

Den 4. juni 2010

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Inspektion af Børne- og
Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
den 23. november 2007

ENDELIG

J.nr. 2007-4055-424/MV3

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Organisation og lovgrundlag.....	4
2.1.	Centrets organisation mv.....	4
2.2.	Lovgrundlaget for behandling af børn og unge	6
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	8
3.1.	Generelt.....	8
3.2.	Afsnit 59 – døgnafsnit for børn	8
3.3.	Afsnit 61 – åbent døgnafsnit for unge.....	12
3.4.	Afsnit 62 – lukket døgnafsnit for unge	15
3.5.	Fællesarealer	19
4.	Samtaler med enkelte patienter	19
5.	Andre forhold.....	20
5.1.	Overbelægning mv.	20
5.2.	Adgang til frisk luft	22
5.3.	Handicaptilgængelighed	23
5.4.	Navneskilte	23
5.5.	Opbevaring af journaler	23
5.6.	Medicin.....	24
5.7.	Forplejning	24
5.8.	Beskæftigelse og undervisning.....	26
5.9.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	28
5.10.	Patienternes kontakt med læge og plejepersonale	28
5.11.	Behandlingsplaner	29
5.12.	Anvendelse af tvang, herunder fiksering	30
5.13.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	35
5.14.	Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte	38
5.15.	Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret	43
5.16.	Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	44
5.17.	Aktindsigt	47
5.18.	Pårørendekontakt	51
5.19.	Besøg, visitation og adgang til telefoning mv.....	54
5.20.	Rygepolitik	62
5.21.	Euforiserende stoffer og alkohol.....	63
5.22.	Kæresteforhold mellem patienterne	63
5.23.	Patientindflydelse.....	64
5.24.	Rekruttering af personale og sygefravær	67
5.25.	Vold mod personalet.....	69

5.26. Sprogbarrierer mv.....	70
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	70
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	73
6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	76
Opfølgning	82
Underretning	82

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 23. november 2007 inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Dagen forinden foretog jeg inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup. Forud for disse inspektioner foretog jeg den 20. november 2007 inspektion af Distriktpsychiatrien i Glostrup/Albertslund og det socialpsykiatriske botilbud Parkvænget der hører under Glostrup Kommune. Der er udarbejdet særskilte rapporter om de nævnte inspektioner.

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

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

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. en bygningsoversigt, en beskrivelse af centrets personaleforhold, husordener for døgnafsnittene og eksempler på velkomst-/informationsfoldere til patienterne og deres forældre.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, og på materiale fra Psykiatriens og centrets hjemmesider

(www.psykiatri-regionh.dk). Det er således ikke alle emner der er blevet drøftet særskilt under selve inspektionen.

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 aflagde besøg på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup den 12. september 2008, og at besøget omfattede en rundgang på centrets lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62).

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Børne- og Ungdomspsykiatrisk 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 et brev af 20. maj 2010 fremsat to bemærkninger, og de er indarbejdet i rapporten.

2. Organisation og lovgrundlag

2.1. Centrets organisation mv.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup hører under Region Hovedstadens Psykiatri som består af 12 voksenpsykiatriske centre, 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre, 9 sociale tilbud og en fælles administration.

Centret modtager børn fra 0 til 17 år med psykiske lidelser. Centret varetager landsdels- og regionsfunktion inden for svære og komplicerede psykotiske lidelser, regionsfunktion inden for svære og komplicerede udviklingsforstyrrelser samt landsdelsfunktion og højt specialiseret funktion inden for neuropsykiatriske forstyrrelser.

Centret består af 6 afsnit, 3 ambulatorier og en klinik, ADHD-klinikken. Der er i alt 28 døgnpladser og 22 dagpladser.

Centrets 3 døgnafsnit omfatter et børnepsykiatrisk afsnit for børn i alderen 7-14 år (afsnit 59) og to ungdomspsykiatriske afsnit – et åbent og et lukket – for unge i alderen 15-17 år (afsnit 61 og 62).

Dagafsnittene omfatter et afsnit for spæd- og småbørn i alderen 0-3 år (afsnit 64), et afsnit for mindre børn i alderen 3-8 år (afsnit 60) og et afsnit for børn i alderen 7-14 år (afsnit 58). Til afsnit 61 hører desuden et dagafsnit for unge i alderen 15-17 år.

De 3 ambulatorier der er knyttet til centret, er Børnepsykiatrisk ambulatorium i Glostrup, Børnepsykiatrisk ambulatorium i Gentofte og Ungdomspsykiatrisk ambulatorium i Ballerup.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup ledes af en center- og klinikchef, en udviklingschef og en administrationschef. Administrationschefen er knyttet til Den Administrative Enhed som varetager opgaver inden for økonomi-, løn- og personaleforhold. Enheden hører organisatorisk under Psykiatrisk Center Glostrup, men der er tale om en fælles stabsfunktion som betjener både Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup.

Hvert af centrets afsnit ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske, og hvert af ambulatorierne ledes af en overlæge.

Centrets optageområde består af følgende kommuner/bydele: Dragør, Tårnby, Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Ledøje-Smørum, Værløse, Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Søllerød, Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Rødovre og Valensbæk. Optageområdet omfatter i alt ca. 141.000 børn og unge (jf. s. 139 i "Generalplan – Region Hovedstadens Psykiatri, Nye rammer og sammenhæng, april 2009" – i det følgende omtalt som regionens generalplan 2009).

På sigt skal også Farum, Stenløse, Ølstykke og Birkerød høre til optageområdet for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Det fremtidige optageområde vil derfor komme til at omfatte ca. 159.000 børn og unge, hvilket svarer til en udvidelse af optageområdet med 13 pct. (jf. regionens generalplan 2009, s. 138 f.)

Der er planer om at udvide centret med et akut modtageafsnit for både børn og unge med mulighed for indlæggelse og et intensivt lukket afsnit for unge (15-18 år) med retslige problemstillinger. Udførelsen af disse planer afventer at Retspsykiatrisk Center Glostrup flytter til Psykiatrisk Center Sct. Hans så børne- og ungdomspsykiatrien kan overtage de to bygninger/afsnit som retspsykiatrien har. Flytningen af de retspsykiatriske sengepladser afventer imidlertid gennemførelsen af et anlægsprojekt for den vestlige retspsykiatriske afdeling på Psykiatrisk Center Sct. Hans (jf. regionens generalplan 2009, s. 137).

Det anføres i regionens generalplan 2009 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 derfor også i generalplanen at de planlagte projekter må revurderes hvis antallet af retspsykiatriske patienter gør det urealistisk at nedlægge de retspsykiatriske senge i Glostrup.

2.2. Lovgrundlaget for behandling af børn og unge

Behandling inden for sundhedsvæsenet forudsætter et informeret samtykke fra patienten, og patienter der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Det fremgår af § 15, stk. 1, og § 17, stk. 1, i kapitel 5 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008).

Fravigelse af denne hovedregel kan kun ske hvis andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19. Sidstnævnte bestemmelser i sundhedsloven vedrører tilfælde hvor en mindreårig patient der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen (§ 17, stk. 2), tilfælde hvor en patient varigt mangler evnen til at give informeret samtykke (§ 18), og tilfælde hvor der er et øjeblikkeligt behandlingsbehov i forbindelse med en patient der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år (§ 19).

Et informeret samtykke er et samtykke der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side (jf. sundhedslovens § 15, stk. 3). Informationen skal give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling, og den skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv. (jf. sundhedslovens § 16, stk. 3).

For børn og unge under 15 år er det forældremyndighedsindehaveren der giver et informeret samtykke på barnets vegne. Det følger af § 2, stk. 1, i forældreansvarsloven (lov nr. 499 af 6. juni 2007). Efter denne bestemmelse skal forældremyndighedens indehaver drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelse om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov.

Barnet eller den unge skal imidlertid som hovedregel informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang vedkommende forstår behandlingssituationen, og barnets eller den unges tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning (jf. sundhedslovens § 20).

Unge der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (jf. sundhedslovens § 17, stk. 1). En given behandling eller foranstaltning skal således drøftes med både den unge og forældremyndighedsindehaveren, men i tilfælde af uenighed er det den unge der har ret til selv at bestemme.

Hvis en sundhedsperson efter en individuel vurdering skønner at en patient der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedsindehaveren give informeret samtykke, (jf. sundhedslovens § 17, stk. 2).

Kommunens børn og unge-udvalg kan dog efter § 51 i lov om social service (lovbekendtgørelse nr. 941 af 1. oktober 2009) uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og den unge der er fyldt 15 år, beslutte at gennemføre en undersøgelse under indlæggelse på et sygehus, herunder en psykiatrisk afdeling, når det må anses for nødvendigt at afgøre om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på den unges sundhed eller udvikling.

Børn og unge er omfattet af psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang (jf. lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien).

Psykiatriloven definerer tvang som "anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven" (psykiatrilovens § 1, stk. 2).

I meget akutte situationer hvor en omgående gennemførelse af en foranstaltning efter psykiatriloven er nødvendig for at afværge at et barn eller en ung under 15 år udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang, skal sundhedspersoner på den psykiatriske afdeling ikke forsøge at indhente et samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, værgeren eller nærmeste pårørende, men den pågældende skal efterfølgende orienteres. Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3.

Bestemmelsen finder tilsvarende anvendelse hvor sundhedspersonen på en psykiatrisk afdeling efter en individuel vurdering skønner at en ung mellem 15 og 18 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen (jf. psykiatrilovens § 1, stk. 4). Det betyder at der for de unge mellem 15 og 18 år som ikke skønnes selv at være i stand til at forstå konsekvensen af deres stillingtagen, ikke skal forsøges indhentet et stedfortrædende samtykke i de meget akutte situationer hvor betingelserne i § 1, stk. 3, er opfyldt.

Om de nærmere betingelser for anvendelse af tvang henviser jeg til pkt. 5.12 nedenfor.

3. Bygningmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

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

Centret består af flere gule murstensbygninger i ét plan med flade tage og vinduer og døre i teaktræ. Byggeriet er opført i perioden 1960-88. De første bygninger på området blev indviet i 1960 og hed dengang Statshospitalet i Glostrup. Centrets bygninger er omgivet af grønne arealer og ligger ikke samlet, men på begge sider af en stikvej fra Nordre Ringvej. Nogle af afsnittene er blevet renoveret og sat i stand, mens andre står som det oprindelige byggeri.

Ved inspektionen besøgte jeg de tre døgnafsnit – afsnit 59, 61 og 62.

3.2. Afsnit 59 – døgnafsnit for børn

Afsnit 59 er et døgnafsnit for børn i alderen 7-14 år. Afsnittet har 8 sengepladser. Børnene er indlagt på afsnittet til behandling af f.eks. autismespektrumforstyrrelser, ADHD, følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser, Tourettes syndrom og spiseforstyrrelser. Det blev under inspektionen oplyst at børnene oftest er mellem 11 år og 14 år. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. 10 uger. Børnene er normalt hjemme i weekenden, men afsnittet holder åbent sammen med døgnafsnittet for unge (afsnit 61). I særlige tilfælde hvor der er behov for at et barn kan blive på afsnittet i en weekend, er der således mulighed for det.

Bygningen hvor afsnit 59 ligger, indeholder desuden de to dagafsnit for børn (afsnit 58 og 60), ADHD-klinikken og en række administrationslokaler (kontorer og mødelokaler).

Alle patientstuer på afsnittet er enestuer. Under inspektionen besøgte jeg 4 af de 8 stuer. De var møbleret med briks, bord, stol, kurvestol, skab, en stor opslagstavle, håndvask og spejl. Meget af møblet så gammelt og slidt ud. Særlig briksene så ramponerede ud, og de virkede klodsede. Skabene så også ud til at være de oprindelige fra bygningens opførelse.

Væggene på patientstuerne er hvide, og der er gråt linoleum på gulvet og ternede gardiner ved vinduerne. Der er som i næsten alle andre lokaler i afsnittet (gangareal og fælleslokaler) ca. 80 cm høje træpaneler. Det blev oplyst at disse paneler er omfattet af en bygningsfredning og derfor ikke må fjernes eller males. På gangen uden for hver patientstue hang der en lille opslagstavle med barnets fornavn og nedenunder et skilt med en dag for hvornår barnet skal gøre rent.

Børnene har inden for visse rammer mulighed for at sætte deres eget personlige præg på indretningen og udsmykningen af deres stuer. På de stuer som jeg besøgte, havde børnene f.eks. hængt en del plakater og tegninger op på væggene. Børnene må gerne have musikanlæg på stuerne, men ikke tv. Der er et tv i afsnittets fælles opholdsstue. Afsnittet har dog et ekstra tv på hjul der kan rulles ind på en patientstue hvis et barn af behandlingsmæssige grunde har behov for at være skærmet på stuen.

Forældre kan være indlagt sammen med deres barn de første døgn af indlæggelsen. Alle patientstuer har en størrelse der gør det muligt at sætte en ekstra seng ind eller lægge en ekstra madras på gulvet, så en af barnets forældre kan overnatte på stuen sammen med barnet.

I den ene ende af afsnittet er der to patientstuer ved siden af hinanden med en lille mellemgang foran. De to stuer anvendes dels hver for sig som to almindelige stuer, dels som en dobbeltstue hvis en patient har brug for en høj grad af skærmning, og det er muligt under hensyn til den samlede belægning på afsnittet.

Ingen af patientstuerne har eget bad eller toilet. Der er i afsnittet et fælles toiletrum til drengene og et toilet til pigerne. I drengenes toiletrum er der et separat toilet, og ude foran toilettet er der 3 håndvaske med spejl i børnehøjde ved siden af hinanden. Der er indgang til pigernes toilet (som er udstyret med håndvask og spejl) fra en lille mellemgang hvorfra der også er indgang til afsnittets eneste baderum, som er fælles for drengene og pigerne. Baderummet er indrettet med et brusebad, en håndvask med spejl, en reol med håndklæder, sæbe mv., og et stort spejl med et gardin til at trække for så personalet i en behandlingsmæssig sammenhæng kan vælge at lade barnet se eller ikke se hele sin krop i spejlet.

Toilet- og baderum har hvide fliser på væggene, grå fliser på gulvene og hvid sanitet. Ved håndvaskene er der sat beholdere med flydende sæbe op, og på inspektionstidspunktet hang der stoffåndklæder til at tørre hænder i.

Jeg beder om at få oplyst om der på toiletterne nu (også) er papirhåndklæder til at tørre hænder i.

Det blev oplyst at det i perioder er problematisk med kun ét baderum i afsnittet da nogle børn som en del af deres psykiske lidelse ikke er renlige og derfor kan have behov for at komme i bad flere gange om dagen. Det blev desuden oplyst at der ikke er plads til udvidelser inden for de eksisterende fysiske rammer på afsnittet, og at en udbygning ikke er mulig på grund af lokalplanen for området.

Afsnittets kombinerede spise- og opholdsstue ligger i den ene ende af afsnittet. Væggene er hvide over de høje træpaneler, og der er blå- og hvidstribede gardiner. Møblementet bestod af et langt gråt spisebord med stole i forskellige farver (blå, grøn, hvid, grå), og et lille spisebord med plads til to børn og en voksen. Det blev oplyst at den lille spiseplads bruges til børn som særlig har brug for ro i forbindelse med måltiderne. Der var desuden indrettet et tv-hjørne med to blå sofaer, nogle kurvestole og et gråt sofabord. Langs væggene var der reoler med forskellige spil og bøger.

Fra spise- og opholdsstuen er der en dobbeltdør ind til et aktivitetsrum, som ikke er særlig stort. Det var i den ene del indrettet med et par sofaer, et tv med playstation og et bord med en pc. I den anden del af rummet hang der en boksepude i loftet, og der stod en lille reol og nogle kasser med forskelligt legetøj på gulvet.

Det blev under inspektionen oplyst at afsnittet forsøger at få spise- og opholdsstuen og aktivitetsrummet til ikke at virke hospitalsagtige, men ligne et hjem. Afsnittet har imidlertid ikke haft råd til at anskaffe nye møbler, og derfor har noget af personalet givet nogle af deres private møbler som skulle udskiftes, til afsnittet. F.eks. er sofaerne i aktivitetsrummet doneret af en af afsnittets medarbejdere.

På grund af afsnittets begrænsede pladsforhold bliver gangarealet brugt til forskellige aktiviteter, f.eks. bordtennis og bordfodbold. Der stod desuden en briks som kunne bruges til forældreovernatning på patientstuerne. Gangen bruges også af personalet på det tilstødende afsnit 58 som gennemgang til administrationslokalerne.

På gangen er der som nævnt ovenfor, de høje træpaneler. Væggene er hvide, dørene lyseblå og loftet hvidt med lyseblå kanter. Der er skiftevis ovenlysvinduer og store runde lamper i loftet på gangen. Gulvet er lysebrunt linoleum. Der hang billeder på væggene.

Afsnittet har et lille værksted hvor børnene kan male, klippe, klistre osv. Værkstedet var indrettet med bl.a. et arbejdsbord med 6 pladser, et lille bord med en symaskine samt reoler og skabe til opbevaring af materialer og en kurv til hvert barns produktioner.

Ved siden af værkstedet ligger afsnittets køkken, som personalet bruger til anretning af børnenes måltider, og som indimellem også bruges til lettere madlavning sammen med børnene. Køkkenet har hvide elementer og hvide flisevægge. En del af køkkenbordet er sænket til børnehøjde så også de mindre børn kan deltage i madlavning.

Der hører en stor indhegnet legeplads til afsnittet. Der er udgang til legepladsen fra garderoben hvor der er lave bænke langs den ene væg, en håndvask samt mange

knager og hylder til børnenes sko og overtøj samt afsnittets regntøj og rulleskøjter som børnene kan låne. Garderoben har gule murstensvægge og brune klinker på gulvet. Afsnittets aflåste medicinrum ligger i forbindelse med garderoben.

Generelt gav afsnittet indtryk af pladsmangel og et behov for istandsættelse. Der virkede lidt mørkt bl.a. på grund af de høje træpaneler som belysningen ikke var i stand til at kompensere for. Meget af møblementet var gammelt og slidt, og hverken på patientstuerne, i spise- og opholdsstuen eller i aktivitetsrummet gav møblementet indtryk af man befandt sig på en børneafdeling.

Afsnittets toilet- og badeforhold er efter min opfattelse utidssvarende og utilstrækkelige til 8 børn og de forældre der eventuelt er indlagt sammen med deres børn. Det gælder særligt når man tager i betragtning at nogle af børnene efter det oplyste kan have brug for at komme i bad flere gange om dagen.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at centret var i gang med en renoveringsproces, men at der var begrænsede midler til rådighed til både indvendig bygningsvedligeholdelse og inventar. Indtil videre var administrationsgangen og afsnit 60 blevet sat i stand, men renoveringsprocessen var gået i stå på grund af omstrukturingsplanerne for centret.

Jeg beder centret om at oplyse om afsnit 59 er blevet sat i stand – og i givet fald hvor omfattende istandsættelsen har været. Hvis afsnittet endnu ikke er blevet renoveret, beder jeg om at få oplyst hvornår ledelsen forventer at en renovering vil finde sted.

Legepladsen uden for afsnit 59 hører også til det ene dagafsnit for børn (afsnit 58), men den er delt op på midten af et langt højbed af sveller så hvert afsnit har sin halvdel. Legepladsen til afsnit 59 består af et asfalteret område og et område med sand afgrænset af træstammer. På den halvdel som afsnit 58 bruger, er der et asfalteret område og en græsplæne. Der er to store gamle træer på pladsen. Legeredskaberne for børnene på afsnit 59 bestod af et stort klatrestativ (på området med sand), en lille rampe til nogle gokarts og 4 cykler som også blev brugt til ture i området. På inspektionsstedspunktet var afsnittet ved at spare sammen til en femte cykel. Rundt omkring på pladsen stod der under besigtigelsen mange borde og bænke stablet sammen.

Det blev under inspektionen oplyst at der var udarbejdet tegninger over en ny legeplads, og at ledelsen havde søgt en fond om midler til anlæg, men havde fået afslag på ansøgningen. Det fremgår også af en reparations- og vedligeholdelsesliste som jeg

har modtaget fra centret, at renovering af legepladsen (nedrivning og opbygning) har høj prioritet, og at et tilbud er indhentet og godkendt.

Selv om man tager årstiden for inspektionen i betragtning (november måned), gav legepladsen et trist indtryk bl.a. fordi der var få legeredskaber, og legepladsen generelt så slidt ud. Jeg beder centret om at oplyse om legepladsen er blevet renoveret – og i givet fald hvordan legepladsen nu er indrettet.

3.3. Afsnit 61 – åbent døgnafsnit for unge

Afsnit 61 er et døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år. Afsnittet har 12 sengepladser. De unge er indlagt på afsnittet til behandling af f.eks. personlighedsforstyrrelser (nogle med selvskadende adfærd), spiseforstyrrelser, følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser eller på grund af mistanke om psykoser (f.eks. skizofreni). De unge er normalt hjemme i weekenden, men som oplyst ovenfor, holder afsnittet åbent i weekenden sammen med døgnafsnittet for børn (afsnit 59). I særlige tilfælde hvor der er behov for det, kan en patient således blive på afsnittet i en weekend.

Afsnit 61 ligger på den anden side af stikvejen fra Nordre Ringvej end børneafsnittene. Bygningen hvor afsnit 61 er placeret, indeholder desuden det lukkede døgnafsnit for unge (afsnit 62), dagafsnittet for unge og dagafsnittet for spæd- og småbørn (afsnit 64).

Afsnit 61 har 12 sengepladser fordelt på 4 enestuer og 4 dobbeltstuer. Det blev oplyst at indlæggelsestiden varierer fra et par uger til ca. 1 år. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. 3-4 måneder.

Alle stuer har hvide vægge, lysegråt linoleumsgulv og hvide gardiner for vinduerne. På dørene ind til stuerne er der navneskilte med patienternes fornavne.

Jeg besigtigede to dobbeltstuer og én enestue. Dobbeltstuerne var hver møbleret med to brikse/sovesofaer hvor dyne og pude kunne gemmes i ryglænet, og det blev oplyst at der blev brugt lagner med gummibagside for at beskytte stoffet på sofaerne. Derudover var der to små borde, to stole, to aflåselige garderobeskabe, en reol, en håndvask, to opslagstavler og to sengelamper. På den ene af stuerne var der desuden et lille skrivebord, som efter det oplyste var et gammelt bord der var blevet fundet i kælderen. Skabene så ud til at være de oprindelige fra bygningens opførelse.

På den ene dobbeltstue var der et hul (ca. 2 x 7 cm) i gulvbelægningen. Det blev oplyst at det var en ca. 10 år gammel skade som afsnittet ikke havde haft råd til at reparere.

Enestuen var møbleret med den samme type sovesofa som på dobbeltstuerne, en sengelampe, en lænestol, et sofabord, en reol samt en håndvask og et garderober-skab. Der var ikke noget skrivebord.

Håndvaskene på stuerne er generelt gamle og emaljen meget slidt. Det kan derfor være svært for rengøringspersonalet at holde vaskene pæne.

Det blev oplyst at de unge kan komme med forslag og ønsker til hvem der skal bo sammen på dobbeltstuerne. Ønskerne bliver taget i betragtning, men det er personalet der træffer den endelige beslutning om hvem der er bedst egnet til at bo sammen. Personalet gør sig meget umage med at sammensætte de patienter der skal bo på dobbeltstuer.

Under inspektionen havde jeg en samtale med tre unge fra afsnittet. De boede alle tre på dobbeltstuer. De fortalte at de savnede at bo på enestuer fordi det er hårdt at bo sammen med andre når man har det rigtig dårligt. De klagede desuden over at der var koldt på stuerne fordi vinduerne var utætte, og det trak ind. Under min efterfølgende samtale med personalet blev det oplyst at der er koldt på henholdsvis den ene eller den anden side af afsnittet afhængig af hvilken side vinden kommer fra.

Ingen af patientstuerne har eget bad eller toilet. Afsnittet har 2 toiletrum - et rum med tre separate toiletter til pigerne og et rum med to separate toiletter til drengene. Der er et tilsvarende antal håndvaske ude foran toiletterne. På inspektionstidspunktet var der begge steder både stofhåndklæder og papirhåndklæder. Der var ingen flydende sæbe, men faste håndsæber hængt op over håndvaskene.

Der er ét fælles baderum til alle patienter. Baderummet er stort og indeholder et hvidt badekar placeret i midten af rummet, en håndvask med spejl og to brusenicher med forhæng.

Begge toiletrum og baderummet har hvide fliser på væggene og grå fliser på gulvet. Alle tre steder er der matterede vinduer og gardiner til at trække for. Det blev oplyst at toilet- og baderum ikke er ændret siden opførelsen i 1952. Emaljen er derfor slidt i både håndvaske og badekar og ser gullig ud. Toiletterne er af nyere dato.

De 3 unge som jeg talte med, klagede over at der kun var ét badeværelse til 12 mennesker, og at det var koldt fordi det trak ind ad vinduerne, og der ikke var varme i gulvet.

På gangen er der hvide vægge og gråt linoleumsgulv. Der er, som på afsnit 59, skiftevis ovenlysvinduer og runde lamper i loftet. Der var billeder på væggene, og i den ene

ende af gangen var der et klaver, bordfodbold og en ribbe på væggen. På gangen var der også en mønttelefon placeret bag en stofskærm.

Køkkenet og spisestuen ligger ved siden af hinanden med en dør imellem. Køkkenet er lyst med hvide elementer, lysegrå bordplade og lysegråt linoleumsgulv. De unge deltager altid i anretningen af måltiderne.

Spisestuen er meget lys med hvide vægge, hvide gardiner, lysegråt linoleumsgulv, et langt hvidt spisebord med hvide stole og hvide lamper over. I den ene ende af rummet er der et whiteboard og et tv. På væggene hang der indrammede sort-hvide plakater.

Dagligstuen har hvide vægge og hvide gardiner som afsnittet i øvrigt. Den var møbleret med to sofagrupper med sofaborde, et spisebord med stole og et pc-bord med to pc'er af ældre dato. Derudover var der reoler med stereoanlæg, musik, sangbøger og mange spil. På væggene hang der billeder og et par guitarer, og der var grønne planter og levende lys på borde og i vindueskarme. Det blev oplyst at møblementet var 20 år gammelt, men der bliver værnet om det, og det bliver jævnligt slebet og ombetraktet. Møblementet så derfor velholdt ud.

Det blev desuden oplyst at de to pc'er var gamle. De unge kunne ikke spille spil på dem, og de havde ikke internet-adgang. De tre unge jeg talte med, havde et stort ønske om internet-adgang.

Med hensyn til spørgsmålet om pc'er og internet-adgang henviser jeg til pkt. 5.8 om beskæftigelse nedenfor.

Tv-stuen er et mindre rum, og den var indrettet med samme slags møbler som dagligstuen - to sofaer, et sofabord, et par lænestole og en reol. Tv'et var placeret på et højt tv-møbel på hjul. Fra tv-stuen er der udgang til haven.

Afsnittet har et samtale- og undersøgelsesrum som ligger i den ende af afsnittet hvor patientstuerne er samlet. Rummet var enkelt møbleret med en sofa, to lænestole, et sofabord, et skab, en undersøgelsesbriks og en håndvask.

Afsnittet har også et værksted hvor de unge bl.a. kan male og tegne. Værkstedet var indrettet med to borde, stole, et stort reolsystem til opbevaring af materialer og en stor gul opslagstavle hvor nogle af de unges tegninger var hængt op. Rummet er trangt, og ikke alle 12 patienter kan være der samtidig.

Til afsnittet hører en stor have med terrasse og havemøbler, stor græsplæne med fodboldmål og en basketballbane. Haven er omkranset af høj bevoksning, og der er et

hegn ind til afsnit 62's have som grænser op til. Basketballbanens underlag var meget slidt, og de tre unge jeg talte med, efterlyste en reparation af underlaget.

Afsnittet havde desuden 9 cykler, som de unge kunne bruge til ture i området.

Afsnit 61 gav ligesom afsnit 59 indtryk af et behov for istandsættelse. 2/3 af afsnittets patienter bor på dobbeltstuer, og toilet- og badeforholdene er ligesom på afsnit 59 utidssvarende og utilstrækkelige. Det er særlig helt utilstrækkeligt med ét baderum til 12 patienter. Desuden trænger håndvaskene og noget af møblementet på patientstuerne til udskiftning.

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

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

Jeg har desuden noteret mig at personalet på afsnit 61 gør sig meget umage med at sammensætte de patienter der skal bo på dobbeltstuerne. Jeg går derfor ud fra at det altid nøje overvejes – ud fra patienternes sygdomme, symptomer, adfærd, alder og køn – hvilke patienter der skal dele stue.

Det fremgår af den reparations- og vedligeholdelsesliste jeg har modtaget fra centret, at modernisering og nyt baderum på afsnit 61 samt reparation af belægningen på basketballbanen har høj prioritet.

Jeg beder centret om at oplyse hvor langt renoveringsprocessen er kommet i forhold til afsnit 61. Hvis afsnittet er blevet sat i stand, beder jeg om at få oplyst hvor omfattende istandsættelsen har været, og hvis afsnittet endnu ikke er blevet renoveret, beder jeg om at få oplyst hvornår ledelsen forventer at en renovering vil finde sted.

Jeg beder desuden om at få oplyst om belægningen på basketballbanen er blevet repareret eller udskiftet.

3.4. Afsnit 62 – lukket døgnafsnit for unge

Afsnit 62 er et lukket døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år. Afsnittet har 8 sengepladser. De unge er indlagt på afsnittet f.eks. til observation på grund af mistanke om en psykiatrisk lidelse og til behandling af bl.a. psykotiske tilstande, herunder skizofreni

eller svær depression, svære personlighedsforstyrrelser og svære spiseforstyrrelser. Nogle patienter er til fare for sig selv (har selvskadende adfærd) eller for andre. Indlæggelsestiden varierer fra nogle få dage til 3-6 måneder.

Afsnit 62 ligger ved siden af afsnit 61, og de to afsnit har samme hovedindgang. På grund af afsnittets lukkede funktion, skal man igennem en sluse for at komme ind på selve afsnittet. "Slusen" er indrettet med et lille bord og nogle få stole.

På inspektionstidspunktet var 6 ud af 8 patienter tvangstilbageholdt. Det blev oplyst at det normalt er ca. halvdelen af patienterne der er tvangstilbageholdt.

Hele afsnit 62 blev renoveret i 1998.

Alle patienter har enestuer med eget bad og toilet. Der er dog én stue med bad og toilet på gangen, og denne indretning er valgt af sikkerhedsmæssige årsager så det er muligt at indlægge f.eks. en selvskadende patient eller en patient med en svær spiseforstyrrelse på en stue uden direkte adgang til et badeværelse.

Stuerne har hvide vægge og grå linoleumsgulve. Den nederste halvdel af vinduerne er matteret. Jeg besøgte én stue. Den var møbleret med et skab, en kommode, et skrivebord, en stol og en gammel hospitalsseng. Sengen var skæv og malingen slidt af. Efter det oplyste var der de samme senge på alle stuerne. Personalet oplyste at afsnittet tidligere havde haft almindelige brikse, men de kunne ikke bruges til fikseringer og blev derfor skiftet ud. De gamle hospitalssenge er gode til fikseringer, men de medfører nogle u hensigtsmæssige arbejdsstillinger for personalet når de foretager en fiksering. Afsnittet havde derfor søgt centerledelsen om 8 nye senge.

Badeværelset har en pæn størrelse med toilet, brusebad, håndvask og spejl. Der er hvid sanitet, grå fliser på gulvet og hvide fliser på væggene med en smal vandret sort stribe ca. en meter over gulvet. Badeværelsets to vinduer er matterede.

Det ene badeværelse der ligger på gangen, er indrettet med et badekar. Det må benyttes af alle patienter på afsnittet da nogle patienter er meget glade for at kunne få et karbad.

Patientstuerne er placeret så der er 4 stuer i hver ende af afsnittet, mens fælleslokaler og personalekontorer ligger i midten af afsnittet. De patienter der har det dårligst og har mest brug for ro, får tildelt stuerne i den fjerneste ende af afsnittet, længst væk fra hovedindgangen. En farvet streg i gulvet på gangen markerer overgangen til den del af afsnittet hvor der skal være særlig ro for de patienter der har behov for at være skærmet.

Væggene på gangen og dørene er malet i forskellige lyse farver. Gulvet er lysebrunt linoleum med gråblå kanter langs væggene og blå felter i midten. I loftet er der som på de øvrige afsnit skiftevis ovenlysvinduer og lamper. Der var enkelte stole og grønne planter på gangen. Uden for hver patientstue hænger der navneskilte med patienternes fornavne.

I forbindelse med renoveringen af afsnittet blev væggen mellem opholdsstuen og gangen revet ned så opholdsstuen nu ligger i åben forbindelse med gangarealet. Opholdsstuen var møbleret med en sofagrube af tre sofaer, et stort sofabord, en reol med spil og bøger samt et tv hængt op på væggen. Der var desuden et lyst, ovalt spisebord. I et hjørne stod en motionscykel og en stor grøn plante. Der er udgang til haven fra opholdsstuen. Ved siden af opholdsstuen er der et adskilt rum (på størrelse med en patientstue) indrettet som en lille tv-stue. Det anvendes til patienter som har brug for skærmning, eller patienterne kan bruge det til f.eks. telefonsamtaler.

Over for opholdsstuen ligger personalekontoret, som har glaspartier ud mod gangen og opholdsstuen. Kontoret er låst af, og patienterne må ikke være der. Der er bl.a. en stor tavle med oplysninger om patienterne – deres kontaktpersoner, friheder og restriktioner samt eventuelle særlige aftaler.

Afsnittets køkken og spisestuen er placeret sammen i ét stort rum i den første del af afsnittet. Rummet kan deles op med en foldevæg efter behov. Der er desuden mulighed for at åbne op mellem spisestuen og gangen med en skydedør, og det benyttes i forbindelse med måltiderne. Rummet er meget lyst med vægge der er hvide og en helt lys ferskenfarve, hvide køkkenelementer, hvidt spisebord, lyse træstole og lyse gardiner. Der er både vinduer ud mod haven og ovenlysvinduer i loftet. Patienterne hjælper med at anrette maden til måltiderne.

Der er også et værksted i afsnittet. Rummet er ikke større end en patientstue. Det var indrettet med et langt arbejdsbord, aflåste skabe med materialer, reol og hylder og et stort whiteboard på den ene væg. Værkstedet bliver brugt som led i patienternes miljøterapi, og aktiviteterne i værkstedet giver personalet god mulighed for at observere patienterne. Hvis alle patienter skal deltage på samme tid, bliver de kreative aktiviteter rykket ind i opholdsstuen.

Afsnittet har et separat rum der anvendes til lægesamtaler, og som i tilfælde af overbelægning kan anvendes som patientstue. Rummet indeholdt en briks, et lavt bord, to stole og en kommode.

Et andet separat rum fungerer som undersøgelsesstue og medicinrum. Rummet indeholdt aflåste medicinskabe, en seng, en vægt, et lille skrivebord og arkivskabe.

Patienterne skal så vidt muligt selv vaske deres tøj. Det foregår i skyllerummet hvor der er både vaskemaskine, tørretumbler og tørrestativer. Skyllerummet anvendes desuden til opbevaring. Der er et aflåst skab med bæltter til fiksering og et skab hvor hver patient har en kasse til diverse ejendele som patienterne ikke selv må opbevare på deres stuer.

Afsnittet har sin egen have med en stor græsplæne og en overdækket terrasse. Haven er omgivet af et højt trådhegn, og der er beplantning op mod hegnet. Langs med haven løber der er en sti hvor der kommer en del forbipasserende fra området. På tidspunktet for inspektionen var der ikke grønne blade på træer og buske, og det var derfor nemt at se ind i haven ude fra vejen. Personalet oplyste at der ikke er problemer om sommeren hvor beplantningen er tæt, men at det om vinteren er generende at forbipasserende på stien kan kigge ind på de patienter der opholder sig i haven.

Afsnittet gav generelt et pænt og lyst indtryk.

Jeg beder centret om at oplyse om de gamle hospitalssenge på patientstuerne er blevet skiftet ud med en anden type senge som både er velegnede til fikseringer og hensigtsmæssige i forhold til personalets arbejdsstillinger i forbindelse med fikseringer.

I min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har jeg skrevet følgende om haven der hører til centrets lukkede intensive afsnit (afsnit 70):

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

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

For mange af patienterne på afsnit 70 er haven – og den lille atriumgård i midten af afsnittet – den eneste mulighed for at komme ud i frisk luft da mange af patienterne er tvangstilbageholdt. Det er min opfattelse at psykiatriske patienter bør kunne opholde sig udendørs et sted hvor forbipasserende der færdes på stier el-

ler veje udenfor, ikke kan kigge ind da det ellers kan få patienterne til at føle sig udstillet.

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

Jeg henstiller også til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center at sørge for – hvis det ikke allerede er sket – at haven til afsnit 62 bliver skærmet mere af, f.eks. ved hjælp af stedsegrøn beplantning, så forbipasserende også om vinteren er forhindret i at kigge ind i haven. Jeg beder centret om at underrette mig om hvad min henstilling giver anledning til.

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

3.5. Fællesarealer

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

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen talte jeg med tre unge (fra det åbne ungdomspsykiatriske afsnit 61) som havde ønsket en fælles samtale med mig. De har alle tre kort tid efter inspektionen modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Samtalen drejede sig om generelle forhold – bl.a. dobbeltværelser, badeforhold, maden, aktiviteter og internetadgang. Disse emner er berørt under pkt. 3.3 ovenfor og under pkt. 5.7 og 5.8 nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup har 28 normerede sengepladser (opgjort pr. 1. januar 2010). Pladserne er fordelt så der er 8 senge på det lukkede afsnit og 20 senge på de to åbne afsnit. Antallet og fordelingen af sengepladser var det samme i 2007 og 2008.

Som nævnt i pkt. 2.1 om centrets organisation mv., skal centrets optageområde udvides med 13 pct., og der er planer om at udbygge centret med et akut modtageafsnit for både børn og unge med mulighed for indlæggelse og et intensivt lukket afsnit for unge (15-18 år) med retslige problemstillinger. Den fælles akutmodtagelse skal have 6 sengepladser med mulighed for udvidelse til 10 senge, og i det intensive observationsafsnit skal der også være 6 sengepladser med mulighed for udvidelse til 10 senge. Herudover modtager centret 3 sengepladser fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød som følge af optageområdets udvidelse. Den fremtidige samlede sengekapacitet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup bliver således udvidet til 43-51 sengepladser (jf. regionens generalplan 2009, s. 140 f).

I 2007 behandlede centret i alt 1.536 patienter. I 2008 steg tallet til 1.651 patienter, og i 2009 behandlede centret i alt 1.766 patienter. De behandlede patienter tegnede sig i 2007 for 9.249 sengedage, mens tallet i 2009 faldt til 9.148 sengedage. Sengedagene pr. indlagt patient (cpr.nr.) var 58 i 2009, og der var i alt 172 udskrivninger dette år. (Jeg henviser til nøgletal på Psykiatriens hjemmeside.)

Den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer på centrets 3 døgnafsnit. Som det er nævnt i den bygningsmæssige gennemgang, er den gennemsnitlige indlæggelsestid på det børnepsykiatriske afsnit 59 ca. 10 uger og på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit 61 ca. 3-4 måneder. På det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit 62 varierer indlæggelsestiden fra nogle få dage til 3-6 måneder.

Den 1. august 2008 trådte udredningsretten for børn og unge i alderen 0-18 år i kraft. Udredningsretten indebærer at alle patienter i målgruppen skal tilbydes en start på deres udredning senest 2 måneder efter at det børne- og ungdomspsykiatriske center har modtaget en henvisning. Der er intern henvisning mellem de 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre i Region Hovedstaden. Hvis det ikke er muligt at udrede patienterne på ét af de offentlige centre inden for de 2 måneder, har patienterne ret til at blive henvist til private hospitaler eller klinikker, som Danske Regioner har indgået aftaler med. Det gælder dog kun, hvis ventetiden på privathospitalet er kortere end ventetiden på det offentlige center.

Den 1. januar 2009 trådte behandlingsretten i børne- og ungdomspsykiatrien i kraft. Behandlingsretten indebærer at børn og unge i alderen 0-18 år har ret til at blive tilbudt start på deres behandling inden for 2 måneder. Hvis ventetiden på behandling i den offentlige børne- og ungdomspsykiatri er mere end 2 måneder efter at udredningen er afsluttet, har patienten ret til at blive tilbudt behandling på et privat behandlingssted.

Der er ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Ventelisterne er prioriterede så de børn og unge der har størst behov for hjælp, bliver taget ind først. Børn og unge med et akut behandlingsbehov, f.eks. på grund af en livstruende sygdom, bliver taget ind til behandling med det samme (jf. Psykiatriens hjemmeside).

Ifølge en opgørelse (jf. rapporten om regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008) stod der i alt 583 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Hovedstaden pr. 1. marts 2009. Heraf havde 374 ventet i under 2 måneder, og 209 havde ventet i over 2 måneder.

Det blev under inspektionen oplyst at der i 2007 var ventetid op til 1 år på undersøgelse/behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, og at ca. 30 pct. måtte vente så længe. Ventelisten var prioriteret således at de mest forpinte børn og unge blev taget ind først.

Jeg beder om at få oplyst hvor mange børn og unge der stod på venteliste til undersøgelse/behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup pr. 1. marts 2010, og hvor mange der havde ventet over 2 måneder.

Under inspektionen blev det desuden oplyst at der i lang tid havde været overbelægning på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit 62 da der typisk var 8-9 patienter indlagt. Afsnittet har 8 normerede sengepladser fordelt på enestuer. Ved overbelægning kan afsnittets samtalerum anvendes som patientstue, og i nogle tilfælde overføres patienter til det åbne ungdomspsykiatriske afsnit, alternativt til Psykiatrisk Center Glostrup.

Jeg beder om at få oplyst belægningsprocenten for disponible senge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, herunder på de enkelte afsnit, i 2008 og 2009.

Jeg beder også om at få oplyst om det forekommer at centret er nødt til at anvende enestuer til dobbeltbelægning eller at lægge patienter på gangene.

5.2. Adgang til frisk luft

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

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

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

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med 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.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup er som nævnt under den bygningsmæssige gennemgang beliggende på et stort grønt område, og afsnittene består af bygninger i ét plan. Til hvert afsnit hører et haveanlæg eller en legeplads, og der er grønne arealer mellem centrets forskellige bygninger. Omgivelserne kan benyttes af alle de patienter der frit kan forlade centret.

Det blev under inspektionen oplyst at alle børn og unge har mulighed for at komme ud hver dag.

Det lukkede døgnafsnit for unge (afsnit 62) har sin egen store indhegnede have som patienterne efter det oplyste gerne må bruge så meget som muligt – enten alene eller ledsaget af personale. Patienterne kan også deltage i daglige gåture i området sammen med personale.

Med hensyn til indretningen af haven til afsnit 62 henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 3.4 ovenfor.

Det oplyste om patienternes adgang til frisk luft giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.3. Handicaptilgængelighed

Afsnittene på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup er indrettet i bygninger i ét plan.

Under rundgangen på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61) blev det oplyst at afsnittet på inspektionstidspunktet havde en patient med handicap som brugte kørestol. Det var kun anden gang i ca. 20 år at der på afsnittet var indlagt en patient med handicap. Uden for afsnittets indgangsparti var der af hensyn til den pågældende patient sat en rampe op i forbindelse med nogle få trappetrin op til hoveddøren.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, er toilet- og badeforhold på afsnit 59 og 61 ikke handicapegnede.

Jeg går ud fra at spørgsmålet om handicaptilgængelighed kommer til at indgå – eller er indgået – ved reovering af afsnit 59 og 61.

5.4. Navneskilte

Under min rundgang på centret så jeg at der på skilte på/ved dørene til patientstuerne kun var angivet patienternes fornavne.

Når patienterne får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittenes opholdsrum. I nogle tilfælde foregår besøg på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit 62 dog i "slusen" (jf. pkt. 5.19 nedenfor).

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

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

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

5.5. Opbevaring af journaler

Spørgsmålet om opbevaring af journaler blev ikke drøftet under inspektionen.

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

5.6. Medicin

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

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, opbevares al medicin i aflåste medicinrum på afsnit 59 og 62 så det ikke er tilgængeligt for patienterne. Jeg går ud fra at det også gælder for centrets øvrige afsnit.

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

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

5.7. Forplejning

Kosten på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup kommer fra central-køkkenet på Glostrup Hospital som centret – ligesom Psykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup – har en driftsaftale med. Maden anrettes i køkkenerne på de enkelte afsnit i centret.

På de ungdomspsykiatriske afsnit er patienterne med til at anrette maden som en del af miljøterapien.

De tre unge (fra afsnit 61) som jeg havde en samtale med under inspektionen, klagede over at maden var kedelig, og at det ofte var de samme retter der blev serveret. Desuden havde de unge et ønske om mere mælk at drikke til måltiderne da de kun måtte få 2½ glas mælk hver om dagen.

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

Ledelsen oplyste at kostsammensætningen svarede til den mad der blev serveret i somatikken. Det var dog ikke helt den samme mad som i de to voksenpsykiatriske

centre (almen- og retspsykiatrien). Centralkøkkenet differentierede mellem maden til de små børn og de unge, og centret oplevede ikke problemer med portionernes størrelse.

Da jeg præsenterede afdelingsledelsen på afsnit 61 for de unges klagepunkter, blev det oplyst at afsnittet har mulighed for at bestille børne- og ungdomsmenuer en gang imellem. Det bliver drøftet med de unge på afsnittets aftenmøder. Der findes desuden en "klagebog" hvor patienterne kan skrive deres klager over maden. Centralkøkkenet får herefter kopi af klagerne så køkkenet kan se hvad patienterne er utilfredse med, og ændre maden ud fra det. De unge har således på aftenmøderne og ved hjælp af "klagebogen" mulighed for at få indflydelse på maden på afsnittet. Afdelingsledelsen gav tilsagn om at imødekomme de unges ønske om mere mælk.

På inspektionstidspunktet var centret ved at forhandle en ny driftsaftale om kosten med Glostrup Hospital.

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

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

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

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

til at vejlede medarbejdere og patienter i spørgsmål om kost og ernæringsmæssige procedurer.

Jeg beder om at få oplyst hvordan regionens kost- og ernæringspolitik bliver udmøntet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk 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.

5.8. Beskæftigelse og undervisning

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

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup er der på samtlige afsnit forskellige former for aktiviteter som alle udgør en del af undersøgelsen og behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi).

For de små og mellemstore børn er der f.eks. leg med legetøj, rytmik, sanglege, leg i puderum, leg på legeplads, kreative aktiviteter, computer- og playstationspil, ture til zoologisk have og særlige aktiviteter i forbindelse med højtiderne som f.eks. påskeklip, tøndeslagning til fastelavn og julehygge. Det blev under inspektionen oplyst at der er knyttet en aktivitetskonsulent til det børnepsykiatriske døgnafsnit (afsnit 59).

For de unge er der f.eks. morgen- og aftenmøder, sportsaktiviteter i motionshallen på området, kreative aktiviteter, gåture, fredagscafe, videoaftener og ture i biografen og Glostrup centret. Herudover har de unge praktiske opgaver som f.eks. morgenvækning, borddækning, anretning af mad, opvask og kagebagning.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3 ovenfor, er der på de enkelte afsnit tv, musikanlæg, dvd-afspiller, playstation og spil som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

Patienterne har desuden ret til at have personlige ejendele som f.eks. legetøj og spil med sig under indlæggelsen.

De tre unge (fra afsnit 61) som jeg talte med under inspektionen, gav udtryk for at de tit kedede sig og savnede nogle flere aktiviteter. De efterlyste bl.a. adgang til internet og mere tid i motionshallen.

Afsnitsledelsen oplyste at der ikke er planlagt aktiviteter på afsnittet sent om eftermiddagen fordi det er vigtigt at de unge selv prøver at finde på noget at lave – både alene og sammen med de andre unge i afsnittet. Afsnitsledelsen udtrykte samtidig forståelse for de unges ønske om mere tid i motionshallen, men da hallen er fælles for de tre psykiatriske centre i området, og da børne- og ungdomspsykiatrisk center har en pæn andel af tiderne i forhold til de voksenpsykiatriske centre, er det svært at skaffe mere tid i hallen for de unge. Det blev også oplyst at centret i samarbejde med Psykiatrisk Center Glostrup havde planer om at etablere en netcafe hvor der er computere med adgang til internettet. På den oversigt over reparations- og vedligeholdelsesopgaver som jeg har modtaget, står indretning af et patientbibliotek som internetcafe anført som et nyt tiltag. På inspektionstidspunktet afventede projektet bl.a. en afklaring af nogle tekniske aspekter.

Jeg beder om nærmere oplysninger om patientbiblioteket/netcafeen, herunder indretning og åbningstider for børne- og ungdomspsykiatrien.

Center for Kvalitetsudvikling har for Danske Regioner i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 foretaget en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit. Om undersøgelsen af forældretilfredsheden henviser jeg til pkt. 5.18 om pårørendekontakt, og om undersøgelsen af patienttilfredsheden henviser jeg til pkt. 5.23 om patientindflydelse.

I undersøgelsen af patienttilfredsheden besvarede 28 patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup (19 patienter fra afsnit 61 og 9 patienter fra afsnit 62) et spørgsmål om hvorvidt de var tilfredse med aktiviteterne i hverdagen på afsnittet. 18 pct. af patienterne (11 pct. på afsnit 61 og 33 pct. på afsnit 62) svarede "ja i høj grad", og 39 pct. (47 pct. på afsnit 61 og 22 pct. på afsnit 62) svarede "ja i nogen grad", mens andre 39 pct. (42 pct. på afsnit 61 og 33 pct. på afsnit 62) svarede "nej kun i mindre grad". 4 pct. af patienterne (ingen på afsnit 61 og 11 pct. på afsnit 62) svarede at de slet ikke var tilfredse med aktiviteterne i hverdagen på afsnittet.

Jeg beder centret om at oplyse om undersøgelsesresultatet har givet anledning til ændringer med hensyn til aktiviteterne på de ungdomspsykiatriske døgnafsnit.

Børn og unge i den skolepligtige alder (6-16 år) får under deres indlæggelse tilbud om undervisning 1-2 lektioner dagligt i børnepsykiatriens skole. Skolen er organisatorisk tilknyttet Glostrup Kommune. Der undervises primært i dansk, matematik, sprog, gymnastik og svømning. Undervisningen foregår i grupper (aldersintegrerede hold) eller

som ene-undervisning. Hvert barn får en kontaktlærer, og lærerne arbejder tæt sammen med personalet på afsnittene om at observere børnene/de unge.

Med hensyn til ungdomspsykiatriens skole står der kort på centrets hjemmeside at der til centret er tilknyttet skoleekspertise som i forbindelse med indlæggelsen medvirker til at afdække og undersøge boglige vanskeligheder.

Under inspektionen blev det oplyst at det var problematisk med undervisningen af de unge der ikke længere er skolepligtige. Der var tidligere 4 lærere til undervisning af de unge (28 elever), og grundlaget for undervisningen var reglerne om specialundervisning for voksne. Efter at regionen overtog området, har centret imidlertid manglet et grundlag for undervisningen af de unge der ikke længere er skolepligtige, og fra den 1. januar 2008 ville der kun være en lærer på halv tid tilbage. Det blev yderligere oplyst at Region Hovedstaden var bekendt med situationen, og at der var en verserende sag om problematikken.

Jeg beder om at få oplyst i hvilket omfang de ikke-skolepligtige unge i dag har mulighed for at modtage undervisning under deres indlæggelse på centret.

5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredsstanden.

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 barnet/den unge i forbindelse med indlæggelsen får tilknyttet en fast behandler (læge eller psykolog) samt en eller to kontaktpersoner (sygeplejerske, pædagog eller social- og sundhedsassistent) som tager sig særligt af barnet/den unge og familien under indlæggelsen. Barnet/den unge har regelmæssige – på nogle afsnit som hovedregel ugentlige – samtaler med sin faste behandler, og kontaktpersonen deltager ved disse samtaler. De enkelte afsnit søger under indlæggelsen at have et tæt samarbejde med barnets/den unges familie, og forældrene orienteres løbende.

Jeg beder om at få oplyst om der i forbindelse med læge/psykologsamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny samtale så barnet/den unge og forældrene altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg beder også centret om at oplyse om der normalt deltager andre end patientens kontaktperson (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale, studerende) ved læge/psykolog-samtaler, og om det er muligt for barnet/den unge og forældrene at få en samtale med lægen alene hvis det ønskes.

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

5.11. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, har overlægen ansvaret for at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

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

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

Det fremgår af informationen om undersøgelsesforløb på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrups hjemmeside at hver patients sygehistorie udredes på basis af en undersøgelses- og behandlingsplan som udformes sammen med barnet/den unge og forældrene/værgen. Afhængig af sygdommens karakter kan undersøgelsen foregå ambulant eller være en del af et indlæggelsesforløb. Udredningen omfatter 3-5 sessioner hvor barnet/den unge undersøges psykisk og fysisk og eventuelt observeres i sit nærmiljø, og samtidig afholdes der 3-4 samtaler med forældrene.

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

Jeg beder endvidere om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert af centrets døgnafsnit. Jeg beder om at behandlingsplanerne vedrører patienter som var indlagt i oktober 2009.

5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Som nævnt under pkt. 2.2. ovenfor, er børn og unge omfattet af psykiatrilovens bestemmelser om anvendelse af tvang.

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

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

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

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup har deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, også kaldet "gennembrudsprojektet". Det ungdomspsykiatriske lukkede døgnafsnit (afsnit 62) deltog i 1. bølge af projektet (fra august 2004 til juni 2005). Projektets formål var at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet når tvang anvendes, og at minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang. Centret oplyste under inspektionen at

det ungdomspsykiatriske afsnits deltagelse i projektet bl.a. handlede om anvendelsen af aktiviteter for unge i den psykotiske fase – aktiviteter som f.eks. musik, ballstick massage, kugledyne osv.

Som tidligere nævnt, blev det under min rundgang på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62) oplyst at 6 ud af de 8 patienter der var indlagt på inspektionstidspunktet, var tvangstilbageholdt, men at det normalt kun er ca. halvdelen af afsnittets patienter der er tvangsindlagt/tvangstilbageholdt.

Det blev også oplyst at der kunne gå måneder imellem at afsnittet var nødt til at tvangsfiksere en patient. Afsnittet havde dog i en periode forud for inspektionen været nødt til tvangsfiksere en del gange. Det skyldtes bl.a. en 15-årig stærkt psykotisk dreng som "smadrede alt" omkring sig. Det havde været nødvendigt at tvangsfiksere drengen i 17 dage. En tvangsfiksering varer ellers normalt 3-4 timer. I 2007 (indtil inspektionstidspunktet) var der på afsnittet 2 gange foretaget second opinion (ekstern efterprøvelse) af en tvangsfiksering som varede over 48 timer (jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5). I 2006 havde afsnittet ikke haft nogen tvangsfiksinger der varede over 48 timer. Afsnittet forsøger alle beroligende aktiviteter (som f.eks. musik, massage, kugledyne osv.) før en eventuel anvendelse af tvang.

På inspektionstidspunktet var der i alt 2 kugledyner på afsnit 62, og afsnittet gav udtryk for at der var brug for flere. Det blev samtidig oplyst at spørgsmålet om indkøb af yderligere kugledyner skulle drøftes en uge efter inspektionen.

Jeg beder centret om at oplyse hvor mange kugledyner der nu er på afsnit 62, og om det aktuelle antal dækker det behov der er for at anvende kugledyner.

Af publikationen "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2007", som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, fremgår det at der i 2007 var indlagt 118 personer på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup og heraf var 28 personer berørt af tvang. I 2006 var der 108 personer indlagt hvoraf 27 var berørt af tvang, (jf. tabel 3).

Der blev i 2007 foretaget 18 frihedsberøvelser på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, heraf 10 tvangsindlæggelser og 8 tilfælde af tvangstilbageholdelse. I 2006 var der 11 tvangsindlæggelser og 16 tilfælde af tvangstilbageholdelse. Antallet af tvangstilbageholdelser er således faldet med 50 pct. fra 2006 til 2007 (jf. tabel 5).

I Sundhedsstyrelsens statistik er der ikke en opgørelse over antallet af tvangsbehandlinger på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, men en opgørelse over antallet af tvangsbehandlede personer. Det fremgår heraf at der i 2007 blev tvangsbe-

handlet 1 person på centret, og vedkommende blev tvangsmedicineret. I 2006 blev 4 personer tvangsbehandlet, og der var tale om 3 tilfælde af tvangsmedicinering og 2 tilfælde af tvangsernæring (jf. tabel 6). (Der gøres opmærksom på at en person kan have fået flere forskellige tvangsbehandlinger.)

Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse var 120 i 2007 og 99 i 2006. Fra 2006 til 2007 steg det samlede antal tvangsfikseringer med 18 tilfælde og antallet af fastholdelse med 8 tilfælde. Det samlede antal tilfælde af indgivelse af beroligende medicin faldt derimod fra 18 til 2 tilfælde (jf. tabel 11).

Sundhedsstyrelsens publikation "Anvendelse af tvang i psykiatrien 2008" viser at der på landsplan i 2008 er sket en lille stigning i antallet af frihedsberøvelser og tvangsbehandlinger (fra 5.133 frihedsberøvelser i 2007 til 5.490 i 2008 og fra 1.029 tvangsbehandlingsforløb i 2007 til 1.087 i 2008). Det samlede antal tvangsfikseringer og antallet af fastholdelser på landsplan er derimod faldet i 2008. Der var således i alt 6.155 tvangsfikseringer i 2007, mens tallet var 5.946 i 2008. Med hensyn til fastholdelse var der 2.938 tilfælde i 2007 og 2.350 i 2008. Det samlede antal tilfælde af indgivelse af beroligende medicin er steget betydeligt fra 2007 til 2008. Der blev således indgivet beroligende medicin i 5.249 tilfælde i 2007, mens der i 2008 blev indgivet beroligende medicin i 6.810 tilfælde. (De nævnte tal omfatter ikke tvangsanvendelse på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland.) Anvendelsen af tvang på de enkelte psykiatriske centre i hele landet fremgår ikke af Sundhedsstyrelsens opgørelse for 2008.

Jeg beder om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup i 2008 og 2009.

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

1 af de 383 realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2008 vedrørte tvangsindgreb på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 2 klager over tvangsindgreb på centret i 2008, men den ene 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.

Kun 3 af de realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2007 vedrørte tvangsindgreb på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Der blev indgivet i alt 4 klager over tvangsindgreb på centret i 2007, men 1 af klagerne blev tilbagekaldt eller 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 psykiatrilovgivning.

Det fremgår af nyhedsbrevet at redigeringen af Psykiatriens vejledninger om tvang forventes færdig 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 påklage tvangsindgrebet (psykiatrilovens § 32, stk. 1). Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

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

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

Psykiatrien har i april 2008 udgivet en informationsfolder med overskriften "Tvang og psykiatri. Information til indlagte børn og unge – og deres forældre". Folderen indeholder oplysninger om de forskellige former for tvangsindgreb som det kan være nødvendigt at anvende over for barnet eller den unge under en indlæggelse (frihedsberøvelse, fastholdelse, beroligende medicin og tvangsfiksering). Der informeres også om adgangen til at få besøg under en tvangsfiksering, herunder en eventuel begrænsning i adgangen til besøg, og om muligheden for at klage over tvangsindgrebet. Folderen henviser desuden til Sundhedsministeriets pjeces "Tvang i psykiatrien – om psykiatri-ske patienters rettigheder ved tvangsindgreb", som kan læses på ministeriets hjemmeside.

Jeg beder om at modtage en kopi af det skriftlige informationsmateriale som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup udleverer til patienter i forbindelse med anvendelse af tvang.

Jeg beder desuden om at få oplyst om centret altid udleverer den nævnte informationsfolder fra Psykiatrien til de patienter der udsættes for tvang, og deres forældre/pårørende/værge, og om Sundhedsministeriets pjeces også udleveres.

Under min rundgang på afsnit 62 blev det oplyst at tvangsfikseringer foregår på patientens egen stue, og at det er patientens egen seng der anvendes. Bælter og remme opbevares i et aflåst skab i afsnittets skyllerum.

Jeg går ud fra at bælter og remme transporteres i pudebetræk til patientens stue så de ikke er synlige for andre patienter i afsnittet.

Jeg beder centret om at oplyse hvor den faste vagt er placeret i forhold til den fikserede patient, og om andre patienter eller personale kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet.

Jeg beder desuden om at få oplyst om det i nogle situationer kan være nødvendigt at foretage tvangsfikseringer på andre afsnit end afsnit 62 – og i givet fald hvor og hvordan disse tvangsfikseringer foregår.

5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

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

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget et eksemplar af informationsmateriale til forældre hvis børn er blevet indlagt på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62). (Materialet er dateret september 2005.) Det fremgår heraf at den unge ved de fleste former for tvangsanvendelse vil blive tildelt en patientrådgiver, mens det ved enkelte former for tvang er et tilbud som den unge kan afslå.

Jeg går ud fra at informationsmaterialet er eller vil blive rettet så oplysningerne om tildeling af patientrådgiver er i overensstemmelse med de ændrede regler i psykiatriloven.

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 op-

lysning, 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.

Det blev under min rundgang på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62) oplyst at afsnittet stort set er meget tilfredse med de patientrådgivere der er knyttet til centret. Dog var der én patientrådgiver som ikke mødte op, og det havde centret rettet henvendelse til statsforvaltningen om.

Patientrådgiveren skal som nævnt ovenfor, så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Ifølge patientklagenævnets årsberetning for 2008 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 2006 i begge de 2 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. I 2007 deltog patientrådgivere/bistandsværger i alle 3 sager der blev behandlet, og i 2008 deltog der en patientrådgiver/bistandsværger i den ene sag der blev behandlet. Det svarer til en mødedeltagelse på 100 pct. i hvert af de nævnte årstal.

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

Den gennemsnitlige mødeprocent for patientrådgivere/bistandsværger ved alle 13 psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2008 var 92 hvilket nævnet har betegnet som ”absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over”.

Jeg går ud fra at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra eventuelle indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres 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.

Det blev under inspektionen oplyst at der i perioder er indlagt 1-2 retspsykiatriske patienter på det lukkede døgnafsnit for unge (afsnit 62).

Personer der er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatriloven, bortset fra bestemmelserne i §§ 5-11, § 21, stk. 2, og kapitel 10. Psykiatrilovens bestemmelser om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværge 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 bistandsværge 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*. Bistandsvær-

ger 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 bilstandsværgeren 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 bilstandsværgeren enhver oplysning som er nødvendig for at bilstandsværgeren 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 bilstandsværgeren (§ 14, stk. 1, i bekendtgørelsen om bilstandsværger). Bestemmelserne om information af bilstandsværger svarer til psykiatrilovens § 27 om information af patientrådgivere, jf. citatet af bestemmelsen ovenfor.

Bilstandsværgeren 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 bilstandsværger.

Jeg går ud fra at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup orienterer bilstandsværger i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra eventuelle indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a.

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

5.14. Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte

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

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

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

Beslutning om aflåsning af døre i en afdeling træffes af en læge. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af bestemmelsen i § 18 e at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer. Alle patienter på afdelingen skal straks efter at en beslutning om aflåsning er truffet, underrettes om det (§ 18 e, stk. 3).

Afsnit 62 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup er et lukket døgnafsnit hvor mange af patienterne er tvangsindlagt og/eller tvangstilbageholdt. Afsnittets yderdøre er derfor altid aflåst. På de to åbne døgnafsnit (afsnit 59 og 61) er yderdørene normalt åbne i dagtimerne. Af husordenen for afsnit 61 fremgår det at yderdørene i særlige tilfælde aflåses kortvarigt, og at dørene i øvrigt i særlige tilfælde kan blive låst fordi afsnittet har weekendåbent med det børnepsykiatriske afsnit 59.

I husordenen for afsnit 59 (for børn i aldersgruppen 7-14 år) er der oplyst følgende om aflåsning af yderdøre:

"Aflåsning af yderdøre

Nogle indlagte børn er så svært syge og urolige, at de ikke kan tage vare på sig selv. Personalet kan frygte, at de vil gå fra afsnittet – eller børnene truer ligefrem med det. I de situationer kan vi, efter aftale med forældrene, låse yderdørene. Det formelle grundlag er myndighedsloven. De andre børn skal have forklaring om, at aflåsningen sker for at passe særligt på et barn."

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger (bortset fra at henvisningen til myndighedsloven i husordenen for afsnit 59 bør rettes til forældreansvarsloven hvis det ikke allerede er sket).

Psykiatriloven eller bestemmelser fastsat administrativt i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg har tidligere givet udtryk for at der med begrebet "afdeling" i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med "yderdøre" og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der har herefter kunnet rejses

spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit – på en afdeling.

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

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

Der er ingen skærmede enheder på centrets 3 døgnafsnit. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, bliver patienter der har brug for en høj grad af skærmning, skærmet på deres stuer. På afsnit 59 er der i den ene ende af afsnittet to patientstuer ved siden af hinanden med en lille mellemgang foran, og de to stuer anvendes som en dobbeltstue i forbindelse med skærmning hvis det er muligt under hensyn til den samlede belægning på afsnittet. På afsnit 62 får de patienter der har det dårligst og har mest brug for ro, tildelt de 4 patientstuer i den fjerneste ende af afsnittet, længst væk fra hovedindgangen. En farvet streg i gulvet på gangen markerer overgangen til den del af afsnittet hvor der skal være særlig ro for de patienter der har behov for at være skærmet.

Det blev under inspektionen understreget at der aldrig bliver låst døre i forbindelse med skærmning på stuerne.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Som tidligere nævnt, er normalt ca. halvdelen af patienterne på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62) tvangsindlagt og/eller tvangstilbageholdt. Der er således

også frivilligt indlagte patienter på det lukkede afsnit. Jeg går ud fra at der på de åbne døgnafsnit også kan være patienter som er tvangstilbageholdt – f.eks. patienter der netop er flyttet fra det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit til det åbne ungdomspsykiatriske afsnit.

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

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

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

I informationsfolderen for det åbne ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61) er der i forbindelse med udgang (blot) anført at der skal gives besked til et personalemedlem når patienten går fra afsnittet.

I informationsmaterialet til forældrene til de unge (15-17 årige) på det lukkede afsnit (afsnit 62) står der følgende om udgang fra afsnittet:

”Uanset om man er frivilligt indlagt, tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, er det patientens tilstand, der bestemmer, hvor meget udgang det er forsvarligt at give. Det vurderes altid løbende af lægen og skrives som ordination i journalen.”

Jeg beder centret om at oplyse om det citerede stadig står i informationsmaterialet om afsnit 62, og om det betyder at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter på det ungdomspsykiatriske afsnit 62 ikke altid må forlade centret når de ønsker det.

Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup anvender personlig skærmning.

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

§ 18 c definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Efter stk. 2 må personlig skærmning som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2).

Hvis personlig skærmning efter § 18 c, stk. 2, anvendes uafbrudt i mere end 24 timer, skal der ifølge lovens § 20, stk. 1, ske tilførsel til afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse (og indberetning til bl.a. 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 idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

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

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

5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret

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

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

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

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

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

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

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

Det blev under inspektionen oplyst at politiet ikke kommer ind på afsnit 62 i forbindelse med tvangsindlæggelser. Politiet kommer kun ind i slusen.

Jeg beder om nærmere oplysninger om centrets samarbejde med politiet.

5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

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

Hovedprincippet for samarbejdet ifølge aftalerne mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup og kommunerne i centrets optageområde er at den instans som har kontakten med barnet/den unge og vedkommendes familie, er forpligtet til at samarbejde med, orientere og inddrage de øvrige relevante samarbejdspartnere med henblik på at sikre at barnets/den unges behov tilgodeses, og at ventetiden på relevante foranstaltninger bliver minimeret.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup og hver enkelt kommune skal udpege en kontaktperson der skal fungere som (en entydig) indgang til henholdsvis centret og kommunen. Det gøres klart i aftalen at grundlaget for samarbejdet er at der foreligger et behørigt samtykke fra forældrene/den unge der er fyldt 15 år, med de undtagelser der følger af gældende ret. Der henvises til at kommunerne og centret anvender deres respektive samtykkeerklæringer til brug for videregivelse af oplysninger.

Barnet/den unge bliver tildelt en sagsleder/sagsansvarlig behandler ved sin første kontakt med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. Hvis centret eller kommunen i behandlingsforløbet vurderer at der er behov for et koordinerende planlægningsmøde, skal sagslederen/den sagsansvarlige behandler på centret arrangere et sådant møde med barnets/den unges netværk, herunder barnets/den unges sagsbehandler/psykolog i kommunen. Sagslederen/den sagsansvarlige behandler på centret skal desuden orientere sagsbehandleren/psykologen i kommunen så snart det i behandlingsforløbet vurderes at der er behov for efterfølgende kommunale foranstaltninger.

Når den behandlende læge på centret har et rimeligt skøn over hvornår barnet/den unge vil være færdigbehandlet, skal sagslederen/den sagsansvarlige behandler varsle den kommunale sagsbehandler/psykolog. Varslingen skal ske så tidligt som muligt og senest 8 dage før barnet/den unge betragtes som færdigbehandlet, hvis der er behov for at iværksætte nye sociale foranstaltninger.

Varslingsforpligtelsen gælder kun i forhold til børn/unge som modtog kommunale foranstaltninger på indlæggelsestidspunktet, eller som skønnes at kunne få brug for kommunale foranstaltninger i forbindelse med udskrivning. I de tilfælde hvor en ung selv begærer sig udskrevet – og der ikke er grundlag for tvangstilbageholdelse – suspenderes varslingsforpligtelsen. Centret er i disse tilfælde kun forpligtet til at orientere kommunen. Centret skal altid oplyse kommunen om det tidspunkt hvor barnet/den unge faktisk er færdigbehandlet.

I de tilfælde hvor Børne- og Ungdomspsykiatriske Center Glostrup vurderer at der er behov for kommunale foranstaltninger eller hvis det i øvrigt er relevant, skal centret arrangere et koordinerende udskrivningsmøde med barnets/den unges netværk, herunder sagsbehandler/psykolog i kommunen. Centret skal i god tid inden mødet orientere sagsbehandleren/psykologen om hvilke tiltag der vil blive anbefalet på mødet, så kommunen har mulighed for at forberede sagen. Eventuelle aftaler fra mødet noteres i et beslutningsreferat der både lægges i journalen og sendes til kommunen.

Når der er behov for kommunale foranstaltninger, og centrer vurderer at det er relevant, skal sagslederen/den sagsansvarlige behandler endvidere udarbejde en erklæring om barnet/den unge til sagsbehandleren/psykologen i kommunen. Erklæringen skal foreligge så tidligt som muligt og senest 10 arbejdsdage efter udskrivningen.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at det tit var svært at få det rigtige tilbud i kommunerne til et barn eller en ung efter færdigbehandling på centret. Det blev imidlertid ikke drøftet nærmere om der på centret var et antal indlagte færdigbehandlede patienter som ventede på at blive "taget hjem" af kommunerne.

Jeg beder om at få oplyst det samlede antal indlagte færdigbehandlede patienter på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup i 2008 og 2009 der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi kommunerne ikke kunne hjemtage dem til socialpsykiatriske tilbud eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger.

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

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

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

...

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

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

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

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

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

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

Jeg beder centret om at oplyse om der for nogle børn/unge kan være behov for at lave udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner efter psykiatrilovens § 13 a og § 13 b – og i givet fald hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner centret har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2008 og 2009.

5.17. Aktindsigt

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

§§ 37-38 i sundhedsloven havde tidligere følgende ordlyd:

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

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

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

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

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

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

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

Bestemmelsen i § 37 svarede til de tidligere bestemmelser i § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling, § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger og § 9, stk. 2, i offentlighedsloven.

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

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

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

Stk. 2. En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en 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:

”Efter forslaget vil det fortsat være muligt at begrænse forældremyndighedsindehaverens adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns journaler i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Bestemmelsen kan anvendes i tilfælde, hvor følsomme journaloplysninger om fx abort, behandling for kønssygdom, prævention og blodtransfusion, kan komme den mindreårige til skade, hvis de kommer til forældremyndighedsindehaverens kendskab.

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

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

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

I sundhedslovens § 17, stk. 3, er det fastsat at en patient der er fyldt 15 år, har ret til aktindsigt efter bestemmelserne i lovens §§ 36-39.

Det informationsmateriale til patienter og pårørende som jeg har modtaget fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i forbindelse med inspektionen, indeholder ikke oplysninger om retten til aktindsigt. På centrets hjemmeside er der heller ikke information om reglerne om aktindsigt.

På Region Hovedstadens Psykiatris hjemmeside er der under ”Patientrettigheder” en detaljeret information om retten til aktindsigt – bl.a. hvilke oplysninger der er omfattet, hvornår aktindsigt kan nægtes eller begrænses, tidsfrister vedrørende aktindsigt og klagevejledning. Der er desuden et afsnit om mindreåriges ret til aktindsigt. Heraf fremgår følgende:

”Mindreårige

Hvis du er mindreårig og er fyldt 15 år, har du som hovedregel selv ret til aktindsigt; også hvis dine forældre ikke ønsker det.

Dine forældre (hvis de har forældremyndigheden) kan også få aktindsigt i din journal, med mindre der er særlige hensyn at tage til dig.

For eksempel kan dine forældre ikke få aktindsigt i journaloplysninger, der drejer sig om prævention, abortindgreb eller behandling for kønssygdomme.

Dine forældre kan heller ikke få aktindsigt i oplysninger, du har givet om dine forældre, hvis det kan skade jeres forhold, at de får disse oplysninger.”

På Psykiatriens hjemmeside er det også muligt at læse Psykiatriens pjec 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/forældremyndighedsindehaveres anmodninger om 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 eller forældremyndighedsindehaveren og i givet fald hvem det er, og i hvilken form aktindsigt normalt meddeles (kopi, gennemsyn eller mundtlig underretning).

Jeg beder endvidere centret om at oplyse hvilken praksis centret har i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter der er fyldt 15 år, og hvis psykiske tilstand på tidspunktet for anmodningen om aktindsigt er meget dårlig.

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrups hjemmeside er der ikke en henvisning til informationen om aktindsigt på Psykiatriens hjemmeside. Jeg beder derfor centret om at overveje at indsætte et link på sin hjemmeside.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i min rapport om inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup har skrevet at jeg går ud fra at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder bliver ajourført i overensstemmelse med de ændrede regler om aktindsigt i patientjournaler mv.

Jeg går ud fra at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder udleveres til eller er tilgængelige for alle patienter og pårørende på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

5.18. Pårørendekontakt

Det er velkendt at inddragelse af en patients pårørende i sygdomsforløbet kan have væsentlig betydning for patienten, både under indlæggelsen og i det senere forløb efter udskrivningen. Dette gælder særlig når der er tale om behandling af børn og unge. I forbindelse med inddragelsen af forældre/pårørende opstår der samtidig spørgsmål om samtykke hertil fra patientens side når patienten er fyldt 15 år. Jeg henviser til pkt. 2.2 om lovgrundlaget for behandling af børn og unge ovenfor.

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

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

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

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

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. I forlængelse heraf vil Psykiatrien også udarbejde fælles standarder for pårørendesamarbejde. Psykiatrien vil desuden udvikle materiale til patienter og pårørende om de forskellige behandlingsmuligheder, henvisningsregler og henvendelsesmuligheder for psykisk syge og deres pårørende. Herudover vil Psykiatrien bl.a. udvikle fælles standarder for psykoedukation og tilbyde psykoedukation til patienter og pårørende på samtlige centre.

Jeg kan til orientering 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.

På hjemmesiden for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup fremgår det af patient- og pårørendeinformationerne at der på de børnepsykiatriske afsnit er et tæt samarbejde med barnets familie i form af samtaler og forskellige aktiviteter. Om kontakten til de pårørende på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit er det oplyst at samarbejdet med familie og pårørende søges at være tæt, og forældrene orienteres løbende gennem indlæggelsesforløbet. De unges pårørende har desuden mulighed for at deltage i en pårørendegruppe. I det lukkede ungdomspsykiatriske afsnits trykte informationsmateriale til forældre oplyses det at forældrene kort efter den unges indlæggelse bliver indkaldt til en gensidigt orienterende samtale, og at forældrene herefter løbende via samtaler bliver orienteret om undersøgelses- og behandlingsforløb. Forældrene har også mulighed for at deltage i en forældregruppe.

Det børnepsykiatriske døgnafsnit (afsnit 59) har i perioden fra den 24. oktober 2006 til den 27. september 2007 deltaget i det nationale gennembrudsprojekt "Styrkelse af den fælles indsats i børne- og ungdomspsykiatrien". Projektet blev iværksat af det tidligere Velfærdsministerium, det tidligere Ministerium for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner. Det fremgår af slutrapporten fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup at afsnit 59 i forbindelse med projektet bl.a. udarbejdede en klinisk vejledning om inddragelse af og samarbejde med pårørende. Vejledningen blev godkendt af centrets lokale kvalitetsråd og blev herefter gældende for hele centret.

Jeg beder om at modtage en kopi af centrets vejledning om inddragelse af og samarbejde med pårørende.

Som tidligere nævnt, har Center for Kvalitetsudvikling i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 for Danske Regioner foretaget en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit.

I undersøgelsen af forældretilfredsheden på dag- og døgnafsnit deltog på landsplan 1153 forældre til børn fra 33 børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Svarprocenten var 58 hvilket bliver betegnet som "acceptabelt" i undersøgelsen.

I Region Hovedstaden deltog i alt 405 forældre. Her var svarprocenten 60. På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup deltog forældre til børn fra alle dag- og døgnafsnit på centret i undersøgelsen. I Region Hovedstaden deltog herudover forældre til børn på dag- og døgnafsnit i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

113 forældre til børn og unge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup besvarede et spørgsmål om deres oplevelse af personalets interesse i deres erfaringer og viden om barnet/den unge. 78 pct. af forældrene svarede at de "i høj grad" havde oplevet at personalet var interesseret i deres erfaringer og viden om barnet/den unge. 18 pct. svarede at de "i nogen grad" havde oplevet det, mens 4 pct. "kun i mindre grad" havde oplevet det. 1 pct. svarede at de "slet ikke" havde oplevet at personalet var interesseret i deres erfaringer og viden om barnet/den unge.

110 forældre til børn og unge på centret besvarede også et spørgsmål om deres medinddragelse i indlæggelsesforløbet. 65 pct. svarede at de "i høj grad" blev medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det. 27 pct. af forældrene svarede at de "i nogen grad" blev medinddraget i det omfang som de selv gerne ville det, mens 5 pct. oplevede at det "kun i mindre grad" var sket. 4 pct. svarede at de "slet ikke" var blevet medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det.

Tilfredshedsgraden blandt forældrene til børn og unge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup lå på de nævnte punkter på linje med graden af tilfredshed blandt forældrene i Region Hovedstaden samlet set.

Jeg beder Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup om at oplyse om regionens pårørendepolitik har ført til væsentlige ændringer i centrets pårørendesamarbejde.

Jeg beder desuden om at få oplyst hvordan centret sikrer at et (eventuelt) fornødent samtykke foreligger fra patientens side når patienten er fyldt 15 år. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, beder jeg om en kopi heraf.

5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

”...

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, fx regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne

af at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.”

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

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

Jeg 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 min inspektion modtaget husordener fra de tre døgnafsnit – husorden for afsnit 59 dateret maj 2007, husorden for afsnit 61 dateret 3. september 2007 og husorden for afsnit 62 dateret 15. oktober 2007. Husordenerne indeholder de samme punkter som er opregnet i Psykiatriens husordenspolitik.

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

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

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

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

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

De 3 husordener som jeg har modtaget, indeholder – ud over de regler som gælder generelt for alle patienter – også bemærkninger om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed. Det er således oplysninger om bl.a. visitation af patienter og patientstuer, fastholdelse af meget urolige børn, aflåsning af yderdøre på åbent afsnit, overvåget besøg og besøgsforbud.

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

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

Tiderne for besøg på centrets døgnafsnit varierer.

På døgnafsnittet for børn i alderen 7-14 år (afsnit 59) kan familie og venner komme på besøg efter aftale hver dag i bestemte tidsrum om eftermiddagen og om aftenen. Der må højst komme 2 kammerater på besøg ad gangen. Det fremgår af afsnittets husorden at besøgende ikke må være påvirket af rusmidler, og at patienter fra andre psykiatriske afsnit som hovedregel ikke må komme på besøg. Der kan dispenseres fra besøgsreglerne efter aftale med barnets kontaktperson.

På det åbne døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år (afsnit 61) er der besøgsaften om onsdagen kl. 17.00 – 22.00. I dette tidsrum har de unge mulighed for at få besøg på afsnittet eller selv tage hjem på besøg. Ellers foregår besøg efter aftale. Baggrunden for afsnittets besøgstider er at det er væsentligt for den unge at være til stede i afsnittet for at få det fulde udbytte af miljøterapien (jf. afsnittets skriftlige information til forældre). Det fremgår af afsnittets husorden at de besøgendes adfærd skal være afstemt således at andre patienter kan være i afsnittets fællesmiljø. Besøg af mindreårige er tilladt, men personalet kan begrænse besøget hvis det påvirker de andre patienter i negativ retning. Patienter fra andre afsnit kan komme på besøg efter aftale.

På det lukkede døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år (afsnit 62) er der besøgstid efter aftale onsdag kl. 19.00 – 22.00, fredag kl. 14.00 – 22.00, lørdag kl. 10.00 – 22.00 og søndag kl. 10.00 – 17.00. Det fremgår af afsnittets husorden at der i den første uge af indlæggelsen er mere fleksible besøgstider for forældre. Den unge kan normalt have

Besøg af 2 personer ad gangen. Besøg af flere personer skal aftales med personalet medmindre der f.eks. er tale om besøg af familie og søskende som skal finde sted i "slusen". Børn under 14 år kan kun komme på besøg efter særlig aftale, og besøget skal foregå i "slusen". De unge kan som udgangspunkt ikke få besøg af patienter fra andre afsnit på centret. Det oplyses i husordenen at besøg i særlige tilfælde kan være overvåget af personalet, og at både patient og besøgende skal informeres om baggrunden for det.

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

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

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):

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

I husordenen for afsnit 61 oplyses det at visitering af en sengestue er nødvendig i enkelte tilfælde, men at visitering af enkeltpersoner ikke finder sted.

I husordenen for afsnit 62 er der anført følgende om visitation:

”Besøg

...

Patienterne kan på mistanke visiteres efter besøg.

...

Patienter, der har været på udgang uden følge af personale, vil, såfremt der er mistanke om besiddelse af stoffer eller skadevoldende genstande, blive visiteret ved tilbagekomsten til afsnittet.

...

Visitering af sengestuer og enkeltpersoner

Alle patienter vil ved indlæggelsen få visiteret alle deres ejendele. Ejendele, som de ikke må have på sig eller have på eget værelse, opbevares i aflåst rum i den 'blå kasse'. Disse ting er skadevoldende genstande som fx skarpe genstande, lighter/tændstikker, samt værdigenstande, mobiltelefon, kamera, medicin og rusmidler.

Ved mistanke om at patienten er i besiddelse af ovenstående genstande, kan dette medføre visitering af patienten og dennes patientstue.”

Ifølge psykiatrilovens § 19 a, stk. 1, nr. 2 og 3, kan der kun foretages visitation af en patient, en patientstue og en patients ejendele når der er *begrundet mistanke* om at *medikamenter, rusmidler eller farlige genstande* er blevet eller vil blive forsøgt indført.

Jeg går ud fra at husordenerne for afsnit 61 og 62 – hvis det ikke allerede er sket – vil blive præciseret i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a, stk. 1.

På døgnafsnittet for børn i alderen 7-14 år (afsnit 59) må børnene gerne medbringe mobiltelefoner. De må normalt benyttes fra kl. 14 indtil sengetid og opbevares herefter på personalekontoret til næste dag kl. 14 (om fredagen til kl. 12.30). Der er regler om at børnene ikke må fotografere hinanden, og at personalet kun må fotografere efter samtykke. Børnene kan efter aftale med personalet ringe fra afsnittets telefon.

På det åbne døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år (afsnit 61) må de unge have deres mobiltelefoner hos sig på afsnittet hele tiden, men de skal være slukket under aktiviteter. Også her er der en regel i husordenen om at de unge ikke må fotografere hinanden. På afsnit 61 er der desuden en mønttelefon på gangen, som de unge kan benytte.

På det lukkede døgnafsnit for unge i alderen 15-17 år (afsnit 62) opbevares de unges mobiltelefoner i hver patients kasse i et aflåst rum og bliver udleveret efter aftale med personalet. Mobiltelefonerne må kun benyttes i afsnittets telefonrum eller i haven. De unge har også mulighed for vederlagsfrit at benytte afsnittets telefon i telefonrummet.

Det oplyste om patienternes adgang til at telefonere, herunder anvende egen mobiltelefon, giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

5.20. Rygepolitik

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

Den nævnte lov er nu afløst af lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer som trådte i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning (§ 1).

Ifølge § 6, stk. 1, i lov om røgfri miljøer er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige 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 meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Det fremgår af centrets husordener at det kun er tilladt at ryge udendørs. I husordenen for det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62) er det anført at patienter som er forhindret i at gå udenfor for at ryge, skal tilbydes rygesubstitution.

I husordenen for det børnepsykiatriske døgnafsnit (afsnit 59) er det anført at børnene kun må ryge hvis de har tilladelse fra deres forældre/værge.

På det åbne ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61) må patienterne gerne være i besiddelse af tændstikker og lightere, mens det ikke er tilladt hverken på det børnepsykiatriske døgnafsnit (afsnit 59) eller på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit. Forbuddet er begrundet i risikoen for brand og risikoen for selvbeskadigende adfærd hos nogle patienter.

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

Jeg kan til orientering oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har skrevet at det ikke giver mig anledning til bemærkninger at bæltefikserede patienter får lov til at ryge på stuen. Jeg har i den forbindelse henvist til § 10 i lov om røgfri miljøer. Bestemmelsen er omtalt ovenfor.

5.21. Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at medbringe eller indtage alkohol eller euforiserende stoffer på centret. Det fremgår af centrets husordener.

Under inspektionen oplyste ledelsen at alkohol og euforiserende stoffer ikke udgjorde et problem på centret.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport om sit besøg på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup den 12. september 2008 at Region Hovedstaden i brev af 24. november 2008 over for tilsynet har oplyst at ungdomspsykiatrisk afsnit 62 ikke undersøger specifikt for stoffer eller rusmidler da afsnittet ingen problemer har på dette område. Regionen har samtidig oplyst at hvis problemet skulle opstå, vil det straks blive håndteret.

Jeg beder om at få oplyst om der fortsat ikke er problemer med alkohol og euforiserende stoffer på centret.

5.22. Kæresteforhold mellem patienterne

Det fremgår af centrets husordener at kæresteforhold, seksuelt samkvem og seksuelt betonedede kontakter mellem patienterne ikke er tilladt.

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

5.23. Patientindflydelse

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

Som nævnt under pkt. 5.18 ovenfor, har Region Hovedstaden en bruger-, patient- og pårørendepolitik. Formålet med politikken er bl.a. at sætte fokus på det daglige samarbejde med patienter og pårørende og at skabe løbende dialog med patient- og pårørendeforeninger. En af de værdier som politikken bygger på, er formuleret således: "Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig." Heri ligger bl.a. at regionen for at opnå det bedste resultat vil gøre det nemt for den enkelte patient at tage aktiv del i sit eget forløb og gøre det nemt at være med og bidrage som pårørende. 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 og deres pårørende for at lære af deres oplevelser, erfaringer og forslag. Regionen vil derfor lytte til hver enkelt patient og pårørende og fremme deres lyst til og mulighed for at udtrykke sig, stille spørgsmål og tale frit – også om kritiske forhold. Regionen vil bl.a. også nedsætte centrale dialogfora med patient- og pårørendeforeninger.

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside at der årligt holdes 2-3 møder mellem psykiatrien og lederne i Psykiatريفoreningernes Fællesråd som er en paraplyorganisation for en lang række bruger- og pårørendeorganisationer. På møderne aftales og koordineres en række fælles initiativer, arrangementer og tiltag. Det samme sker i den lokale kontakt mellem foreninger og psykiatriske centre.

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

Det fremgår af det informationsmateriale om centrets døgnafsnit som jeg har modtaget, at der på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61) hver dag holdes fælles morgenmøder kl. 8.30 og fælles aftenmøder kl. 16.15 (undtagen fredag hvor de unge

normalt tager hjem på weekend). På morgenmøderne informerer personalet om dagens aktiviteter, og det gennemgås i fællesskab hvordan det seneste døgn er gået for de unge. På aftenmøderne taler man om dagens forløb og planlægger aftenens aktiviteter. De unge har desuden mulighed for at drøfte egne eller fælles problemstillinger.

På det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 62) holdes der også fællesmøder med de unge hver morgen og eftermiddag.

Jeg går ud fra at der også holdes fællesmøder på det børnepsykiatriske døgnafsnit (afsnit 59), og jeg beder om at få nærmere oplysninger om indholdet af disse møder, og hvor ofte de holdes.

Jeg beder desuden om nærmere oplysninger om indholdet af fællesmøderne på afsnit 62.

Endelig beder jeg om at få oplyst om der udarbejdes referat af møder hvor patienternes fælles problemstillinger drøftes, og i givet fald om centerledelsen får kopi af referaterne.

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

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

Som tidligere nævnt, har Center for Kvalitetsudvikling for Danske Regioner i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 foretaget en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit.

I undersøgelsen af patienttilfredsheden deltog på landsplan 646 patienter fra 16 børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit. Målgruppen var patienter der var fyldt 15 år på tidspunktet for deres udskrivning eller overflytning. Svarprocenten var 76 hvilket bliver betegnet som "meget tilfredsstillende" i undersøgelsen. Kun afsnit med minimum 10 svarpersoner er indgået i undersøgelsen.

I Region Hovedstaden deltog i alt 120 patienter. Her var svarprocenten 79. På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup deltog patienter fra det åbne og det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61 og 62) i undersøgelsen. I Region Hovedstaden deltog herudover dag- og døgnafsnit fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

27 patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup (17 patienter fra afsnit 61 og 10 patienter fra afsnit 62) besvarede et spørgsmål om deres samlede indtryk af indlæggelsen. 19 pct. af patienterne (6 pct. på afsnit 61 og 40 pct. på afsnit 62) svarede at deres samlede indtryk af indlæggelsen på centret var "enestående", 22 pct. (24 pct. på afsnit 61 og 20 pct. på afsnit 62) svarede at det samlede indtryk var "godt", mens 59 pct. (71 pct. på afsnit 61 og 40 pct. på afsnit 62) svarede at deres samlede indtryk var "både godt og dårligt". Ingen patienter svarede at deres samlede indtryk var "dårligt" eller "uacceptabelt".

Til sammenligning besvarede i alt 91 patienter på dag- og døgnafsnit i Region Hovedstaden spørgsmålet om det samlede indtryk af deres indlæggelse, og heraf angav 10 pct. at det samlede indtryk var "enestående", 29 pct. svarede "godt" og 46 pct. svarede "både godt og dårligt", mens 9 og 7 pct. svarede henholdsvis "dårligt" og "uacceptabelt".

Et spørgsmål om hvorvidt patienten var tilfreds med den indflydelse som patienten selv havde på sin behandling, blev besvaret af 26 patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup (18 patienter fra afsnit 61 og 8 patienter fra afsnit 62). 23 pct. af patienterne (17 pct. på afsnit 61 og 38 pct. på afsnit 62) svarede "ja i høj grad", 54 pct. (56 pct. på afsnit 61 og 50 pct. på afsnit 62) svarede "ja i nogen grad", mens 23 pct. (28 pct. på afsnit 61 og 13 pct. på afsnit 62) svarede "nej kun i mindre grad". Ingen af patienterne svarede at de slet ikke var tilfredse med den indflydelse de havde haft på deres behandling.

Til sammenligning besvarede i alt 88 patienter i Region Hovedstaden det samme spørgsmål. Heraf svarede 23 pct. (samme andel som på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup) at de i høj grad var tilfredse med deres indflydelse på behandlingen, og 40 pct. at de i nogen grad var tilfredse. 23 pct. (samme andel som på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup) svarede at de kun i mindre grad var tilfredse, mens 15 pct. slet ikke var tilfredse med den indflydelse de selv havde haft på deres behandling.

Der var således en væsentlig større tilfredshed med den samlede indlæggelse hos patienterne på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup end hos patienterne i Region Hovedstaden samlet set idet ingen patienter på centret gav et udelukkende

negativt svar på spørgsmålet om det samlede indtryk af deres indlæggelse. Der var også blandt patienterne på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup en større tilfredshed med deres indflydelse på egen behandling i forhold til patienternes tilfredshed på dette område i Region Hovedstaden samlet set.

5.24. Rekruttering af personale og sygefravær

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

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

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

Psykiatrien har desuden oprettet sit eget vikarcenter fordi Region Hovedstaden pr. 1. juli 2009 ikke længere benytter private vikarbureauer. Vikarcentret åbnede den 1. juli 2009 og har til opgave at rekruttere vikarer og formidle dem til alle vikarvagter for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, lægesekretærer, plejere og pædagoger på de psykiatriske centre i regionen. I august 2009 havde Vikarcentret en dækningsgrad på 60-70 pct. af alle de ledige vagter i Psykiatrien (jf. Psykiatriens Nyhedsbrev nr. 7 2009), og der var 521 vikarer tilknyttet centret. Den 1. marts 2010 var der også 521 vikarer knyttet til centret, og dækningsgraden var oppe på 82 pct.

Det fremgår af Region Hovedstadens hjemmeside at regionen som led i en besparelses- og afskedigelsesrunde har indført ansættelsesstop pr. 15. januar 2010. Ansættelsesstoppet administreres dynamisk, dvs. at der kun er ansættelsesstop inden for de stillinger hvor der er sket afskedigelser, og at der i disse stillingskategorier først søges intern besættelse før stillingen eventuelt slås op eksternt.

Jeg har noteret mig at Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale, og at regionen af økonomiske årsager har indført et ansættelsesstop pr. 15. januar 2010.

Om personalemangel oplyste centerledelsen under inspektionen at det var ret få ansatte centret manglede, og at der primært var tale om sygeplejersker.

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

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

Psykiatrien har for nylig iværksat et projekt (SNIP) som har til formål at nedbringe sygefraværet hos ansatte i Psykiatrien. Projektets væsentligste indsats er at uddanne mellemledere til selvstændigt at finde årsager og løsninger i relation til sygefravær og arbejdsmiljøproblematikker (jf. Psykiatrien Nyhedsbrev nr. 2 2010).

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

I 2004, 2005 og 2006 var det samlede gennemsnitlige sygefravær på henholdsvis 3,2 pct., 4,1 pct. og 4,4 pct. af den totale arbejdstid på centret, og i perioden fra den 1. januar 2007 til den 30. september 2007 var fraværsprocenten 5,1. 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 Retspsykiatrisk Center Glostrup var tallene henholdsvis 6,1 pct., 7,6 pct., 7,5 pct. og 8,1 pct.

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

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

5.25. Vold mod personalet

Det fremgår af husordenerne for de to ungdomspsykiatriske afsnit (afsnit 61 og 62) at vold og trusler om vold mod personalet ikke er tilladt og ikke vil blive accepteret. I husordenen for det åbne afsnit 61 er der desuden anført at overtrædelse af forbuddet kan medføre hjemsendelse og eventuelt udskrivelse.

Under rundgangen på det lukkede døgnafsnit (afsnit 62) blev det oplyst at afsnittet havde haft to grove voldsepisoder. I det ene tilfælde havde en patient trådt sin stilet-hæl gennem foden på et personalemedlem. Der er derfor en regel i husordenen om at patienter ikke må medbringe militærstøvler og højhælede sko/støvler i afsnittet. Det blev desuden oplyst at afsnittet indberetter alle episoder, herunder også når patienter spytter på personalet.

Det nærmere omfang af vold og trusler om vold mod personalet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup blev ikke drøftet under inspektionen.

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

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

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

Endelig beder jeg om at få oplyst om centrets medarbejdere bliver uddannet i at forebygge og håndtere vold og trusler om vold.

5.26. Sprogbarrierer mv.

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

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 og pårørende om anvendelse af tvang som omtalt under pkt. 5.12 ovenfor, findes på andre sprog end dansk.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

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

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

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

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

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

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

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

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

Efter vejledningen skal der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen senest 10 dage efter iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Så længe tvangsforanstaltningen stadig pågår, indberettes tilføjelser til tvangsprotokollen løbende. Ved ophør af tvangsforanstaltningen foretages indberetning snarest herefter. Herudover skal afdelingerne kvartalsvis foretage en kvalitetskontrol af indberetningerne for at sikre at alle iværksatte og afsluttede tvangsforanstaltninger er indberettet.

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

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk 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 at centret i den elektroniske patientjournal gør notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol.

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 10 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1) og 54 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3).

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

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

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

Jeg har som nævnt modtaget 10 skemaer om frihedsberøvelse. Ét af skemaerne vedrører en tvangstilbageholdelse som blev iværksat den 23. december 2006, og tilførslen ligger således uden for den periode (den 1. januar 2007 til den 27. september 2007) som jeg bad om at modtage skemaer fra. Det nævnte skema 1 er derfor ikke indgået i min undersøgelse.

De 9 skemaer om frihedsberøvelse omfatter 9 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 12. januar 2007 til den 8. september 2007. I 4 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse, og i 5 tilfælde er den begyndt som tvangstilbageholdelse.

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

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 5 tilfælde farlighed og i 4 tilfælde helbredsmæssige grunde.

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

punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

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

I 6 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen.

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

I 5 af de 6 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i det sidste tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen dagen efter iværksættelsen.

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

I 7 af de 9 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i tre dage eller længere tid, og i alle tilfælde på nær ét er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven angiver.

I det ene tilfælde (det drejer sig om en frihedsberøvelse på afsnit 62 fra den 25. april 2007 til den 20. juli 2007) er efterprøvelsen efter 10 dage ikke regnet fra tidspunktet for iværksættelsen, men fra tidspunktet for efterprøvelsen efter 3 dage. Efterprøvelsen efter 10 dage er derfor sket den 8. maj 2007 i stedet for den 5. maj 2007. De 3 senere efterprøvelser (efter 20 og 30 dage mv.) er sket på datoer regnet fra iværksættelsen.

Da det i det konkrete tilfælde kun er én efterprøvelse ud af 5 der ikke er sket på det tidspunkt som loven angiver, går jeg ud fra at der er tale om en enkeltstående fejl, og det giver mig ikke anledning til noget.

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

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af en anden læge hvis efterprøvelse snarest herefter skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4 a. Der er rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af såvel datoen for efterprøvelse som datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelsen.

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation i 16 tilfælde samme dag som efterprøvelsen, i 2 tilfælde dagen efter efterprøvelsen og i 1 tilfælde 2 dage efter efterprøvelsen.

I alle 9 skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet.

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

I ét af skemaerne er den nævnte rubrik udfyldt. Datoen for tvangstilbageholdelsen er anført, og overlægen har taget stilling samme dag. Begrundelsen for tvangstilbageholdelsen er helbredsmæssige grunde.

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

6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

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

Jeg har modtaget i alt 54 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Der er 26 skemaer om tvangsfiksering, 26 skemaer om anvendelse af fysisk magt (fastholdelse og beroligende medicin) og 2 skemaer om personlig skærmning over 24 timer.

I min anmodning om at modtage udskrift/kopi af centrets tilførsler i tvangsprotokollen bad jeg om at modtage de 10 seneste skemaer inden for hver af de angivne kategorier i perioden fra den 1. januar 2007 til den 27. september 2007. Jeg har derfor kun gennemgået de 10 seneste skemaer om tvangsfiksering, de 10 seneste skemaer om anvendelse af fysisk magt (fastholdelse og beroligende medicin) og de 2 skemaer om personlig skærmning over 24 timer.

De i alt 22 skemaer som jeg har gennemgået, omfatter i alt 7 patienter og vedrører perioden fra den 3. januar 2007 til og med den 24. september 2007.

De 10 tilførsler om tvangsfiksering vedrører alle anvendelse af bælte. Der er ingen tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme. De 10 tilførsler om anvendelse af fysisk magt omfatter 8 tilfælde af fastholdelse og 2 tilfælde af beroligende medicin.

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.

I 2 tilfælde af fastholdelse som centret har registreret (det drejer sig om en fastholdelse på afsnit 62 den 21. juni 2007 og en fastholdelse på samme afsnit den 27. juli 2007), varede fastholdelsen henholdsvis 5 og 10 minutter, og herefter blev patienterne bæltefikseret.

Jeg går ud fra at det ved begyndelsestidspunktet for fastholdelse ikke var planlagt at patienterne skulle bæltefikseres, og at det derfor har været korrekt at foretage en selvstændig registrering i tvangsprotokollen af de to tilfælde af fastholdelse selv om patienterne i umiddelbar forlængelse af fastholdelsen blev bæltefikseret.

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

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

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

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

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

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

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

I alle 22 skemaer 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 3 af de 10 skemaer om fiksering som jeg har gennemgået, er rubrikken "dato for overlægens stillingtagen" udfyldt. Da der imidlertid i ingen af de 10 tilfælde af fiksering har været anvendt bælte i kombination med remme, skulle rubrikken ikke have været udfyldt.

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

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

Navnet på den ordinerende læge er udfyldt i alle 22 skemaer. I 2 tilfælde er der anført forbogstav og efternavn, og i de resterende tilfælde er det fulde navn anført.

I alle 20 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt er der angivet navne på det implicerede personale.

På 5 skemaer er det fulde navn på de implicerede personalemedlemmer angivet, mens der på de resterende 15 skemaer kun er angivet fornavne. I 4 tilfælde er der sammen med fornavnene på 3 personalemedlemmer anført "hjælp fra andre afs." eller lignende.

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

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

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

Der er (kun) ved 1 af de 10 tilførsler om tvangsfiksering med bælte angivet at fikseringen var frivillig.

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

Jeg beder centret om at redegøre for praksis med hensyn til tilkaldelse af læge i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

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

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, frivillig bæltefiksering, urolig tilstand, afværge 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 døraflåsning). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14, § 17, § 18 c og § 18 e. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I alle 22 tilfælde som jeg har gennemgået, er tvangsindgrebets art anført, men begrundelsen for indgrebet mangler i 2 tilfælde af fiksering og i 1 tilfælde af fastholdelse. I 7 af de 10 tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed, og i 1 tilfælde er der tale om en frivillig bæltefiksering. I 6 af de 8 tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed og i 1 tilfælde forulempelse. I de 2 tilfælde af personlig skærmning over 24 timer er begrundelsen forulempelse af medpatienter eller andre.

Jeg går ud fra at der i de 3 tilfælde af manglende begrundelse blot er tale om en forglemmelse, og det giver mig ikke anledning til noget.

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

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

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

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

Den ændrede psykiatrilov indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde skal en læge der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 6. Tidspunktet for vurderingen ved en ekstern læge, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 9, 10 og 11.

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

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

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

Tvangsfikseringerne med bælte har varet mellem 35 minutter og 1 døgn og 20 timer. Der er notat om efterprøvelser i 6 af de 10 tilfælde. De 4 tilfælde hvor der ikke er sket efterprøvelse, var fikseringer på henholdsvis 35 minutter, 4 timer, knap 2 timer og ca. 6½ time. Generelt set er der foretaget 4 efterprøvelser i og jævnt fordelt over døgnet (dog ikke om natten).

Lægens navn er anført ud for alle tidspunkter for efterprøvelse.

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.

Ingen af de 10 fikseringer har varet i mere end 48 timer, og der har derfor ikke været pligt til at foretage ekstern efterprøvelse.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Børne- og Ungdomspsykiatrisk 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 Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup anfører.

Underretning

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

Lenart Frandsen
Inspektionschef