

## Indholdsfortegnelse

1.	Indledning .....	3
2.	Centrets organisation mv .....	4
3.	Bygningsmæssige forhold mv .....	5
3.1.	Generelt .....	5
3.2.	Afsnit 80 .....	6
3.2.1.	Stuerne .....	6
3.2.2.	Toiletter og baderum .....	7
3.2.3.	Spisestue .....	8
3.2.4.	Opholdsstuer og aktivitetsrum .....	9
3.2.5.	Lokaler i øvrigt .....	10
3.2.6.	Udendørsarealer .....	10
3.3.	Afsnit 81 .....	10
4.	Samtaler med enkelte patienter .....	11
5.	Andre forhold .....	12
5.1.	Belægning mv .....	12
5.2.	Adgang til frisk luft .....	14
5.3.	Handicaptilgængelighed .....	15
5.4.	Navneskilte .....	16
5.5.	Opbevaring af journaler .....	16
5.6.	Medicin .....	16
5.7.	Forplejning .....	17
5.8.	Beskæftigelse .....	18
5.9.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2 .....	20
5.10.	Patienternes kontakt med læge og plejepersonale .....	20
5.11.	Behandlingsplaner .....	21
5.12.	Anvendelse af tvang .....	22
5.13.	Orientering af bistandsværger og patientrådgivere .....	27
5.14.	Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret .....	31
5.15.	Aktindsigt .....	33
5.16.	Pårørendekontakt .....	36
5.17.	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv .....	38
5.18.	Rygepolitik .....	47
5.19.	Euforiserende stoffer og alkohol .....	48
5.20.	Kæresteforhold mellem patienterne .....	50
5.21.	Patientindflydelse .....	50
5.22.	Rekruttering af personale og sygefravær .....	52

---

5.23. Vold mod personalet.....	55
5.24. Sprogbarrierer mv.....	56
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....	57
6.1. Tvangsbehandling .....	59
6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	64
Opfølgning .....	73
Underretning .....	73

---

## 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup. Samme dag foretog jeg også en inspektion af Psykiatrisk 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 Psykiatrisk 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 centrets to 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 fra den 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 om centret, herunder bl.a. en husorden med en tilhørende uddybning af husordenen, en velkomstfolder og centrets personalepolitik.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Retspsykiatrisk Center

Glostrup, og på materiale fra Psykiatriens og centrets hjemmesider ([www.psykiatri-regionh.dk](http://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 Retspsykiatrisk Center Glostrup og Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at give myndighederne lejlighed til at komme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som er beskrevet i rapporten. Region Hovedstadens Psykiatri har i en e-mail af 11. marts 2010 fremsat en enkelt bemærkning, og den er indarbejdet i rapporten.

## **2. Centrets organisation mv.**

Retspsykiatrisk Center Glostrup hører under Region Hovedstadens Psykiatri som består af i alt 13 voksenpsykiatriske centre, 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre, 9 sociale tilbud og en fælles administration.

Retspsykiatrisk Center Glostrup blev en selvstændig administrativ enhed i 1998, og strukturreformen har ikke haft betydning for centrets organisation. Centret består af to afsnit med i alt 24 sengepladser og et ambulatorium, og det ledes af en centerchef og en udviklingschef. Der er ca. 70 medarbejdere ansat. Hvert afsnit ledes af en overlæge, en afdelingssygeplejerske og en souschef.

Centrets opgaver inden for økonomi, løn- og personaleforhold bliver varetaget af Den Administrative Enhed som organisatorisk hører under Psykiatrisk Center Glostrup da der er tale om en fælles stabsfunktion som betjener både Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk Center Glostrup og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

Ifølge "Generalplan – Region Hovedstadens Psykiatri, Nye rammer og sammenhæng, april 2009" skal den specialiserede retspsykiatri i regionen udvides og samles på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Denne omlægning indebærer at Retspsykiatrisk Center Glostrup skal sammenlægges med retspsykiatrien på Psykiatrisk Center Sct. Hans og forudsætter at der her bygges to nye retspsykiatriske afdelinger. Flytningen af sengepladserne på Retspsykiatrisk Center Glostrup afventer gennemførelsen af anlægsprojektet for den vestlige retspsykiatriske afdeling på Sct. Hans. Det fremgår af generalplanen at dimensioneringen af bygningerne på Psykiatrisk Center Sct. Hans er påbegyndt.

Det anføres i generalplanen at en væsentlig udfordring i forbindelse med den planlagte flytning af Retspsykiatrisk Center Glostrup er den kontinuerlige vækst i antallet af retspsykiatriske patienter som lægger et stort pres på den eksisterende kapacitet.

Det anføres endvidere at de planlagte projekter må revurderes hvis antallet af retspsykiatriske patienter gør det urealistisk at nedlægge de retspsykiatriske senge i Glostrup.

Patienterne på Retspsykiatrisk Center Glostrup er personer der har fået en dom til behandling eller anbringelse i psykiatrisk afdeling efter straffelovens § 68 eller § 69, personer der er varetægtsfængslet i surrogat i medfør af retsplejelovens § 765 eller § 777, og personer der er indlagt til mentalundersøgelse i medfør af retsplejelovens § 809, stk. 2. Derudover er der afsonere som har udviklet en sindssygdom under deres afsoning i kriminalforsorgens institutioner.

Personer der er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser. Det gælder dog ikke lovens §§ 5-11 (om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel), § 21, stk. 2 (om efterprøvelse heraf) og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Psykiatrilovens regler om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværgе efter straffelovens § 71. Jeg henviser til Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse.

### **3. Bygningsmæssige forhold mv.**

#### **3.1. Generelt**

Retspsykiatrisk Center Glostrup ligger sammen med Psykiatrisk Center Glostrup og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup i et stort grønt område ved siden af Glostrup Hospital (det somatiske hospital).

Centret er ligesom de to andre psykiatriske centre indrettet i et gult murstensbyggeri med fladt tag og vinduer og døre i teaktræ. Det samlede byggeri i området blev opført i perioden 1960-88. De første bygninger blev indviet i 1960 og hed dengang Nordvang (en del af det daværende Statshospital i Glostrup). Retspsykiatriens to sammenhængende bygninger er i ét plan. Bygningerne er blevet udbygget i 2000 og 2003 med henholdsvis en overdækket, flugsikker gårdhave til det ene afsnit og et aktivitetslokale til begge afsnit.

Centrets to afsnit (afsnit 80 og 81) har hver sin indgang og hver sine fællesarealer, både indendørs og udendørs. Afsnittene er stort set ens opbygget. I bygningsdelen mellem de to afsnit er der dels et ambulatorium, dels to besøgsrum (ét til hvert afsnit) samt et medicinrum og et depotrum som hører til afsnit 80.

Der er alarmer på alle yderdøre, og alarmerne aktiveres hvis en dør åbnes og ikke efterfølgende låses inden for et kort tidsinterval.

Ved inspektionen besøgtede jeg begge centrets afsnit.

### **3.2. Afsnit 80**

Indgangspartiet til afsnittet består af en "sluse" så man skal gennem to aflåste døre for at komme ind på selve afsnittet.

På inspektionstidspunktet hang der skilte på yderdøren med besøgstider og skilte hvoraf det fremgik hvilke genstande der ikke måtte medbringes på afsnittet (mobiltelefoner, glasflasker, fotoudstyr, knive, sakse, skarpe genstande mm.) I slusen var der en række metalskabe med lås (et skab til hver patient) til opbevaring af de ejendele som patienterne ikke måtte tage med ind på afsnittet, og til f.eks. besøgendes tasker og mobiltelefoner.

Afsnittet er bygget op om en lang gang hvorfra der er indgang til alle 12 stuer, fælleslokaler og personalerum. I loftet er der skiftevis runde ovenlysvinduer og indbyggede lysstofrør, og for enden af gangen er der et vindue fra gulv til loft. Gangen har hvide vægge og gråt linoleumsgulv, og dørene til stuerne mv. er grønne. På væggene hang der billeder, og der stod enkelte stole og grønne planter langs med væggene.

Over for indgangspartiet ligger tilbygningen til det oprindelige afsnit. Den består af først en mindre opholdsstue og herefter et stort aktivitetslokale.

#### **3.2.1. Stuerne**

Der er 12 enestuer på afsnittet. Der hang navneskilte uden for hver patientstue med patientens fornavn.

To af stuerne blev besøgt under inspektionen. Stuerne var indrettet med centrets standardmøblement. Vinduerne på stuerne og afsnittet i øvrigt er dobbeltvinduer hvor kun en lille del øverst på det ene vindue kan åbnes. I den del af vinduet der kan åbnes, sidder der lameller af metal for at hindre indsmugling af f.eks. euforiserende stoffer.

Den ene af de besøgtede stuer var møbleret med en hospitalsseng med hæve- og sænkefunktion, et skab, et sengebord, en reol, en lænestol og en kommode. Patienten havde selv medbragt et tv og en transistorradio. Der var hvide gardiner med blå striber

for vinduerne. Der var ingen sengelampe og ingen udsmykning på væggene. Der var en dårlig lugt på stuen, og gulvet var beskidt.

Den anden stue var møbleret med en hospitalsseng med hæve- sænkefunktion, et skab, et sengebord, en lænestol, et skrivebord og et par stole. Der var også hvide gardiner med blå mønster for vinduerne. Der var ingen sengelampe. Patienten havde selv udsmykket sin stue ved at tape billeder fra et blad op over sin seng. Stuen fremstod beskidt, og særlig sengetøjet så beskidt ud.

Det fremgår af afsnittets husorden at patienterne selv skal sørge for en forsvarlig hygiejne – både personligt og ved at holde orden/renholde egen stue. Det blev under inspektionen oplyst at personalet lugter ud på patientstuerne når patienterne er ude i haven eller på udgang.

Det fremgår endvidere af centrets uddybning af husordenen at patienterne kan pålægges begrænsninger med hensyn til indretning og møblering af patientstuerne. Begrænsningerne er begrundet i hygiejnemæssige og sikkerhedsmæssige hensyn. Patienternes ønsker om større ændringer i møblering/indretning skal derfor aftales med personalet.

*Jeg beder centret om at oplyse om personalet lugter ud dagligt på alle patientstuer, og i hvilket omfang patienterne får hjælp til rengøring mv. på stuerne.*

*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 for det.*

*De to patientstuer jeg besøgte, så efter min opfattelse meget bare ud på grund af manglende eller meget sparsom udsmykning af væggene. Jeg har imidlertid forstået at det er op til patienterne – inden for visse rammer – selv at udsmykke deres stuer, og det giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.2.2. Toiletter og baderum**

Ingen af stuerne har eget bad og toilet. Afsnittets 12 patienter deles om 2 toiletter og 2 baderum med toilet. Toiletter og bad er placeret to steder på gangen og opdelt sådan at der først er en lille forgang hvorfra der er adgang til et baderum med toilet og bruseniche og til et separat toilet ved siden af.

Toiletter og baderum har hvid sanitet, hvide fliser på væggene og grå fliser på gulvet. Der var badeforhæng for brusenichen og gardin for vinduet i baderummene. Der var både fast og flydende håndsæbe samt papirhåndklæder.

Det besigtigede toilet og baderum så pænt rengjort ud.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske afdelinger gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit med stuer uden eget bad og toilet.

*Toilet- og badeforholdene på afsnittet giver mig ikke anledning til anden bemærkning end at jeg går ud fra at det planlagte byggeri af to nye retspsykiatriske afdelinger på Psykiatrisk Center Sct. Hans vil blive indrettet så der er bad og toilet til hver patientstue.*

### **3.2.3. Spisestue**

Afsnittets køkken og spisestue ligger ved siden af hinanden. Der er en mindre åbning mellem køkkenet og spisestuen med en skærm som kan rulles op, så der kan åbnes op mellem de to lokaler over en disk i spisestuen. Køkkenet bruges til anretning af dagens måltider og til træning i madlavning for patienterne. Patienterne har kun adgang til køkkenet sammen med personale.

I spisestuen var der fire hvide borde sat sammen til et langbord med 16 stole i lyst træ omkring. Der hang hvide lamper fra loftet over bordene, og der var lamper og udsmykning på væggene. Desuden var der køleskabe, et koldtvandsanlæg og et anlæg til at varme maden som blev leveret fra Glostrup Hospital. Spisestuen har vinduer både ud mod det grønne område og vinduer ud mod gangen. Der var hvide gardiner, henholdsvis persienner for vinduerne.

*Spisestuen gav et pænt og lyst indtryk.*

Det blev under inspektionen oplyst at anlægget til at varme maden i var meget generende under måltiderne fordi det støjede, afgav varme og optog plads. Det blev opfattet som et u hensigtsmæssigt system at få præfabrikeret mad til opvarmning på stedet.

*Med hensyn til kosten henviser jeg til pkt. 5.7 nedenfor.*



### 3.2.4. Opholdsstuer og aktivitetsrum

Der er to opholdsstuer på afsnittet og et aktivitetsrum.

Den ene opholdsstue ligger over for køkkenet og spisestuen og har vinduer både ud mod haven og mod gangen. Der var lyse gardiner for vinduerne. Væggene er hvide, og gulvet er belagt med gråt linoleum. På væggene hang der indrammede farverige plakater og et tv. Der var møbleret med sorte lædersofaer, beige lænestole og sofa-borde af lyst træ. Møblementet så pænt og ikke slidt ud. Derudover var der en lille reol samt et tekøkken med håndvask, et par skabe, en elkedel og en kaffemaskine. Rundt om i stuen stod der grønne planter.

Vinduerne i opholdsstuen er de samme som på afsnittet i øvrigt, det vil sige kun den øverste del af vinduet kan åbnes, og for denne åbning sidder der lameller af metal.

*Opholdsstuen gav et pænt og lyst indtryk, men der var en meget dårlig lugt som i høj grad skyldtes at det på inspektionstidspunktet var tilladt at ryge i lokalet, og at der var begrænsede udluftningsmuligheder. Jeg går ud fra at luften i opholdsstuen er blevet betydelig bedre nu hvor det ikke længere er tilladt at ryge i lokalet. Om rygning i afsnittet henviser jeg til pkt. 5.18 nedenfor.*

Den anden opholdsstue og aktivitetsrummet ligger i forlængelse af hinanden og danner en vinkel på bygningen ud mod haven. For at komme til aktivitetsrummet skal man igennem opholdsstuen. I opholdsstuen er der hvide vægge og et rødt linoleumsgulv. Der er både væg- og loftslamper, og væggene var udsmykket med indrammede farverige plakater. Stuen var møbleret med en sort lædersofa og et par beigefarvede lænestole (samme møblement som i den anden opholdsstue) samt et klaver og bordfodbold.

Aktivitetsrummet er et stort, lyst lokale med hvide vægge, rødt linoleumsgulv og store vinduer samt en dør ud til haven. En del af rummet er indrettet med nogle hvide køkkenelementer med komfur og ovn. Køkkenskabene var aflåst, og på alle skabe og skuffer var der skilte med angivelse af deres indhold. I rummet var der desuden et spisebord og stole, et computerbord med en pc, træningsredskaber (bænk, vægte, motionscykel), et billardbord, to guitarer og et dartspil.

Patienterne må kun være i aktivitetsrummet når der samtidig er personale til stede.

### 3.2.5. Lokaler i øvrigt

Ud over de ovenfor nævnte rum hører der til afsnittet et besøgsrum som ligger inde på selve afsnittet, og et besøgsrum som ligger i bygningsdelen mellem centrets to afsnit. Besøgsrummene blev ikke besigtiget.

Cirka midt på afsnittets lange gang er der et skyllerum. Her var der bl.a. vaskemaskine, tørretumbler, tørrestativ og strygebræt. Det blev oplyst at de patienter der selv kan vaske deres tøj, også selv skal gøre det.

Endelig er der et medicinrum og forskellige personalerum som ikke blev besigtiget.

### 3.2.6. Udendørsarealer

Afsnittet har en stor have der er indhegnet af et ca. 3½ meter højt trådhegn hvis øverste del skråner ind mod haven for at gøre den særlig undvigelsessikker. Udenfor hegnet er der beplantning der beskytter patienterne mod at nogen kigger ind fra vejen. Langs afsnittets flade tag er der også et kraftigt trådhegn der skråner ind over udearealet for at mindske muligheden for flugt over taget.

Det blev oplyst at en patient to dage før inspektionen var stukket af fra afsnittet under en havetur.

I haven var der fliser langs huset hvor der stod et par bænke. Under vinduerne til patientstuerne var der et bed med blandet beplantning. Umiddelbart uden for aktivitetsrummet var der opstillet et basketballkurv. Haven bestod i øvrigt af en stor græsplæne med et par birketræer i den ene ende og et (flytbart) fodboldmål i den anden ende.

Under inspektionen blev det oplyst at centret havde planer om at få fjernet en stribe græs hele vejen rundt langs hegnet for at etablere en løbebane til patienterne.

*Jeg beder om at få oplyst om der er blevet etableret en løbebane i haven.*

### 3.3. Afsnit 81

Afsnit 81 er bygningsmæssigt næsten magen til afsnit 80 og har også plads til 12 patienter på 12 enestuer. 2 af stuerne har eget bad og toilet. Det blev oplyst at disse to patientstuer primært bliver tildelt kvindelige patienter når der er kvinder indlagt. De resterende 10 patienter deles om 2 toiletter og 2 baderum med toilet indrettet som på afsnit 80.

Afsnittets to opholdsstuer havde omtrent samme møblement som opholdsstuerne i afsnit 80. Det blev oplyst at den største opholdsstue var under renovering på inspektionsstidspunktet.

Jeg besøgte også afsnittets besøgsrum som ligger i bygningsdelen mellem centrets to afsnit, men som også har en indgang fra selve afsnittet tæt på indgangspartiet. Rummet var indrettet med en hvid og blåstribet sofa, et par stole i lyst træ, et hvidt sofabord og en reol med en lille smule legetøj. Der var indrammede plakater på væggene og grønne planter. Det blev oplyst at besøg med børn kun foregår i besøgsrummet.

Afsnit 81 adskiller sig fra afsnit 80 ved at have en flugtsikker gårdhave som består af et flisebelagt areal indhegnet af et ca. 2½ m højt metalgitter og overdækket med samme metalgitter. Gårdhaven har således karakter af et bur. Der var bevoksning rundt om hegnet, og der var opsat noget beklædning på en del af hegnet for at skjærme patienterne mod at nogen kigger ind. Gårdhaven var indrettet med nogle få have-møbler. Der er adgang til gårdhaven fra den ene af afsnittets to opholdsstuer. Det blev oplyst at gårdhaven bruges til flugttuede patienter fra begge afsnit. Derudover har afsnittet en stor have som afsnit 80.

*Som nævnt under pkt. 3.2.6 ovenfor, var det to dage før inspektionen lykkedes en patient at stikke af fra afsnit 80 under en tur i afsnittets store have. Afsnittenes store havearealer er således på trods af deres indhegning ikke fuldstændig flugtsikre. På den baggrund kan det indhegnede, overdækkede haveareal på afsnit 81 ikke give mig anledning til bemærkninger. Jeg har herved samtidig lagt vægt på at de patienter der ikke er flugttuede, har adgang til frisk luft i de store havearealer.*

*Afsnit 81 giver mig i øvrigt ikke anledning til andre bemærkninger end dem jeg har anført om afsnit 80 ovenfor.*

#### **4. Samtaler med enkelte patienter**

Under inspektionen talte jeg med to patienter fra afsnit 80 som havde ønsket en samtale med mig. Den ene af patienterne var tvangsfikseret, og samtalen vedrørte hans egne forhold. Den anden patient klagede over maden på centret, og denne klage er omtalt under pkt. 5.7 nedenfor.

## 5. Andre forhold

### 5.1. Belægning mv.

Retspsykiatrisk Center Glostrup har som nævnt ovenfor 24 normerede sengepladser. Patienterne er psykiatriske patienter der har fået en dom til behandling eller anbringelse i psykiatrisk afdeling efter straffelovens § 68 eller § 69, personer der er varetægtsfængslet i surrogat, f.eks. med henblik på mentalundersøgelse, og afsonere der har udviklet en sindssygdom under deres afsoning i kriminalforsorgens institutioner.

Det fremgår af Retspsykiatrisk Center Glostrups hjemmeside at visitation til indlæggelse og behandling på centret varetages af centrets overlæger i samarbejde med overlægerne på regionens almene psykiatriske centre efter en overordnet skriftlig visitationsaftale. Retspsykiatrisk Center Glostrup modtager efter visitationsaftalen patienter som af retssikkerhedsmæssige og behandlingsmæssige grunde har særligt behov for centrets sikrede rammer, herunder voldelige patienter, patienter i isolation, patienter der forulemper medpatienter, flugttuede patienter og patienter med særlig komplicerede juridiske problemstillinger.

Hvis en patient under indlæggelsen på centret ikke længere opfylder visitationskriterierne, flyttes vedkommende til det almene psykiatriske center hvis optageområde patienten bopælsmæssigt hører under.

Ifølge Psykiatriens hjemmeside er visitationen for retspsykiatriske patienter til ikke-akut indlæggelse fra og med den 15. marts 2009 blevet samlet på Psykiatrisk Center Sct. Hans i perioden frem til den 1. oktober 2009. Ved ikke-akutte retspsykiatriske indlæggelser forstås indlæggelser bestemt af retskendelse og indlæggelser af fængselsdømte eller behandlingsdømte efter adresseskift.

Ordningen med centralvisitation omfatter ikke visitation af akutte retspsykiatriske patienter, det vil sige indlæggelser på røde og gule papirer. Efter kriterierne for akut indlæggelse af retspsykiatriske patienter modtager Retspsykiatrisk Center Glostrup strafafsonere fra Anstalten ved Herstedvester med et akut indlæggelsesbehov.

*Jeg beder om at få oplyst de nugældende kriterier for visitation til Retspsykiatrisk Center Glostrup.*

Det blev under inspektionen oplyst at centret har de "tungeste" retslige patienter. Patienterne er karakteriseret ved at have de sværeste psykiatriske sygdomme og at have begået den alvorligste kriminalitet. Patienterne er desuden oftest yngre mænd, mange har et misbrug af alkohol og/eller stoffer, og mange er på førtidspension.

Det blev desuden oplyst at der også kan være kvindelige patienter på centret, men at det er sjældent. Når det sker, bliver kvinderne som nævnt tildelt de to patientstuer der har eget bad og toilet.

*Jeg beder om at få oplyst om centret oplever at de få kvindelige patienter – når de er indlagt – har behov for skærmning i forhold til de mandlige patienter, og hvordan centret håndterer eventuelle problemer i forholdet mellem kønnene.*

Retspsykiatrisk Center Glostrup behandlede 72 patienter i 2006 og 61 patienter i 2007.

Det fremgår af centrets hjemmeside (fakta og tal) at centret i 2008 behandlede 56 patienter med i alt 70 indlæggelser. Det er angivet at patienterne omfattede 8 anbringelsesdømte, 18 behandlingsdømte, 6 strafafsonere og 18 varetægtsarrestanter/mentalobservander.

*Hvis tallene for de forskellige patientkategorier lægges sammen, giver det 50, og det svarer således ikke til det oplyste samlede antal behandlede patienter (56). Jeg beder for en god ordens skyld om en forklaring herpå.*

*Jeg beder også om at få oplyst hvor mange patienter centret har behandlet i 2009, og hvordan fordelingen har været på anbringelsesdømte, behandlingsdømte, strafafsonere og varetægtsurrogatanbragte/mentalobservander.*

*Endelig beder jeg om at få oplyst hvad den gennemsnitlige indlæggelsestid har været i årene 2006-2009.*

Det fremgår af regionens generalplan 2009 (s. 16) at antallet af retspsykiatriske patienter er blevet femdoblet inden for de seneste 25 år, og stigningen forventes at fortsætte i et endnu højere tempo fremover. Der opleves derfor generelt et stort pres på den retspsykiatriske sengekapacitet, og den større efterspørgsel skaber høje ventelister i retspsykiatrien.

På inspektionstidspunktet var der venteliste til Retspsykiatrisk Center Glostrup. Det blev oplyst at disse patienter i stedet blev indlagt på Psykiatrisk Center Glostrup, og at de retspsykiatriske patienter typisk optog 10-25 af de i alt ca. 70 normerede sengepladser på det lukkede og de skærmede afsnit på Psykiatrisk Center Glostrup.

*Jeg beder om at få oplyst hvordan situationen med venteliste til Retspsykiatrisk Center Glostrup er i dag, og om der fra ultimo 2007 til nu også generelt har været venteliste til centret. Jeg beder desuden om at få oplyst hvor lang ventetiden normalt er.*

## **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 Amtsrådsforeningen 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.

Nogle af patienterne på Retspsykiatrisk Center Glostrup har tilladelse til at færdes på hele sygehusets område (terrænfrihed), og andre har udgangstilladelse så de også kan færdes uden for sygehusets område. Ifølge husordenen skal terrænfrihed som hovedregel foregå i tidsrummet kl. 8.00 - 21.00 og udgang i tidsrummet kl. 12.00 - 22.00.

Reglerne om tilladelse til terrænfrihed og udgangstilladelse findes i Justitsministeriets 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 personer der er dømt til anbringelse i hospital eller sygehusafdeling for sindslidende efter straffelovens §§ 68, 69 og 73, er det overlægen eller statsadvokaten eller i

særlige tilfælde Rigsadvokaten der træffer afgørelse om terrænfrihed og udgang (§ 2). For personer der efter retsplejelovens regler er anbragt i varetægtssurrogat på lukket afdeling, herunder indlagt til mentalobservation, og for varetægtsarrestanter der er indlagt til mentalobservation på lukket afdeling, kræver udgang rettens godkendelse (§ 7, stk. 2, og § 8, stk. 2). Andre personer der er indlagt til mentalobservation, kan af hospitalets ledelse få tilladelse til udgang medmindre retten har bestemt andet (§ 9).

De patienter på Retspsykiatrisk Center Glostrup der ikke har terrænfrihed eller udgang, må benytte sig af afsnittenes udendørsarealer. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, hører der en stor have til hvert afsnit, og på afsnit 81 er der desuden en overdækket, flugtsikker gårdhave.

Under inspektionen blev det oplyst at patienterne på afsnit 81 har mulighed for at komme ud i haven mindst to gange i dagvagten og én gang i aftenvagten, og at den overdækkede gårdhave bliver brugt til flugttuede patienter fra begge afsnit.

Ifølge centrets uddybning af husordenen er der som udgangspunkt havetur mindst to gange dagligt af ½ times varighed. I tilfælde af konkret flugttussel eller mistanke om indsmugling af f.eks. våben eller rusmidler via havens ydre afgrænsning kan patienten midlertidigt blive nægtet adgang til haven.

Den overdækkede gårdhave i afsnit 81 kan alle patienter fra afsnittet som udgangspunkt frit benytte uden overvågning. Patienter fra afsnit 80 kan få adgang til at benytte gårdhaven mindst to gange dagligt efter aftale med personalet. Hvis der er risiko for indsmugling, kan adgangen midlertidigt indskrænkes eller begrænses.

*Jeg beder om at få oplyst om det sker at nogle patienter på grund af risiko for indsmugling både i den store havedel og i den overdækkede gårdhave i en periode helt afskæres fra at komme ud i frisk luft dagligt, eller om midlertidig indskrækning/begrænsning i adgangen til at benytte gårdhaven blot betyder at patienten kun kan komme derud under ledsagelse af personale.*

### **5.3. Handicaptilgængelighed**

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er Retspsykiatrisk Center Glostrup indrettet i bygninger i ét plan.

*Forholdene på centret giver mig ikke anledning til anden bemærkning end at jeg går ud fra at det planlagte byggeri af to nye retspsykiatriske afdelinger på Psykiatrisk Center Sct. Hans bliver indrettet så det også er tilgængeligt for mennesker med handicap.*

#### 5.4. Navneskilte

Under min rundgang på centret så jeg at der på dørene til patientstuerne var skilte med patienternes fornavne.

Når patienterne har besøg, foregår det normalt enten på patienternes stuer eller i afsnittenes besøgsrum. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er der et besøgsrum inde på afsnit 80 og to besøgsrum i bygningsdelen mellem de to afsnit.

*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 en 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 centret 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

Centret opbevarer medicin i aflåste medicinrum. Afsnit 81 har et medicinrum inde på selve afsnittet, og i bygningsdelen mellem de to afsnit er der et medicinrum som hører til afsnit 80.

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

*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 sådan at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.*



## 5.7. Forplejning

Kosten på Retspsykiatrisk Center Glostrup kom på inspektionstidspunktet fra central-køkkenet på Glostrup Hospital som centret havde en driftsaftale med. Maden blev anrettet i køkkenet på hvert afsnit. Den mad der skulle serveres varm, blev varmet i det anlæg i spisestuen som er omtalt under pkt. 3.2.3 ovenfor.

Der er ikke mulighed for at patienterne selv kan lave egentlige måltider på afsnittene, men madlavning foregår i madgrupper en gang om ugen som en del af patienternes miljø- og ergoterapi.

Patienterne har mulighed for at bestille mad udefra til aftensmåltidet. Det fremgår af centrets uddybning af husordenen at personalet kan nægte at efterkomme en patients ønske om mad udefra hvis en betydelig del af patientens kalorieindtag kommer fra "junkfood".

Personalet går endvidere dagligt i kiosken og køber ind for de patienter der ikke har udgangstilladelse.

Patienterne skal indtage alle afsnittets måltider i spisestuen medmindre andet er aftalt med personalet, da måltiderne bliver brugt som social træning i gode manerer. Af hensyn til den pædagogiske effekt er der altid to personalemedlemmer som spiser sammen med patienterne.

Den ene af de to patienter som jeg talte med på afsnit 80, klagede over at de serverede portioner var for små, og at der derfor ikke var mad nok.

Det blev oplyst at alle patienter fik standardportioner svarende til den mad der blev serveret i somatikken, og at der ikke var mulighed for at bestille mere mad i form af ekstra portioner. Centralkøkkenet leverede kun det antal portioner der svarede til antallet af patienter.

Det blev endvidere oplyst at man på inspektionstidspunktet var ved at forhandle en ny driftsaftale med Glostrup Hospital.

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

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 ambulant 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 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 at 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 Retspsykiatrisk 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**

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er der på afsnittene tv, spil, computer, musikinstrumenter og træningsredskaber som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med. Der er også mulighed for boldspil og andre udendørs aktiviteter i haverne.

Af centrets patientinformation fremgår det desuden at patienterne har mulighed for at have personlige ejendele som tv, radio og pc (dog uden netadgang) på deres egen stue under indlæggelsen.

For patienterne på begge afsnit er der en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø- og ergoterapi) – f.eks. morgenmøder, fysisk træning, madlavning, samtalegrupper og sociale aktiviteter.

På området ved Retspsykiatrisk Center Glostrup er der en motionshal som centret på fastsatte tidspunkter hver uge kan benytte til fysiske aktiviteter for de patienter der har udgangstilladelse.

Af centrets patientinformation fremgår det at patienter med udgangstilladelse også har mulighed for at komme på biograftere og indkøbsture m.m.

Det blev under inspektionen oplyst at der tidligere har været en klub hvor patienter fra retspsykiatrien om aftenen kunne mødes med patienter fra Psykiatrisk Center Glostrup til socialt samvær, men den er blevet nedlagt bl.a. på grund af manglende ressourcer.

Det blev samtidig oplyst at centret har gjort opmærksom på problemer med manglende aktiviteter for de langtidsindlagte patienter, og at centret på den baggrund har fået bevilget en aktivitetsmedarbejder til varetagelse af aktiviteter for patienterne både inden for og uden for centret.

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 (jf. psykiatriplanen s. 22).

*Jeg beder centret om at oplyse om centret tilbyder patienterne andre aktiviteter end de ovenfor nævnte.*

*Jeg beder også om oplysninger om omfanget af aktiviteter for de patienter der ikke har udgangstilladelse.*

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.

I forbindelse med min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har jeg til orientering – og eventuel inspiration – sendt en kopi af den nævnte aktivitetspolitik til Region Hovedstadens Psykiatri. Jeg vedlægger også en kopi til orientering for Retspsykiatrisk Center Glostrup.

### **5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien) skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

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

### **5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale**

Det fremgår af centrets patientinformation at patienterne ved indlæggelse får tildelt en eller flere kontaktpersoner som kan hjælpe patienten til rette, og som sammen med patienten og afsnittets læge tilrettelægger en handlingsplan.

Kontaktpersonen har et særligt ansvar for at bringe faglige problemstillinger op på afsnitskonferencen og for at gennemføre den fastlagte behandling.

*Jeg beder centret om at oplyse hvornår patienterne første gang efter indlæggelse har samtale med en læge, og hvor ofte patienterne har samtale med en læge hvis de ikke selv tager initiativ til det.*

*Jeg beder desuden om at få oplyst om der i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale så patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.*

*Endvidere beder jeg centret oplyse om der normalt deltager andre end patientens kontaktperson(er) (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.*

*Endelig beder jeg centret 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, at patienten vejledes om planens indhold, og at patientens samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

I den ændrede psykiatrilov (som trådte i kraft den 1. januar 2007) er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre denne frabeder 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 centrets patientinformation at det er afsnittets læge og patientens kontaktperson der sammen med patienten tilrettelægger en behandlingsplan.

*Jeg beder om at få oplyst hvornår en patient første gang får adgang til at se sin behandlingsplan, og hvilken fremgangsmåde centret anvender i den forbindelse.*

I centrets uddybning af husordenen er der bl.a. anført følgende:

#### **"Aktindsigt**

Herved forstås patienternes mulighed for at få indsigt i de optegnelser, der føres over dem. Patienterne skal altid have mulighed for at gøre sig bekendt med behandlingsplanen.

Patienten har altid ret til at se sin psykiatriske behandlingsplan og som hovedregel ret til at se de lægelige optegnelser (efter vurdering af lægen).

Da det er afgørende, at de fortrolige oplysninger, som fremgår af behandlingsplanerne, ikke kommer til andre patienters kendskab, foregår aktindsigt ved at patienten under betryggende omstændigheder gør sig bekendt med behandlingsplanen, der i øvrigt opbevares hos personalet.”

*Jeg har forstået det citerede sådan at centret ikke udleverer en kopi af behandlingsplanen til patienten, men at patienten altid har mulighed for at se sin behandlingsplan hos personalet.*

*Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, 2. pkt. har den psykiatriske afdeling pligt til at udlevere en kopi af behandlingsplanen til patienten medmindre patienten frabeder sig det. Ifølge forarbejderne til bestemmelsen skal udlevering af en kopi af behandlingsplanen til patienten sikre at patienten ikke kun modtager mundtlig vejledning om planens indhold, jf. § 3, stk. 3, 1. pkt., men også samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.*

*Jeg beder centret om at oplyse om patienterne i forbindelse med den mundtlige gennemgang af deres behandlingsplan bliver gjort opmærksom på retten til at få udleveret en kopi af planen, og om en patient kan få udleveret en kopi af sin behandlingsplan hvis vedkommende udtrykkeligt beder om det.*

*Jeg beder også om at Region Hovedstadens Psykiatri udtaler sig om hvorvidt centrets praksis er i overensstemmelse med psykiatrilovens netop omtalte regler.*

*Endelig beder jeg om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert af centrets afsnit. Jeg beder om at behandlingsplanerne vedrører patienter som var indlagt i oktober 2009.*

## **5.12. Anvendelse af tvang**

Tvang defineres i psykiatriloven som ”anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven” (§ 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.

Af publikationen ”Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2007” som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, fremgår det at der i 2007 var indlagt 50 personer på Retspsykiatrisk Center Glostrup og heraf var 14 personer berørt af tvang. I 2006 var der 54 personer indlagt hvoraf 21 var berørt af tvang (jf. tabel 3).

Der blev i 2007 foretaget 2 frihedsberøvelser i form af to tvangsindlæggelser på Retspsykiatrisk Center Glostrup. I 2006 blev der foretaget 6 frihedsberøvelser i alt da der var 3 tvangsindlæggelser og 3 tilfælde af tvangstilbageholdelse (jf. tabel 5).

I Sundhedsstyrelsens statistik er der ikke en opgørelse over antallet af tvangsbehandlinger på Retspsykiatrisk Center Glostrup, men en opgørelse over antallet af tvangsbehandlede personer. Det fremgår heraf at der i 2007 blev tvangsbehandlet 4 personer på centret hvilket er en person mere end i 2006 hvor antallet af tvangsbehandlede personer var 3 (jf. tabel 6).

De tvangsbehandlede personer fordelte sig i 2007 (og 2006) på følgende grupper: Tvangsmedicinering 4 (2 i 2006) og tvangsbehandling med ECT 1 (1 i 2006). Der gøres opmærksom på at en person kan have fået flere forskellige tvangsbehandlinger. Det fremgår således af statistikken at den person der blev tvangsbehandlet med ECT i 2006 fik i alt 11 behandlinger, mens den person der blev tvangsbehandlet med ECT i 2007 fik i alt 63 behandlinger. Der var ingen tilfælde af tvangsernæring eller tvangsbehandling af somatisk lidelse i hverken 2006 eller 2007.

Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse var 133 i 2006, mens antallet i 2007 var nede på 60. Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse er således mere end halveret fra 2006 til 2007. Dette skyldtes særlig et markant fald i antallet af tvangsfikseringer (fra 113 i 2006 til 46 i 2007), men der var også et fald i den fysiske magtanvendelse (fra 20 tilfælde i 2006 til 14 tilfælde i 2007). Faldet i

den fysiske magtanvendelse skyldtes at tilfældene af indgivelse af beroligende medicin blev mere end halveret (fra 12 tilfælde i 2006 til 5 tilfælde i 2007), (jf. tabel 11).

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

Af Sundhedsstyrelsens statistik for 2007 fremgår det endvidere at Retspsykiatrisk Center Glostrup i 2007 indberettede et enkelt tilfælde af personlig skærmning.

Regler 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 betydelige 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. Sundhedsstyrelsen, 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 da 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 sygehushygemyndighederne.

*Jeg beder om at få tilsendt eventuelt skriftligt materiale som Region Hovedstadens Psykiatri eller Retspsykiatrisk Center Glostrup har udarbejdet om personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 c.*



*Hvis Psykiatrien eller Retspsykiatrisk 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.*

I centrets uddybning af husordenen er "skærmning på patientstuen" nævnt som en (ultimativ) reaktionsmulighed i tilfælde hvor en patient har svært ved at opretholde en normal døgnrytme og respektere at der på hverdage skal være ro i afsnittet fra kl. 24. I uddybningens afsnit om sikkerhed er det nævnt at det som minimum vil føre til "afskærmning fra fællesmiljøet" hvis en patient nægter at medvirke til visitation, og at personalet i tilfælde af vold eller trusler mod medpatienter eller personale vil gribe umiddelbart ind med "skærmning" eller tvang efter psykiatrilovens bestemmelser.

*Jeg beder centret om nærmere oplysninger om de nævnte tilfælde af skærmning, herunder hvordan skærmningen foregår rent praktisk, og om der er tale om skærmning i medfør af psykiatrilovens § 18 c eller lavere grader af skærmning. Jeg henviser også til bestemmelserne i psykiatrilovens §§ 18 a og b.*

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.

4 af de 383 realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2008 vedrørte tvangsindgreb på Retspsykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 5 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.

2 af de realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2007 vedrørte tvangsindgreb på Retspsykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 3 klager over tvangsindgreb på centret, men 1 af klagerne blev tilbagekaldt/afvist.

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 psykiatrilovgivningen.

Det fremgår af nyhedsbrevet at redigeringen af Psykiatriens vejledninger om tvang forventes færdige og godkendt i begyndelsen af 2010. Jeg kan til orientering oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har bedt 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 klage over 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.

I min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har jeg bedt Psykiatrien om at oplyse hvor langt arbejdet med det nye informationsmateriale er kommet, og jeg har bedt om at modtage kopi af materialet når det er endeligt udarbejdet.

*Jeg beder om at modtage en kopi af det skriftlige informationsmateriale som Retspsykiatrisk Center Glostrup udleverer til patienter i forbindelse med anvendelse af tvang.*

*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 den bygningsmæssige gennemgang, har hvert afsnit på Retspsykiatrisk Center Glostrup en stue som anvendes til bæltefiksering.

*Jeg beder om at få oplyst om tvangsfikseringer altid foregår på afsnittets bæltefikseringsstue eller om tvangsfikseringer i nogle tilfælde også foregår på patientens egen stue.*

*Hvis tvangsfikseringer også foregår på patientens stue, beder jeg om at få oplyst hvordan bælte og remme transporteres til stuen.*

Under min rundgang på afsnit 80 havde jeg som nævnt en samtale med en tvangsfikseret patient der havde ønsket at tale med mig. Patienten var fikseret for åben dør, og vagten sad i en stol uden for døren til stuen.

Det blev oplyst at døren ind til tvangsfikserede patienter normalt står på klem, men at personalet i det konkrete tilfælde af sikkerhedsmæssige grunde var instrueret om at holde døren åben.

*Som jeg også tilkendegav under inspektionen, bør døren ind til en patient der er fikseret, kun stå så meget på klem at det er muligt for den faste vagt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen, at kigge ind til den fikserede. Hvis der af sikkerhedsmæssige grunde er behov for at vagten kan se en fikseret patient bedre end gennem en sprække ved døren, må vagten efter min opfattelse sidde inde på stuen med døren trukket til.*

### **5.13. Orientering af bistandsværger og patientrådgivere**

Psykiatrilovens bestemmelser om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværger 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 bistandsværger 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 bistandsværger). Efter straffelovens § 71, stk. 1, kan der forud for dommen beskikkes en bistandsværge hvis der kan blive tale om at dømme en tiltalt til anbringelse eller forvaring efter reglerne i straffelovens §§ 68-70.

Som bistandsværge 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.

Under inspektionen oplyste ledelsen om en konkret sag hvor centret i forbindelse med tvangsfiksering af en patient havde haft svært ved at komme i kontakt med den pågældendes bistandsværge. Patienten var blevet bæltefikseret om aftenen, og perso-

nalet havde fra kl. 21 frem til midnat flere gange forgæves forsøgt at ringe til bistandsværgen. Næste morgen både ringede og e-mailede personalet til bistandsværgen uden at opnå kontakt. Patienten blev herefter spurgt om vedkommende ønskede at få en patientrådgiver beskikket. Bistandsværgen ringede selv efterfølgende, og det fremgik at vedkommende først ville besøge patienten et par dage senere.

Det blev desuden oplyst at bistandsværgerne, som patienterne selv har valgt, ofte bor langt væk fra centret, og at det er et tilbagevendende problem at bistandsværgere ikke møder op hos patienterne i samme omfang som patientrådgiverne. Det blev tilkendegivet at det derfor ville være ønskeligt hvis der gjaldt den samme tidsfrist for bistandsværgere som for patientrådgivere til at aflægge besøg hos patienten. 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, det vil sige 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 bistandsværgen og orientere vedkommende om et tvangsindgreb, men hvor det tydeligt fremgår at bistandsværgen 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.*

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, kropsvisitation 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.

*Jeg går ud fra at Retspsykiatrisk Center Glostrup tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, medmindre patienten i forvejen har en patientrådgiver eller en bistandsvæрге.*

*Jeg går også ud fra at centret orienterer patientrådgiverne så de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig 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.*

Som nævnt ovenfor, skal patientrådgiveren så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Der findes ikke en tilsvarende bestemmelse for bistandsværgen.

Årsberetningen for 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden indeholder en opgørelse over fremmødehyppigheden for patientrådgivere og bistandsværgen under ét ved møder i nævnet om sager vedrørende patienter fra Retspsykiatrisk Center Glostrup. Det fremgår heraf at patientrådgivere/bistandsværgen i 2006 deltog i 2 ud af 4 sager der blev behandlet på nævns møder vedrørende patienter fra Retspsykiatrisk Center Glostrup, svarende til en mødedeltagelse på 50 pct. I 2007 deltog patientrådgivere/bistandsværgen i begge de 2 sager der blev behandlet, svarende til en mødedeltagelse på 100 pct., og i 2008 deltog de i 3 ud af 4 sager svarende til en mødedeltagelse på 75 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 nævns møderne ud fra et ønske om at behandle patienternes klager hurtigst muligt.

*Jeg beder om at få oplyst om bistandsværgen er til stede ved behandlingen af klager i det psykiatriske patientklagenævn i samme omfang som patientrådgiverne.*

#### **5.14. 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.

Spørgsmålet om tilkald af politiet i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i centret blev ikke drøftet under inspektionen.



Det fremgår af centrets hjemmeside at alle personalekategorier på grund af centrets særlige patientgruppe bliver undervist specielt i kontrol af patientaggression.

Under inspektionen blev det oplyst at centret ud fra sikkerhedsmæssige betragtninger har sit eget vikarkorps, og at der på en vagt maksimalt må være én vikar blandt personalet.

*Jeg beder centret om at oplyse om det på trods af personalets særlige forudsætninger sker at politiet bliver tilkaldt og kommer ind på centret i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger.*

*Jeg beder også om at få oplyst om politiet kommer med helt ind på et afsnit i forbindelse med aflevering af en ny patient.*

*Endelig beder jeg 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.*

#### **5.15. 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 mindreårigs 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 familieforholdet, 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.”

I Retspsykiatrisk Center Glostrups uddybning af husordenen er det anført at patienten altid har ret til at se sin psykiatriske behandlingsplan og som hovedregel ret til at se de lægelige optegnelser (efter vurdering af lægen).

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 om aktindsigt normalt (kun) meddeles i form af gennemsyn.*

*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 Retspsykiatrisk Center Glostrups hjemmeside en henvisning til de 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 udleveres eller er tilgængelige for alle patienter på Retspsykiatrisk Center Glostrup.*

#### **5.16. 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 sådan 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 etable-

ring af fora for en løbende og struktureret dialog med bruger-, patient- og pårørende-foreninger.

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 alle centre.

*Jeg beder Retspsykiatrisk Center Glostrup om at oplyse hvordan regionens pårørendepolitik bliver udmøntet på centret.*

*Jeg beder endvidere centret om overordnet at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende, herunder oplyse 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.*

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har bedt Region Hovedstadens Psykiatri om at oplyse hvilke initiativer Psykiatrien har iværksat i 2009 for at øge pårørendes medinddragelse i patientforløbet, og jeg har bedt om at modtage kopi af de fælles standarder for pårørendesamarbejde og det informationsmateriale til pårørende der er omtalt i virksomhedsplanen for 2009.

#### **5.17. 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 tilgænge-

lig 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 og 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 har i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup bedt 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 inspektionen af Retspsykiatrisk Center Glostrup modtaget en husorden for afsnit 80. Det fremgår af materialet at en husorden på Retspsykiatrisk Center Glostrup består af tre dele: 1) et A4-ark med korte, præcise anvisninger, påbud og forbud under overskriften "Husorden" som er beregnet til ophængning i afsnittet, 2) en samling af præcist formulerede anvisninger (reglerne fra den ophængte husorden plus nogle yderligere anvisninger) med uddybninger heraf og angivelse af muligheder for håndtering, og 3) en velkomstfolder til patienterne med bl.a. information om mange af forholdene i husordenen.

Jeg har desuden modtaget et bilag indeholdende ændringer til husordenen og sikkerhedsreglerne på afsnit 80 med hensyn til besøg og udgang. Jeg henviser til pkt. 5.21 om euforiserende stoffer og alkohol nedenfor.



*Det fremgår af Psykiatriens husordenspolitik at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov. Jeg går ud fra at husordenen for afsnit 80 og 81 er blevet revideret siden min inspektion, og jeg beder 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 udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Retspsykiatrisk Center Glostrups uddybning af husordenen indeholder flere eksempler på indgreb og begrænsninger i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Det fremgår f.eks. at patientens mulighed for at have kontakt til medpatienter kan begrænses i tilfælde af alvorligere adfærdsmæssige afvigelser, at visse særligt

syge patienters rygning kan indskrænkes når de ikke formår at styre deres tobaksforbrug eller der er fare for brand, at patienters adgang til at bestille mad udefra kan begrænses hvis en betydelig del af patientens kalorieindtag kommer fra "junk-food", at handler mellem patienterne vil blive annulleret af personalet, og at adgangen til at komme i haven midlertidigt kan nægtes eller indskrænkes ved mistanke om indsmugling.

Det fremgår udtrykkeligt af uddybningen af husordenen at patienterne altid har ret til en begrundelse og et skøn over varigheden af de korrektioner og begrænsninger der pålægges dem, og at alle indgreb skal ophæves så snart de ikke længere er nødvendige.

Uddybningen af husordenen indeholder ingen retningslinjer for hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de indgreb og begrænsninger der er nævnt i dokumentet.

*Jeg beder om at få oplyst om der på centret er skriftlige retningslinjer for hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger der kan blive tale om i forhold til den enkelte patient. 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.*

*Jeg beder desuden om at få oplyst om de indgreb og begrænsninger der foretages i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, altid dokumenteres i patientens journal.*

Om besøg fremgår det af husordenen at der er besøgstid alle dage mellem kl. 14.00 - 20.30. Besøg foregår på patientstuen eller i besøgsrummet. Besøg af børn under 16 år skal aftales i forvejen, og barnet skal ledsages af personale eller en voksen besøgende under hele besøget.

Det fremgår også af husordenen at centret kan afvise besøgende hvis det skønnes nødvendigt. I uddybningen af husordenen er det anført at der som udgangspunkt ikke er nogen begrænsninger i hvem der kan komme på besøg, men at enkeltpersoner dog i særlige tilfælde kan nægtes adgang til afsnittet hvis det af hensyn til én eller flere personer findes nødvendigt på grund af tidligere uacceptabel eller truende adfærd, mistanke om medvirken til indsmugling etc., eller hvis der er problemer med at fastslå den besøgendes identitet og relation til patienten. Antallet af besøgende kan også begrænses af hensyn til sikkerheden.

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

Ifølge husordenen må patienterne gerne besøge hinanden på deres stuer. I hverdage gælder det indtil kl. 23 mens det fredag og lørdag er efter aftale med personalet.

På tidspunktet for inspektionen var besøgsreglerne på afsnit 80 blevet strammet fordi en del af patienterne i en længere periode havde deltaget i indsmugling af euforiserende stoffer og efterfølgende misbrug heraf. Besøg kunne kun finde sted i afsnittets besøgsrum, og der kunne derfor kun være besøgende til én patient ad gangen. Hvert besøg måtte højst vare en time.

*Jeg beder om at få oplyst hvor længe de strengere besøgsregler på afsnit 80 var gældende.*

Som nævnt ovenfor, var der ikke tidligere regler om visitation i psykiatriloven. 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.”

Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (jf. lovforslag nr. L 140 Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, fremsat den 25. januar 2006):

”Med forslaget til ny § 19 a foreslås visse foranstaltninger af ikke behandlingsmæssig karakter reguleret direkte i psykiatriloven. Det drejer sig om kontrol af patientens post, undersøgelse af patientens stue og ejendele og kropsvisitation af patienten. Hjemlen til at konfiskere og evt. destruere genstande m.v. foreslås endvidere reguleret i selve loven. Der har hidtil været tvivl om hjemmelsgrundlaget til at foretage de pågældende indgreb, men det har været antaget, at indgrebene har kunnet foretages med henvisning til nødrets- eller nødværgemæssige betragtninger eller eventuelt anstaltsmæssige betragtninger om, hvad hensynet til almindelig ro og orden på afdelingen tilsiger. Regeringen finder imidlertid, at der er tale om så indgribende foranstaltninger i forhold til den enkeltes integritet, at de retlige rammer for at foretage de pågældende indgreb bør reguleres direkte i loven.

Der er med forslaget alene tale om en kodificering af gældende praksis, og der etableres med forslaget således ikke hjemmel til at foretage indgreb udover, hvad der hidtil har været muligt på baggrund af det gældende, men usikre, hjemmelsgrundlag. Med de foreslåede nye bestemmelser styrkes patienternes retssikkerhed ved at kriterierne for at foretage de pågældende indgreb bliver synlige, idet de kommer til at fremgå direkte af loven.

Hensynet bag bestemmelsen er, at der skal være mulighed for at forhindre, at patienten er eller kommer i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, som kan udgøre en fare for patienten selv eller andre. Der kan endvidere være tale om f.eks. rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

Det fremgår af forslaget, at overlægen kan beslutte, at de pågældende indgreb skal foretages ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugshistorie er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om, at der skal foreligge en begrundet mistanke

om, at patienten aktuelt er i besiddelse af rusmidler. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.”

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, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. på psykiatrisk afdeling.

Det fremgår udtrykkeligt af psykiatrilovens § 19 a at visitation forudsætter en *begrundet* mistanke om at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen at der skal foretages en individuel vurdering af sandsynligheden for at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande, og at der derfor ikke kan etableres faste rutiner på en afdeling hvorefter visitation foretages generelt i forhold til samtlige eller en gruppe af patienter.

På Retspsykiatrisk Center Glostrups hjemmeside er der i centrets information til patienterne i forbindelse med indlæggelse oplyst følgende om visitation:

**”Visitation**

Du vil jævnligt komme ud for, at du selv, dine ejendele og dit værelse bliver undersøgt (’visiteret’). Du har ret til at være til stede, når dit værelse bliver undersøgt. Du bliver altid visiteret efter udgang.”

I centrets husorden for afsnit 80 står der at patienten selv, patientens ejendele og patientstuen med mellemrum vil blive undersøgt (”visiteret”) for ulovlige genstande.

I centrets uddybning af husordenen er der anført følgende om visitation:

”Visitering af fællesarealer og patientstuer foretages jævnligt og uvarslet og mindst to gange om måneden.

...

Visitering af patienten kan foretages efter et konkret skøn, og altid efter fx terræn-frihed/udgang eller på særligt begrundet mistanke om besiddelse af farlige genstande eller misbrugsstoffer.

For at sikre fængselssikkerheden og sikre, at der ikke foregår ulovligheder inden for afsnittets rammer. Hvis patienten nægter at medvirke, vil det som minimum føre til afskærmning fra fællesmiljøet. Ved bestyrket mistanke kan tvang efter psykiatriloven anvendes til at sikre visitering.”

Som det er nævnt ovenfor, havde en del af patienterne på afsnit 80 i en længere periode forud for inspektionen deltaget i indsmugling af euforiserende stoffer og efterfølgende misbrug heraf. Afsnittets husorden og sikkerhedsregler var derfor blevet skærpet. Jeg fik under inspektionen udleveret en kopi af ledelsens information til ansatte og indlagte om de ændrede regler. Informationen indledes med følgende oplysninger:

”Enhver kontakt med euforiserende stoffer er forbudt efter dansk lovgivning. En del patienter indlagt i afd. J 80 har gennem lang tid ikke respekteret denne lovgivning, men tværtimod aktivt deltaget i indsmugling og efterfølgende misbrug af forskellige stoffer.

Misbruget har bevirket talrige konflikter og skænderier og gensidige forpligtelser og utryghed mellem patienterne. Misbruget forhindrer en målrettet psykiatrisk behandling og øger risikoen for, at såvel patienter som personale kommer til skade.”

*Det citerede illustrerer på en kort og præcis måde hvilke omfattende problemer indsmugling af euforiserende stoffer kan have for både personale og patienterne selv på en (rets)psykiatrisk afdeling. Hertil kommer de sikkerhedsmæssige problemer som indsmugling af farlige genstande kan medføre.*

*Jeg kan derfor have forståelse for at Retspsykiatrisk Center Glostrup ser sig nødsaget til hyppigt at foretage visitation af patienter og patientstuer. Det er imidlertid min opfattelse at centrets praksis med visitation som den kommer til udtryk i centrets patientinformation og husorden, ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a.*

*Før jeg tager stilling til hvad det giver mig anledning til, beder jeg Region Hovedstadens Psykiatri om at udtale sig om spørgsmålet.*

*Jeg har samtidig hermed sendt et eksemplar af denne rapport til Indenrigs- og Sundhedsministeriet til orientering og i den forbindelse specielt henledt ministeriets opmærksomhed på det der er anført om visitation.*

Det er ikke tilladt at have eller benytte mobiltelefoner i afsnittet. Patienternes mobiltelefoner er låst inde i afsnittets patientskabe i slusen, men kan udleveres til patienten i forbindelse med terrænfrihed og udgang. Afsnittets telefon kan dagligt og med assi-

stance fra personalet benyttes fra kl. 8.30-9.30 og fra kl. 14.00-20.30. Indgående opkald viderefremmes som hovedregel til patienterne uanset tidspunkt, og patienterne har som hovedregel altid ret til at kontakte politi, advokat, bistandsværg og eventuel patientrådgiver telefonisk.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

Det fremgår af centrets uddybning af husordenen at personalet i særlige tilfælde kan meddele enkelte patienter indskrænkninger i deres rygning. Det er begrundet med at visse særligt syge patienter ikke formår at styre deres tobaksforbrug, eller at der er fare for brand. Det er samtidig anført at så snart forholdene tillader det, skal indskrænkningerne ophæves, eventuelt gradvist.

*Jeg beder om nærmere oplysninger om det anførte, herunder hvilke indskrænkninger der kan blive tale om.*

### **5.18. Rygepolitik**

Lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer 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 lovens § 6, stk. 1, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser med mindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1).

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 me-

get alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

På døgninstitutioner, botilbud og lignende der både er privat hjem for en beboer og arbejdsplads for en ansat, kan den enkelte beboer beslutte om der må ryges i det værelse eller den bolig der tjener som den pågældendes private hjem (§ 11, stk. 1). I kriminalforsorgens institutioner bestemmer den indsatte om der må ryges i den pågældendes opholdsrum (§ 14, stk. 1). Det skyldes at kriminalforsorgens institutioner i hvert fald for en vis periode må betragtes som de indsattes hjem.

På tidspunktet for inspektionen var det ifølge centrets rygeregler tilladt for patienterne at ryge på deres egen stue, i dagligstuen, i besøgsrummet under besøg og i spisestuen ved særlige patientarrangementer. Personalet blev opfordret til at ryge mindst muligt i arbejdstiden, primært udendørs og ellers i patienternes dagligstue. Det fremgik samtidig af centrets rygeregler at ledelsen ville arbejde energisk for at gøre det muligt for patienterne at ryge udendørs ved etablering af et overdækket, flugtsikkert haveareal, og at rygereglerne ville blive justeret så snart et sådant areal var etableret.

Det fremgår nu af centrets patientinformation (på centrets hjemmeside) at centret som hovedregel er røgfrit, men at patienterne må ryge på deres egne stuer og i en udendørs pavillon.

*Da Retspsykiatrisk Center Glostrup ligesom kriminalforsorgens institutioner for en periode – der for nogens vedkommende er meget lang – må betragtes som patienternes hjem, har jeg ingen bemærkninger til at det er tilladt for patienterne at ryge på deres stuer.*

*Jeg beder om nærmere oplysninger om den (eller de) udendørs pavillon(er) som jeg kan forstå at centret har etableret, og jeg beder om at få tilsendt en kopi af centrets herefter udarbejdede rygepolitik for patienter og personale.*

#### **5.19. Euforiserende stoffer og alkohol**

Det fremgår af husordenen at det ikke er tilladt at indføre, opbevare eller indtage nogen former for alkohol eller euforiserende stoffer på centret. Patienter der er påvirket af alkohol eller stoffer, bliver henvist til deres stue indtil deres tilstand er normaliseret. Dette sker for at undgå at miljøterapien og samspillet med de andre patienter bliver ødelagt.



Det er også meget vigtigt for den medicinske behandling af svært psykisk syge at de ikke samtidig indtager euforiserende stoffer.

Som det er nævnt under pkt. 5.17 ovenfor, havde en del af patienterne på afsnit 80 i en længere periode forud for inspektionen deltaget i indsmugling af euforiserende stoffer og efterfølgende misbrug heraf. Afsnittets husorden og sikkerhedsregler var derfor blevet skærpet med indførelse af strengere regler for besøg og udgang, herunder regler om hyppigere urinprøvekontrol. Det blev under inspektionen oplyst at centret også havde været nødt til at sende to patienter til de mere sikrede afsnit på Psykiatrisk Center Sct. Hans. De nævnte tiltag havde skabt mere ro på afsnittet.

Ledelsen oplyste i øvrigt at Retspsykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Sct. Hans ind imellem bytter patienter for at justere miljøerne på de to centre.

Det blev også oplyst at Retspsykiatrisk Center Glostrup oplever en stigende tendens til at nogle patienter fastholder et misbrug af euforiserende stoffer under indlæggelsen, og at "stærke" patienter udnytter andre "svage" patienter til at skaffe stoffer. Personalet havde f.eks. fundet regnskaber over hvilke beløb nogle patienter skyldte andre og skulle ringe til deres bank for at overføre.

*Jeg beder om at få oplyst hvad centret aktuelt gør for at begrænse omfanget af stoffer på afsnittene, og hvor omfattende problemerne med stoffer på centret er på nuværende tidspunkt.*

*Jeg henviser i øvrigt til det jeg har anført om visitation under pkt. 5.17 ovenfor.*

Ifølge husordenen og centrets patientinformation er indbyrdes handel mellem patienterne og bytte af værdigenstande mv. ikke tilladt. Patienterne må derfor også kun have op til 100 kr. på sig i afsnittet. De må herudover opbevare op til 200 kr. i de aflåste patientskabe, mens større beløb skal deponeres i centrets administration. Hvis personalet bliver bekendt med handler mellem patienterne, bliver de annulleret, og varer og beløb bliver givet tilbage til de rette ejermænd.

Det blev oplyst at personalet i dagligdagen er meget opmærksom på at undgå at "stærke" patienter udnytter "svage" patienter så der ikke opstår f.eks. økonomiske mellemværender.

*Jeg har noteret mig at centret forsøger at forebygge og forhindre at nogle patienter bliver økonomisk afhængige af andre ved at der foregår handel med eller bytte af ejendele mellem patienterne.*

#### **5.20. Kæresteforhold mellem patienterne**

Det fremgår af centrets husorden at det ikke er tilladt at have seksuelt betonede kontakter med andre patienter. I uddybningen af husordenen er der anført at seksuelle kontakter mellem psykisk syge altid er problematiske under indlæggelse fordi der f.eks. let kan opstå tvivl om frivilligheden i "svage" patienters medvirken.

*Jeg forstår det sådan 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.*

#### **5.21. Patientindflydelse**

Psykiatrilovens § 30 indeholdt tidligere en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter sundhedsministeren kunne fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Som det fremgår under pkt. 5.17 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. 5.16 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 aktivt 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 ledelserne i Psykiatriforeningernes 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.

*Jeg beder centret om overordnet at oplyse hvordan centret har implementeret regionens patientpolitik i forhold til den enkelte patient under indlæggelsen.*

Det fremgår af centrets hjemmeside at der alle hverdage holdes morgenmøde med patienterne på hvert afsnit. Under inspektionen blev det oplyst at der derudover hver fredag holdes et husmøde mellem patienter og personale hvor man f.eks. planlægger den madlavning som patienterne er med til.

*Jeg beder om at få nærmere oplysninger om indholdet af de nævnte møder, herunder hvor ofte møderne holdes på nuværende tidspunkt, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af husmøderne 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. 5.17 ovenfor.

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

Der foretages løbende tilfredshedsundersøgelser blandt brugere/patienter og pårørende i hele landet om deres oplevelser og vurderinger af de psykiatriske tilbud og ydelser. Resultatet af undersøgelserne offentliggøres på regionernes hjemmeside/danske regioners hjemmeside.

På de retspsykiatriske sengeafsnit er den seneste landsdækkende tilfredshedsundersøgelse foretaget i 2006-2007, og resultatet foreligger i en rapport "Patienterne har ordet" fra oktober 2007. Rapporten kan ses på Danske Regioners hjemmeside. Der deltog i alt 17 retspsykiatriske sengeafsnit, herunder afsnit 80 og 81 fra Retspsy-

kiatrisk Center Glostrup. Det understreges i rapporten at svarprocenten på landsplan var betænkelig lav (41 pct.), og at resultaterne derfor skal bruges med forsigtighed. Fra de to sengeafsnit på Retspsykiatrisk Center Glostrup deltog der henholdsvis 10 og 14 patienter, og svarprocenten var henholdsvis 60 og 67.

16 patienter fra Retspsykiatrisk Center Glostrup besvarede et spørgsmål om deres samlede indtryk af indlæggelsen på centret. 6 pct. af patienterne havde et enestående samlet indtryk af deres indlæggelse på centret hvilket er noget lavere end landsgennemsnittet (13 pct.). 50 pct. af patienterne havde et godt samlet indtryk af deres indlæggelse hvilket er væsentlig højere end landsgennemsnittet (37 pct.), mens 38 pct. havde et både godt og dårligt indtryk hvilket svarer nogenlunde til landsgennemsnittet (37 pct.). 6 pct. havde et dårligt indtryk hvilket er lidt højere end landsgennemsnittet (4 pct.). Ingen af patienterne havde et uacceptabelt indtryk, mens landsgennemsnittet her lå på 9 pct.

#### **5.22. 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.

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.

Det blev under inspektionen oplyst at Retspsykiatrisk Center Glostrup ikke havde problemer med at rekruttere og fastholde personale.

Det fremgår af centrets hjemmeside at centret er kendetegnet ved at have en lille personaleudskiftning, og at centret har iværksat flere projekter bl.a. med henblik på at fastholde sit personale.

Centret har bl.a. en mentorordning for nyansatte blandt plejepersonalet. Formålet med ordningen er at inddrage nye medarbejdere fagligt og socialt på arbejdspladsen ved at sætte fokus på modtagelse, trivsel, udvikling og fastholdelse. De medarbejdere der fungerer som mentorer skal have minimum 3 års psykiatrisk erfaring, heraf minimum 2 års retspsykiatrisk erfaring. Mentorordningen strækker sig over 1 år for hver ny medarbejder og består bl.a. af både uformelle samtaler og 9 formelle samtaler af ca. 1 times varighed. Mentorordningen er blevet evalueret efter 2007-2008, og konklusionen var at ordningens formål om at styrke modtagelse, trivsel, udvikling og fastholdelse i forhold til nye medarbejdere var blevet indfriet.

Centret sørger også for at alle medarbejdere får tilbud om tværfaglig (sygeplejefaglig) vejledning som foregår dels i mindre grupper og som individuel vejledning. Medarbejderne får også tilbud om relevant efteruddannelse, og der er løbende intern undervisning på centret.

Centret har desuden deltaget i f.eks. et projekt om forebyggelse af patientaggressioner og vold og et projekt om mere nærvær på arbejdspladsen frem for fravær med henblik på at nedbringe sygefraværet.

*Jeg har noteret mig at Region Hovedstadens Psykiatri og Retspsykiatrisk Center Glostrup 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup.*

Som tidligere nævnt, blev det under inspektionen oplyst at centret havde sit eget vikarkorps, og at der af sikkerhedsmæssige årsager kun måtte være én vikar i en gruppe af fire medarbejdere på en vagt.

Psykiatrien har i 2009 oprettet sit eget vikarcenter fordi Region Hovedstaden pr. 1. juli 2009 ikke længere benytter private vikarbureauer. Vikarcentret åbnede den 1. juni 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. Af oplysningerne om vikarcentret på Psykiatriens hjemmeside fremgår det hvilke personer i vikarcentret der er kontaktpersoner for de enkelte psykiatriske centre i regionen. Retspsykiatrisk Center Glostrup er ikke nævnt blandt de enkelte centre.

*Jeg beder om at få oplyst om Retspsykiatrisk Center Glostrup er omfattet af ordningen med Psykiatriens vikarcenter.*

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.

Retspsykiatrisk Center Glostrup har en skriftlig fraværspolitik. Formålet med politikken er at sikre bedre trivsel på arbejdspladsen og at sikre hjælp fra arbejdspladsen til syge medarbejdere for derigennem dels at reducere fraværet, dels forebygge at fravær opstår. Fraværspolitikken indeholder retningslinjer for sundheds-/trivselssamtaler. Det angives at samtalerne er et væsentligt element i fraværspolitikken. Ledelsen kan indkalde alle medarbejdere til en sundheds-/trivselssamtale når ledelsen skønner at der er behov for det. Formålet med samtalerne er at afdække om en medarbejders sygefravær er betinget af arbejdsmiljøproblemer, samarbejdsproblemer eller personlige problemer som ledelsen og medarbejderen i fællesskab vil kunne afhjælpe inden problemet bliver for stort, eller om sygefraværet er betinget af f.eks. kronisk sygdom. Fraværspolitikken indeholder også retningslinjer for hvornår der skal afholdes sygesamtaler.

Herudover indeholder centrets personalepolitik skriftlige retningslinjer for medarbejdernes anmeldelse af sygdom og ledelsens ansvar for at sikre dialog med medarbejdere i tilfælde af længerevarende sygdomsfravær.

Som nævnt ovenfor, har centret deltaget i og iværksat flere projekter bl.a. med henblik på at fastholde personalet, herunder f.eks. mentorordningen og projektet om mere nærvær på arbejdspladsen frem for fravær for at nedbringe sygefraværet. Det blev

under inspektionen oplyst at projekterne har medført en klar forbedring af sygefraværet.

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

I 2004, 2005 og 2006 var det samlede gennemsnitlige sygefravær på Retspsykiatrisk Center Glostrup på henholdsvis 6,1 pct., 7,6 pct., 7,5 pct. af den totale arbejdstid, og i perioden 1. januar 2007 til 30. september 2007 var fraværsprocenten 8,1. Der er således sket en stigning i det samlede gennemsnitlige sygefravær på centret fra 2004 til oktober 2007.

Til sammenligning var det samlede gennemsnitlige sygefravær på Psykiatrisk Center Glostrup i de samme perioder henholdsvis 6,2 pct., 7 pct., 6,8 pct. og 6,9 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 oplysninger om det samlede gennemsnitlige sygefravær på Retspsykiatrisk Center Glostrup i hele 2007 og i 2008 og 2009.*

### **5.23. Vold mod personalet**

Retspsykiatrisk Center Glostrup lægger stor vægt på personalets sikkerhed i det daglige arbejde. Alle centrets personalemedlemmer er udstyret med bærbare alarmer, og centret har en voldspolitik. Målet med politikken er bl.a. at forebygge og mindske vold og trusler om vold for derigennem at sikre tryghed og trivsel i personalegruppen, og at skabe den optimale sikkerhed for personalet ved hjælp af de rette rammer og den bedst mulige normering.

Målsætningerne i voldspolitikken skal realiseres gennem bl.a. kendskab til centrets "Retningslinjer for håndtering af voldsepisoder" blandt alle medarbejdere, mundtlig instruktion af nye medarbejdere i håndtering af voldsepisoder, gennemgang af sikkerhedsprocedurer på hvert afsnit og analyse af normeringen sammenholdt med tidspunkterne for kritiske episoder samt uddannelse af personalet. Uddannelsen består af kurser i håndtering af og reaktioner på vold, psykofysisk træning, undervisning om misbrug og introduktion til psykopatologien for nyt personale. Det fremgår af voldspolitikken at den enkelte medarbejders tærskel for hvornår vold er et problem, bør respekteres.

Et væsentligt formål med centrets mentorordning, som er omtalt under pkt. 5.22 ovenfor, er at den også skal være med til at forebygge episoder af vold rettet mod nyansatte.

Det er anført i centrets husorden at vold, trusler og lignende ikke accepteres. Af centrets uddybning af husordenen fremgår det at personalet i tilfælde af vold eller trusler mod medpatienter eller personale vil gribe umiddelbart ind med skærmning eller tvang efter psykiatriloven, og at der i alvorligere tilfælde vil ske politianmeldelse.

Det blev under inspektionen oplyst at centret anmelder ca. 120 arbejdsskader om året, og at der kun er få tilfælde af politianmeldelser om året. Med hensyn til trusler om vold er det således kun de rigtig grove trusler der bliver anmeldt til politiet. Det er afdelingsledelsen der bestemmer om der skal ske politianmeldelse af vold eller trusler om vold. Centerledelsen gav desuden udtryk for at psykotisk adfærd efter ledelsens opfattelse ikke bør kriminaliseres. Som eksempel blev der nævnt en episode med en psykotisk patient som ikke havde taget sin medicin i en måned, og som derfor havde truet personalet med et afrevet vandrør.

*Jeg har noteret mig at Retspsykiatrisk Center Glostrup har særligt fokus på forebyggelse og håndtering af vold og trusler om vold.*

*Jeg beder om at modtage en opgørelse over antallet af arbejdsskader i Psykiatrien og på Retspsykiatrisk 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.*

*Endelig beder jeg om at modtage en kopi af centrets "Retningslinjer for håndtering af voldsepisoder".*

#### **5.24. Sprogbarrierer mv.**

Det blev under inspektionen oplyst at centret har mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk, og at nogle af disse har sprogvanskeligheder.

På centrets hjemmeside er der på tyrkisk oplysninger om besøgstider og telefontider for patienterne.



Psykiatriens pjecer 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.

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 Indberetningsystem).

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 ordinerende 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 anven-

delse 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup, er kopier af Sundhedsstyrelsens skemaer i papirudgave.

*Jeg beder om at få oplyst om centret nu udfylder tvangsprotokoller elektronisk. Hvis det ikke er tilfældet, beder jeg om at få oplyst hvornår centret forventer at dette vil ske.*

*Jeg beder også centret om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket.*

*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 i den elektroniske patientjournal gør notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol.*

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 3 skemaer om tvangsbehandling (skema 2) og 18 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Skemaerne omfatter i alt 10 forskellige patienter.

*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. Tvangsbehandling**

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Jeg har modtaget i alt 3 skemaer vedrørende tvangsbehandling. Skemaerne omfatter i alt 2 patienter og vedrører tvangsbehandlinger som er iværksat i perioden fra den 15. februar 2007 til og med den 27. august 2007.

Et skema vedrører ECT-behandling og de andre 2 skemaer vedrører medicinering. ECT-skemaet består af et første skema for den aktuelle tvangsbehandling og en fort-

sættelse af dette skema. Det ene medicineringsskema består også af et første skema for den aktuelle behandling og 5 fortsættelser af dette skema.

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 (version 8, januar 2007) til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem om indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter omtalt som brugervejledningen) at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse. I papirskemaerne er det muligt at afkrydse hvilken af disse behandlingsformer der er tale om i det konkrete tilfælde.

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 tillige anføres.

I alle 3 skemaer er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

Datoen for overlægens stillingtagen er også angivet. Overlægen tog i alle tilfælde stilling samme dag som beslutningen om iværksættelse blev truffet.

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 udfyldelse 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 3 skemaer. I det ene tilfælde af medicinering var begrundelsen nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre. I det andet tilfælde af medicinering var begrundelsen på tidspunktet for iværksættelse også nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre, men i de fortsatte skemaer er der sat kryds i udsigt til væsentlig forringelse af helbredet. Begrundelsen for ECT-behandling 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 skemaet der vedrører ECT-behandling, er det anført at behandlingen skal gives en bloc i 3 dage og herefter 3 gange ugentlig.

I det ene tilfælde af medicinering er injektion angivet som subsidiær behandling i forhold til dråber. I det andet tilfælde af medicinering er injektion i munden angivet som subsidiær behandling i forhold til dråber.

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 udløsende faktor for at vælge henholdsvis per oral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere 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 anvendelse af mindste middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges 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 patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste også at der efterfølgende skal gøres notat 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup ved medicinering efterlever princippet om mindste middel sådan som det er beskrevet i det der er anført ovenfor.*

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

I alle de modtagne skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse. I det skema der vedrører ECT-behandling, er det desuden anført at der kunne ske fiksering med bælte og fodremme.

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

I alle skemaer er navnet på den tilstedeværende læge angivet enten med lægens fulde navn, forbogstav(er) og efternavn eller med initialer, og datoen for behandlingen er angivet.

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

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 flere gange.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Der er kun angivet en ophørsdato på et skema. På de to andre skemaer om henholdsvis medicinering og ECT-behandling er der ingen ophørsdatoer.

*Datoen for sidste behandling på medicineringsskemaet er 11. oktober 2007, og det er anført i sidste felt på siden. Da behandlingen (iværksat den 15. februar 2007) skulle foregå dagligt, og da jeg havde bedt om tilførsler i tvangsprotokollen vedrørende behandlinger i perioden fra den 1. januar 2007 til den 27. september 2007, går jeg ud fra at jeg har fået kopi af det (fortsatte) skema hvoraf behandlingen den 27. september 2007 fremgår, men ikke af det efterfølgende skema, og at behandlingen således ikke var ophørt på tidspunktet for min inspektion.*

*Datoen for sidste behandling på ECT-skemaet er 19. november 2007. Da behandlingerne skulle gives 3 gange om ugen, og da min inspektion fandt sted den 22. november 2007, går jeg ud fra at det manglende notat om ophørstidspunkt skyldes at behandlingen ikke var ophørt da jeg modtog en kopi af skemaet.*

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

## **6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt**

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

Jeg har modtaget i alt 18 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Skemaerne omfatter i alt 11 patienter og vedrører tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt i perioden fra den 7. februar 2007 til og med den 26. september 2007.



10 af skemaerne vedrører tvangsfiksering og 8 skemaer vedrører anvendelse af fysisk magt.

De 18 skemaer omhandler i alt 18 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om i alt 10 tilfælde af anvendelse af bælte, heraf 2 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, 1 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin og 7 tilfælde af fastholdelse.

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.

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 7 tilfælde af fastholdelse, som centret har foretaget, er sket i forbindelse med en bæltfiksering. 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 alene 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.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering eller fysisk magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, og § 39, nr. 4. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I alle 18 tilfælde, 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.

I det ene af de 2 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, er der ikke anført dato for overlægens stillingtagen.

*Jeg går derfor ud fra at den ordinerende læge er overlæge.*

I det andet tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen udfyldt, men feltet med ordinerende læge er ikke udfyldt. Datoen for overlægens stillingtagen er den samme dato som iværksættelsesdatoen. Under datoen for overlægens stillingtagen er der anført et klokkeslæt som svarer til det anførte iværksættelsestidspunkt. I feltet med tilsyn og opfølgning er den første dato og klokkeslæt identisk med iværksættelsesdatoen og klokkeslættet, og her er overlægens navn noteret.

*Jeg går derfor ud fra at det er overlægen der har ordineret anvendelsen af remme, og at det blot skyldes en forglemmelse at feltet med ordinerende læge ikke er udfyldt. Det giver mig derfor ikke anledning til noget.*

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.

Efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Der skal altid være en læge til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 20, stk. 2. Navnet på den ordinerende læge/tilstedeværende læge og navnene på det implicerede personale skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Feltet til navnet på den ordinerende læge er udfyldt i 16 af de 18 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt.

Det ene tilfælde hvor feltet ikke er udfyldt, er det tilfælde med en tvangsfiksering, der er nævnt ovenfor, hvor tidspunktet for iværksættelse, overlægens stillingtagen og første tilsyn er sammenfaldende, og hvor overlægens navn er anført ud for første tilsyn.

*Jeg henviser til det jeg har anført ovenfor.*

I det andet tilfælde hvor feltet med navnet på den ordinerende læge ikke er udfyldt, er der tegnet en pil fra navnet på den læge der har foretaget tilsyn, op til feltet "ord. læge".

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

I 1 tilfælde er der (kun) anvendt initialer i feltet "ord. læge".

*Jeg går ud fra at anvendelse af initialer er tilstrækkeligt til at centret entydigt kan fastslå hvilken læge der er tale om.*

I det ene tilfælde vedrørende indgivelse af beroligende medicin, er både feltet med tilstedeværende læge og ordinerende læge udfyldt, og det fremgår at der er tale om den samme læge.

I 16 af de 18 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er der angivet navne på det implicerede personale. Det er i næsten alle tilfælde alene fornavnene på personalet der er angivet. I de resterende 2 tilfælde er rubrikken "impliceret personale" ikke udfyldt.

*I det ene tilfælde hvor navnene på personalet ikke er angivet, var der tale om en frivillig bæltefiksering. Jeg går derfor ud fra at feltet ikke er udfyldt fordi der ikke har medvirket personale. I det andet tilfælde hvor der var tale om en bæltefiksering med anvendelse af remme, går jeg ud fra at der er tale om en forglemmelse, og det giver mig ikke anledning til noget.*

*Jeg går desuden ud fra at anvendelse af 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.

Det er i (kun) 1 af de 10 skemaer om tvangsfikseringer angivet at bæltefikseringen 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. 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, af-

værge selvmord eller skade på eget eller andres helbred, afværge at patienten forfølger 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 og § 18 c. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform. I papirschemaet er der rubrikker til afkrydsning af de samme begrundelser.

I alle 18 tilfælde som jeg har gennemgået, er både tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført. I 6 tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed, i 2 tilfælde af tvangsfiksering er der angivet 2 begrundelser – farlighed plus forulempelse og farlighed plus hærværk, i 1 tilfælde er begrundelsen hærværk, og i det sidste tilfælde er der tale om en frivillig fiksering. I alle 7 tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed.

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

Med undtagelse af 1 skema er der i alle tilfælde angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt. Det skema der mangler angivelse af ophørstidspunkt, vedrører det eneste tilfælde af indgivelse af beroligende medicin.

Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium har over for mig oplyst at ophørstidspunktet ved indgivelse af beroligende medicin på grund af urolig tilstand ikke skal angives da der er tale om en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning af injektionen på få sekunder. I den elektroniske indberetning er det heller ikke muligt at angive ophørstidspunkt i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin pga. urolig tilstand.

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 4 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. I papirschemaet er der felter til dato, klokkeslæt og lægens navn i forbindelse med tilsyn og opfølgning af bæltefiksering, og ved disse felter står der "**Husk:** Tilsyn 4 gange i døgnet".

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. I papirschemaet er der et felt med dato, klokkeslæt og navnet på den eksterne læge samt en rubrik til afkrydsning hvis lægerne er uenige og plads til angivelse af en begrundelse herfor.

Tvangsfikseringerne med bælte har været mellem 2 timer og knap 7 døgn. Der er notat om efterprøvelser i alle tilfælde på nær ét hvor fikseringen startede sent om aftenen og ophørte tidligt næste morgen. Generelt set er der foretaget 4 efterprøvelser i og jævnt fordelt over døgnet (dog ikke om natten). I 4 tilfælde er der dog kun notat om 3 efterprøvelser inden for et døgn og i 1 enkelt tilfælde kun om én efterprøvelse inden for et døgn (det drejer sig om fikseringen på knap 7 døgn – fra den 14. til den 21. september 2007).

Der skal som nævnt være "mindst" 4 efterprøvelser i døgnet, og de skal være jævnt fordelt efter at beslutningen om anvendelse af tvang er truffet. Det er derfor beklageligt at der i flere tilfælde ikke er sket efterprøvelse mindst 4 gange i døgnet og jævnt fordelt efter at beslutningen om anvendelse af tvang er truffet. Da der dog forholdsmæssigt set er tale om enkeltstående tilfælde ud af mange efterprøvelser, foretager jeg mig ikke mere om dette forhold, men jeg beder centret om at oplyse hvordan det sikres at kravet om efterprøvelse 4 gange i – og jævnt fordelt over – døgnet overholdes.

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 2 tilfælde varede tvangsfikseringen mere end 48 timer (det drejer sig om en fiksering der fandt sted fra den 26. til den 29. august 2007 og en fiksering der fandt sted fra den 14. til den 21. september 2007.) Felterne med tidspunkt for den eksterne vurdering og navnet på den eksterne læge er udfyldt i begge tilfælde.

I det ene tilfælde skete vurderingen knap 2 timer efter udløbet af de 48 timer, og i det andet tilfælde hvor indgrebet varede næsten 7 døgn, skete vurderingen ca. 4 timer før udløbet af de 48 timer.

*Jeg har ingen bemærkninger til tidspunkterne for ekstern efterprøvelse.*

Det var i begge de nævnte tilfælde centrets ledende overlæge der foretog vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt.

Af årsberetningen for 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden fremgår bl.a. følgende (s. 21 f):

”I en statsforvaltning har en række sager givet anledning til, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn over for de ledende overlæger i Regionen har udtalt, at det er hans opfattelse, at en ledende overlæge ikke kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, på de afdelinger/afsnit, som den pågældende er chef for. I udtalen anføres bl.a. følgende:

’En ledende overlæge vil typisk have det overordnede ansvar for flere afdelinger/afsnit. Den ledende overlæge har det overordnede lægefaglige ansvar for de patienter, der behandles på de pågældende afdelinger/afsnit.

Det lægges til grund, at en ledende overlæge i kraft af sit faglige og administrative ledelsesansvar følger arbejdet på de under den pågældende hørende afdelinger/afsnit og, hvor der er anledning til det, giver konkrete anvisninger vedrørende patienters behandling, ligesom den pågældende personligt har det overordnede lægefaglige ansvar for samtlige patienters behandling.

I forhold til betingelserne i psykiatrilovens § 21, stk. 5, er det på denne baggrund min opfattelse, at en ledende overlæge er at betragte som ansat på de afdelinger/afsnit, som vedkommende er chef for, ligesom den pågældende må anses som (med)ansvarlig for patienternes behandling på de pågældende afdelinger/afsnit.

Det er herefter min opfattelse, at en ledende overlæge ikke kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, på de afdelinger/afsnit, som den pågældende er chef for.

Selve det forhold, at en ledende overlæge ikke står i underordningsforhold til en behandlende læge og ikke personligt har deltaget i behandlingen af en given patient, indebærer således ikke, at betingelserne er opfyldt for, at den ledende overlæge kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, af den pågældende patient.”

*Jeg går ud fra at centrets praksis med hensyn til hvem der foretager den eksterne vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., nu er i overensstemmelse med det citerede.*



Feltet til information om eventuel uenighed mellem den eksterne og den behandlende læge er ikke udfyldt i de 2 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.

### **Opfølgning**

*Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Retspsykiatrisk 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup anfører.*

### **Underretning**

Denne rapport sendes til Retspsykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, Retspsykiatrisk Center Glostrups patienter og pårørende samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Lennart Frandsen  
Inspektionschef