74/75 ligner bygningsmæssigt afsnit 72/73 som beskrevet ovenfor, og afsnittet er indrettet på samme måde med en åben og en skærmet del. Afsnittet modtager primært patienter fra Albertslund og Glostrup Kommuner. Der er 22 sengepladser fordelt med 13 pladser i den åbne del og 9 i skærmen.

Alle stuer er enestuer hvoraf enkelte har eget bad. I perioder med overbelægning anvendes nogle af enestuerne som tosengsstuer. Jeg besøgte en enestue med eget bad og toilet og en tosengsstue. Stuerne var møbleret som stuerne på afsnit 72/73, og heller ikke her var der nogen udsmykning. Det blev oplyst at patienter som er indlagt i lang tid, gerne selv må udsmykke deres stuer. Der var navneskilt med patientens fornavn ud for hver stue.

I afsnittets konference- og terapirum var der udover bordtennis, klaver, guitar og symaskine også en del legetøj så rummet kan bruges når patienter har besøg af børn.

Det blev oplyst at afsnittets toilet- og baderum var nyrenoverede. De er indrettet med hvide fliser på væggene, grå fliser på gulvet og hvid sanitet. På åben del besøgte jeg et badeværelse med karbad som alle patienter har mulighed for at bruge. På den skærmede del besøgte jeg et toilet- og baderum indrettet med handicapfaciliteter - bl.a. dobbelte armstøtter ved toilettet.

Jeg kan se på mine fotos fra inspektionen at der på de nævnte toilet- og baderum var håndsæbe og stofhåndklæde. Jeg beder om at få oplyst om der på alle afsnittets toiletter nu er flydende sæbe og papirhåndklæder.

Jeg henviser i øvrigt til det som jeg har anført om dobbeltbelægning på enestuer, udsmykning og størrelsen af fællesarealerne i skærmen under pkt. 3.4 ovenfor.

3.6. Rengøring

Under min rundgang på centret fik jeg umiddelbart indtryk af at der generelt var rent og pænt på afsnittene. En af de patienter der havde ønsket en samtale med mig, klagede imidlertid over rengøringen. Han betegnede den som "noget mangelfuld".

Under den afsluttende samtale oplyste ledelsen at det ikke var forkert når patienterne gav udtryk for at der nogen steder var "nusset". Det blev også oplyst at ledelsen sørgede for at påtale den mangelfulde rengøring, f.eks. når der var et slip i rengøringen i forbindelse med ferier. Det blev yderligere oplyst at f.eks. afsnit 74/75 havde faste rengøringsmedarbejdere, og at der derfor var en pæn standard på dette afsnit.

Jeg beder centret om at oplyse om der er gjort noget for at forbedre rengøringsstandarderne, og om standarden på nuværende tidspunkt opleves som tilfredsstillende blandt personale og patienter.

3.7. ECT-behandling

Elektrostimulationsbehandling eller "Electro Convulsive Therapy" (ECT) bruges til behandling af svære depressioner eller andre psykiske lidelser hvor medicin ikke har tilstrækkelig effekt. Psykiatrisk Center Glostrup har to lokaler til brug for ECT-behandling. Det ene rum er selve behandlingsrummet hvor behandlingsudstyret står, og det andet rum er opvågningsstuen. De to lokaler ligger ved siden af hinanden med en dør imellem så patienten kan køres direkte ind på opvågningsstuen i sin hospitalsseng efter behandlingen. Der er plads til fire senge i opvågningsstuen, og der er opsat gardiner (diskretionsforhæng) mellem sengene.

På gangen uden for de to lokaler var der placeret fire stole og et lille bord til ventende patienter. Møblementet var af ældre dato. På væggen hang et par billeder og en tom bladholder.

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget en liste over reparations- og vedligeholdelsesopgaver. Det fremgår heraf at der skal ske en generel istandsættelse af ECT-rummet. Jeg beder om at få oplyst om en sådan istandsættelse har fundet sted, og i givet fald hvilke ændringer der er sket. Jeg beder også om at få oplyst om ventefaciliteterne for patienterne er blevet forbedret.

Det blev oplyst at ECT-behandlingen varetages af et team af læger og sygeplejersker. Selve behandlingen udføres som regel af en yngre læge som et led i vedkommendes

uddannelse. Det blev desuden oplyst at Region Hovedstadens Psykiatri var ved at udarbejde nye retningslinjer for udførelsen af ECT-behandling.

3.8. Fællesarealer

På området ligger der en motionshal som Psykiatrisk Center Glostrup, retspsykiatrisk center og børne- og ungdomspsykiatrisk center er fælles om at benytte. Centrene har faste tidspunkter (fordelt på et ugeskema) hvor sportshallen kan benyttes af både patienter og personale. Sportshallen blev ikke besigtiget under inspektionen.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med fem patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. To af patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Nogle af samtalerne drejede sig bl.a. om generelle forhold som kost, rengøring, aktivitetstilbud og personalemangel. Disse emner er berørt under pkt. 3.6 ovenfor og under pkt. 5.7, 5.8 og 5.24 nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Psykiatrisk Center Glostrup havde 144 normerede sengepladser i 2007 og 2008 (jf. fakta og tal på centrets hjemmeside). Efter at Hvidovre Kommune ikke længere hører til centrets optageområde, og efter at centret har modtaget 19 sengepladser til senhjerneskadede fra Psykiatrisk Center Sct. Hans, er centrets sengekapacitet nu på 138 senge.

Når centrets optageområde fremover reduceres yderligere ved flytning af Brøndby Kommune til optageområdet for Psykiatrisk Center Hvidovre, forventes det at antallet af sengepladser på Psykiatrisk Center Glostrup bliver 117 (jf. regionens generalplan 2009, s. 140). Overflytningen af Brøndby Kommune kan imidlertid først finde sted når der er sket en udbygning og ombygning af Psykiatrisk Center Hvidovre.

I 2007 var der i alt 2.612 indlæggelser og 2.630 udskrivninger på Psykiatrisk Center Glostrup svarende til 55.228 sengedage.

Ved en fremskrivning af patientaktiviteten på centret til 2015 forventes behovet for sengedage at være på 34.227 hvilket omregnet til antal senge bliver 117 sengepladser (jf. regionens generalplan 2009, s. 21 ff.). Der er her taget udgangspunkt i en be-

lægningsprocent på 95. Det er ved fremskrivningen forudsat at befolkningens behov for sengekapaцитet ikke øges, og at den ambulante behandlingsaktivitet – i overensstemmelse med psykiatriplanen – udvides uden at sengekapaцитeten reduceres. Der er endvidere ved fremskrivningen taget højde for ændringerne i optageområdernes størrelse og forskel i sandsynligheder for indlæggelse og gennemsnitlige indlæggelsestider som følge af områdernes socioøkonomiske tyngde.

Det fremgår af rapporten "Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008" på Danske Regioners hjemmeside at der i Region Hovedstaden i 2008 var 82 pct. enestuer i forhold til det samlede antal sengepladser.

Jeg beder om at få oplyst antallet af disponible sengepladser på henholdsvis enestuer og tosengsstuer (dvs. stuer som størrelsesmæssigt oprindeligt er dimensioneret til at være tosengsstuer) på Psykiatrisk Center Glostrup.

På Psykiatrisk Center Glostrup var den gennemsnitlige liggetid 18,6 dage i 2007, og 19,5 dage i 2008 (perioden fra den 1. januar til den 31. oktober 2008).

Jeg beder om at få oplyst den gennemsnitlige liggetid i regionen og for centret i 2008 og 2009.

Ifølge en opgørelse (jf. rapporten om regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008) stod der i alt 1.108 voksne med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Hovedstaden den 1. marts 2009. Heraf havde 693 personer ventet i under 2 måneder, og 415 havde ventet i over 2 måneder.

Det blev under inspektionen oplyst at henviste patienter altid bliver indlagt med det samme på Psykiatrisk Center Glostrup, og at der således ikke er ventelister til indlæggelse på centret. Det blev samtidig oplyst at der var venteliste til indlæggelse på Retspsykiatrisk Center Glostrup, men at disse patienter så i stedet blev indlagt på Psykiatrisk Center Glostrup.

Det fremgår af hjemmesiden for Region Hovedstadens Psykiatri at der generelt ingen ventetid er på behandling i psykiatrien for voksne over 18 år, men at der dog er ventelister til en række specialtilbud, herunder behandling for spiseforstyrrelser og enkelte behandlinger på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Patienter med et akut behov for psykiatrisk hjælp bliver taget ind til behandling med det samme.

På hjemmesiden for Psykiatrisk Center Glostrup er der oplysninger om ventetider for patienter uden komplicerede forhold. Det fremgår at der fra henvisning til undersøgelse/behandling er et mål på 74 dage og en målopfyldelse på 97 pct. Fra afslutning af undersøgelse til påbegyndelse af behandling er der et mål på 60 dage og en målopfyldelse på 96 pct.

Jeg går ud fra at oplysningerne om ventetider gælder ambulant behandling på centret. Jeg beder centret om at oplyse om der fortsat ikke er ventelister til indlæggelse.

Jeg beder også om at få oplyst hvor mange retspsykiatriske patienter der i 2008 og 2009 har været indlagt på centret på grund af ventelister til indlæggelse på Retspsykiatrisk Center Glostrup. Jeg henviser til at 5 ud af de 7 patienter der var indlagt på afsnit 70 på tidspunktet for min inspektion, var indlagt på retligt grundlag (retslige patienter), jf. pkt. 3.3 ovenfor.

Den gennemsnitlige belægning på voksenpsykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden var i 2006, 2007 og 2008 på henholdsvis 93, 94 og 91 pct. I 2008 lå Region Hovedstaden hermed på linje med Region Sjælland og Region Syddanmark, mens den gennemsnitlige belægning i Region Midtjylland og Region Nordjylland var noget højere idet den lå på henholdsvis 96 og 98 pct. i 2008.

Belægningsprocenten for disponible senge på Psykiatrisk Center Glostrup varierede i perioden fra januar til oktober 2007 fra 89,8 som det laveste (august måned) til 100,5 som det højeste (januar måned).

Det blev under inspektionen oplyst at standardnormeringen på centret er en belægning på 85 pct., men at der på de 5 kommuneopdelte afsnit ofte er en belægningsprocent på 100 eller derover. Centret oplevede en stigning i antallet af patienter i sensommeren 2006, og denne stigning har holdt sig.

I perioden fra januar til oktober 2007 var belægningsprocenten for afsnit 68/69 helt oppe på 114 i januar og februar måned, og på afsnit 78/79 var der kun én måned (august) hvor belægningsprocenten var under 100.

Jeg beder om at få oplyst hvordan belægningsprocenten for disponible senge på Psykiatrisk Center Glostrup har udviklet sig i 2008 og 2009.

Det blev under inspektionen oplyst at der aldrig ligger patienter på gangene. Ved overbelægning tages samtalerum i brug som patientstuer og først herefter lægges der to patienter på en (tosengs)stue. På den skærmede del af et afsnit kan det i tilfælde af overbelægning være nødvendigt at flytte en patient til den åbne del af afsnittet for at undgå dobbeltbelægning på en enestue. Endelig kan centret nogle gange være nødt til at bruge de sengepladser som står tomme, fordi patienterne overnatter hjemme.

Jeg beder om at få oplyst om det stadig er muligt at undgå dobbeltbelægning i skærmene ved at tage andre lokaler i brug som patientstuer og/eller overføre patienter til åben del. Jeg beder også om at få oplyst om det fortsat aldrig er nødvendigt at lægge patienter på gangene.

5.2. Adgang til frisk luft

Den 1. januar 1999 trådte bl.a. en ændring af den dagældende psykiatrilovs § 2 i kraft (jf. lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven). § 2 fik følgende ordlyd:

”§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.”

Af bemærkningerne til forslaget til ændringsloven (lovforslag nr. L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår det at hensigten med denne affattelse af § 2 var at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold”.

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. var enige om en målsætning om at alle patienter skulle have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt.

Psykiatrisk Center Glostrup er som nævnt under den bygningsmæssige gennemgang beliggende på et stort grønt område, og sengeafsnittene består af bygninger i ét plan. Til hvert afsnit hører et haveanlæg og en eller to atriumgårde, og der er grønne arealer mellem centrets forskellige bygninger. Omgivelserne kan benyttes af alle de patien-

ter der frit kan forlade centret, herunder patienter fra det lukkede afsnit og de skærmede dele som er frivilligt indlagt og ikke tvangstilbageholdt.

Det lukkede intensive afsnit 70 har sin egen store indhegnede have og en lille atriumgård som patienterne normalt har fri adgang til, men da den ikke er flugtsikker, bliver den i perioder aflåst hvis en eller flere af patienterne anses for flugtruede. Det fremgår af centrets hjemmeside at haven kan benyttes efter ordination.

Med hensyn til indretningen af den store have henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 3.3 ovenfor.

Patienterne på den skærmede del af afsnit 72/73 har mulighed for at benytte afsnittets to små atriumgårde og en tilhørende have. Haven er imidlertid kun indhegnet med et lavt hegn, og det blev under inspektionen oplyst at patienterne derfor kun kan benytte haven efter aftale med personalet. Det blev desuden oplyst at afsnittets atriumgårde ikke er flugtsikre, og at det derfor er nødvendigt at låse dørene til atriumgårdene i de (få) tilfælde hvor der er surrogatanbragte patienter på afsnittet.

Centrets grønne omgivelser med haveanlæg til hvert afsnit og afsnittenes konstruktion med de små, lukkede atriumgårde giver patienterne mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt enten med eller uden ledsagelse.

Jeg beder centret om at oplyse om de patienter der anses for flugtruede, har adgang til at komme ud i frisk luft hver dag.

I forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital (nu Psykiatrisk Center Hvidovre) den 8. december 2004 blev det oplyst at afdelingen ind imellem havde problemer med at leve op til forpligtelsen om at give adgang til frisk luft til patienter der var surrogatanbragte. Jeg kan til centrets orientering oplyse at jeg i den forbindelse udtalte følgende (jf. pkt. 5.3 i min opfølgingsrapport af 7. februar 2006):

”Jeg forstår det oplyste sådan at alle patienter, herunder varetægtsfængslede, får adgang til frisk luft hver dag, enten med eller uden ledsagelse, medmindre politiet - undtagelsesvist - har nedlagt forbud mod adgang til haven i forbindelse med indlæggelsen af en varetægtsarrestant. Jeg er enig med afdelingen i at det er meget uheldigt når en patient som følge heraf ikke får adgang til haven. Da der imidlertid ikke er tale om beslutninger som er truffet af hospitalet, foretager jeg

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

...

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

5.3. Handicaptilgængelighed

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er skadestuen og patientafsnittene på Psykiatrisk Center Glostrup indrettet i bygninger i ét plan, og der er handicapegnede toilet- og baderum på flere afsnit.

Jeg går ud fra at spørgsmålet om handicaptilgængelighed er indgået ved indretningen af særlig det gerontopsykiatriske afsnit.

Forholdene giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

5.4. Navneskilte

Under min rundgang på Psykiatrisk Center Glostrup så jeg at der på skilte på dørene til patientstuerne kun var angivet stuenes numre og patienternes fornavne.

Når patienterne får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittenes opholds- og besøgsrum.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende (besøgende, håndværkere mv.) har adgang, giver anledning til betænkelighed.

Efter min opfattelse bør der i almindelighed kun anføres fornavn og kun hvor dette er nødvendigt, f.eks. af hensyn til patienten selv, eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske.

På baggrund af det jeg så under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger til centrets anvendelse af navneskilte.

5.5. Opbevaring af journaler

Spørgsmålet om opbevaring af journaler blev ikke drøftet under inspektionen.

Jeg går ud fra at Psykiatrisk Center Glostrup anvender elektroniske patientjournaler, og jeg beder om at få oplyst om de er forsynet med "log", og hvem der har adgang til dem.

5.6. Medicin

Spørgsmålet om opbevaring og håndtering af medicin blev ikke drøftet nærmere under inspektionen.

Jeg går ud fra at al medicin bliver opbevaret i aflåste medicinrum så det ikke er tilgængeligt for patienterne.

Jeg beder om at få oplyst om centret får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at psykiatriske sygehuse ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering fra apoteket.

Det kan eventuelt foregå således at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.

5.7. Forplejning

Kosten på Psykiatrisk Center Glostrup kommer fra centralkøkkenet på Glostrup Hospital som centret har en driftsaftale med. Maden anrettes i køkkenerne på de enkelte afsnit i centret.

Patienterne har ikke mulighed for selv at lave egentlige måltider på afsnittene, men madlavning foregår som en del af miljø- og ergoterapien.

Jeg modtog ingen klager over maden på centret. To af de patienter jeg havde samtale med, gav udtryk for at maden var god – dog tilføjede den ene at frokosten måske var lidt kedelig.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne fik til frokost den pågældende dag.

Ledelsen oplyste at alle patienter fik standardportioner svarende til den mad der blev serveret i somatikken. Centret havde tidligere været nødt til at forhandle med Glostrup Hospital fordi portionerne var meget små så der ikke var mad nok. Jeg fik indtryk af at det på inspektionstidspunktet stadig kunne være et problem med for små portioner.

Det blev endvidere oplyst at centret på inspektionstidspunktet var ved at forhandle en ny driftsaftale med hospitalet.

Region Hovedstadens Ernæringskomité har udarbejdet en kost- og ernæringspolitik som er blevet vedtaget i regionsrådet den 5. februar 2008. Formålet med politikken er at angive rammerne for hvordan kost- og ernæringsindsatsen skal praktiseres i det daglige. Kost- og ernæringspolitikken skal derfor følges op af lokale målrettede strategier, faglige vejledninger, konkrete handlingsplaner og kvalitetsudvikling.

Det overordnede mål med kost- og ernæringspolitikken er at undgå en forværring af fedme eller underernæring under indlæggelse eller ambulante behandling, og i videst muligt omfang at forebygge at disse ernæringsproblemer opstår under indlæggelse. Alle patienter skal derfor ved indlæggelse have vurderet deres ernæringstilstand med henblik på at identificere eventuel underernæring eller fedme. Og alle indlagte patienter

ter skal have en individuel kostordination på baggrund af ernæringsvurderingen og patientens sædvanlige spisevaner.

I forbindelse med indsatsen mod fedme fastsætter kost- og ernæringspolitikken at der bør sikres opmærksomhed på medikamentelt betinget overvægt særligt hos psykiatriske patienter, og deres behandlingsforløb bør omfatte en omhyggelig kostplanlægning og kostuddannelse af både patienter og deres pårørende.

Kost- og ernæringspolitikken fastsætter også at maden skal være af høj kvalitet og udgøre et godt måltid for patienten. Hospitalernes menuer skal indeholde valgmuligheder for patienterne, og der skal være tilbud om mad uden for de normale spisetider, herunder sen aften/nat. Desuden fastsættes det at hver afdeling skal have mindst en nøgleperson, enten på afdelingen eller tilknyttet afdelingen, der er særligt kvalificeret til at vejlede medarbejdere og patienter i spørgsmål om kost og ernæringsmæssige procedurer.

Jeg beder om at få oplyst hvordan regionens kost- og ernæringspolitik bliver udmøntet på Psykiatrisk Center Glostrup. Jeg beder også om at få oplyst indholdet af den driftsaftale om kosten som jeg går ud fra at centret (nu) har indgået med Glostrup Hospital, og om patienterne (nu) er tilfredse med størrelsen af de portioner som maden serveres i.

5.8. Beskæftigelse

Af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3 ovenfor fremgår det at der på de enkelte afsnit findes tv, musikanlæg, spil og enkelte musikinstrumenter som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

Af centrets velkomstfolder fremgår det desuden at patienterne har ret til at have personlige ejendele som f.eks. bærbar pc, dvd, tv, radio mv. med sig under indlæggelsen.

Under min rundgang på afsnit 72/73 blev det som tidligere nævnt oplyst at der blev arbejdet på at få installeret et antal pc-pladser til patienterne, men at det ville kræve et specielt netværk. Dette fremgår også af en oversigt over reparations- og vedligeholdelsesopgaver som jeg har modtaget fra centret. Her er patient-pc'er i alle afsnit anført som et nyt tiltag der afventede installering af trådløst netværk i 2008.

Jeg beder om at få oplyst om der er blevet installeret pc-pladser i alle afsnit – og i givet fald hvor mange på hvert afsnit.

Under inspektionen blev det endvidere oplyst at centret har planer om et udvidet patientbibliotek. Det fremgår også af oversigten over reparations- og vedligeholdelsesopgaver hvor indretning af patientbibliotek som internetcafe er anført som et nyt tiltag.

Jeg beder om nærmere oplysninger om centrets patientbibliotek, herunder indretning, åbningstider, og hvor patienterne kan finde information om biblioteket.

Som nævnt under pkt. 3.8 ovenfor, er der på området ved Psykiatrisk Center Glostrup en motionshal som centret kan benytte på fastsatte tidspunkter om ugen til fysiske aktiviteter for patienterne.

For patienterne på samtlige afsnit er der en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – f.eks. morgenmøder, fysisk træning i form af morgengymnastik, gå- og løbeture, madlavning og sociale aktiviteter.

En af de patienter som jeg talte med under inspektionen, efterlyste nogle flere aktivitetsmuligheder for patienterne – f.eks. flere fysiske aktiviteter som gymnastik, idræt, yoga og fodbold, og kreative aktiviteter som f.eks. at male og spille musik.

Ledelsen oplyste under den afsluttende samtale at antallet af aktivitetsrum er blevet væsentlig reduceret gennem de senere år, og at værksteder og udeaktiviteter er blevet nedlagt. Det blev også oplyst at der tidligere har været en klub hvor patienter fra voksenpsykiatrien og retspsykiatrien kunne mødes om aftenen til socialt samvær, men den er også blevet nedlagt. Baggrunden for nedskæringerne af aktivitetstilbud er dels manglende ressourcer, dels det forhold at mange patienter i dag (i modsætning til tidligere) ofte kun er indlagt i kort tid. Ledelsen medgav at aktivitetstilbuddene til de langtidsindlagte patienter er meget sparsomt.

Psykiatriplan for Region Hovedstaden 2007 indeholder en række psykiatriske hensigtserklæringer – herunder at der i den psykiatriske behandling skal være tilbud om aktiviteter og motion så de sindslidendes ressourcer udnyttes bedst muligt (s. 22).

Det fremgår af referatet fra et dialogmøde den 17. september 2008 mellem ledelsen på Psykiatrisk Center Glostrup og patient- og pårørendeforeninger at en repræsentant for SIND på mødet gav udtryk for at de tidligere aktivitetsmuligheder på centret var meget savnet, og hun efterlyste derfor flere aktiviteter.

Jeg beder centret om at oplyse om der er planer om at udvide aktivitetstilbuddene for særligt de langtidsindlagte patienter.

Jeg kan til orientering oplyse at Psykiatrien i Region Nordjylland i 2008 har udarbejdet en politik for aktiviteter for dag- og døgnindlagte patienter. Formålet med politikken er at sikre at der for alle dag- og døgnindlagte patienter udarbejdes individuelle aktivitetsplaner der indgår i den enkelte patients behandlings- og plejeplan. Det er et mål at politikken skal være med til at skabe ensartethed om de aktivitetstilbud som patienter tilbydes ved dag- eller døgnindlæggelse.

Til orientering – og eventuel inspiration – sender jeg Region Hovedstadens Psykiatri en kopi af aktivitetspolitikken som jeg har modtaget fra Psykiatrien i Region Nordjylland. Jeg vedlægger også en kopi til orientering for Psykiatrisk Center Glostrup.

5.9. 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 helbredtilstanden.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvornår og hvordan denne vejledning finder sted.

5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale

Psykiatrisk Center Glostrup har på sin hjemmeside beskrevet hvordan en indlæggelse forløber. Det fremgår heraf at patienter som henvender sig til psykiatrisk skadestue, bliver vurderet ved en samtale med en læge og plejepersonale med henblik på at stille en foreløbig diagnose og planlægge behandlingen og plejen i den allerførste tid. Hvis der er formodning om en længerevarende indlæggelse, overflyttes patienten snarest muligt til det afsnit som patientens hjemkommune hører under, og inden for 24 timer bliver der udarbejdet en akut behandlingsplan. Herefter bliver der inden for de første 7 døgn af indlæggelsen udarbejdet en behandlingsplan. Det sker tværfagligt og i samarbejde med patienten. Der aftales i den forbindelse tidspunkt for opfølgning med den behandlingsansvarlige læge og kontaktperson fra plejen. Under indlæggelsen tilbydes patienten lægesamtale med jævne mellemrum og efter behov.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at der i forbindelse med lægesamtaler som udgangspunkt aftales en ny tid for den næste samtale.

Patienter der bliver indlagt direkte på et stamafsnit efter henvisning fra egen læge mv., har inden for 24 timer efter indlæggelse samtale med en læge og én fra plejepersonalet.

Alle patienter får tildelt en personlig læge og en kontaktperson som begge skal sørge for at der er sammenhæng i indlæggelsesforløbet.

Jeg går ud fra at patienter som overflyttes fra psykiatrisk skadestue til et stamafsnit, har samtale med en læge og plejepersonale på stamafsnittet inden for de første 24 timer i forbindelse med udarbejdelsen af den akutte behandlingsplan.

Jeg har noteret mig at der i forbindelse med lægesamtaler – ud over de fastsatte tidspunkter for opfølgning på behandlingsplanen – så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale så patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Det fremgår af centrets informationsmateriale om de enkelte afsnit - dog med undtagelse af informationen om afsnit 70 (lukket intensivt) – at alle patienter inden for det første døgn af indlæggelsen får tilknyttet 2 kontaktpersoner som støtter og hjælper patienten efter behov under hele indlæggelsen. Det oplyses også at kontaktpersonen så vidt muligt deltager i alle samtaler som den indlagte har med læger eller andre samarbejdspartnere.

Jeg går ud fra at patienterne på afsnit 70 også tildeles 2 kontaktpersoner inden for det første døgn af indlæggelsen.

Jeg beder centret oplyse om der normalt deltager andre end patientens kontaktperson (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale, studerende) ved lægesamtaler, og om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Jeg beder desuden centret om at oplyse om en patient har mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

5.11. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, har overlægen ansvaret for at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om

planens indhold, samt at patientens samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

I den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, som trådte i kraft den 1. januar 2007) er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre patienten frabejder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår af pkt. 3 i Sundhedsministeriets vejledning nr. 122 af 14. december 2006 til landets psykiatriske afdelinger (vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, efter samtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger). Det fremgår også heraf at der ingen formelle krav er til udformningen af behandlingsplanen, men at den er en del af journalen hvad enten den er indskrevet i journalen eller foreligger som et selvstændigt dokument. Derimod er der nærmere angivne krav til indholdet af behandlingsplanen.

Det fremgår af Psykiatrisk Center Glostrups information om hvordan en indlæggelse forløber at der inden for de første 24 timer af indlæggelsen udarbejdes en akut behandlingsplan, og at der herefter inden for de første 7 døgn udarbejdes en behandlingsplan som beskriver planen for den første pleje og behandling. Denne plan udarbejdes tværfagligt og i samarbejde med patienten som også får en kopi af planen. I løbet af indlæggelsen arbejdes der sammen med patienten om indholdet i behandlingsplanen som revideres efter behov.

Jeg beder centret om at oplyse hvornår behandlingsplanen bliver udleveret til patienten, og om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.

Jeg beder endvidere om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert af centrets kommuneinddelte afsnit og det lukkede intensive afsnit. Jeg beder om at behandlingsplanerne vedrører patienter som var indlagt i oktober 2009.

5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Tvang defineres i psykiatriloven som "anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke" (psykiatrilovens § 1, stk. 2).

Der er en række grundlæggende betingelser som skal være opfyldt, før tvang kan anvendes. Tvang må ikke benyttes før der er gjort hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det som man søger at opnå, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal endvidere udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvang må ikke anvendes i videre omfang end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Disse grundlæggende betingelser fremgår af psykiatrilovens § 4 som indebærer en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet, også kaldet "mindste middels princip".

Psykiatrilovens kapitel 3, 4 og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (nu Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, Sikringen). Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

Psykiatrisk Center Glostrup har deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, også kaldet "gennembrudsprojektet". Det tidligere afsnit 78/79 deltog i 1. bølge af projektet (fra august 2004 til juni 2005), og afsnit 76/77 deltog i 2. bølge af projektet (fra juni 2006 til juni 2007). Projektets formål har været at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet når tvang anvendes, og at minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang.

Det fremgår af evalueringen af gennembrudsprojektets 2. bølge at Psykiatrisk Center Glostrup i forbindelse med projektet iværksatte et forandringstiltag i form af "bæltefikseringsmapper" med materiale til brug ved enhver fiksering. Materialet består bl.a. af procedureskema, opgavebeskrivelse, observationsskema og efter-samtalskema.

Jeg beder om at få oplyst om centret fortsat anvender bæltefikseringsmapperne.

Ledelsen oplyste at centret har arbejdet intensivt på at mindske antallet og varigheden af bæltefikseringer gennem en målrettet fokusering på området.

Ledelsen oplyste endvidere at centret har oplevet en lille stigning i antallet af tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser, men et lille fald i antallet af tvangsbehandlinger. Der er i den forbindelse meget få patienter der bliver tvangsmæssigt behandlet med ECT. Siden centrets optageområde blev ændret i 2002 hvor Amager blev udskilt, har centret oplevet et stabilt lille fald i antallet af tvangsfikseringer og anvendelsen af fysisk magt. Derimod har der været en stigende anvendelse af beroligende medicin hvilket er et udslag af princippet om mindste middel.

Af publikationen "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2007" som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside fremgår det at der i 2007 var indlagt 1.541 personer på Psykiatrisk Center Glostrup og heraf var 318 personer berørt af tvang. I 2006 var der 1.340 personer indlagt hvoraf 296 var berørt af tvang, (jf. tabel 3).

Der blev i 2007 foretaget 330 frihedsberøvelser på Psykiatrisk Center Glostrup, heraf 129 tvangsindlæggelser og 201 tilfælde af tvangstilbageholdelse. Det er i forhold til 2006 en samlet stigning på 5 tilfælde af frihedsberøvelse idet der i 2006 var 117 tvangsindlæggelser og 208 tilfælde af tvangstilbageholdelse, (jf. tabel 5).

I Sundhedsstyrelsens statistik er der ikke en opgørelse over antallet af tvangsbehandlinger på Psykiatrisk Center Glostrup, men en opgørelse over antallet af tvangsbehandlede personer. Det fremgår heraf at der i 2007 blev tvangsbehandlet 29 personer på centret, og der var således en ganske svag stigning i forhold til 2006 hvor antallet af tvangsbehandlede personer var 27 (jf. tabel 6).

De tvangsbehandlede personer fordelte sig i 2007 (og 2006) på følgende grupper: Tvangsmedicinering 24 (20 i 2006), tvangsbehandling med ECT 4 (3 i 2006), tvangsernæring 0 (3 i 2006) og tvangsbehandling af somatisk lidelse 4 (5 i 2006). Der gøres opmærksom på at en person kan have fået flere forskellige tvangsbehandlinger.

Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse var 587 i både 2006 og 2007. Der var en lille stigning i det samlede antal tvangsfikseringer fra 289 i 2006 til 296 i 2007, mens der var et lille fald i den fysiske magtanvendelse fra 298 tilfælde i 2006 til 291 tilfælde i 2007. Den fysiske magtanvendelse omfattede i 2006 186 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, og dette tal steg i 2007 til 210 tilfælde (jf. tabel 11).

Jeg beder om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på centret i 2008 og 2009.

Det fremgår af årsberetningen for 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden at nævnet i 2008 realitetsbehandlede i alt 383 sager om tvangsindgreb i Region Hovedstaden. Sagerne omfattede 742 afgørelser. Heraf godkendte nævnet 672 afgørelser og tilsidesatte 70 hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 9.

24 af de 383 realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2008 vedrørte tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 25 klager over tvangsindgreb på centret i 2008, men 1 af klagerne blev tilbagekaldt/afvist.

I 2007 realitetsbehandlede nævnet i alt 310 sager om tvangsindgreb i Region Hovedstaden. Sagerne omfattede 669 afgørelser. Heraf godkendte nævnet 581 afgørelser og tilsidesatte 88 hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 13.

19 af de realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2007 vedrørte tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 25 klager over tvangsindgreb på centret, men 6 af klagerne blev tilbagekaldt eller afvist.

Tallene for 2007 og 2008 i årsberetningen er ikke umiddelbart sammenlignelige fordi Psykiatrisk Center Glostrups optageområde blev ændret fra den 1. februar 2008 hvor Hvidovre Kommune blev flyttet fra optageområdet der således blev reduceret med ca. 50.000 indbyggere.

Ifølge årsberetningen (s. 16) er det psykiatriske patientklagenævn ved at stramme sin praksis for hvad nævnet vil acceptere som begrundelse for at godkende iværksættelse af tvangsfiksering og forlængelse af en tvangsfiksering. Stramningerne af praksis vil efter nævnets vurdering hæve niveauet for dokumentation af tvangsfikseringer og give nævnet større mulighed for at vurdere indgrebet på saglig vis.

Det fremgår af Psykiatriens Nyhedsbrev, september 2009 (s. 13 ff) at Psykiatrien på baggrund af nogle af de konkrete klagesager i det psykiatriske patientklagenævn hvor anvendelsen af tvang er blevet underkendt, er ved at udarbejde en handleplan med henblik på at skabe fælles praksis i forbindelse med brug af tvang i hele Psykiatrien og nedbringe brugen af tvang. Ifølge forslaget til den nye handleplan skal der bl.a. være øget fokus på kravene til dokumentation i journaler og lægeerklæringer for brugen af

tvang og ensartet anvendelse af psykiatriloven på tværs af de psykiatriske centre. Alle vejledninger om tvang skal derfor redigeres, og erfarne klinikere og jurister fra administrationen skal undervise læger og plejepersonale på de enkelte centre i psykiatrilovgivning.

Det fremgår af nyhedsbrevet at redigeringen af Psykiatriens vejledninger om tvang forventes færdig og godkendt i begyndelsen af 2010. Jeg beder om at modtage et eksemplar af vejledningerne når de foreligger i endelig form.

Inden en tvangsforanstaltning iværksættes, skal patienten som udgangspunkt underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og aflåsning af patientstue kan underretningen dog i særlig hastende tilfælde undlades, men så skal patienten efterfølgende have en begrundelse for indgrebet (psykiatrilovens § 31). Patienten skal endvidere ved enhver anvendelse af tvang vejledes om adgangen til at påklage tvangsindgrebet (psykiatrilovens § 32, stk. 1). Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

Det fremgår af årsberetningen for 2008 fra det psykiatriske patientklagenævn (s. 27) at komiteen for patientrettigheder og tvang er ved at udarbejde nyt skriftligt informationsmateriale om anvendelse af tvang.

Jeg beder om at modtage en kopi af det skriftlige informationsmateriale som Psykiatrisk Center Glostrup udleverer til patienter i forbindelse med anvendelse af tvang. Jeg beder samtidig Psykiatrien om at oplyse hvor langt arbejdet med det nye informationsmateriale er kommet. Når det nye materiale er endeligt udarbejdet, beder jeg om at modtage kopi af materialet.

Jeg beder desuden om at få oplyst om patienter der udsættes for tvangsforanstaltninger, altid får udleveret Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb".

Som det fremgår af pkt. 3.3 ovenfor, er det kun på det lukkede intensive afsnit (afsnit 70) at der findes en særlig indrettet stue til bæltefiksering. Fikseringssengen er boltet fast til gulvet i midten af rummet, og bælte og remme opbevares i et skab på stuen. Når en patient er tvangsfikseret på bæltefikseringsstuen, bliver gardinerne trukket for så andre ikke kan se ind udefra, og der er en fast vagt placeret på stuen. Det blev op-

lyst at bæltefikseringsstuen kun anvendes ved tvangsfiksering af voldsomme patienter, ellers foregår tvangsfiksering på patientens egen stue. Når fikseringen foregår på patientens egen stue, transporteres bælte og remme i et pudebetræk til stuen.

Under min rundgang på afsnit 72/73 blev det oplyst at tvangsfikseringer foregår på den skærmede del af afsnittet. Det er patientens egen seng der anvendes. Bælter og remme opbevares i et aflåst skab i medicindepotet.

Jeg går ud fra at tvangsfikseringer på de andre kommuneopdelte afsnit også foregår på den skærmede del, ligesom jeg går ud fra at bælter og remme også på de kommuneopdelte afsnit transporteres i pudebetræk til patientens stue så de ikke er synlige for andre patienter i afsnittet.

Jeg beder centret om at oplyse hvor den faste vagt er placeret i forhold til den fikserede patient når tvangsfikseringen finder sted på patientens egen stue, og om andre patienter eller personale kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet eller udefra.

5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

Efter psykiatrilovens § 24, stk. 1, skal der beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter § 18 f (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.).

Før ændringen af psykiatriloven (lov nr. 534 af 8. juni 2006) skulle der beskikkes en patientrådgiver i forbindelse med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, mens beskikkelse i forbindelse med andre tvangsindgreb forudsatte at patienten selv anmodede om det. Ændringen heraf skete for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed idet patienten blev sikret adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 f og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver.

Patientrådgiverens opgaver er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på den psykiatriske afdeling og bistå patienten med eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2).

Patientrådgiveren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen (psykiatrilovens § 26, stk. 1). Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten (§ 26, stk. 2).

Psykiatrilovens § 27 vedrører information af patientrådgivere. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

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

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, sp. 2091):

”Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt.”

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), er det fastsat at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Af bekendtgørelsens § 47, stk. 2, fremgår det endvidere at patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen om patienten.

Der er ingen regler om hvor mange patientrådgivere der skal være tilknyttet et psykiatrisk center. Sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i årsberetningen for 2008 bemærket at 5 patientrådgivere efter sekretariatets opfattelse som udgangspunkt må betragtes som det minimale antal pr. psykiatrisk center, medmindre patientrådgiverne mener at kunne løfte opgaven med færre rådgivere, og det psykiatriske center ikke har bemærkninger imod det.

Det blev under inspektionen oplyst at Psykiatrisk Center Glostrup har en god stab af patientrådgivere. Det fremgår af patientklagenævnets årsberetning for 2008 at der er 6 patientrådgivere knyttet til Psykiatrisk Center Glostrup.

Patientrådgiveren skal som nævnt ovenfor, så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Ifølge patientklagenævnets årsberetning for 2008 deltog patientrådgivere/bistandsværgere i 2006 i alle 19 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Psykiatrisk Center Glostrup, svarende til en mødedeltagelse på 100 pct. I 2007 deltog patientrådgivere/bistandsværgere i 18 ud af 19 sager svarende til en mødedeltagelse på 95 pct., og i 2008 deltog de i 22 ud af 24 sager svarende til en mødedeltagelse på 92 pct.

Patientklagenævnet har tilkendegivet at en gennemsnitlig mødeprocent på omkring 85 må anses som meget tilfredsstillende under hensyn til de korte berammelsestider der fastsættes for nævnsmøderne ud fra et ønske om at behandle patienternes klager, f.eks. over frihedsberøvelse, hurtigst muligt.

Den gennemsnitlige mødeprocent for patientrådgivere/bistandsværgere ved alle 13 psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2008 var 92 – samme procent som på Psykiatrisk Center Glostrup i 2008 – og en sådan fremmødeprocent har nævnet betegnet som ”absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over”.

Jeg går ud fra at Psykiatrisk Center Glostrup tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres så de har mulighed for at varetage deres hverv på for-svarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

Jeg beder om oplysning om hvornår patientrådgiveren bliver beskikket/tilkaldt i forhold til tidspunktet for tvangsindgrebet, og i hvilket omfang og hvornår patientrådgiverne aflægger besøg hos patienterne i forbindelse med tvangsindgreb.

Personer som er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatriloven, bortset fra bestemmelserne i §§ 5-11, § 21, stk. 2, og kapitel 10. Psykiatrilovens bestemmelser om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværgere efter straffelovens § 71 (jf. § 2, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse).

Efter straffelovens § 71 skal retten beskikke en bistandsværgere til en person der er dømt til anbringelse i psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, eller hvis afgørelsen giver mulighed for en sådan anbringelse (straffelovens § 71, stk. 2, og § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 7 af 5. februar 1999 om bistandsværgere). Efter straffelovens § 71,

stk. 1, kan der forud for dommen beskikkes en bistandsværgen hvis der kan blive tale om at dømme en tiltalt til anbringelse eller forvaring efter reglerne i straffelovens §§ 68-70.

Som bistandsværgen skal så vidt muligt beskikkes en person blandt de nærmeste pårørende (straffelovens § 71, stk. 1, og § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen om bistandsværger).

Bistandsværgens opgaver er bl.a. at holde sig underrettet om den dømtes tilstand og at drage omsorg for at opholdet på sygehuset/sygehusafdelingen ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Bistandsværgen skal endvidere rådgive og vejlede om klageadgang i henhold til psykiatriloven og bistå med eventuelle klager (§ 8 i bekendtgørelsen om bistandsværger).

Ifølge § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger, skal bistandsværgen *snarest muligt* efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Besøg skal herefter finde sted *efter behov*. Bistandsværger har normalt ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med den pågældende, jf. nærmere § 9, stk. 2.

Der findes ikke en bestemmelse om at bistandsværgen skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen svarende til psykiatrilovens § 26, stk. 1, om patientrådgivere, jf. herom nedenfor.

Personalet på sygehuset/sygehusafdelingen skal give bistandsværgen enhver oplysning som er nødvendig for at bistandsværgen kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning som af lægelige grunde ikke gives til den sigtede, tiltalte eller dømte, må heller ikke gives til bistandsværgen (§ 14, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger). Bestemmelserne om information af bistandsværger svarer til psykiatrilovens § 27 om information af patientrådgivere, jf. citatet af bestemmelsen nedenfor.

Bistandsværgen har desuden ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen vedrørende den sigtede, tiltalte eller dømte som den pågældende er beskikket for, jf. § 14, stk. 2, i bekendtgørelsen om bistandsværger.

I forbindelse med den afsluttende samtale under inspektionen oplyste ledelsen at det er et tilbagevendende problem at bistandsværger ikke møder op hos patienterne i samme omfang som patientrådgiverne, og at det derfor ville være ønskeligt hvis der gjaldt den samme tidsfrist for bistandsværger som for patientrådgivere. Hvis centret i

forbindelse med et tvangsindgreb over for en sigtet, tiltalt eller dømt ikke kan få fat i vedkommendes bistandsværge, sørger centret for at der bliver beskikket en patientrådgiver for den pågældende i stedet for.

Jeg går efter det oplyste ud fra at Psykiatrisk Center Glostrup orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a.

Jeg beder centret om at oplyse om centret også beskikker en patientrådgiver for en sigtet, tiltalt eller dømt i de situationer hvor det er muligt at komme i kontakt med bistandsværgeren og orientere ham/hende om et tvangsindgreb, men hvor det tydeligt fremgår at bistandsværgeren først vil besøge patienten efter 24 timer.

Hvis det er muligt, beder jeg om også at få oplyst hvor ofte centret er nødt til at beskikke en patientrådgiver for en sigtet, tiltalt eller dømt patient som i forvejen har en bistandsværge.

5.14. Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte

Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger indeholdt tidligere hjemmel til aflåsning af yderdøre som middel til at sikre frihedsberøvede personers fortsatte tilstedeværelse på afdelingen (§ 18) og som beskyttelsesforanstaltning (§ 23).

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

Efter den seneste revision af psykiatriloven indeholder loven nu i § 18 e udtrykkelig hjemmel til aflåsning af døre i afdelingen over for patienter der er frihedsberøvede efter lovens kapitel 3, dvs. patienter der er tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller tilbageført, og patienter der er i risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare. Ifølge forarbejderne til § 18 e omfatter den sidstnævnte gruppe patienter der lider af demens eller demenslignende tilstande, og personer der er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand. Beslutning om aflåsning af døre i en afdeling træffes af en læge. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af bestemmelsen i § 18 e at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer.

Afsnit 70 på Psykiatrisk Center Glostrup er et lukket intensivt afsnit og derfor altid aflåst. Det samme gælder det lukkede gerontopsykiatriske afsnit. Yderdørene til de åbne afsnit er aflåste fra kl. 22.00 – 06.00.

Under min rundgang på afsnit 72/73 blev det oplyst at alle vinduer på afsnittet er låst og åbnes med en nøgle efter aftale med personalet. Det blev samtidig oplyst at der havde været problemer med at f.eks. pårørende eller andre patienter havde prøvet at komme ind ad vinduerne. På nogle af stuerne er der en lille trækrude i vinduet som patienterne selv har mulighed for at åbne.

Som jeg bemærkede under den afsluttende samtale, er det efter min opfattelse ikke tidssvarende med låste vinduer på et åbent afsnit.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg i forbindelse med tidligere inspektioner har tilkendegivet at det umiddelbart forekommer mig uforståeligt at patienter (som ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt) på et åbent afsnit ikke selv kan åbne vinduerne på deres stuer hvis de ønsker det.

Jeg beder centret om at oplyse om vinduerne på samtlige åbne afsnit er låst og i givet fald en begrundelse herfor.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er der på hvert af de fire kommuneopdelte afsnit en skærmet enhed. De skærmede enheder var tidligere "fleksible" og kunne således variere i størrelse efter behov, men nu rummer de fast 8-9 sengepladser. De skærmede enheder fungerer som lukkede afsnit, og enhedernes yderdøre er altid aflåst.

Psykiatriloven eller bestemmelser fastsat administrativt i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg har tidligere givet udtryk for at der med begrebet "afdeling" i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med "yderdøre" og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der har herefter kunnet rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit – på en afdeling.

Jeg har i forbindelse med min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus udtalt at det er givet at det ikke vil være i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en lille lukket særafdeling for kun én patient, uanset at

der i tilslutning til selve patientstuen f.eks. tilbydes ophold på gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden www.ombudsmanden.dk.

Som nævnt ovenfor, er der sket en revision af psykiatriloven. Lovens § 18 e indeholder bestemmelser om aflåsning af dørene i en afdeling (et afsnit). Denne bestemmelse ophæver den tidligere begrænsning hvorefter der alene kunne ske aflåsning af en afdelings yderdøre. Det fremgår således af bestemmelsen og forarbejderne hertil at "aflåsning af skærmede enheder bør være muligt, under forudsætning af, at der reelt er tale om en enhed med spise-, bade- og opholdsfaciliteter mv. og med mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed". Der er ikke i loven eller i forarbejderne hertil taget stilling til hvor lille en skærmet afdeling må være, men det fremgår dog som anført at der reelt skal være tale om en enhed hvor der er mulighed for samvær med "medpatienter". En sådan afdeling må således mindst have tre stuer.

De skærmede enheder på Psykiatrisk Center Glostrup har, som nævnt ovenfor, fast 8-9 sengepladser, og hver enhed har egen spisestue med tekøkken, opholdsstuer og toilet- og baderum. Størrelsen af de skærmede enheder giver mig derfor ikke anledning til andre bemærkninger end dem jeg har anført under pkt. 3.4.2 om de pladsmæssige forhold på de skærmede enheder i sammenligning med indretningen og pladsforholdene på de åbne enheder.

Det blev oplyst at der kan være frivilligt indlagte patienter på det lukkede intensive afsnit (afsnit 70). Det kan bl.a. skyldes at nogle psykiatriske patienter selv ønsker en frivillig indlæggelse på et lukket afsnit, og at tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter ikke straks overflyttes til åbent afsnit når betingelserne for at opretholde tvangen ikke længere er til stede. På inspektionstidspunktet var der på afsnit 70 én patient der ikke var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.

Det blev endvidere oplyst at der på de skærmede enheder dagligt foretages en vurdering af om patienter kan flyttes fra den skærmede del til den åbne del af et afsnit, og at det er meget sjældent at patienter bliver længere end nødvendigt på skærmen. Indlæggelse af en patient på den skærmede enhed eller overflytning til skærmen fra åben del vælges f.eks. når det vurderes at der er øget risiko for selvmord. Når behovet for supervision af patienten aftager, overføres patienten til åben del.

Jeg går ud fra at der på de åbne afsnit også kan være patienter som er tvangstilbageholdt.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af den psykiatriske afdeling.

Det er ligeledes min opfattelse at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, bør tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter, er det endvidere min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig). Det er ligeledes min opfattelse at afsnittet bør være meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig. Frivilligt indlagte patienter skal umiddelbart have mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

Jeg går derfor ud fra at Psykiatrisk Center Glostrup altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit, om at anbringelsen er frivillig, og at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent. Jeg går endvidere ud fra at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det jeg har anført ovenfor.

På den baggrund har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet om frivilligt indlagte (og ikke tvangstilbageholdte) patienter på det lukkede afsnit og de skærmede enheder. Jeg går desuden ud fra at centret i de tilfælde hvor en tvangstilbageholdt patient er indlagt på et åbent afsnit, informerer vedkommende om den retlige status af indlæggelsen.

Forud for inspektionen modtog jeg informations-/velkomstfoldere for afsnit 72/73 og 74/75. I folderen for afsnit 74/75 står der følgende om udgang fra afsnittet:

"UDGANG:

Når du går ud af afdelingen, skal du give besked til personalet og oplyse ca. tidspunkt for din tilbagekomst."

I folderen for afsnit 72/73 står der følgende om samme spørgsmål:

"Det gælder for patienter på såvel den åbne del som den skærmede del at der laves individuelle aftaler inden afdelingen forlades."

Jeg beder centret om at oplyse om det citerede stadig står i velkomstfolderen for afsnit 72/73, og om det betyder at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter på den åbne del af afsnit 72/73 ikke altid må forlade centret når de ønsker det. I givet fald beder jeg centret om at redegøre for de frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienters mulighed for at forlade den åbne del af de øvrige kommuneopdelte afsnit når de ønsker det.

Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Psykiatrisk Center Glostrup anvender personlig skærmning.

Reglerne om personlig skærmning blev indsat i psykiatriloven ved lov nr. 534 af 8. juni 2006 der trådte i kraft den 1. januar 2007, jf. lovens § 18 c.

§ 18 c 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. Efter stk. 2 må personlig skærmning som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2).

Hvis personlig skærmning efter § 18 c, stk. 2, anvendes uafbrudt i mere end 24 timer, skal der ifølge lovens § 20, stk. 1, ske tilførsel til afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse (og indberetning til bl.a. Sund-

hedsstyrelsen, jf. § 52 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger).

Af lovforslagets bemærkninger til § 18 c 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 beder om at få tilsendt eventuelt skriftligt materiale som Region Hovedstadens Psykiatri eller Psykiatrisk Center Glostrup har udarbejdet om personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 c.

Hvis Psykiatrien eller Psykiatrisk Center Glostrup har fastsat retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af § 18 c (jf. forarbejderne til den ændrede psykiatrilov), beder jeg også om at få disse tilsendt.

5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet sendte mig den 23. juli 2001 en kopi af sit svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er bl.a. anført følgende:

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

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

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

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

Justitsministeriet oplyste desuden at spørgsmålet var bragt op over for Politikommissionen. Politikommissionen afgav betænkning den 13. december 2001 om politilovgivningen (Betænkning 1410/2002). Betænkningen indeholder ikke noget specielt om politiets adgang til at anvende magt på dette område.

Lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed trådte i kraft den 1. august 2004, og i den forbindelse blev retsplejelovens § 108 ophævet, da politiloven indeholder udtrykkelig hjemmel til de indgreb der tidligere blev støttet på retsplejelovens bestemmelse.

Det blev under inspektionen oplyst at politiet normalt ikke kommer ind på afsnittene på Psykiatrisk Center Glostrup undtagen i de tilfælde hvor der er tale om farlige situationer, og når politiet skal foretage afhøringer.

Jeg beder centret om at oplyse nærmere om centrets samarbejde med politiet, herunder uddybe de nævnte oplysninger samt oplyse hvor ofte det sker at politiet kommer med helt ind på et afsnit eller skadestuen.

Jeg beder også om at få oplyst om der er indgået en samarbejdsaftale med politiet. I givet fald beder jeg om at få tilsendt en kopi af aftalen.

5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Der er som en del af sundhedsaftalen på psykiatriområdet mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen udarbejdet samarbejdsaftaler mellem de psykiatriske centre og de enkelte kommuner i centrenes optageområder.

Det fremgår af samarbejdsaftalerne mellem Psykiatrisk Center Glostrup og kommunerne i centrets optageområde at centret og hver enkelt kommune skal udpege en eller flere koordinators som skal fungere som indgang til henholdsvis centret og kommunen. Det gøres klart i aftalen at grundlaget for samarbejdet er at der foreligger et behørigt samtykke fra patienten med de undtagelser der følger af gældende ret. Der henvises til at kommunerne og centret anvender deres respektive samtykkeerklæringer til brug for videregivelse af oplysninger.

Hvis det i behandlingsforløbet på Psykiatrisk Center Glostrup skønnes at der bliver behov for kommunale foranstaltninger under eller efter behandlingen af en patient, har koordinatoren på centret ansvaret for så tidligt som muligt at underrette koordinatoren i den pågældende kommune. Når enten centret eller kommunen finder det hensigtsmæssigt, skal der også så tidligt som muligt holdes et koordinerende planlægningsmøde i forløbet vedrørende patienten. Det er koordinatorene i centret og kommunen der er ansvarlige for at indkalde til et sådant møde.

Når den behandlende læge på centret har et rimeligt skøn over hvornår en patient vil være færdigbehandlet, skal centrets koordinator varsle kommunens koordinator. Varslingsforpligtelsen gælder kun i forhold til patienter som modtog kommunale foranstaltninger på indlæggelsestidspunktet, eller som skønnes at kunne få brug for kommunale foranstaltninger i forbindelse med udskrivning. Der er angivet nærmere frister for varslingen. I de tilfælde hvor patienten selv begærer sig udskrevet – og der ikke er grundlag for tvangstilbageholdelse – suspenderes varslingsforpligtelsen. Centret er i disse tilfælde kun forpligtet til at orientere kommunen. Centret skal altid oplyse kommunen om det tidspunkt hvor patienten faktisk er færdigbehandlet.

I de tilfælde hvor enten centret eller kommunen skønner at der i forbindelse med udskrivning kan være behov for en koordinerende indsats i forhold til behandlingsplanen efter sundhedsloven og handleplanen efter serviceloven, indkalder koordinatorene til et udskrivningsmøde med deltagelse af centret, kommunen, patientens egen læge, eventuelt patienten og andre relevante parter.

Hvis overlægen på centret vurderer at der skal indgås en udskrivningsaftale med patienten, tager centrets koordinator kontakt til koordinatoren i kommunen hvis patienten giver samtykke til det.

Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Centrets koordinator tager i disse tilfælde kontakt til kommunens koordinator med henblik på udarbejdelsen.

Reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i den tidligere gældende psykiatrilov (§ 3, stk. 4-5) er videreført i den ændrede psykiatrilov i det nye kapitel 4a "Opfølgning efter udskrivning". Reglerne, som nu fremgår af § 13 a, stk. 1, og § 13 b, stk. 1, har følgende ordlyd:

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

...

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten."

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens §§ 13 a, stk. 1, og 13 b, stk. 1, at udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne indholdsmæssigt er ens. De skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed mfl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere hvis aftalen ikke overholdes.

Det fremgår endvidere af forarbejderne at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner retter sig mod patienter med alvorlige sindslidelser der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Det kan f.eks. være patienter der lider af skizofreni og samtidig har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Sundhedsstyrelsen har udsendt en vejledning der bl.a. omhandler udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. vejledning nr. 122 af 14. december 2006.

Registreringer om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal indberettes kvartalsvis til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Dette fremgik tidligere kun af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller. Den ændrede psykiatrilov indeholder nu i §§ 13 a, stk. 2, og 13 b, stk. 2, udtrykkelig hjemmel til at sundhedsministeren kan fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Bemyndigelsen er udnyttet i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (kapitel 7 og 8).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelsen af tvang i psykiatrien at der i Region Hovedstaden i 2007 blev lavet i alt 35 udskrivningsaftaler og 8 koordinationsplaner.

Jeg beder centret om at oplyse hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner centret har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2008 og 2009.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at centret har et eksemplarisk samarbejde med kommunerne i optageområdet.

Som det fremgår af samarbejdsaftalerne har Psykiatrisk Center Glostrup pligt til så tidligt som muligt i behandlingsforløbet at underrette en patients bopælskommune hvis der kan blive behov for kommunale foranstaltninger i forbindelse med udskrivning. Det blev ikke under inspektionen oplyst om der på centret var et antal indlagte færdigbehandlede patienter som ventede på at blive "taget hjem" af kommunerne.

Det fremgår af rapporten "Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008" på Danske Regioners hjemmeside at der i Region Hovedstaden under ét i 2008 var 35 færdigbehandlede indlagte voksne sindslidende der havde ventet i under 2 måneder, og 56 der havde ventet i over 3 måneder på et tilbud i socialsektoren. Pr. 1. marts 2009 var der 29 færdigbehandlede indlagte voksne sindslidende der havde ventet i under 2 måneder, og 48 der havde ventet i over 2 måneder på et tilbud i socialsektoren.

Jeg beder centret om at oplyse det samlede antal indlagte færdigbehandlede patienter på Psykiatrisk Center Glostrup i 2008 og 2009 der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi kommunerne ikke kunne hjemtage dem til socialpsykiatriske tilbud eller andre social-psykiatriske foranstaltninger.

Jeg beder endvidere om oplysning om hvor mange af disse patienter der havde/har ventet i mere end 2 måneder på at blive hjemtaget.

5.17. Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008 med senere ændringer). Reglerne er blevet ændret med virkning fra den 1. januar 2010 (jf. lov nr. 1521 af 27. december 2009 om ændring af sundhedsloven). Hensigten med lovændringen er at udvide adgangen til aktindsigt for både somatiske og psykiatriske patienter så de får ubegrænset adgang til egne fremtidige journaloptegnelser – både elektroniske og papirbaserede.

§§ 37-38 i sundhedsloven havde tidligere 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.

§ 38. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.

Stk. 2. Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller

sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.”

Bestemmelsen i § 37 svarede 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.

Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger belyser forskellige spørgsmål i forbindelse med reglernes anvendelse.

§§ 37-38 i sundhedsloven har nu følgende ordlyd:

”§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårige patientjournal m.v. efter stk. 1, jf. § 14, kan begrænses, i det omfang forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Stk. 3. For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 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.

§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten til aktindsigt skal begrænses efter § 37, stk. 2 og 3. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 2. Aktindsigt kan enten gives elektronisk, eller ved at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet eller udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1 og 2 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.”

Af de almindelige bemærkninger til forslaget om ændring af §§ 37-38 i sundhedsloven fremgår bl.a. følgende:

”Endvidere foreslås det med forslaget at fastholde den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden, 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. Baggrunden herfor er et ønske om at respektere, at journaloplysninger før lovens ikrafttræden kan være givet af pårørende eller andre private i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn.

Bestemmelsen kan som hidtil fx anvendes til at begrænse psykiatriske patienters adgang til aktindsigt, i tilfælde hvor det vil være til alvorlig skade for patient- eller familierforholdet, hvis patienten fik kendskab til oplysninger, som fx pårørende måtte have givet til patientjournalen.

Det har været overvejet at opretholde en begrænsningsmulighed over for psykiatriske patienters adgang til egne fremtidige journaler, men en sådan adgang foreslås ikke opretholdt. Regeringen har i den sammenhæng lagt vægt på, at Dansk Psykiatrisk Selskab i forhold til spørgsmålet om patienters adgang til egne journaler har udtalt, at selskabet principielt finder, at der bør gælde nøjagtigt de samme regler for patienter med somatiske sygdomme, som for patienter med psykiatriske sygdomme.”

Ved indlæggelse på Psykiatrisk Center Glostrup modtager alle patienter en patientmappe til brug under indlæggelsen. Mappen indeholder bl.a. en velkomstfolder hvori der også er information om patientens rettigheder, herunder retten til aktindsigt. Det fremgår at alle personer der er fyldt 15 år, kan få en kopi af sin journal, og hvis patienten ønsker det, kan en læge eller en anden sundhedsperson hjælpe med at forklare indholdet. Der informeres også om at der i ganske særlige tilfælde kan gives afslag på aktindsigt, og at et afslag altid vil være begrundet. Desuden oplyses det at patienten skal henvende sig til sin kontaktperson eller behandlingsansvarlige læge hvis vedkommende ønsker aktindsigt.

På Psykiatrisk Center Glostrups hjemmeside står der under "Patientrettigheder" ganske kort: "Som patient har man ret til at få aktindsigt i sin journal. Tal med personalet derom. Der er dog regler for, at aktindsigt kan nægtes."

På Region Hovedstadens Psykiatri hjemmeside er der under "Patientrettigheder" en mere detaljeret information om retten til aktindsigt – bl.a. hvilke oplysninger der er omfattet, hvornår aktindsigt kan nægtes eller begrænses, tidsfrister vedrørende aktindsigt og klagevejledning. Det er på hjemmesiden også muligt at læse Psykiatriens pjecer om patientrettigheder (af 1. juli 2009) som findes i en kort og en udvidet version. Begge pjecer indeholder oplysninger om retten til aktindsigt mv.

Jeg beder centret om at oplyse nærmere om praksis i forbindelse med patienters aktindsigt, herunder hvor lang tid der typisk går fra en anmodning om aktindsigt modtages til den imødekommes eller afslås, om der normalt er en sundhedsperson som gennemgår journalmaterialet med patienten og i givet fald hvem det er, og i hvilken form aktindsigt normalt meddeles (kopi, gennemsyn eller mundtlig underretning).

Jeg beder endvidere centret oplyse hvilken praksis centret har i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter hvis psykiske tilstand på tidspunktet for anmodningen om aktindsigt er meget dårlig.

Der er ikke på Psykiatrisk Center Glostrups hjemmeside under "Patientrettigheder" en henvisning til de mere detaljerede oplysninger om aktindsigt på Psykiatriens hjemmeside. Jeg beder derfor centret om at overveje at indsætte et link på centrets hjemmeside.

Jeg går ud fra at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder ajourføres i overensstemmelse med de ændrede regler om aktindsigt i patientjournaler mv.

Jeg går også ud fra at pjecerne om patientrettigheder udleveres til eller er tilgængelige for alle patienter på Psykiatrisk Center Glostrup.

5.18. Pårørendekontakt

Det er velkendt at inddragelse af patientens pårørende i sygdomsforløbet kan have væsentlig betydning for patienten, både under indlæggelsen og i det senere forløb efter udskrivningen. I forbindelse med inddragelsen af pårørende opstår der samtidig spørgsmål om samtykke hertil fra patientens side.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 2 er i forbindelse med lovens revision blevet ændret således at "god psykiatrisk sygehusstandard" nu også omfatter "politikker i relation til patienter og pårørende".

Region Hovedstaden har vedtaget en bruger-, patient- og pårørendepolitik (juni 2008) der også er gældende for Region Hovedstadens Psykiatri. Formålet med politikken er at højne kvaliteten af Region Hovedstadens ydelser gennem et sæt af fælles værdier for det daglige samarbejde med brugere, patienter og pårørende og gennem etablering af fora for en løbende og struktureret dialog med bruger-, patient- og pårørendeforeninger.

Bruger-, patient- og pårørendepolitikken er bygget op om fire overordnede værdier og indeholder angivelser af hvordan disse værdier omsættes i det daglige arbejde. Med hensyn til samarbejdet med de pårørende fremgår det bl.a. at Region Hovedstaden vil gøre det nemt for pårørende at være med i patientens behandlingsforløb og at bidrage som pårørende. De pårørende skal således have plads som aktive ressourcepersoner i forløbet hvor de kan bidrage med vigtig viden og erfaring. Regionen bemærker at det er en forudsætning at patienten ønsker de pårørende involveret, og det oplyses at pårørende ellers kan få generel information. Regionen gør samtidig opmærksom på at slægtskab eller samliv ikke er en forudsætning for at blive inddraget som pårørende. Pårørende kan således også være venner, naboer eller andre som den enkelte patient selv betragter som nære pårørende.

Det fremhæves i bruger-, patient- og pårørendepolitikken at den – for at gøre en forskel i det daglige arbejde - skal udmøntes lokalt så den passer til de lokale forhold.

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside at 7 teams fordelt på 6 psykiatriske centre i Region Hovedstaden, herunder Psykiatrisk Center Glostrup, har deltaget i det nationale gennembrudsprojekt "Pårørende i psykiatrien" til udvikling af pårørendearbejdet i psykiatrien. Projektet startede i januar 2008, og baggrunden var resultaterne fra landsdækkende pårørendeundersøgelser i 2005 som viste at på landsplan var kun 38 pct. af de pårørende fra den ambulante psykiatri og kun 34 pct. af de pårørende fra sengeafsnittene tilfredse med deres kontakt med psykiatrien. De overordnede målsætninger for projektet har været at forbedre de pårørendes oplevelse af information og samarbejde med mindst 30 pct. (ud fra lokale baselinetal), og at forbedre den faglige og organisatoriske udvikling af pårørendearbejdet. Målgruppen for projektet har været voksne pårørende til voksne psykiatriske patienter. Projektet blev afsluttet i juni 2009 med udgivelsen af et idékatalog som indeholder konkrete anvisninger på god praksis med pårørendesamarbejde.

Region Hovedstadens Psykiatri har i sin virksomhedsplan for 2009 angivet at Psykiatrien i 2009 vil igangsætte en målrettet indsats for at forbedre informationen til – og samarbejdet med – patienter og pårørende. Psykiatrien vil i den forbindelse iværksætte initiativer med henblik på at øge pårørendes medinddragelse i patientforløbet. Dette sker med afsæt i bl.a. resultaterne fra gennembrudsprojektet om pårørende i psykiatrien. I forlængelse heraf vil Psykiatrien også udarbejde fælles standarder for pårørendesamarbejde. Psykiatrien vil desuden udvikle materiale til patienter og pårørende om de forskellige behandlingsmuligheder, henvisningsregler og henvendelsesmuligheder for psykisk syge og deres pårørende. Herudover vil Psykiatrien bl.a. udvikle fælles standarder for psykoedukation og tilbyde psykoedukation til patienter og pårørende på samtlige centre.

Jeg beder Psykiatrisk Center Glostrup om at oplyse hvordan regionens pårørendepolitik bliver udmøntet på centret, og hvilke forbedringer af pårørendesamarbejdet centrets deltagelse i gennembrudsprojektet har medført.

Jeg beder endvidere centret om overordnet at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende, herunder oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, beder jeg om en kopi heraf.

Endelig beder jeg Region Hovedstadens Psykiatri om at oplyse hvilke initiativer Psykiatrien har iværksat i 2009 for at øge pårørendes medinddragelse i patientforløbet, og jeg beder om at modtage kopi af de fælles standarder for pårørendesamarbejde og det informationsmateriale til pårørende der er omtalt i virksomhedsplanen for 2009.

5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

For at institutioner, som f.eks. psykiatriske afdelinger, kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række *generelle regler* for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt (en husorden). Retsgrundlaget var tidligere den såkaldte anstaltsanordning, men i den ændrede psykiatrilov er der nu indsat følgende bestemmelse om husordener:

”§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.”

I bemærkningerne til forslaget om ændring af psykiatriloven er der om bestemmelsen bl.a. anført følgende:

”Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligger fremme i andre opholdsrum.

Derudover har afdelingsledelsen pligt til at udlevere den skriftlige husorden til patienten i forbindelse med indlæggelse, således at patienten får lejlighed til at gøre sig bekendt med den.

Når den skriftlige husorden udformes eller ændres, skal patienterne inddrages, inden der træffes beslutning om udformning eller ændring. Sygehusmyndigheden tilrettelægger konkret, hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske.

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium har udstedt en vejledning om bl.a. husordener (vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, eftersamtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger). Af vejledningens pkt. 9 om husordener fremgår følgende:

” ...

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, fx regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne af at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.”

Region Hovedstadens Psykiatri har udformet en husordenspolitik for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien (gældende fra 1. december 2008). Formålet med politikken er at skabe fælles rammer for udformningen af husordener på de psykiatriske centre i regionen. Politikken fastsætter retningslinjer for hvordan en husorden skal udformes, hvilke punkter en husorden skal indeholde, hvor ofte den skal revideres, og hvordan patienter og pårørende skal informeres om indholdet af husordenen. Et eksempel på hvordan en husorden kan formuleres, fremgår af et bilag til husordenspolitikken.

Politikken beskriver også hvordan de psykiatriske centre skal håndtere overtrædelser af en husorden. Det er anført at ethvert tiltag skal være mindst muligt indgribende og skal relatere sig til den konkrete overtrædelse. Tiltag må ikke iværksættes som straf. Hvis der iværksættes tiltag, skal alle patienter som udgangspunkt behandles lige, medmindre der er en faglig begrundelse for at overtrædelser af husordenen håndteres på en særlig måde i forhold til en konkret patient. Der kan iværksættes tiltag i forhold til den enkelte patient ud fra behandlingsmæssige hensyn, hvis patienten er til gene for andre, og hvis patientens handlinger er i strid med loven. Der henvises i øvrigt til Psykiatriens tværgående vejledning om overtrædelser af husorden.

Jeg beder Psykiatrien om at sende mig en kopi af den tværgående vejledning om overtrædelser af husorden.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg har en verserende sag med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om forståelsen af kravet om at der i husordenen skal være angivet konsekvenserne af overtrædelse (jf. forarbejderne til psykiatrilovens § 2 a og punkt 9 i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. husordener).

Jeg har forud for min inspektion modtaget to husordener fra Psykiatrisk Center Glostrup – en husorden for åben del og én for skærmet del. Husordenerne indeholder de samme punkter som er opregnet i husordenspolitikken. I begge husordener oplyses det til sidst at manglende overholdelse af husordenen kan få konsekvenser for behandling og ophold i afsnittet.

Det fremgår af husordenspolitikken at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov. Jeg beder centret om at oplyse om de to husordener er blevet revideret, og i givet fald beder jeg om at modtage et eksemplar af de nugældende husordener.

Det retlige grundlag for indgreb og begrænsninger i de enkelte patienters personlige frihed under indlæggelse skal søges i anstaltsanordningen hvis der ikke foreligger (lov)regler på området. Baggrunden herfor er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn. I modsætning til de generelle regler der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (husordener), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, kan benytte sin mobiltelefon mv.).

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske hospitaler anbefalet at hospitalerne udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling og som gælder generelt for alle afdelingens patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen.

Min anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om f.eks. besøgsforbud og om adgangen til at begrænse muligheden for at telefonere, og at der ikke tidligere var regler om visitation i psykiatriloven.

Retningslinjerne bør angive hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgreb/begrænsninger, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revideres. I den forbindelse har jeg tidligere udtalt at det efter min opfattelse er mest hensigtsmæssigt at de generelle regler som gælder for alle patienter, og reglerne om indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed opdeles i to selvstændige dokumenter (henholdsvis husorden og retningslinjer). Det er endvidere min opfattelse at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed kun bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale som ud-

leveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Regler for indgreb i form af undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation er nu indført i den ændrede psykiatrilov i § 19 a. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten, kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.”

Bemyndigelsen i § 19 a, stk. 4, er udnyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 1494 af 14. december 2006 om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. på psykiatrisk afdeling.

De to husordener fra Psykiatrisk Center Glostrup indeholder – ud over de regler som gælder generelt for alle patienter – også bemærkninger om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed. Det er således anført at det kan være nødvendigt at inddrage patientens mobiltelefon midlertidigt af hensyn til behandlingen, og at der ved begrundet mistanke om at en patient er i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, kan foretages visitation af patientens stue og person.

Det kan imidlertid ikke give mig anledning til bemærkninger at der i centrets husordener også er indføjet oplysninger om muligheden for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed. Jeg har i den forbindelse lagt vægt på at husordenerne stadig fremstår overskuelige og ikke for omfattende, og at patienterne blot orienteres om at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at træffe beslutning om begrænsninger i den sædvanlige livsudfoldelse af hensyn til patienten selv, medpatienter, personale og pårørende.

Jeg beder Psykiatrisk Center Glostrup om at oplyse om centret har fastsat retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger, hvornår beslutningerne om indgreb og begrænsninger skal revurderes, og krav til dokumentation i patientens journal. Hvis det ikke er tilfældet, henstiller jeg til centret at udarbejde sådanne retningslinjer og beder centret om at underrette mig om hvad min henstilling har givet anledning til.

Det fremgår af husordenen for skærmet del at patienter i forbindelse med udgang fra skærmet eller lukket afsnit *efter skøn* vil blive visiteret ved tilbagekomst til afsnittet.

Ifølge psykiatrilovens § 19 a, stk. 1, nr. 3, kan der kun foretages kropsvisitation af en patient når der er *begrundet mistanke* om at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført.

Jeg går ud fra at husordenen for skærmet del – hvis det ikke allerede er sket – vil blive præciseret i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a, stk. 1.

Besøgstiderne på centrets enkelte afsnit varierer lidt. På tre af de kommuneinddelte afsnit (68/69, 72/73 og 74/75) er der besøgstid alle dage kl. 14 – 21 på åben del og kl. 16 – 20 på skærmet del. På afsnit 76/77 er der i hverdagene besøgstid kl. 14 – 16 og kl. 18.30 – 21 på både åben og skærmet del, mens der i weekender og helligdage er besøgstid kl. 11 – 21. På det lukkede intensive afsnit (afsnit 70) er besøgstiden kl. 16 – 20 alle dage, mens besøg på skadestuen kan finde sted efter aftale med personalet.

Der er også fastsat besøgstider for patienter indlagt på andre afsnit på centret. Ifølge husordenerne kan patienter fra andre afsnit komme på besøg på åben del kl. 18 – 19, og på skærmet del efter aftale med personalet.

Jeg beder centret om at oplyse hvor ofte der træffes beslutning om henholdsvis besøgsforbud og overvåget besøg, og i hvilke situationer. Desuden beder jeg om oplysninger om centrets praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud og overvåget besøg.

Jeg beder desuden centret om at oplyse om der på nogle afsnit er et generelt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne.

Det fremgår af husordenerne at det (som udgangspunkt) er tilladt for alle patienter på centret at benytte egen mobiltelefon uden kamera, men at mobiltelefonerne kun må anvendes på sengestuerne. Det er også muligt at låne en telefon (mobiltelefon) på alle afsnit.

Det oplyste om adgangen til at anvende mobiltelefoner giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Jeg beder centret om at oplyse om der på hvert afsnit findes flere mobiltelefoner til ud-lån.

Jeg beder desuden centret om at oplyse hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i adgangen til telefoning, og på hvilken måde denne begrænsning sker.

5.20. Rygepolitik

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende skulle de tidligere amtsråd med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amternes sygehuse mv. Fastlæggelse af rygepolitikken kunne delegeres til de enkelte institutioner mv.

Den nævnte lov er nu afløst af lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer 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 kan udsættes for passiv rygning (§ 1).

Ifølge § 6, stk. 1, i lov om røgfri miljøer 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 ry-

gelokaliteter 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).

Den enkelte arbejdsgiver skal udarbejde en skriftlig rygepolitik der som minimum skal indeholde oplysning om hvorvidt der må ryges på arbejdspladsen, og i givet fald en beskrivelse af hvor der må ryges, og oplysning om konsekvenserne af overtrædelse af arbejdspladsens rygepolitik (§ 5).

Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og 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.

Det fremgår af husordenen for åben del på Psykiatrisk Center Glostrup at det fra den 1. august 2007 af hensyn til de øvrige patienter kun er tilladt at ryge udendørs. I husordenen for skærmet del står der at rygning fra den 1. august 2007 kun er tilladt i den til sengeafsnittet tilknyttede atriumgård. Det oplyses i begge husordener at centret som alternativ til rygning kan tilbyde substitutionsbehandling under indlæggelsen.

I informationen på Psykiatrisk Center Glostrups hjemmeside om centrets enkelte afsnit oplyses det om afsnit 68/69 og 74/75 at al rygning foregår udendørs. I beskrivelsen af de fysiske rammer på afsnit 72/73 og 76/77 oplyses det at der er opholdsstuer for henholdsvis rygere og ikke-rygere på både den skærmede og åbne del.

Ved min rundgang på afsnit 72/73 blev det oplyst at patienterne ikke må ryge på stuerne, men at der dispenseres herfra i forbindelse med bæltefikserede patienter.

Jeg beder om at få tilsendt en kopi af centrets rygepolitik.

Jeg beder desuden centret om at oplyse baggrunden for at der er rygerum på to af de kommuneinddelte afsnit, mens der er totalt rygeforbud på de to andre kommuneinddelte afsnit. Jeg beder også om at få oplyst om alle rygerum opfylder kravene om gode udluftningsmuligheder eller ventilation i § 3, stk. 1, i lov om røgfri miljøer.

Det oplyste om at bæltefikserede patienter får lov til at ryge på stuen, giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser til § 10 i lov om røgfri miljøer.

5.21. Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at være påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer – hverken på afsnittet eller på hele Psykiatrisk Center Glostrups område. Det fremgår af centrets husordener.

Det blev under inspektionen oplyst at personalet på Psykiatrisk Center Glostrup er meget opmærksom på problematikken med euforiserende stoffer og på at holde stoffer ude af centret. Det blev også oplyst at centret ikke havde problemer med udefrakommende personer der vil handle med stoffer på centrets område.

Jeg går ud fra at centret i forbindelse med undersøgelse af patientstuer og kropsvisitation af patienter overholder reglerne i psykiatrilovens § 19 a. Jeg henviser til pkt. 5.19 om visitation ovenfor.

Jeg beder centret om at oplyse nærmere om omfanget af stofmisbrug blandt patienterne under indlæggelse, og hvad centret gør for at begrænse omfanget af stoffer på afsnittene.

Det fremgår af centrets husordener at indbyrdes handel mellem patienter ikke er tilladt.

Jeg går derfor ud fra at personalet er opmærksom på at forebygge og forhindre optræk til at nogle patienter bliver økonomisk afhængige af andre patienter ved at der foregår handel med eller bytte af ejendele patienterne imellem.

5.22. Kæresteforhold mellem patienterne

Det fremgår af centrets husordener at det ikke er tilladt at have intim fysisk kontakt til medpatienter.

Jeg går ud fra at den nævnte restriktion er begrundet i både ordensmæssige, behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige hensyn samt omsorg over for svage patienter. Det oplyste giver mig derfor ikke anledning til bemærkninger.

5.23. Patientindflydelse

Psykiatrilovens § 30 indeholdt tidligere en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter sundhedsministeren kunne fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Som det fremgår under pkt. 5.18 ovenfor, er bestemmelsen ophævet i forbindelse med revisionen af psykiatriloven og erstattet af bestemmelsen i § 2 a, stk. 3, hvorefter patienterne skal inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden. Samtidig er reglerne i psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard udvidet til også at omfatte bl.a. politikker i relation til patienter og pårørende.

Som nævnt under pkt. 5.18 ovenfor, har Region Hovedstaden en bruger-, patient- og pårørendepolitik. Formålet med politikken er bl.a. at sætte fokus på det daglige samarbejde med patienter og at skabe løbende dialog med bl.a. patientforeninger. En af de værdier som politikken bygger på, er formuleret således: "Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig." Heri ligger bl.a. at regionen for at opnå det bedste resultat vil gøre det nemt for den enkelte patient at tage aktiv del i sit eget forløb. Inddragelsen skal ske med respekt for i hvilket omfang patienten selv vil eller kan inddrages.

En anden af de værdier bruger-, patient- og pårørendepolitikken bygger på, lyder sådan: "Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden". Heri ligger at regionen ønsker at komme i dialog med patienterne for at lære af deres oplevelser, erfaringer og forslag. Regionen vil derfor lytte til hver enkelt patient og fremme deres lyst til og mulighed for at udtrykke sig, stille spørgsmål og tale frit – også om kritiske forhold. Regionen vil bl.a. også nedsætte centrale dialogfora med patient- og pårørendeforeninger.

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside at der årligt holdes 2-3 møder mellem psykiatrien og lederne i Psykiatريفoreningernes Fællesråd som er en paraplyorganisation for en lang række bruger- og pårørendeorganisationer. På møderne aftales og koordineres en række fælles initiativer, arrangementer og tiltag. Det samme sker i den lokale kontakt mellem foreninger og psykiatriske centre. På Psykiatrisk Center Glostrups hjemmeside findes (under "Patient- og pårørendeinformation", "Dialogmøder") referater af dialogmøder mellem centerledelsen og repræsentanter for patient- og pårørendeforeninger.

Jeg beder centret om overordnet at oplyse hvordan centret har implementeret regionens bruger-, patient- og pårørendepolitik i forhold til den enkelte patient under indlæggelsen.

Det fremgår af informationsfoldere om enkelte af centrets afsnit som jeg har modtaget forud for inspektionen, at der hver dag er korte morgenmøder for patienterne på de pågældende afsnit hvor bl.a. dagens praktiske opgaver fordeles.

Jeg går ud fra at der holdes morgenmøder på alle afsnit, og jeg beder om at få nærmere oplysninger om indholdet af disse møder.

Det blev under inspektionen oplyst at der holdes husmøder med patienterne en gang om måneden.

Jeg beder om at få oplyst om alle afsnit på centret holder husmøder/patientmøder, hvor ofte møderne holdes på nuværende tidspunkt, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af møderne med kopi til centerledelsen.

Efter psykiatrilovens § 2 a, stk. 3, skal patienterne inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen at det er sygehusmyndigheden der tilrettelægger konkret hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske. Jeg henviser til pkt. 5.19 ovenfor.

Jeg beder centret om at oplyse hvordan centret inddrager patienterne i forbindelse med ændring af husordenerne.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har i 2007 gennemført en undersøgelse af patienttilfredsheden på de to regioners somatiske sygehuse og almene voksenpsykiatriske centre. Der deltog 2.513 psykiatriske patienter i undersøgelsen, og heraf udfyldte og returnerede 929 patienter spørgeskemaerne hvilket giver en svarprocent på kun 37 pct. Region Hovedstadens Psykiatri gør derfor opmærksom på at resultaterne skal fortolkes med en vis forsigtighed. Resultatet af undersøgelsen kan ses på Psykiatriens hjemmeside.

100 patienter fra Psykiatrisk Center Glostrup besvarede et spørgsmål om deres samlede indtryk af indlæggelsen på centret. 28 pct. af patienterne svarede at deres samlede indtryk af indlæggelsen på centret var "virkelig godt", 46 pct. svarede at det samlede indtryk var "godt", mens 15 pct. og 11 pct. svarede at deres samlede indtryk var henholdsvis "dårligt" og "virkelig dårligt". Andelen af negative svar var således 26 pct.

Det er angivet i undersøgelsen at patienternes besvarelser giver Psykiatrisk Center Glostrup en placering med hensyn til det samlede indtryk af indlæggelsen som statistisk ikke afviger signifikant fra det samlede gennemsnit af alle de psykiatriske centre i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Til sammenligning besvarede i alt 576 patienter i Region Hovedstaden spørgsmålet om det samlede indtryk af deres indlæggelse, og heraf angav 21,8 pct. at det samlede indtryk var "virkelig godt", 53,1 pct. svarede "godt", mens 15 og 10 pct. svarede henholdsvis "dårligt" og "virkelig dårligt".

Andelen af negative svar er således stort set ens for Psykiatrisk Center Glostrup og Region Hovedstaden samlet set, mens der er en del flere patienter fra Psykiatrisk Center Glostrup der har et virkelig godt samlet indtryk af deres indlæggelse (28 pct.) i forhold til Region Hovedstaden samlet set (21,8 pct.).

5.24. Rekruttering af personale og sygefravær

Det oplyses i Region Hovedstadens Psykiatriplan 2007 (s. 47) at der de seneste år har været mangel på både speciallæger og sygeplejersker inden for psykiatrien, og at der derfor er sket en opgaveglidning/uddelegering fra læger til psykologer og sygeplejersker og fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter. Det fremgår videre af planen at der er behov for at opruste rekrutteringsindsatsen for at imødekomme personalemanglen, og at der på grund af opgaveglidningen/uddelegeringen også er behov for relevant efter- og videreuddannelse for en række faggrupper.

To af de patienter som jeg havde samtaler med under inspektionen, oplyste at personalet på deres afsnit (afsnit 74/75) virkede presset, at der var mange vikarer hvilket betød et "slip" i behandlingen, og at man som patient på grund af lægevikarerne var nødt til at fortælle sin sygehistorie mange gange. Begge patienter gav samtidig udtryk for at det faste personale var meget engageret.

Ledelsen oplyste under inspektionen at centret befandt sig i en sårbar periode på grund af den forestående omstrukturering hvor Hvidovre Kommune ikke længere skulle være en del centrets optageområde, men høre under Psykiatrisk Center Hvidovre. Ledelsen holdt derfor vakancer åbne så personale på afsnittet med patienter fra Hvidovre Kommune kunne blive overflyttet til andre afsnit når Hvidovre Kommune blev udskilt fra centrets optageområde.

Region Hovedstadens Psykiatri skriver i virksomhedsplan 2009 at personalemangel er en af de største udfordringer i Psykiatrien, og at det kræver en flerstrengt indsats at skabe en attraktiv Psykiatri der kan fastholde nuværende medarbejdere og rekruttere nye. Det oplyses at der i 2008 blev iværksat et paraplyprojekt ("Den gode arbejdsplads") med det formål at sikre en samlet koordinering og styring af initiativerne inden for rekruttering, fastholdelse og arbejdsmiljø. Repræsentanter fra ledere og medarbejdere har herefter i fællesskab identificeret hvilke områder der skal prioriteres, og disse indsatser skal gennemføres i 2009 i et tæt samarbejde med Psyk-MED og de lokale MED-udvalg.

Det fremgår også af virksomhedsplanen at Psykiatrien i starten af 2009 vil nedsætte en tænketank som skal analysere rekrutteringsproblemerne og komme med konkrete forslag til rekrutteringsstrategier, alternative rekrutteringsmuligheder og nye ideer og metoder til rekruttering.

Psykiatrien har desuden oprettet sit eget vikarcenter fordi Region Hovedstaden pr. 1. juli 2009 ikke længere benytter private vikarbureauer. Vikarcentret åbnede den 1. juli 2009 og har til opgave at rekruttere vikarer og formidle dem til alle vikarvagter for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, lægesekretærer, plejere og pædagoger på de psykiatriske centre i regionen. I august 2009 var Vikarcentret oppe på en dækningsgrad på 60-70 pct. af alle de ledige vagter i Psykiatrien (jf. Psykiatriens Nyhedsbrev nr. 7 2009), og antallet af rekrutterede vikarer stiger. I august 2009 var der 521 vikarer tilknyttet centret, og i oktober 2009 var der 648.

Jeg har noteret mig at Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale.

Jeg beder om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation med hensyn til normerede og besatte læge- og sygeplejerskestillinger på Psykiatrisk Center Glostrup.

Det fremgår af Region Hovedstadens personalepolitik, som også gælder for Psykiatrien, at der på alle regionens arbejdspladser skal arbejdes for at sygefraværet er så lavt som muligt. Det præciseres at der skal være et særligt fokus på forhold der skaber nærvær og et godt arbejdsmiljø, og at dialog og hurtig fælles indsats er vigtigt i forebyggelsen af langtidssygefravær.

I forbindelse med inspektionen fik jeg tilsendt en opgørelse over sygefraværet på Psykiatrisk Center Glostrup i årene 2004-2006 og i perioden fra den 1. januar 2007 til den 30. september 2007.

I 2004, 2005 og 2006 var det samlede gennemsnitlige sygefravær på henholdsvis 6,2 pct., 7 pct. og 6,8 pct. af den totale arbejdstid på centret, og i perioden fra den 1. januar 2007 til den 30. september 2007 var fraværprocenten 6,9. Der er således sket en lille stigning i det samlede gennemsnitlige sygefravær på centret fra 2004 til oktober 2007.

Til sammenligning var det samlede gennemsnitlige sygefravær på Retspsykiatrisk Center Glostrup i de samme perioder henholdsvis 6,1 pct., 7,6 pct., 7,5 pct. og 8,1 pct. På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup var tallene henholdsvis 3,2 pct., 4,1 pct., 4,4 pct. og 5,1 pct.

Jeg beder om at modtage en kopi af centrets sygefraværstatistik for 2007-2009.

Jeg beder også om at modtage en kopi af centrets sygefraværspolitik.

5.25. Vold mod personalet

Omfanget af vold og trusler om vold mod personalet på Psykiatrisk Center Glostrup blev ikke drøftet under inspektionen.

Jeg beder om at modtage en opgørelse over antallet af arbejdsskader i Psykiatrien og på Psykiatrisk Center Glostrup i 2007, 2008 og 2009, herunder om muligt en opgørelse over hvor mange af disse skader der vedrørte vold og trusler om vold.

Jeg beder også om nærmere oplysninger om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet i 2007, 2008 og 2009, herunder i hvilket omfang (og i hvilke tilfælde) der er indgivet politianmeldelse, og hvem (ledelse eller medarbejder) der normalt indgiver selve anmeldelsen til politiet i tilfælde af vold eller trusler om vold.

Jeg beder desuden om at få oplyst om Psykiatrien eller centret har udarbejdet retningslinjer for arbejdspladsens håndtering af vold og trusler om vold mod personalet, herunder retningslinjer for krisehjælp. I givet fald beder jeg om at modtage en kopi. Endelig beder jeg om at få oplyst om centrets medarbejdere bliver uddannet i at forebygge og håndtere vold og trusler om vold.

5.26. Sprogbarrierer mv.

Omfanget af patienter med anden etnisk oprindelse end dansk blev ikke oplyst under inspektionen, men jeg går ud fra at sygehuset jævnligt har flere patienter med anden etnisk oprindelse end dansk, og at det kan give anledning til sprogproblemer.

Psykiatriens pjece om patientrettigheder (juli 2009) findes i en kort og en udvidet version, og begge versioner er oversat til engelsk. Alle pjecerne kan findes på Psykiatriens hjemmeside. Det fremgår af både den korte og udvidede version at en patient har ret til tolkebistand hvis det er nødvendigt i forbindelse med behandlingen.

Jeg har noteret mig at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder er oversat til engelsk, og at alle patienter har ret til tolkebistand hvis det er nødvendigt for deres behandling.

Jeg beder centret oplyse om husordener og andet generelt informationsmateriale, herunder det skriftlige informationsmateriale til patienter om anvendelse af tvang som omtalt under pkt. 5.12 ovenfor, findes på andre sprog end dansk.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen, bad jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af centrets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger. Min anmodning omfattede tilførsler i perioden fra den 1. januar 2007 (da bekendtgørelsen trådte i kraft) til den 27. september 2007 (da inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad jeg alene om udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler, dog kun 10 skemaer i alt om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 52, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 36-45 og §§ 48-50 omhandlede foranstaltninger. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3 at Sundhedsstyrelsen leverer et elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 36-45 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 52, stk. 1, skal indeholde de i §§ 36-45 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 53, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den or-

dinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligeledes skal indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholde oplysninger om patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

Det er således obligatorisk – og har været det siden den 1. januar 2005 – at indberette data om anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at det elektroniske indtastningsprogram som Sundhedsstyrelsen leverer, indeholder elektroniske skemaer til registrering af bl.a. frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af remme, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin, aflåsning af døre i afdelingen og personlig skærmning der uafbrudt varer mere end 24 timer.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang til at den pågældende afdeling kan læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan printes ud. Det fremgår at der skal være et eksemplar af hvert skema både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal. Tvangsprotokollen kan foreligge elektronisk da indberetningsprogrammets oversigter kan udgøre afdelingens tvangsprotokol. I en elektronisk patientjournal skal der være et notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) og kan læses heri.

Der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen af alle tvangsprotokollens oplysninger, men i den elektroniske udgave der sendes til Sundhedsstyrelsen, er der ikke adgang til at læse oplysninger om navne eller initialer på personalet, jf. ovenfor.

Efter vejledningen skal der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen senest 10 dage efter iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Så længe tvangsforanstaltningen stadig pågår, indberettes tilføjelser til tvangsprotokollen løbende. Ved ophør af tvangsforanstaltningen foretages indberetning snarest herefter. Herudover skal afdelingerne

kvartalsvis foretage en kvalitetskontrol af indberetningerne for at sikre at alle iværksatte og afsluttede tvangsforanstaltninger er indberettet.

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis eller eventuelt oftere hvis der foreligger lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller navne eller initialer på personalet, jf. også ovenfor. Hvis indberetningen sendes til sygehusmyndigheden i papirform, skal afdelingen være opmærksom på at denne udgave skal være anonymiseret.

Det fremgår endvidere af vejledningen at det alene er de oplysninger der er nævnt i tvangsbekendtgørelsen, som skal tilføres tvangsprotokollerne, mens andre relevante oplysninger for patientbehandlingen skal fremgå af patientjournalen.

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra Psykiatrisk Center Glostrup, er udskrifter af tilførsler på Sundhedsstyrelsens elektroniske skemaer.

Jeg går ud fra at centret – ud over at opbevare et eksemplar af et skema i afsnittets tvangsprotokol – også opbevarer et eksemplar i patientens journal, eller at centret i den elektroniske patientjournal gør notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol.

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 10 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1), 10 skemaer om tvangsbehandling (skema 2), 28 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 10 skemaer om beskyttelsesfiksering (skema 4).

Jeg har ingen mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler om udfyldelse af tvangsprotokoller og indberetning er blevet fulgt. Det modtagne materiale giver mig anledning til nedenstående bemærkninger:

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Ved frihedsberøvelse benyttes "Tvangsprotokol – skema 1". Skemaet anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, og det skal derfor angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Det fremgår af brugervejledningen (version 8, januar 2007) til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem om indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af hvordan frihedsberøvelsen er begyndt – enten tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Jeg har modtaget 10 skemaer om frihedsberøvelse. Skemaerne omfatter 10 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 11. til den 26. september 2007. I 3 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse og i 7 tilfælde er den begyndt som tvangstilbageholdelse.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, anføres (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 36, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 5 tilfælde farlighed og i 5 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. og 3. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4 a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at datoen for overlægens stillingtagen skal fremgå af protokollen.

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen.

*Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen, men overlægen skal som det fremgår, "snarest" tage stilling til frihedsberøvelsen. De kontrolhen-syn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at at-
testationen skal ske snarest muligt.*

I 9 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i det sidste tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen dagen efter iværksættelsen.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at bl.a. frihedsberøvelse ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Datoerne for efterprøvelse ændres således ikke når en tvangsendlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser og dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I 3 af de 10 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i tre dage eller længere tid, og i alle 3 tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven angiver.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de tidspunkter loven angiver, henviser jeg til orientering til dommen i Ugeskrift for Retsvæsen 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været opfyldt i hele perioden – da der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var gjort notat om den foretagne efterprøvelse.

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af en anden læge hvis efterprøvelse snarest herefter

skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4 a. Der er rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af såvel datoen for efterprøvelse som datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelsen.

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation i 4 tilfælde samme dag som efterprøvelsen, og i 1 tilfælde dagen efter efterprøvelsen.

I alle 10 skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet.

Hvis en tvangsindlagt patient forlanger sig udskrevet, men tilbageholdes, skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning også datoen for denne tvangstilbageholdelse, datoen for overlægens stillingtagen og begrundelsen (i medfør af psykiatrilovens § 5) angives i rubrikken "Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient".

I ingen af skemaerne er sidstnævnte rubrik udfyldt.

Rubrikken for tilbageførsel af frihedsberøvet patient er heller ikke udfyldt i nogen af skemaerne.

6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer om tvangsbehandling. Skemaerne omfatter 10 forskellige patienter og vedrører tvangsbehandlinger som er iværksat i perioden fra den 24. april 2007 til og med den 24. september 2007.

2 skemaer vedrører ECT-behandling og de resterende 8 skemaer vedrører medicinering.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte former for tvangsbehandling registreres på hver sit skema hvis flere behandlingsformer anvendes.

Det fremgår af brugervejledningen at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

De modtagne skemaer vedrører hver især kun én form for tvangsbehandling.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. psykiatrilovens § 12, stk. 1, og tvangsbekendtgørelsens § 1, stk. 1.

Ifølge psykiatrilovens § 12, stk. 3, må tvangsbehandling med elektrostimulation kun iværksættes hvis patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 2 må tvangsmedicinering kun anvendes når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Ved tvangsmedicinering skal der altid være en læge til stede, jf. § 6 i tvangsbekendtgørelsen.

Det fremgår af § 12, stk. 4, i psykiatriloven at afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen der samtidig træffer bestemmelse om i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Beslutning om tvangsbehandling kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen også anføres.

I alle 10 skemaer er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

Datoen for overlægens stillingtagen er også angivet. Overlægen tog i 9 tilfælde stilling samme dag som beslutningen om iværksættelse blev truffet. I det resterende tilfælde tog overlægen stilling dagen efter.

Navnet på den ordinerende læge er også angivet i alle tilfælde. På 1 skema er navnet angivet med initialer.

Jeg går ud fra at anvendelse af initialer er tilstrækkeligt til at centret entydigt kan fastslå hvilken læge der har ordineret tvangsbehandlingen.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om ud-

fyldelse af tvangsprotokoller mv. markeres den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten "udsigt til væsentlig forringelse af helbredet", eller "nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre" (§ 12), eller "aktuel eller potentiel livstruende tilstand". I papirskemaet skal det afkrydses hvilken begrundelse der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle skemaer. I 1 tilfælde af medicinering var begrundelsen nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre. I de øvrige 7 tilfælde af medicinering var begrundelsen udsigt til væsentlig forringelse af helbredet. Begrundelsen for de 2 ECT-behandlinger var aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2) skal der ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuel bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I alle skemaer er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I ét tilfælde af medicinering er injektion angivet som alternativ til mixtur, i et andet tilfælde er injektion angivet som subsidær behandling i forhold til tabletter og i et tredje tilfælde er behandlingen anført som tabletter eller injektion.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i rapport af 26. maj 2004 om min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 har udtalt følgende:

"Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middel princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end per oral 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 per oral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx 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 ud-løsende faktor for at vælge henholdsvis per oral indgivelse eller indgivelse ved in-jektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til prin-cipielle 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 bli-ve forstået af alle afsnittets læger.

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykia-triske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels em-bedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere sygehusets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund.

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anven-delse af mindste middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbe-handling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervis-ningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal for-søges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patient-journal, udførligt er beskrevet hvordan medicinen skal gives, og at den per orale ordi-nation skal forsøges først. Hospitalet oplyste også at der efterfølgende skal gøres no-tat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer for udfyldelse af tvangsprotokollen

som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

Jeg går ud fra at Psykiatrisk Center Glostrup ved medicinering efterlever princippet om mindste middel sådan som det er beskrevet i det der er anført ovenfor.

Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, beder jeg dog centret om at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I 9 af de 10 skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse. Af det sidste skema der vedrører ECT-behandling, fremgår det at der ikke må ske fastholdelse da patienten kun yder verbal modstand mod behandlingen.

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

Datoen for behandlingen er angivet i alle tilfælde.

I alle skemaer er navnet på den tilstedeværende læge med få undtagelser angivet enten med lægens fulde navn, forbogstav(er) og efternavn eller med initialer. 8 steder er der ud for datoen for behandlingen sat spørgsmålstegn, 2 steder er der sat prikker og ét sted er der skrevet "ulæseligt".

Jeg går ud fra at lægens forbogstav(er) og efternavn eller initialer er tilstrækkeligt til at centret entydigt kan fastslå hvem den tilstedeværende læge var.

Jeg går også ud fra at de i alt 11 steder hvor navnet på lægen ikke fremgår, skyldes at lægens håndskrevne navn/initialer ikke har været læsbart for den der har indtastet oplysningerne i det elektroniske system. Det er beklageligt at navnet på den tilstedeværende læge ikke fremgår de 11 steder, men da der forholds-mæssigt set er tale om enkeltstående tilfælde ud af mange tvangsbehandlinger, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning skal en tvangsbehandling der er besluttet men aldrig iværksat, ikke indberettes til styrelsen. Beslutningen skal alene noteres i patientens journal. Det fremgår endvidere af brugervejledningen at der i det elektroniske skema altid skal indtastes mindst én dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2.

I alle skemaer er det noteret at tvangsbehandlingen har fundet sted en eller flere gange.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Dette er sket i alle tilfælde. I 1 tilfælde er datoen for sidste behandling og datoen for beslutning om ophør den samme, i 4 tilfælde er beslutningen om ophør truffet dagen efter datoen for sidste behandling, og i 1 tilfælde er beslutningen om ophør truffet 3 dage efter. I de resterende 4 tilfælde er beslutningen om ophør truffet henholdsvis 9, 11, 12 og 20 dage efter datoen for sidste behandling.

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

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3".

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, beroligende medicin, personlig skærmning over 24 timer eller døraflåsning. Efter registrering af en tvangsforanstaltning kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode.

Jeg har modtaget i alt 28 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Der er 9 skemaer om tvangsfiksering (2 af de modtagne skemaer er ens), 10 skemaer om anvendelse af fysisk magt, 8 skemaer om personlig skærmning over 24 timer og 1 skema om døraflåsning.

En del af skemaerne (særlig de 9 skemaer om fiksering) består af flere tilførsler til tvangsprotokollen, og nogle af disse tilførsler ligger uden for den periode som jeg har

afgrænset min gennemgang til (den 1. januar 2007 til den 27. september 2007). Jeg har gennemgået den seneste tilførsel på hvert skema inden for den nævnte periode.

Skemaerne omfatter i alt 28 patienter, og de tilførsler jeg har gennemgået, vedrører perioden fra den 29. januar 2007 til og med den 26. september 2007.

De 9 tilførsler om tvangsfiksering omfatter 4 tilfælde af anvendelse af bælte og 5 tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme. De 10 tilførsler om anvendelse af fysisk magt vedrører alle fastholdelse.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at hvis fastholdelse er et nødvendigt middel til at gennemføre tvangsbehandling eller fiksering, er det ikke at betragte som en selvstændig magtanvendelse og skal derfor ikke registreres som en selvstændig tvangsforanstaltning, men kun sammen med tvangsbehandlingen eller tvangsfikseringen. I brugervejledningen gøres der i indledningen også udtrykkeligt opmærksom på at "fastholden" som gennemføres som middel til anden tvang, ikke skal registreres.

1 af de 10 tilfælde af fastholdelse, som centret har foretaget, er sket i forbindelse med en døraflåsning. Jeg gør derfor blot opmærksom på at dette tilfælde af fastholdelse ikke skulle have været (selvstændigt) registreret i tvangsprotokollen.

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1, 1. pkt. Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede, kan der over for personer som er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 19.

Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

Ved personlig skærmning forstås foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade, eller for at afværge at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre. Det følger af psykiatrilovens § 18 c, stk. 1 og 2, og tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 1 og 2.

Efter psykiatrilovens § 18 e, stk. 1, kan lægen beslutte at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, over for patienter der er frihedsberøvede, og patienter for hvem der er risiko for at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. lovens § 18. Efter § 18 e, stk. 2, kan lægen endvidere beslutte at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke døre til patientstuer, over for en patient der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder om det. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves. Reglerne fremgår også af tvangsbekendtgørelsens § 29, stk. 1 og 2.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering, fysisk magtanvendelse, personlig skærmning over 24 timer og døraflåsning skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, § 39, nr. 4, § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I alle 28 tilførsler som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a og tvangsbekendtgørelsens § 13, stk. 5.

Der blev, som allerede nævnt, truffet i alt 5 beslutninger om anvendelse af remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt i alle tilfælde. I 2 tilfælde har overlægen

taget stilling samme dag som beslutningen om anvendelse af remme blev truffet, i 2 tilfælde skete det dagen efter og i 1 tilfælde 2 dage efter.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen, men overlægen skal som det fremgår "snarest" tage stilling til beslutningen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ved tvangsfiksering ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Ved personlig skærmning over 24 timer og døråflåsning skal (blot) navnet på den ordinerende læge angives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 4, og § 45, nr. 4.

Navnet på den ordinerende læge er udfyldt (med lægens fulde navn) i 27 af de 28 tilfælde som jeg har gennemgået. Navnet på den ordinerende læge mangler i 1 tilfælde af fastholdelse.

Jeg går ud fra at der blot er tale om en forglemmelse, og det giver mig ikke anledning til noget.

I 17 af de 19 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt er der angivet navne på det implicerede personale. I de resterende 2 tilfælde (1 tilfælde af fiksering med bælte og 1 tilfælde af fiksering med remme) er rubrikken "impliceret personale" ikke udfyldt.

Jeg går ud fra at der blot er tale om en forglemmelse, og det giver mig ikke anledning til noget.

Det er i næsten alle tilfælde kun fornavnene på personalet der er angivet. Tre steder er der kun angivet initialer. Et sted er der efter to fornavne skrevet "m.fl." (det drejer sig om en tvangsfiksering med bælte og remme fra den 11. til den 12. september

2007) og et andet sted er der efter 5 fornavne skrevet "+ pers. fra J80" (det drejer sig om en tvangsfiksering med bælte og remme fra den 26. til den 27. september 2007).

Navnene på alle personalemedlemmer der har medvirket ved en tvangsforanstaltning, bør fremgå af tvangsprotokollen så de pågældende kan identificeres. Det er derfor beklageligt at ikke alle navnene på det implicerede personale er angivet.

Jeg går ud fra at anvendelse af initialer eller fornavn alene er tilstrækkeligt til at centret entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder om det, kun ske med samtykke fra en læge. Anmodningen og den eventuelle fiksering skal noteres i tvangsprotokollen, jf. § 17, stk. 3.

Der er (kun) ved 1 af de 9 tilførsler om tvangsfiksering med bælte angivet at fikseringen var frivillig.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fikse en patient med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse om anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

Jeg beder 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.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 2 og 3, og § 39, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. I forbindelse med personlig skærmning over 24 timer og døraflåsning skal begrundelsen for indgrebet tilføres tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 2, og § 45, nr. 2. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, frivillig bæltefiksering, urolig tilstand, afværgelse selvmord eller skade på eget eller andres helbred, afværgelse at patienten forføl-

ger eller groft forulemper andre, sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen, forhindre at patienten utilsigtet udsætter sig selv for fare eller at patienten selv anmoder om dørråflåsning). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14, § 17, § 18 c og § 18 e. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I alle 28 tilfælde som jeg har gennemgået, er både tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført. I 7 af de 9 tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed, i 1 tilfælde er begrundelsen forulempelse, og i det sidste tilfælde er der tale om en frivillig bæltefiksering. I 7 af de 10 tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed, og i de resterende 3 tilfælde forulempelse. I 6 af de 8 tilfælde af personlig skærmning over 24 timer er begrundelsen at afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred. I de andre 2 tilfælde er begrundelsen at afværge at patienten følger eller groft forulemper andre. Det eneste tilfælde af dørråflåsning er sket for at sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, § 39, nr. 4, § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3, samt Sundhedsstyrelsens vejledning og brugervejledning.

Der er i alle tilfælde angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

Der er i den ændrede psykiatrilov (der trådte i kraft den 1. januar 2007) indsat bestemmelser om obligatorisk efterprøvelse af tvangsfikseringer. Der skal således foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1. Tidspunktet for den fornyede lægelige vurdering og navnet på den læge der har foretaget vurderingen, skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 7 og 8.

Den obligatoriske efterprøvelse efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, skal finde sted sideløbende med den løbende vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 1, hvorefter overlægen har ansvaret for at sikre at (bl.a.) tvangsfiksering ikke anvendes i videre omfang end højst nødvendigt.

Den ændrede psykiatrilov indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde

skal en læge der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 6. Tidspunktet for vurderingen ved en ekstern læge, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 9, 10 og 11.

Hvis der ved tvangsfikseringen foruden bælte anvendes handsker, hånd- eller fodremme, skal der ved vurderingerne i forbindelse med intern og ekstern efterprøvelse tages særskilt stilling til den fortsatte anvendelse af disse tvangsmidler, jf. tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 3. Hvis der over for en tvangsfikseret patient senere i forløbet anvendes remme eller handsker, regnes 48-timers-fristen fra den først iværksatte foranstaltning, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering.

Ifølge Sundhedsstyrelsens brugervejledning skal tidspunktet for vurdering fire gange i døgnet indberettes ved bæltefiksering. Det er (således), som allerede nævnt, kun ved markering i bælte at der åbnes en speciel indtastningstabel til notater herom.

Ifølge vejledningen er det også kun ved bæltefiksering at der skal anføres notat om tidspunkt for ekstern læges vurdering efter 48 timer og lægens navn. Det fremgår at der åbnes et vindue hertil når indtastet ophørsdato og klokkeslæt ligger over 48 timer efter påbegyndt dato og klokkeslæt.

Tvangsfikseringerne med bælte har varet mellem 48 minutter og 4 døgn og 6½ time. Der er notat om efterprøvelser i 6 af de 9 tilfælde. De 3 tilfælde hvor der ikke er sket efterprøvelse, var fikseringer på henholdsvis 48 minutter, knap 4 timer og 7 timer. Generelt set er der foretaget 4 efterprøvelser i og jævnt fordelt over døgnet (dog ikke om natten).

I 1 tilfælde af tvangsfiksering med bælte (fra den 2. september til den 3. september 2007) hvor der er gjort notat om efterprøvelse, mangler lægens navn/initialer ud for de 3 første tidspunkter for efterprøvelse (der er i stedet sat spørgsmålstegn). I et andet tilfælde af tvangsfiksering (med bælte og remme) (fra den 12. september til den 16.

september 2007) mangler lægens navn også ud for et enkelt tidspunkt for efterprøvelse (den 15. september). Også her er der i stedet sat spørgsmålstegn.

Jeg går ud fra at de manglende navne/initialer kan skyldes at de håndskrevne navne/initialer ikke har været læsbare for den der har indtastet oplysningerne i det elektroniske system. Det er beklageligt at navnet på den læge der har foretaget obligatorisk efterprøvelse ikke fremgår i de nævnte tilfælde. Jeg foretager mig imidlertid ikke mere vedrørende dette forhold.

Med hensyn til det førstnævnte tilfælde af tvangsfiksering med bælte (fra den 2. september til den 3. september 2007) bemærker jeg at tidspunktet for den sidste efterprøvelse (den 4. september 2007 kl. 16.15) ligger efter indgrebets ophørstidspunkt (den 3. september 2007 kl. 21.40). Jeg går ud fra at der er tale om en skrivefejl i datoen for sidste efterprøvelse i forbindelse med indtastningen i det elektroniske system, og at der i stedet skulle have stået den 3. september 2007 kl. 16.15).

Der skal som nævnt ske en ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. Den behandlende læge skal umiddelbart efter udløbet af de 48 timer sikre sig at der tilkaldes en læge der kan foretage den eksterne vurdering, jf. vejledning om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering. Hvis de 48 timer udløber sent om aftenen eller om natten, kan tilkaldelsen af den eksterne læge foretages den følgende morgen, men yderligere udsættelse kan ikke ske.

Der er kun pligt til at foretage en ekstern vurdering første gang der er gået 48 timer af en tvangsfiksering der ønskes opretholdt.

I 1 tilfælde varede tvangsfikseringen mere end 48 timer (det drejer sig om en fiksering der fandt sted fra den 12. til den 16. september 2007). Tidspunktet for den eksterne vurdering og navnet på den eksterne læge er angivet. Vurderingen skete knap 2½ time før udløbet af de 48 timer.

Jeg har ingen bemærkninger til tidspunktet for den eksterne efterprøvelse.

Feltet til information om eventuel uenighed mellem den eksterne og den behandlende læge er ikke udfyldt i det ene tilfælde af fiksering over 48 timer.

Selv om det af manglende udfyldelse kan udledes at der ikke har været uenighed, er det efter min opfattelse hensigtsmæssigt udtrykkeligt at anføre dette. Det bemærkes at jeg er opmærksom på at selve vurderingen ikke skal noteres i tvangsprotokollen, men i patientens journal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 4.

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

Ved beskyttelsesfiksering/-foranstaltning benyttes "Tvangsprotokol – skema 4".

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer om beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger. Skemaerne omfatter 9 forskellige patienter og vedrører beskyttelsesfikseringer/-foranstaltninger som er iværksat i perioden fra den 24. januar 2007 til og med den 1. september 2007.

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

Af tvangsbekendtgørelsens § 22, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordnede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 22, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen af at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen oprettholdes. Det fremgår af tvangsbekendtgørelsens § 26.

I tvangsprotokollen skal der anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 2. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Hvis flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv.

Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

I alle skemaer er formen angivet, og alle skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse. Det er i alle tilfælde stofbælte eller lign.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 5.

Den ordinerende læges navn er anført i alle skemaer. Lægens fulde navn fremgår i alle tilfælde på nær ét hvor der er anvendt initialer.

Af tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (i henhold til psykiatrilovens § 18) og den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I Sundhedsstyrelsens vejledning er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

Der er i alle tilfælde i rubrikken "Begrundelse" givet en konkret begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning.

I 4 ud af de 10 tilfælde har det der er anført i rubrikken "Situation", mere karakter af en beskrivelse af baggrunden for at tvangsforanstaltningen kunne anvendes, end en angivelse af de(n) situation(er) hvor foranstaltningen må anvendes.

Rubrikken "Situation" er således ikke korrekt udfyldt i de 4 tilfælde. Jeg gør derfor opmærksom på at der i denne rubrik skal angives hvor og hvornår beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes. Herudover foretager jeg mig ikke noget vedrørende dette forhold.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, skal finde sted efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 40, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

Der er i 5 af de 10 tilfælde foretaget efterprøvelse på de tidspunkter der er foreskrevet i loven. I 3 tilfælde har tvangsforanstaltningen kun varet i henholdsvis 2, 2 og 3 dage, og der er derfor ikke foretaget efterprøvelse. I 1 tilfælde hvor tvangsforanstaltningen varede i alt 4 dage, er der ikke sket efterprøvelse efter de første 3 dage. I det sidste tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse foretaget 6 dage efter ordinationen, og den angivne dato er den samme som datoen for foranstaltningens ophør.

I de 2 sidstnævnte tilfælde burde der være foretaget en efterprøvelse efter 3 dage.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning at datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen skal angives.

Datoen for ophør er anført i alle tilfælde.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrisk Center Glostrup om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Region Hovedstadens Psykiatri for at Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det som Psykiatrisk Center Glostrup anfører.

Underretning

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