Udskriftsdato: 19. december 2025

ISP nr 2011.0308 (Gældende)

Inspektion af Psykiatrisk Center København, Afdeling O, den 16. og 17. marts 2009

Ministerium: Folketinget

Inspektion af Psykiatrisk Center København, Afdeling O, den 16. og 17. marts 2009

Indholdsfortegnelse

1 Indledning

2 Centerets organisation mv.

3 Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt
3.2. Skadestue og akut modtageafsnit
3.3. Affektivt afsnit (tidligere afsnit 6211, nu afsnit 6203)
3.4. Afsnit 6112 (lukket afsnit)
3.5.Afsnit 6201 (lukket afsnit)
3.6. Anoreksiklinikken (tidligere afsnit 8741, nu 6402)
3.7. Den fælles have

4 Samtaler med enkelte patienter

5 Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.
5.2. Adgang til frisk luft
5.3. Handicaptilgængelighed
5.4. Navneskilte
5.5. Opbevaring af journaler
5.6. Medicin
5.7. Forplejning
5.8. Beskæftigelse
5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2
5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale
5.11. Behandlingsplaner
5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering
5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang
5.14. Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte
5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centret
5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner
5.17. Aktindsigt
5.18. Pårørendekontakt
5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.
5.20. Rygepolitik
5.21. Euforiserende stoffer og alkohol
5.22. Kæresteforhold mellem patienterne
5.23. Patientindflydelse
5.24. Rekruttering af personale og sygefravær
5.25. Vold mod personalet

5.26. Sprogbarrierer mv.
6 Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen
.
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse
6.2. Tvangsbehandling
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt
6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning
Opfølgning
Underretning

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 3 af embedets øvrige medarbejdere den 16. og 17. marts 2009 inspektion af Psykiatrisk Center Rigshospitalet (nu Psykiatrisk Center København). Den 17. marts 2009 foretog jeg desuden inspektion af Distriktspsykiatrisk Center Indre Østerbro, og den 18. marts 2009 foretog jeg inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Skovvænget i Ballerup, som hører under Region Hovedstaden. Der er udarbejdet særskilte rapporter om distriktspsykiatrien og botilbuddet.

Folketingets Ombudsmand har tidligere – den 14. december 1987 – foretaget inspektion af Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling O.

Inspektionen af Psykiatrisk Center Rigshospitalet i 2009 omfattede en indledende samtale med repræsentanter for ledelsen og medarbejderne på centeret og repræsentanter for Region Hovedstadens Psykiatri (Psykiatrien), rundgang på udvalgte afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med repræsentanter for centerledelsen og Psykiatrien.

Under inspektionen bad jeg om at modtage kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2008 til 26. november 2008 (da inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. organisationsdiagram, husordener, pjecer til patienter og pårørende, halvårsrapport om opfølgning på resultataftalerne 2008 og resultataftale 2009.

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

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Center København, Afdeling O og Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at give myndighederne lejlighed til at komme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold der er beskrevet i rapporten. Region Hovedstadens Psykiatri har i en e-mail af 15. februar 2011 meddelt at der ikke er bemærkninger til de faktiske forhold.

2. Centerets organisation mv.

Psykiatrisk afdeling på Rigshospitalet blev den 1. januar 2007 udskilt fra Rigshospitalets drift, og Psykiatrisk Center Rigshospitalet blev etableret som en selvstændig enhed under Region Hovedstaden.

Fra den 1. januar 2010 er Psykiatrisk Center Rigshospitalet lagt sammen med Psykiatrisk Center Bispebjerg, og de to centre hedder nu Psykiatrisk Center København. Centeret hører under Region Hovedstadens Psykiatri, som består af 10 voksenpsykiatriske centre, 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre, 9 sociale tilbud og en fælles administration. De voksenpsykiatriske centre i regionen er inddelt i fire planlægningsområder - Nord, Midt, Syd og Byen. Psykiatrisk Center København hører sammen med Psykiatrisk Center Frederiksberg under planlægningsområde Byen.

Psykiatrisk Center Rigshospitalet omfattede på inspektionstidspunktet 7 sengeafsnit bestående af psykiatrisk skadestue og akut visitationsafsnit, 2 lukkede afsnit, 3 åbne afsnit, herunder et afsnit særligt for patienter med affektive lidelser, og et afsnit for patienter med spiseforstyrrelser (Anoreksiklinikken). Centret havde i alt 87 normerede sengepladser. Centrets optageområde bestod af Indre by og Østerbro.

Det nye center – Psykiatrisk Center København – består af 4 afdelinger: Afdeling A, der er en akutmodtageafdeling som omfatter psykiatrisk skadestue og psykiatrisk udrykningstjeneste, og 3 bydelsrettede afdelinger – Afdeling B, der betjener borgere fra henholdsvis København NV og Brønshøj-Husum, Afdeling N, der betjener borgere fra Nørrebro, og Afdeling O, der betjener borgere fra København C og Østerbro. Centerets optageområde har i alt ca. 250.000 borgere.

Afdeling O på Psykiatrisk Center København svarer i store træk til det tidligere Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Afdelingen omfatter 5 sengeafsnit – 2 intensive lukkede afsnit (afsnit 6201 og 6112), 1 åbent afsnit (afsnit 6221 – tidligere afsnit 6221 og 6402) og 2 specialafsnit som behandler henholdsvis patienter med affektive lidelser (afsnit 6203 – tidligere afsnit 6211) og patienter med spiseforstyrrelser (Anoreksiklinikken afsnit 6402 – tidligere afsnit 8741). Til Afdeling O hører – ligesom det hørte til Psykiatrisk Center Rigshospitalet – også 1 distriktspsykiatrisk center inklusive 1 OP-team, 1 OPUS-team, Sexologisk klinik, Klinik for angst og OCD, Krise- og katastrofepsykiatrisk center og Videncenter for transkulturel psykiatri.

Afdeling O ledes af den tidligere klinikchef for Psykiatrisk Center Rigshospitalet og en udviklingschef.

Afdeling O har ligesom det tidligere Psykiatrisk Center Rigshospitalet et tæt samarbejde med Distriktspsykiatrisk Center Østerbro.

I forbindelse med sammenlægningen af de to psykiatriske centre lukkede den psykiatriske skadestue på Psykiatrisk Center Rigshospitalet den 1. december 2009, og borgere fra Indre by og Østerbro er herefter henvist til at benytte den psykiatriske skadestue på Bispebjerg Hospital.

I det følgende vil det tidligere Psykiatrisk Center Rigshospitalet blive omtalt som Afdeling O eller blot afdelingen, bortset fra de tilfælde hvor det vil være mest korrekt at anvende den tidligere betegnelse.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Center København har hovedadresse på Bispebjerg Bakke 23 ved Bispebjerg Hospital, men centerets sengeafsnit ligger indtil videre (stadig) både på Bispebjerg Bakke (det tidligere Psykiatrisk Center Bispebjerg) og på Rigshospitalets matrikel på Blegdamsvej (det tidligere Psykiatrisk Center Rigshospitalet, nu Afdeling O). Der er planer om at samle afsnittene fra de to tidligere centre i et nyt fælles center med enestuer. Den fysiske samling skal ske dels ved at bygge nyt, dels ved at ombygge

nogle af bygningerne på Bispebjerg Hospital. Færdiggørelse og ibrugtagning af de nye arealer vil ske løbende over en periode på 10-12 år (jf. virksomhedsplan for Region Hovedstadens Psykiatri 2010).

Afdeling O's sengeafsnit har adresse på Edel Sauntes Allé 10 (tidligere Borgmester Jensens Allé), 2100 København Ø. Afdelingen består af 3 bygninger som omkranser en stor fælles have.

Stueetagen i 2 af bygningerne på Edel Sauntes Allé blev renoveret i 2008 (det lukkede afsnit 6201 og den tidligere skadestue og modtagelse). På inspektionstidspunktet var der planer om en større renovering som på sigt skulle omfatte en istandsættelse af alle lokaler til samme standard som den renoverede stueetage, men det var usikkert hvornår planen kunne sættes i værk.

Jeg går ud fra at der ikke længere er planer om en større renovering af bygningerne på Edel Sauntes Allé efter fusionen med Psykiatrisk Center Bispebjerg og de nuværende planer om et nyt fælles center i bygninger på Bispebjerg Bakke.

På inspektionstidspunktet havde Psykiatrisk Center Rigshospitalet 87 normerede sengepladser (jf. Resultataftale 2009, s. 5). Heraf var 23 lukkede senge. Afdeling O har 68 normerede sengepladser, hvoraf 23 er lukkede senge og 45 er åbne.

Ved inspektionen besigtigede jeg den tidligere skadestue og akut modtageafsnit, de 2 lukkede afsnit (afsnit 6112 og 6201), det åbne affektive afsnit (tidligere 6211, nu 6203) og Anoreksiklinikken.

3.2. Skadestue og akut modtageafsnit

Som oplyst ovenfor blev den psykiatriske skadestue på Psykiatrisk Center Rigshospitalet nedlagt pr. 1. december 2009. Jeg vil derfor ikke i denne rapport foretage en nærmere beskrivelse og gennemgang af de fysiske forhold i skadestuen og det akutte modtageafsnit.

3.3. Affektivt afsnit (tidligere afsnit 6211, nu afsnit 6203)

Det affektive afsnit er et åbent afsnit primært for patienter med depression og mani (affektive lidelser). Afsnittet ligger på 1. sal og har i dag 14 sengepladser.

På inspektionstidspunktet havde afsnittet 11 sengepladser fordelt på 7 enestuer og 2 tosengsstuer. Herudover var der 3 dagpatienter knyttet til afsnittet. Jeg besigtigede en enestue og en tosengsstue.

Enestuen (stue 3) er ca. 15 m^2, og den var indrettet med en hvid hospitalsseng, et hvidt hospitalssengebord på hjul med skuffer og et lille skab, et lille bord med en stol, en lænestol og et højt skab med lås. Væggene er hvide, på nær én der er malet blå, der er hvide gardiner med meget lyse tern og gråt linoleum på gulvet. Belysningen består af en hvid sengelampe og et neonrør placeret højt på væggen. Derudover er der en håndvask med spejl, og ved vasken er der flydende sæbe og papirhåndklæder. Udsmykningen på stuen bestod af et billede og en opslagstavle.

Tosengsstuen (stue 5) er ca. 25 m^2. Den var indrettet på samme måde som enestuen, dog er den farvede væg malet i en varm gul nuance i stedet for blå. Møblementet var også magen til møblementet på enestuen.

Ingen af de besigtigede stuer har eget bad og toilet. Der er kun én stue på afsnittet med eget bad og toilet. Personalet oplyste at denne stue bliver anvendt til patienter der har behov for at blive skærmet på egen stue. Personalet oplyste i øvrigt at tildelingen af enestuer til patienterne bygger på et behandlings- og plejemæssigt skøn, og at der ved vurderingen indgår mange forskelligartede hensyn.

Der er 2 fælles toiletter og 2 fælles baderum og et handicapegnet toilet- og baderum på afsnittet. Jeg besigtigede det handicapegnede toilet- og baderum. Det var indrettet med hvide vægge, grå linoleum på gulvet og på væggene i brusenichen og hvid sanitet. Ved toilettet var der monteret armstøtter og

et forhøjet toiletsæde, og der var plads på begge sider af toilettet. I brusenichen stod en badestol. Ved håndvasken var der både flydende sæbe, desinfektionsmiddel og papirhåndklæder. På den ene væg var der hylder med rent undertøj, håndklæder, vaskeklude mv. Der var et dørtrin ind til det handicapegnede toilet- og baderum, og der var en kant på gulvet ved brusenichen.

Som jeg bemærkede under inspektionens afsluttende samtale med ledelsen, opfylder det handicapegnede toilet- og baderum på afsnittet ikke de nutidige krav til sådanne rums størrelse og indretning. Jeg henviser til pkt. 5.3 om handicaptilgængelighed nedenfor.

Jeg havde under inspektionen en samtale med 3 patienter fra det affektive afsnit. De gav udtryk for at alle patienter efter deres opfattelse burde have enestue med adgang til eget bad og toilet.

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, og at Psykiatrisk Center København inden for en årrække skal samles i et nyt/nyrenoveret byggeri med enestuer. Og jeg går ud fra at enestuerne bliver med adgang til eget bad og toilet.

Afsnittes lange gangareal havde en lys gul farve på væggene, en skinne med uplightbelysning på den ene væg og gråt linoleum på gulvet. Der var nogle få billeder som udsmykning og en stor informationstavle med bl.a. fornavne på de enkelte patienter og deres kontaktpersoner. Ca. midt på gangarealet, hvor der er indgang til spisestuen, er der et flerfarvet mønster i gulvbelægningen og mange spotlights i loftet.

På inspektionstidspunktet var der overbelægning på afsnittet, og der var placeret 3 patientsenge på gangen. Den ene seng var placeret ca. halvvejs nede ad gangen, delvis bag en skærm. Patienten, der havde en pårørende hos sig, græd og gav indtryk af at have det meget dårligt. Når andre patienter, personalet og eventuelle besøgende færdedes på gangarealet, var de nødt til at passere tæt forbi patienten på gangen.

Den anden patientseng på gangen var tom på det tidspunkt hvor jeg besigtigede afsnittet, og det skyldtes at patienten var til ECT-behandling.

Den tredje patientseng på gangen var placeret for enden af gangarealet hvor der var mindre aktivitet. Der var ingen skærm ved sengen. Jeg havde senere på dagen en samtale med den pågældende patient (jf. ovenfor om min samtale med 3 patienter fra afsnittet). Hun oplyste at hun havde været indlagt i 16 dage, og at hun siden indlæggelsen havde været placeret på gangen. Hun havde haft en skærm ved sin seng de første 14 dage, men mens hun havde været hjemme på weekend, var skærmen blevet flyttet til en ny patient på gangen, og der var kun én skærm til rådighed på afsnittet. Patienten efterlyste også et opbevaringsmøbel til sine medbragte ejendele. De 2 andre patienter som deltog i samtalen, fortalte at det skaber utryghed blandt de øvrige indlagte når patienter bliver placeret på gangen fordi patienterne frygter at de bliver udskrevet på grund af overbelægning.

Det gjorde et særligt indtryk på mig at nogle patienter, herunder en patient der havde det meget dårligt, var henvist til at tage ophold i senge på gangarealet hvor mange mennesker (andre patienter, personale og besøgende) passerer forbi i løbet af dagen.

Placering af en patient på gangen bør efter min opfattelse kun ske i tilfælde hvor det er absolut nødvendigt fordi det ikke er muligt at placere patienten et andet sted, og kun i et meget begrænset tidsrum. Og som jeg gav udtryk for under inspektionen, bør en patient der er placeret på gangen, som et minimum have en skærm for sengen og et skab hvor det er muligt at opbevare og låse sine ejendele inde.

Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.1 om overbelægning nedenfor.

Afsnittets store spise- og opholdsstue blev sat i stand ultimo 2008 og fremstod rigtig pæn og lys med nyt møblement bestående af flere små, runde borde i lyst træ, grå/blå stole, sofa og et tv. Der er et glasparti ud mod gangen. Væggene var malet i hver sin lyse farve og udsmykket med billeder. Der var

adskillige grønne planter og en behagelig belysning fra spotlights i loftet og store, hvide lamper over hvert spisebord. I den ene ende af lokalet var der en buffet. Køkkenet, der har direkte forbindelse til spisestuen, var aflåst, og der er kun adgang for personalet.

Spisestuens vinduer og vinduerne på de patientstuer jeg besigtigede, var sikrede med nøglelåse fordi afsnittet tidligere havde fungeret som et lukket afsnit.

Med hensyn til de låste vinduer henviser jeg til pkt. 5.14 om aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte nedenfor.

De bygningsmæssige forhold på det affektive afsnit giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor.

3.4. Afsnit 6112 (lukket afsnit)

Afsnit 6112 er et lukket afsnit med 12 sengepladser. Afsnittet ligger på 1. sal i forlængelse af det affektive afsnit.

Afsnittet har 8 enestuer og 2 tosengsstuer. Jeg besigtigede en enestue og en tosengsstue.

Alle patientstuer og afsnittets øvrige rum vender ud til en lang gang med gule vægge, hvide loftsplader og lysebrunt linoleum på gulvet. Der er en skinne med uplightbelysning på den ene side af gangen og hvide væglamper på den anden side. Der er få billeder på væggene. For enden af gangen er der en patienttelefon, og her er væggen om et vindue malet orange. Dørene til patientstuerne har rammer i forskellige farver med et matteret glasparti i midten. Det er ikke muligt at se gennem glasset.

Enestuen som jeg besigtigede, var på ca. 13 m^2, og den lignede stort set den enestue jeg besigtigede på det affektive afsnit. Møblementet bestod af en hvid standardhospitalsseng, et hvidt hospitalssengebord på hjul med skuffer og et lille skab, et lille bord, et sofabord, 3 forskellige stole og et højt skab med lås. Derudover var der en håndvask med spejl, og ved vasken var der flydende sæbe og papirhåndklæder. Væggene var hvide, på nær én der var malet i en turkis nuance, der var hvide gardiner med meget lyse tern og gråt linoleum på gulvet. Stuen havde uplightbelysning monteret på væggene, sengelampe og et lille lysstofrør over håndvasken. Der var ingen udsmykning på væggene.

Tosengsstuen (stue 10) er ca. 17 m^2. Den var indrettet og møbleret stort set som enestuen. Loftsbelysningen var dog her lysstofrør. De 2 senge stod forholdsvis tæt på hinanden, og der var sat en ca. 3 m lang, blå skærm imellem dem. Der var heller ikke her nogen udsmykning på væggene, bortset fra en meget lille opslagstavle.

Som jeg bemærkede under inspektionen, gav de patientstuer jeg besigtigede – både på det affektive afsnit og afsnit 6112 – på grund af den manglende eller meget sparsomme udsmykning af væggene sammen med anvendelsen af traditionelle hospitalssenge et betydeligt indtryk af somatisk sygehus.

Jeg har i forbindelse med tidligere inspektioner af psykiatriske afdelinger fået oplyst at der anvendes traditionelle hospitalssenge i stedet for sovesofaer/brikse ud fra hygiejniske og arbejdsmiljømæssige hensyn. Anvendelsen af de traditionelle senge kan derfor ikke give mig anledning til bemærkninger.

Under den afsluttende samtale oplyste ledelsen at der ikke ligger bestemte principper bag den manglende eller sparsomme udsmykning, og jeg opfordrede derfor ledelsen til at overveje spørgsmålet om udsmykning af væggene på patientstuerne. Jeg beder ledelsen om at oplyse om resultatet af disse overvejelser.

Ingen af afsnittets patientstuer har eget toilet og bad. Der er et fælles toilet- og baderum på gangen med ét herre- og ét dametoilet og 2 baderum – et lille baderum med håndvask og bruseniche samt et stort handicapegnet baderum. Derudover er der også et separat toilet på afsnittet. Toilet- og baderummene var indrettet med lys grå linoleum på væggene, mørk grå linoleum på gulvet og hvid sanitet. På

inspektionstidspunktet var det store baderum under renovering på grund af en vandskade. Der var således kun det lille baderum til rådighed for 12 patienter. Dette baderum fremtrådte meget nedslidt. Der var brændemærker efter cigaretter i linoleummet, spejlet over vasken var gennemtæret, og bruseforhænget så gammelt og beskidt ud. Hverken baderummet eller toiletterne fremstod pænt rengjorte, men det skyldtes muligvis at den daglige rengøring ikke havde fundet sted på tidspunktet for inspektionen.

Som jeg tilkendegav under inspektionen – og som ledelsen i øvrigt var enig med mig i – er toilet- og badeforholdene på afsnittet ikke tilstrækkelige til 12 patienter, og de trænger til renovering. Da der på inspektionstidspunktet var planer om en større renovering svarende til den renovering der er foretaget i stueetagen (den tidligere skadestue og akutmodtagelsen samt det lukkede afsnit 6201), bad jeg ledelsen om at overveje at gøre toilet- og badefaciliteterne pænere i tiden indtil en egentlig renovering ved f.eks. at udskifte gennemtærede spejle, gamle bruseforhæng mv.

Jeg går som tidligere nævnt ud fra at der ikke længere er planer om en større renovering af bygningerne på Edel Sauntes Allé, men da jeg har forstået at en flytning til nye lokaler ikke er nært forestående, beder jeg om at få oplyst om der er gjort noget for at forbedre toilet- og badeforholdene på afsnit 6112.

Afsnittet har 2 opholdsstuer som ligger over for hinanden. Der var et tv i begge stuer. Den ene stue var indrettet med en sofa og 2 lænestole, en reol med bøger og spil, og der var billeder på væggene. Den anden stue var indrettet med 2 sorte lædersofaer, der var grønne planter, og på en reol under tv'et var der bøger og blade.

Afsnittet har også en stor spisestue med glaspartier ud mod gangen. Den var indrettet med gule vægge, 3 runde borde i lyst træ med hvide lamper over og et køleskab. Der var få billeder på væggene, og i et hjørne stod en reol med forskellige spil. Som på det affektive afsnit var der låst til køkkenet, da kun personalet har adgang hertil. Køkkenet havde modtaget en "glad smiley" ved sundhedsmyndighedernes tilsyn kort tid før inspektionen.

Ud over de allerede nævnte fællesrum har afsnittet desuden et stort aktivitetsrum (ca. 30 m^2). Det fremstod lyst og pænt vedligeholdt med hvide vægge, gråt linoleum på gulvet og et godt lysindfald fra de store vinduespartier. Det var udstyret med en motionscykel, bordfodbold, bordtennis, et klaver, et whiteboard og et strygebræt samt nogle borde og stole. Der var heller ikke her udsmykning på væggene.

På inspektionstidspunktet var der et rygerum på afsnittet. Jeg henviser i den forbindelse til pkt. 5.20 om rygepolitik nedenfor.

Jeg besigtigede også afsnittets medicinrum hvor medicinen bliver opbevaret i et aflåst skab. I medicinrummet er der desuden afsnittets bælter og remme til fikseringer. De opbevares i poser på en knagerække.

De bygningsmæssige forhold på afsnit 6112 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor.

3.5. Afsnit 6201 (lukket afsnit)

Afsnit 6201 er et lukket afsnit med 11 sengepladser. Afsnittet ligger i stueetagen og blev som tidligere nævnt renoveret i 2008. Alle patienter har enestuer med eget bad og toilet, bortset fra 2 stuer som deler et stort handicapegnet toilet- og baderum. Der er adgang til dette toilet- og baderum fra gangen (gennem en stor skydedør).

For at komme ind på afsnit 6201 skal man igennem en sluse. Lige efter slusen ligger afsnittets opholdsstue i åben forbindelse med gangarealet. Opholdsstuen er indrettet med tv og adskillige lænestole.

Efter opholdsstuen skal man igennem et glasparti på gangen for at komme ind på den øvrige del af afsnittet.

Det lange gangareal fremtræder lyst med lysegule vægge, grønne døre og uplight-belysning. Afsnittets kontor er bygget lidt ud på gangarealet og forsynet med et stort glasparti så personalet har et godt udsyn over gangen, og patienterne kan se ind i kontoret.

Afsnittets spisestue ligger ligesom opholdsstuen også i åben forbindelse med gangarealet. Spisestuen er indrettet med en buffet, og der er også gjort plads til et stort tv. Fra spisestuen er der udgang til den store fælles have gennem en form for udestue der fungerer som rygerum for afsnittets patienter. Rummet er overdækket med sider af trådnet, og det er indrettet med nogle stole og askebægre. Fra rygerummets dør fører en trappe ned i haven.

Jeg besigtigede en af patientstuerne på afsnit 6201 (stue 8). Den er møbleret med en hospitalsseng med sengebord og sengelampe, et bord med 2 stole, en lænestol og et højt skab med lås. På den ene væg hang et whiteboard, herudover var der ingen udsmykning af væggene. Det blev oplyst at patienten havde taget det billede ned som stuen ellers var udsmykket med.

Afsnittet har et stort aktivitetsrum der er udstyret med bordfodbold, bordtennis, motionscykel, boksebold, stepmaskine og massagebriks.

Afsnittet har desuden et lokale til ergoterapi, der er indrettet med et stort ovalt bord med plads til mange, et klaver, et musikanlæg og et tv. Lokalet har en fin udsmykning i form af nogle gamle relieffer, og væggen rundt om reliefferne er malet i en varm orange farve. Afsnit 6201 ligger som nævnt i stueetagen, og ergoterapilokalets store vinduespartier vender lige ud mod en parkeringsplads på afdelingens område. Der er derfor mulighed for at de personer der benytter parkeringspladserne, kan se lige ind i ergoterapilokalet.

Under inspektionens afsluttende samtale nævnte jeg problemet med indkig i ergoterapilokalet for ledelsen, og jeg bad ledelsen om at overveje at sætte film på vinduerne så det ikke længere er muligt at se fra parkeringspladsen hvem der opholder sig i lokalet. Jeg beder om at få oplyst resultatet af disse overvejelser.

Afsnit 6201 gav generelt et rigtigt pænt indtryk, og jeg har ingen bemærkninger til de bygningsmæssige forhold ud over det jeg har anført om indkig i ergoterapilokalet.

3.6. Anoreksiklinikken (tidligere afsnit 8741, nu 6402)

Anoreksiklinikkens lokaler lå på inspektionstidspunktet på Strandboulevarden (Strandboulevarden 49, bygning 4, 4. sal, 2100 København Ø), og under inspektionen blev det oplyst at der var overvejelser om at flytte klinikken til andre lokaler.

Anoreksiklinikken, som har 10 sengepladser, er nu flyttet ind i Afdelings O's bygninger på Edel Sauntes Allé 10, og denne rapport vil derfor ikke indeholde en nærmere beskrivelse og gennemgang af de fysiske forhold i klinikken.

3.7. Den fælles have

Afdelingens have er anlagt inden for de seneste år og er på størrelse med en stor villahave. Haven er anlagt med en stor fliseterrasse hvorpå der er en træpavillon på ca. 9 m^2 med havestole, en beachvolleyball-bane med en basketball-kurv i den ene ende og et græsareal med små træer, bænke og et muret grillsted.

Haven er på 3 sider omgivet af Afdelings O's bygninger, mens den fjerde side vender ud mod Henrik Harpestrengs Vej. På de sider hvor der er mulighed for at komme ud af haven, er den forsynet med et ca.

4 meter højt trådhegn der er rettet indad foroven så det er svært at forcere. Hegnets trådmasker er også konstrueret så de er vanskelige at klatre op ad.

Langs hegnet ud mod Henrik Harpestrengs Vej var beplantningen endnu ikke blevet høj og tæt, og et enkelt sted manglede beplantningen helt. Selv om der er en græsplæne mellem fælleshaven og vejen, var haven således ikke tilstrækkeligt skærmet mod at forbipasserende kunne kigge ind i haven.

Det er min opfattelse at psykiatriske patienter bør kunne opholde sig udendørs et sted hvor forbipasserende der færdes på stier eller veje udenfor, ikke kan kigge ind, da det ellers kan få patienterne til at føle sig udstillet.

Under inspektionens afsluttende samtale bad jeg ledelsen om at overveje at skærme haven bedre. Jeg beder om at få oplyst resultatet af disse overvejelser.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med 8 patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. Alle patienterne modtog umiddelbart efter inspektionen hver især et separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Nogle af samtalerne drejede sig bl.a. om generelle forhold som mangel på enestuer med eget bad og toilet, patienter placeret på gangen og manglende aktivitetsmuligheder. Disse emner er berørt under pkt. 3 ovenfor og under pkt. 5.1 og 5.8 nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

På inspektionstidspunktet havde Psykiatrisk Center Rigshospitalet 87 normerede sengepladser (jf. Resultataftale 2009, s. 5). Heraf var 23 lukkede senge og 64 åbne senge.

Psykiatrisk Center Rigshospitalet behandlede i 2007 i alt 3.943 cpr-numre, mens antallet af behandlede cpr-numre i 2009 var oppe på 4.202. Antallet af sengedage var 35.644 i 2007, hvorefter det faldt til 35.356 i 2008. I 2009 faldt antallet af sengedage yderligere til 34.518 hvilket svarede til 40 sengedage pr. indlagt cpr-nummer. Der var i alt 1.390 udskrivninger fra centeret i 2009.

Det blev under inspektionen oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på centret var 23 dage.

Efter sammenlægningen med Psykiatrisk Center Bispebjerg er der nu i alt 191 normerede sengepladser på Psykiatrisk Center København (jf. centerets hjemmeside, fakta og tal). 68 af sengepladserne er på Afdeling O, og disse sengepladser er fordelt på 23 lukkede senge og 45 åbne senge.

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

Jeg beder om at få oplyst antallet af disponible sengepladser på henholdsvis enestuer og tosengsstuer på Afdeling O.

Jeg beder desuden om at få oplyst den gennemsnitlige liggetid på Psykiatrisk Center Rigshospitalet i 2009 og på Afdeling O i 2010.

Den 1. januar 2010 trådte den udvidede behandlingsret i voksenpsykiatrien i kraft. Behandlingsretten indebærer at voksne der er fyldt 19 år, har ret til at påbegynde behandling inden for 2 måneder fra den dag hvor de er blevet henvist til behandling. Hvis ventetiden på behandling i den offentlige voksenpsykiatri er mere end 2 måneder fra henvisningstidspunktet, har patienten ret til at blive tilbudt behandling på et privat behandlingssted.

Det er ikke alle patientgrupper der er omfattet af den udvidede behandlingsret. Retspsykiatriske patienter og akutte patienter som kræver behandling med det samme, er således ikke omfattet. Patienter der er henvist til specialiseret psykiatrisk behandling, er heller ikke omfattet medmindre der findes private behandlingssteder der er godkendt af Sundhedsstyrelsen til specialiseret behandling.

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

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

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at der generelt ikke var ventetid til indlæggelse på de almene sengeafsnit, men at der var ventelister til Anoreksiklinikken, Klinik for angst og OCD, Affektiv klinik og Sexologisk klinik.

Jeg beder om at få oplyst hvor mange der på nuværende tidspunkt står på venteliste til behandling på Afdeling O, og hvor mange der har ventet over 2 måneder.

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

Det blev under inspektionen oplyst at den gennemsnitlige belægning på Psykiatrisk Center Rigshospitalet var 100 pct.

Det fremgår af Resultataftale 2009 for Psykiatrisk Center Rigshospitalet at centeret oplevede en kontinuerlig overbelægning, og det blev betegnet som en faglig og ledelsesmæssig stor udfordring i det daglige. Det er anført at overbelægning ikke er optimalt for patienterne, at det slider på det faste personale, at det gør det sværere at motivere personalet til organisationsændringer, og at det er dyrt. På den baggrund konkluderes det at der er et stort behov for at arbejde målrettet med at nedbringe overbelægningen i 2009.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at centeret på flere områder arbejdede med at nedbringe overbelægningen. Som eksempler nævntes at patienter udsluses som dagpatienter (dvs. de kommer ind på et afsnit om morgenen og går hjem om eftermiddagen), der er etableret en udvidet psykiatrisk modtagelse hvor patienter kan være indlagt i en kortere periode op til 5 dage, patienthotel bruges til udslusning og ved tidlig kontakt med patienter via distriktspsykiatrien forsøges det at undgå indlæggelse. Det blev også nævnt at det i sjældne tilfælde er muligt at få patienter indlagt på et af de øvrige psykiatriske centre.

Jeg beder om at få oplyst hvordan belægningsprocenten for disponible senge har været i 2009 på Psykiatrisk Center Rigshospitalet og i 2010 på Afdeling O, herunder belægningsprocenten på de enkelte afsnit.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, lå der på inspektionsdagen 3 patienter på gangen på det affektive afsnit.

Med hensyn til placering af patienter på gangen henviser jeg til det jeg har anført under pkt. 3.3.

Jeg beder om at få oplyst om det stadig forekommer at der ligger patienter på gangene. I givet fald beder jeg om at få oplyst hvilke andre muligheder der tages i brug før afdelingen ser sig nødsaget til at placere en patient på et gangareal.

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.

Afdeling O ligger lige ved siden af Fælledparkens store grønne områder, og disse omgivelser kan benyttes af alle de patienter der frit kan forlade afdelingen, herunder patienter fra de 2 lukkede afsnit som er frivilligt indlagt og ikke tvangstilbageholdt.

Som beskrevet under pkt. 3.7 ovenfor, hører der en stor, lukket have til Afdeling O. Det blev oplyst at haven som udgangspunkt kan benyttes af alle patienter. Patienterne fra det ene lukkede afsnit (6201) har fra afsnittet, som ligger i stueplan, direkte adgang til haven, mens patienterne fra det andet lukkede afsnit (6112), som ligger på 1. sal, skal følges ned i haven af personalet. Det blev oplyst at hyppigheden for ledsagelse i haven bliver tilpasset efter personaleressourcerne.

Med hensyn til indretningen af den store have henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 3.7 ovenfor.

Afdelingens grønne omgivelser i Fælledparken og afdelingens store, lukkede have giver patienterne mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt enten med eller uden ledsagelse.

Jeg beder afdelingen om at oplyse om patienter der anses for flugttruede, har mulighed for at komme ud i frisk luft hver dag.

5.3. Handicaptilgængelighed

Som det fremgår af pkt. 3 om de bygningsmæssige forhold ovenfor, var der på inspektionstidspunktet planer om en større renovering af bygningerne på Edel Sauntes Allé for at bringe alle lokaler op til samme standard som lokalerne i den renoverede stueetage (afsnit 6201 samt den tidligere skadestue og akutmodtagelse). Som det også fremgår ovenfor, opfylder f.eks. det handicapegnede toilet- og baderum som jeg besigtigede på det affektive afsnit, ikke de nugældende krav til sådanne rums indretning.

Da jeg går ud fra at spørgsmålet om handicaptilgængelighed kommer til at indgå i forbindelse med byggeriet og etableringen af det nye fælles center på Bispebjerg Bakke, vil jeg ikke komme med yderligere bemærkninger herom.

5.4. Navneskilte

Under min rundgang på centeret så jeg at der var skilte med fornavne på dørene til de fleste patientstuer.

Når patienterne får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i et af afsnittenes fællesrum.

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 afdelingens anvendelse af navneskilte.

5.5. Opbevaring af journaler

Det blev oplyst at afdelingen på inspektionstidspunktet endnu ikke var gået over til at anvende elektroniske patientjournaler. De (manuelle) aktive journaler blev opbevaret på sygepleje- eller sekretærkontorer som er aflåste når de ikke er bemandet. De afsluttede journaler bliver opbevaret i aflåste arkiver. Det blev også oplyst at afdelingen ikke havde regler for hvem der har adgang til patientjournalerne.

Jeg beder om at få oplyst om afdelingen nu anvender elektroniske patientjournaler og i givet fald om de elektroniske journaler er forsynet med "log". Hvis afdelingen fortsat ikke er overgået til et elektronisk patientjournalsystem, beder jeg om at få oplyst hvornår afdelingen forventer at tage et sådant system i brug. Jeg beder også om at få oplyst om afdelingen har overvejet at indføre interne retningslinjer for hvem der har adgang til de manuelle patientjournaler.

5.6. Medicin

Under min rundgang så jeg at medicin blev opbevaret i aflåste medicinrum så det ikke var tilgængeligt for patienterne.

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

Jeg har i forbindelse med tidligere inspektioner udtalt at psykiatriske afdelinger – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering ved aflevering af restmedicin til apoteket. Jeg har foreslået at det eventuelt kan foregå på den måde at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som afdelingen har udfærdiget over den mængde restmedicin der afleveres.

Baggrunden for min anbefaling er at en sådan kvittering kan være hensigtsmæssig for at undgå eventuel tvivl om hvad der sker med en afdelings restmedicin og heraf følgende uberettigede mistanker mod det personale på afdelingen der håndterer og afleverer restmedicinen.

Jeg beder Afdeling O om at oplyse nærmere om den måde restmedicin håndteres på inden aflevering til apoteket, herunder om den anvendte fremgangsmåde kan være med til at sikre at afdelingens personale ikke (uberettiget) mistænkes for at have tilegnet sig noget af medicinen.

5.7. Forplejning

Kosten på Afdeling O kommer fra centralkøkkenet på Rigshospitalet, som afdelingen har en driftsaftale med. Maden anrettes i køkkenerne på de enkelte afsnit og tilbydes patienterne i en buffet så den enkelte patient har flere valgmuligheder. Der serveres dagligt 3 hovedmåltider, 3 mellemmåltider, frugt og drikkevarer.

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

Det blev oplyst at det efter ledelsens opfattelse ikke giver anledning til problemer at kosten er den samme som den der bliver serveret i somatikken på Rigshospitalet.

En patient som jeg havde en samtale med på Anoreksiklinikken, nævnte at maden efter hendes opfattelse "kunne være bedre". Hun omtalte maden som "emballagemad" som klinikken modtog nedfrosset fra Rigshospitalet, og hun oplyste at menuerne kørte 14 dage ad gangen og herefter startede forfra. Jeg modtog ikke andre klager over maden.

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

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

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

Der er i regionen fastsat et resultatkrav om at der inden 24 timer efter en indlæggelse skal være gennemført en primær ernæringsscreening af patienten.

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 Afdeling O.

5.8. Beskæftigelse

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

For patienterne på samtlige afsnit i Afdeling O er der en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – f.eks. morgenmøder, husmøder, fysisk træning i form af gymnastik og løbeture samt sociale aktiviteter som f.eks. fællesspisning og fælles kaffebord.

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

Herudover findes der i Rigshospitalets hovedbygning et patientbibliotek som også Afdeling O's patienter kan benytte. På patientbiblioteket er der adgang til internettet, og biblioteket sørger for at der en gang om ugen kommer en vogn med bøger rundt på afsnittene på Afdeling O.

2 af de patienter som jeg talte med under inspektionen, efterlyste nogle flere aktivitetsmuligheder for patienterne og noget mere struktur i løbet af dagen. Den ene patient, som havde været indlagt i ca. 2 ½ uge på det åbne affektive afsnit, syntes dagene var meget lange og kunne godt tænke sig at der f.eks. var et egentligt motionsrum i afsnittet i stedet for blot nogle få motionsredskaber i et aktivitetslokale. Den anden patient, som havde været indlagt ca. 1 måned i skadestuen, efterlyste f.eks. nogle spil.

Ledelsen oplyste at mange patienter har en ugeplan for deres aktiviteter på hverdage frem til kl. 14 eller kl. 15. Ugeplanen udfyldes sammen med patientens kontaktperson. Aktiviteterne består f.eks. i ergoterapi, fysioterapi og tilbud uden for huset. Patienterne kan blive visiteret til tilbud i den centrale ergoterapi hvor der flere gange om ugen er f.eks. en ADL-gruppe (Almindelig Daglig Levevis) som bl.a. har madlavning og kulturbesøg ude i byen på programmet, og en SFT-gruppe (Social-Færdigheds-Træning) som arbejder med symptommestring, samtalefærdigheder og konfliktløsning. Herudover har den centrale ergoterapi en værkstedsgruppe hvor der er mulighed for individuelle kreative aktiviteter som f.eks. håndarbejde, træarbejde, tegning og maling. Ledelsen oplyste også at den lukkede have bliver brugt meget om sommeren til f.eks. spil, og at der er løbehold i Fælledparken.

Ledelsen bemærkede samtidig at udbuddet af aktivitetstilbud hænger sammen med de bygningsmæssige begrænsninger og det forhold at mange patienter er indlagt i forholdsvis kort tid. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var således 23 dage på inspektionstidspunktet.

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

5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 som senest ændret ved lov nr. 708 af 25. juni 2010) skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

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

5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale

Det fremgår af en velkomstfolder for det intensive lukkede afsnit 6201, som jeg har modtaget, at patienten i løbet af det første døgns indlæggelse får tildelt faste kontaktpersoner blandt afsnittets faste personale. Kontaktpersonerne skal hjælpe og støtte patienten under hele indlæggelsen. Patienten får også tilknyttet en fast læge som varetager behandlingen. Det oplyses at patienten regelmæssigt i løbet af sin indlæggelse vil komme til at tale med sin læge. Inden for den første uge af indlæggelsen vil lægen i samarbejde med patienten og hans/hendes kontaktperson udarbejde en behandlingsplan.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at der er faste lægedage hvor patienten kan komme til at tale med sin tilknyttede læge. Den lægelige kontakt aftales mellem lægen og patienten fra samtale til samtale. Ud over de planlagte lægesamtaler bliver der for alle patienter foretaget en daglig og løbende vurdering af om der er behov for yderligere akut lægelig kontakt.

Jeg går ud fra at alle patienter på Afdeling O's sengeafsnit umiddelbart efter indlæggelsen får tildelt én eller to faste kontaktpersoner og en fast læge.

Jeg har noteret mig at der i forbindelse med en lægesamtale (som udgangspunkt) fastsættes en dato for en ny samtale så patienten altid ved hvornår den næste lægesamtale skal finde sted.

Jeg går ud fra at patientens kontaktperson(er) så vidt muligt deltager i alle samtaler som den indlagte har med læger eller andre samarbejdspartnere.

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

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

5.11. Behandlingsplaner

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

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

Sundhedsstyrelsen udstedte i 2006 en vejledning til landets psykiatriske afdelinger om bl.a. behandlingsplaner (jf. 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). Efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets udstedelse af nye bekendtgørelser i medfør af psykiatriloven (december 2010) står vejledningen anført som historisk i retsinformation, men ses (endnu) ikke afløst af en ny vejledning.

Ifølge den nævnte vejledning skal behandlingsplanen udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår også 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. Den skal omfatte følgende forhold:

”a. psykiatriske og somatiske diagnoser samt beskrivelse af de fænomener, der underbygger diagnoserne,

b. plan for de efterfølgende undersøgelser, der er nødvendige af diagnostiske og behandlingsmæssige grunde,

c. plan for den påtænkte behandling, omfattende såvel medicinsk behandling som psykoterapeutiske, miljøterapeutiske samt sociale foranstaltninger, under hensyntagen til eventuelt senere indløbne undersøgelsesresultater,

d. de mål, der søges opnået ved behandlingen og antagelser om behandlingens varighed,

e. tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen og

f. oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen.”

Behandlingsplaner skal ifølge vejledningen endvidere ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi.

Ifølge de velkomst-/informationsfoldere for henholdsvis det lukkede afsnit 6201 og det åbne tidligere afsnit 6402 (nu 6221) som jeg har modtaget forud for inspektionen, vil der blive udarbejdet en behandlingsplan i løbet af den første uge af patientens indlæggelse, og planen vil blive udleveret til patienten.

Det fremgår af halvårsrapporten "Opfølgning på resultataftalerne 2008" at kun ét af de psykiatriske centre i Region Hovedstaden (Psykiatrisk Center Frederiksberg) levede op til resultatkravet om at den lovpligtige behandlingsplan skal være udarbejdet inden 7 dage for samtlige patienter. Psykiatrisk Center Rigshospitalet havde en målopfyldelse på knap 90 pct.

Jeg beder om at få oplyst hvordan målopfyldelsen har været på Afdeling O i 2009 og 2010 med hensyn til at overholdelse af fristen for udarbejdelse af behandlingsplaner.

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

Under inspektionen modtog jeg 2 anonymiserede behandlingsplaner som er ens opbygget. De indeholder hver 12 punkter. Pkt. 5 om evt. supplerende undersøgelser/vurdering er underinddelt i 3 punkter – a) somatisk, b) psykiatrisk og c) funktionsmæssigt, og pkt. 6 om behandling er underinddelt i 5 punkter – a) farmakologisk, b) miljøterapi, c) psykoterapi, d) ergoterapi/fysioterapi og e) sociale foranstaltninger.

Behandlingsplanernes 12 punkter med de nævnte underpunkter dækker de indholdsmæssige krav til behandlingsplaner og giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering

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

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

Psykiatrilovens kapitel 3, 4, 4 a og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, beskyttelsesfiksering, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

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).

Ifølge årsberetningen for 2008 fra det psykiatriske patientklagenævn (s. 27) vil komiteen for patientrettigheder og tvang udarbejde nyt skriftligt informationsmateriale om anvendelse af tvang.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har bedt om at modtage kopi af det nye informationsmateriale om anvendelse af tvang når det er færdigt.

Rigshospitalet (bl.a. det lukkede afsnit 6201) har deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, også kaldet "gennembrudsprojektet", som blev gennemført i to bølger i perioden 2004-2007. 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.

Det fremgår af virksomhedsplan 2010 for Region Hovedstadens Psykiatri at Psykiatrien har en plan om at reducere antallet af patienter der bliver bæltefikseret, med 10 pct. i 2010 og at nedbringe det samlede antal af langvarige bæltefikseringer med 5 pct. i 2010 gennem bl.a. bedre anvendelse af for- og eftersamtaler ved tvang, risikovurderinger af patienterne og kompetenceudvikling blandt personalet.

Under inspektionen blev omfanget af tvangsindgreb på afdelingen ikke drøftet nærmere.

En opgørelse over tvangsforanstaltninger i forhold til patienter indlagt på psykiatriske afdelinger findes i Sundhedsstyrelsens publikation "Anvendelse af tvang i psykiatrien", som udgives hvert år og findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Opgørelserne bygger på data som Sundhedsstyrelsen har modtaget fra de psykiatriske afdelingers elektroniske indberetninger om tvangsanvendelse (jf. mere herom i pkt. 6 nedenfor).

Sundhedsstyrelsens statistik indeholder til og med 2007 opgørelser over tvangsforanstaltninger på de enkelte psykiatriske centre, men i publikationen "Anvendelse af tvang i psykiatrien 2008" er der kun medtaget opgørelser over antallet af tvangsbehandlede personer og de forskellige tvangsforanstaltninger på landsplan.

Ifølge "Anvendelse af tvang i psykiatrien 2007" var der i 2007 indlagt 791 personer på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, og heraf var 163 personer berørt af tvang. I 2006 var der på H:S Rigshospitalet indlagt 812 personer hvoraf 159 var berørt af tvang, (jf. tabel 3).

Der blev i 2007 foretaget 148 frihedsberøvelser på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, heraf 84 tvangsindlæggelser og 64 tilfælde af tvangstilbageholdelse. Det er i forhold til 2006 en samlet stigning på 6 tilfælde af frihedsberøvelse idet der i 2006 var 76 tvangsindlæggelser og 66 tilfælde af tvangstilbageholdelse, (jf. tabel 5).

I Sundhedsstyrelsens statistik er der ikke en opgørelse over antallet af tvangsbehandlinger på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, men en opgørelse over antallet af tvangsbehandlede personer. Det fremgår heraf at der i 2007 blev tvangsbehandlet 37 personer på centeret, og der var således en lille stigning i forhold til 2006 hvor antallet af tvangsbehandlede personer på H:S Rigshospitalet var 32 (jf. tabel 6).

De tvangsbehandlede personer fordelte sig i 2007 (og 2006) på følgende grupper: Tvangsmedicinering 26 (21 i 2006), tvangsbehandling med ECT 3 (2 i 2006), tvangsernæring 0 (1 i 2006) og tvangsbehandling af somatisk lidelse 9 (9 i 2006). Der gøres opmærksom på at en person kan have fået flere forskellige tvangsbehandlinger.

Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse var 257 i 2006 og 214 i 2007. Faldet fra 2006 til 2007 skyldtes et pænt fald i både antallet af tvangsfikseringer og de samlede tilfælde af fysisk magtanvendelse. Antallet af tvangsfikseringer faldt således fra 87 til 59, og den fysisk magtanvendelse faldt fra 144 tilfælde til 128. Faldet i den fysiske magtanvendelse skyldtes dels at tilfældene af fastholdelse blev næsten halveret (fra 27 til 14), dels at antallet af døraflåsninger blev væsentligt reduceret (fra 10 til 2), mens tilfældene af indgivelse af beroligende medicin var stort set uændret (107 og 108). I 2007 var der desuden 4 tilfælde af personlig skærmning.

Jeg beder om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på Psykiatrisk Center Rigshospitalet i 2008 og 2009 og på Afdeling O i 2010.

Det fremgår af årsberetningen for 2009 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden at nævnet i 2009 realitetsbehandlede i alt 430 sager om tvangsindgreb i Region Hovedstaden. Sagerne omfattede 1055 afgørelser. Heraf godkendte nævnet 773 afgørelser og tilsidesatte 282 hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 27. Det bemærkes i beretningen at den særlig høje omgørelsesprocent skyldes en enkelt sag med 321 tvangsfikseringer hvoraf 141 blev godkendt og 180 blev tilsidesat. Hvis denne sag ikke regnes med i opgørelsen, ligger den samlede omgørelsesprocent på 14.

47 af de 430 realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2009 vedrørte tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Der blev indgivet i alt 52 klager over tvangsindgreb på centeret i 2009, men 5 af klagerne blev tilbagekaldt eller afvist.

I 2008 realitetsbehandlede nævnet 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.

44 af de realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2008 vedrørte tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Der blev indgivet i alt 55 klager over tvangsindgreb på centeret, men 11 af klagerne blev tilbagekaldt eller afvist.

Tallene for 2007 og 2008 i årsberetningen er ikke umiddelbart sammenlignelige fordi Psykiatrisk Center Rigshospitalets optageområde blev ændret i 2008.

Ifølge årsberetningen for 2008 (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, vil 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 et forslag til den nye handleplan skal der bl.a. være øget fokus på kravene til dokumentation i journaler og lægeerklæringer for brugen af tvang og ensartet anvendelse af psykiatriloven på tværs af de psykiatriske centre. Alle vejledninger om tvang skal derfor redigeres, og erfarne klinikere og jurister fra administrationen skal undervise læger og plejepersonale på de enkelte centre i psykiatrilovgivningen.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har bedt om at modtage et eksemplar af Psykiatriens vejledninger om tvang når de foreligger i endelig form.

På Afdeling O foregår bæltefikseringer ikke på særligt indrettede fikseringsstuer, men på patientstuerne i patientens egen seng som gøres klar med bælte når der er behov for det. Ved bæltefikseringer er der fast vagt uden for patientstuen.

Det blev oplyst at afdelingen i forbindelse med tvangsfikseringer følger psykiatrilovens bestemmelser meget nøje og er meget opmærksom på diskretion og princippet om mindste middel. Det blev også oplyst at afdelingen er meget opmærksom på medpatienters reaktioner på en tvangsfiksering.

Under min rundgang på det lukkede afsnit 6112 så jeg at bælter og remme blev opbevaret i poser på en knagerække i medicinrummet.

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

Jeg går også ud fra at den faste vagt, som opholder sig uden for patientens stue, er placeret således at andre patienter og personale ikke kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet.

Jeg beder afdelingen om at oplyse hvordan en bæltefiksering foregår i de tilfælde hvor patienten ikke ligger på en enestue.

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 g (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 g og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver.

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

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

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

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

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

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

I § 3, stk. 4, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010) er det fastsat at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Efter § 3, stk. 6, forudsætter tvangsmedicinering at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Det fremgår desuden af bekendtgørelsens § 13, stk. 2, at patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne om patienten i tvangsprotokollen.

Der er ingen regler for hvor mange patientrådgivere der skal være tilknyttet et psykiatrisk center. Sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i årsberetningen for 2008 og 2009 bemærket at 5 patientrådgivere efter sekretariatets opfattelse som udgangspunkt må betragtes som det minimale antal pr. psykiatrisk center, medmindre patientrådgiverne mener at kunne løfte opgaven med færre rådgivere, og det psykiatriske center ikke har bemærkninger imod det.

Det fremgår af patientklagenævnets årsberetninger at der i 2008 var 4 patientrådgivere knyttet til Psykiatrisk Center Rigshospitalet, og at der var 2 patientrådgivere i 2009. Det oplyses samtidig at der i 2009 ikke skete nyansættelser af patientrådgivere på Rigshospitalet fordi der bl.a. blev taget højde for at Psykiatrisk Center Rigshospitalet og Psykiatrisk Center Bispebjerg pr. 1. januar 2010 skulle fusioneres til

ét center – Psykiatrisk Center København. I 2009 var der 9 patientrådgivere knyttet til Psykiatrisk Center Bispebjerg.

Jeg beder om at få oplyst hvor mange patientrådgivere der på nuværende tidspunkt er tilknyttet Afdeling O/Psykiatrisk Center København, og om det er et tilstrækkeligt antal til at dække behovet for patientrådgivere på afdelingen.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at der er et godt samarbejde mellem afdelingen og patientrådgiverne. Afdelingen kontakter patientrådgiverne hurtigst muligt efter iværksættelse af tvang, og de møder op på afdelingen inden for 24 timer. Så længe et tvangsindgreb opretholdes, kommer patientrådgiveren ca. ugentligt.

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 2009 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 2007 i 27 ud af de 34 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Psykiatrisk Center Rigshospitalet, svarende til en mødedeltagelse på 79 pct. I 2008 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 43 ud af 44 sager svarende til en mødedeltagelse på 98 pct, og i 2009 deltog de i 43 ud af 47 sager svarende til en mødedeltagelse på 91 pct.

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

Den gennemsnitlige mødeprocent for patientrådgivere/bistandsværger ved alle 13 psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2009 var 91 – samme procent som på Psykiatrisk Center Rigshospitalet dette år – og en sådan fremmødeprocent har patientklagenævnet betegnet som ”absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over”.

Jeg går ud fra at Afdeling O tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres så de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

Jeg har noteret mig at patientrådgiverne bliver beskikket/tilkaldt hurtigst muligt i forhold til tidspunktet for et tvangsindgreb, og at rådgiverne aflægger besøg hos patienten inden for 24 timer.

Afdelingen har oplyst at patientrådgiverne kommer ”ca. ugentligt” så længe et tvangsindgreb opretholdes. Jeg går ud fra at kravet i psykiatrilovens § 26, stk. 1, om besøg mindst én gang om ugen herved bliver overholdt.

Personer som er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatriloven, bortset fra bestemmelserne i §§ 5-11, § 13 d, § 13 e, § 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. 1414 af 10. december 2010 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. 947 af 24. september 2009 om bistandsværger). Efter straffelovens § 71, stk. 1, kan der forud for dommen beskikkes en bistandsværge hvis der kan blive tale om at dømme en tiltalt til anbringelse eller forvaring efter reglerne i straffelovens §§ 68-70.

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

Bistandsværgens opgaver er bl.a. at holde sig underrettet om den dømtes tilstand og at drage omsorg for at opholdet på sygehuset/sygehusafdelingen ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Bistandsværgen

skal endvidere rådgive og vejlede om klageadgang i henhold til psykiatriloven og bistå med eventuelle klager (§ 8 i bekendtgørelsen om bistandsværger).

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

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

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

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

Jeg går ud fra at Afdeling O orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a.

Jeg beder afdelingen om at oplyse om afdelingen beskikker en patientrådgiver for en sigtet, tiltalt eller dømt i de situationer hvor det ikke umiddelbart er muligt at komme i kontakt med bistandsværgen og orientere ham/hende om et tvangsindgreb.

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 Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland).

Efter revisionen af psykiatriloven i 2006 (lov nr. 534 af 8. juni 2006) indeholder loven nu i § 18 f (tidligere § 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 bestemmelsen 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 f at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer.

Afsnit 6112 og 6201 på Afdeling O er lukkede afsnit, og derfor er yderdørene altid låst. På de åbne afsnit er yderdørene låst om natten.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.3 ovenfor, var vinduerne i spisestuen og på de patientstuer jeg besigtigede på det affektive afsnit, sikrede med nøglelåse fordi afsnittet tidligere har fungeret som et lukket afsnit.

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

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

Under den afsluttende samtale opfordrede jeg derfor ledelsen til at sørge for at vinduerne på det åbne affektive afsnit permanent er låst op, og jeg går ud fra at dette forhold er bragt i orden.

Der har tidligere været afsnit med skærmede enheder på Afdeling O. De skærmede enheder er imidlertid blevet nedlagt, og der er i stedet blevet etableret et lukket afsnit yderligere. Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at der derfor meget sjældent er behov for at låse døre på de åbne afsnit i henhold til psykiatrilovens § 18 f.

Jeg går ud fra at det forekommer at der er frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter på de lukkede afsnit, og at der på de åbne afsnit kan være patienter som er tvangstilbageholdt.

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

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

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

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

Forud for inspektionen modtog jeg husordener for nogle af afdelingens afsnit. I husordenen for det åbne afsnit 6221 står der følgende om udgang fra afsnittet:

"Udgang:

Patienter bør ikke forlade afdelingen uden forudgående aftaler med personalet.

Udgangsaftaler laves i samarbejde med lægen og kontaktpersonen."

I husordenen for det åbne afsnit 6402 (nu 6221) står der følgende om samme spørgsmål:

"Udgang

Det besluttes i samarbejde med lægen hvor meget udgang du har.

Du bedes give personalet besked, når du forlader og returnerer igen til afsnittet."

Jeg beder afdelingen om at oplyse om de citerede formuleringer stadig står i husordenerne for de åbne afsnit, og om det betyder at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter på de åbne afsnit ikke altid må forlade afdelingen når de ønsker det.

Patienterne på Anoreksiklinikken er indlagt ca. 10-12 måneder, og de første 14 dage af indlæggelsen er der ingen udgang fra afsnittet. Herefter har patienterne i en periode begrænset udgang – i starten med ledsager, og først i den sidste del af behandlingsforløbet har patienterne fri udgang.

Det fremgår af informationsmateriale om Anoreksiklinikken at klinikken fungerer som et åbent (voksen)psykiatrisk afsnit hvor patienterne indlægges frivilligt efter at have underskrevet en behandlingskontrakt. Patienterne er således før indlæggelse blevet orienteret om det særlige behandlingsprogram på klinikken, herunder den manglende og begrænsede udgang i behandlingsforløbet, og har underskrevet en kontrakt om behandlingen. Det blev under inspektionen oplyst at en patient altid kan forlade afsnittet hvis den pågældende *vil* – medmindre der er grundlag for at tvangstilbageholde efter psykiatrilovens regler – men at det bliver opfattet som et brud på behandlingskontrakten hvis det sker i strid med behandlingsprogrammet. På inspektionstidspunktet var der én patient der var tvangstilbageholdt, og det blev af personalet betegnet som et ekstraordinært tilfælde.

Det oplyste om patienternes udgang fra Anoreksiklinikken giver mig ikke anledning til bemærkninger.

På Anoreksiklinikken bliver personlig skærmning (fast vagt) anvendt som en del af behandlingen. Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Afdeling O i øvrigt 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. Efter den seneste revision af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) findes bestemmelsen nu i § 18 d.

§ 18 d 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 d, 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).

Jeg har modtaget en kopi af Anoreksiklinikkens behandlingsprogram som består af 7 dele. Det fremgår heraf at der i forbindelse med programmets første 4 dele eventuelt vil blive anvendt fast vagt. Det fremgik under inspektionen at ”fast vagt” indebærer at et personalemedlem konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (jf. definitionen af personlig skærmning i psykiatrilovens § 18 d). Det blev oplyst at patienterne ved deres underskrift af en behandlingskontrakt forud for indlæggelsen har givet samtykke til anvendelse af fast vagt.

Jeg har også modtaget en kopi af den behandlingskontrakt som patienterne underskriver før indlæggelsen. Den er kort og meget bredt formuleret:

”Du og din familie kan måske opleve behandlingen som ganske udfordrende og pågående. Selv om det er noget vi har talt om, synes vi, at det er vigtigt, at du her tilkendegiver, at du er indforstået med behandlingen. Det kan vise sig at være en hjælp at se tilbage hertil, hvis du indimellem føler dig under pres i den kommende tid.

.....

Jeg tilkendegiver hermed, at jeg vil engagere mig i behandlingen og accepterer aktivt at deltage med det formål at løse de problemer, som ligger til grund for anorexia nervosa-tilstanden:

Dato og underskrift"

Jeg går ud fra at patienterne på Anoreksiklinikken forud for deres underskrift af behandlingskontrakten modtager fyldestgørende information om behandlingsprogrammet, herunder muligheden for anvendelse af fast vagt, således at der er tale om et gyldigt informeret samtykke, jf. sundhedslovens § 15, stk. 3.

Et samtykke til behandling kan til enhver tid tilbagekaldes. Hvis en patient i et konkret tilfælde med fast vagt ved sin adfærd eller sine mundtlige udsagn udtrykkeligt tilkendegiver at patienten modsætter sig denne del af behandlingen, går jeg derfor også ud fra at psykiatrilovens regler om tvang bliver iagttaget, jf. reglerne om personlig skærmning og registrering i tvangsprotokollen samt lovens retssikkerhedsgarantier i form af beskikkelse af patientrådgiver, klageadgang mv.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen om personlig skærmning (§ 18 c) 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 har i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup fået tilsendt Psykiatriens kliniske vejledning om observationsniveauer af 5. december 2008. Vejledningen beskriver hvilke observationsniveauer der gælder for døgnindlagte patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Der er 5 observationsniveauer – 1) alment observationsniveau, 2) udvidet alment observationsniveau, 3) skærpet alment observationsniveau, 4) fast vagt og 5) skærpet fast vagt. Vejledningen beskriver bl.a. også hvem der ordinerer observationsniveauet, og hvem der har kompetence til og ansvar for at udføre den pågældende observation.

Det fremgår af vejledningen at beslutning om fast vagt og skærpet fast vagt træffes af læge i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske. Det fremhæves at hvis patienten ikke frivilligt accepterer den faste vagt, skal vagthavende læge kontaktes med henblik på at tage stilling til anvendelse af personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d.

Hvis Psykiatrisk Center København selv har fastsat yderligere retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af § 18 d (jf. forarbejderne til bestemmelsen om personlig skærmning), beder jeg 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 afdelingen har et godt samarbejde med politiet. I forbindelse med tvangsindlæggelser kommer politiet ikke med helt ind på afsnittet, men kun i slusen. Herudover gør afdelingen kun brug af politiet i nødstilfælde da det påvirker patienterne uhensigtsmæssigt når politiet er til stede på et afsnit.

Det blev desuden oplyst at Rigshospitalet (den somatiske del) har vagter som afdelingen har mulighed for at tilkalde i tilfælde af voldsomme patienter, men der er sjældent brug for det.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

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

Der er indgået samarbejdsaftale mellem Psykiatrisk Center Rigshospitalet, Psykiatrisk Center Bispebjerg og Københavns Kommune. Hovedprincippet for samarbejdet er at den instans der har kontakten med borgeren, er forpligtet til at orientere og inddrage

øvrige relevante samarbejdsparter med henblik på at sikre at borgerens behov bliver tilgodeset, og ventetiden på relevante foranstaltninger bliver minimeret.

Det fremgår af samarbejdsaftalen at det psykiatriske center og socialcentrene i Københavns Kommune hver skal udpege en eller flere koordinatorer som skal fungere som indgang til henholdsvis centeret og socialcentrene. Det gøres klart i aftalen at grundlaget for samarbejdet er at der foreligger et behørigt samtykke fra patienten med de undtagelser der følger af gældende ret. Der henvises til at kommunen og det psykiatriske center anvender deres respektive samtykkeerklæringer til brug for videregivelse af oplysninger.

Hvis det i behandlingsforløbet på det psykiatriske center skønnes at der bliver behov for kommunale foranstaltninger under eller efter behandlingen af en patient, har koordinatoren på centeret ansvaret for så tidligt som muligt at underrette koordinatoren i patientens socialcenter. Når enten det psykiatriske center eller patientens socialcenter finder det hensigtsmæssigt, skal der også så tidligt som muligt holdes et koordinerende planlægningsmøde i forløbet vedrørende patienten. Det er koordinatorerne i centeret og patientens socialcenter der er ansvarlige for at indkalde til et sådant møde.

Når den behandlende læge på det psykiatriske center har et rimeligt skøn over hvornår en patient vil være færdigbehandlet, skal centerets koordinator varsle koordinatoren i patientens socialcenter. Varslingsforpligtelsen gælder kun i forhold til patienter som modtog kommunale foranstaltninger på indlæggelsestidspunktet, eller som skønnes at kunne få brug for kommunale foranstaltninger i forbindelse med udskrivning. Der er angivet nærmere frister for varslingen. I de tilfælde hvor patienten selv begærer sig udskrevet – og der ikke er grundlag for tvangstilbageholdelse – suspenderes varslingsforpligtelsen. Det psykiatriske center er i disse tilfælde kun forpligtet til at orientere patientens socialcenter. Centeret skal altid oplyse patientens socialcenter om det tidspunkt hvor patienten faktisk er færdigbehandlet. (Jeg henviser til bilag 4 i samarbejdsaftalen.)

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

Hvis overlægen på det psykiatriske center vurderer at der skal indgås en udskrivningsaftale med patienten, tager centerets koordinator kontakt til koordinatoren i patientens socialcenter hvis patienten giver samtykke til det.

Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Koordinatoren i det psykiatriske center tager i disse tilfælde kontakt til koordinatoren i patientens socialcenter og andre relevante parter med henblik på udarbejdelsen.

Reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i den tidligere gældende psykiatrilov (§ 3, stk. 4-5) er videreført i den ændrede psykiatrilov i 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.

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. Psykiatriloven 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. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger (kap. 3 og 4).

Under inspektionen modtog jeg 2 anonymiserede udskrivningsaftaler og 2 anonymiserede koordinationsplaner som alle er ens opbygget med 7 punkter.

Udskrivningsaftalernes og koordinationsplanernes 7 punkter dækker de indholdsmæssige krav til sådanne aftaler og planer, og de udleverede eksemplarer giver mig ikke anledning til bemærkninger, bortset fra at den ene udskrivningsaftale ikke indeholder et tidspunkt for hvornår den første aftale efter udskrivelsen skal finde sted.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien at der i Region Hovedstaden i 2007 blev lavet i alt 35 udskrivningsaftaler og 8 koordinationsplaner. I Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien i 2008 er der ingen oplysninger om antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i Region Hovedstaden dette år.

Jeg beder Afdeling O om at oplyse hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner afdelingen har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2009 og 2010.

Som det fremgår af samarbejdsaftalen, har det psykiatriske center pligt til så tidligt som muligt i behandlingsforløbet at underrette patientens socialcenter hvis der kan blive behov for kommunale foranstaltninger i forbindelse med udskrivning.

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

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at der i 2008 blev registreret 6 færdigbehandlede patienter som ventede på kommunale tilbud.

Jeg beder afdelingen om at oplyse det samlede antal indlagte færdigbehandlede patienter på Psykiatrisk Center Rigshospitalet i 2009 og på Afdeling O i 2010 der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi Københavns Kommune ikke kunne hjemtage dem til socialpsykiatriske tilbud eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger.

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

5.17. Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010). Reglerne er blevet ændret med virkning fra den 1. januar 2010 (jf. lov nr. 1521 af 27. december 2009 om ændring af sundhedsloven). Hensigten med lovændringen er at udvide adgangen til aktindsigt for både somatiske og psykiatriske patienter så de får ubegrænset adgang til egne fremtidige journaloptegnelser – både elektroniske og papirbaserede.

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

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

1) hvilke oplysninger der behandles,

2) behandlingens formål,

3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og

4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stk. 3. For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

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

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

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

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

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

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

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

På Psykiatrisk Center Københavns hjemmeside er der under ”Patientrettigheder” et link til Psykiatriens hjemmeside hvor det er muligt at læse sundhedslovens regler om bl.a. aktindsigt og at downloade Psykiatriens pjece om patientrettigheder (revideret 2010) som findes i en kort og en udvidet version. Begge pjecer indeholder oplysninger om retten til aktindsigt mv. I den korte version står der kun at alle der er fyldt 15 år, kan få aktindsigt i form af kopi af deres journal, og at svar på en anmodning om aktindsigt skal gives inden 10 dage. I den udvidede version er der en mere detaljeret information om retten til aktindsigt – bl.a. hvilke oplysninger der er omfattet, hvornår aktindsigt undtagelsesvis kan nægtes eller begrænses, tidsfrister vedrørende aktindsigt og klagevejledning.

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

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

Jeg går ud fra at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder udleveres til eller er tilgængelige for alle patienter på Afdeling O.

Det oplyses i Psykiatriens pjecer om patientrettigheder at patienters journaldata om behandling fra den 1. oktober 2008 og fremefter bliver overført til e-journalen som er en national elektronisk journal. Patienter som har en digital signatur, kan herefter selv se egne journaldata på www.sundhed.dk. Oplysningerne er tilgængelige 14 dage efter registreringen.

På inspektionstidspunktet var afdelingen endnu ikke gået over til at anvende elektroniske patientjournaler. Jeg beder derfor om at få oplyst om Afdelings O's patienter har mulighed for at se egne journaldata i e-journalen på www.sundhed.dk.

5.18. Pårørendekontakt

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

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

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

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

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

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

Det fremgår af virksomhedsplanerne for både 2009 og 2010 at Region Hovedstadens Psykiatri vil gøre en målrettet indsats for at forbedre informationen til – og samarbejdet med – patienter og pårørende.

Region Hovedstaden har i forlængelse af bruger-, patient- og pårørendepolitikken etableret fora for dialog på tre niveauer (politisk niveau, virksomhedsniveau og lokalt niveau). Formålet med disse dialogfora er at styrke samarbejdet og dialogen med patienter, brugere og pårørende.

På det lokale niveau har Psykiatrisk Center København et dialogforum bestående af medarbejder- og ledelsesrepræsentanter fra centeret, repræsentanter fra brugerrådene i distriktspsykiatrien og repræsentanter fra en række bruger- og pårørende foreninger (SIND, LAP, Bedre Psykiatri, PS Landsforeningen, Angstforeningen og Muhabet). Der er møde i det lokale dialogforum ca. 3 gange om året.

Psykiatrien har udarbejdet en klinisk vejledning af 14. januar 2009 om inddragelse af og samarbejde med pårørende. Vejledningen indeholder retningslinjer for hvordan pårørende anerkendes som kompetente samarbejdspartnere, og hvordan de – under hensyntagen til tavshedspligten – inddrages fra patientens første kontakt med psykiatrien og gennem hele behandlings- og efterbehandlingsforløbet.

Det fremgår bl.a. af vejledningen at den plejeansvarlige sundhedsperson skal sikre at der senest 2 uger efter indlæggelsestidspunktet tages initiativ til at holde et møde med de pårørende, og at alle relevante behandlere/plejepersonaler/fagpersoner deltager i mødet hvis patienten har givet samtykke. Hvis patienten ikke ønsker sine pårørende inddraget, skal det respekteres ifølge reglerne om tavshedspligt, men hvis

familie og bekendte henvender sig, skal de tilbydes generel orientering om behandlingen og sindslidelsen. Under indlæggelsen skal kontakten til de pårørende indgå som et fast element ved udarbejdelse og ajourføring af behandlingsplaner, og emnet skal tages op på de fortløbende møder med patienten. De pårørende skal – med patientens accept – informeres og medinddrages ved alle væsentlige ændringer og beslutninger vedrørende patienten. De pårørende skal også informeres om at der er en bestemt primær plejeansvarlig sundhedsperson som de kan henvende sig til.

Af Psykiatriens pjece om patientrettigheder (udvidet version) fremgår følgende om personalets informationer til og samarbejde med pårørende:

”Personalet skal overholde tavshedspligten, selv over for dine nærmeste pårørende.

Nærmeste pårørende kan være din ægtefælle, voksne børn eller forældre, men også en samlever eller en nær ven. Du bestemmer selv, hvem der må modtage oplysninger om dine helbredsforhold.

Du vil blive spurgt om oplysninger om og samtykke til, hvem af dine pårørende personalet må udtale sig til og om hvor meget de må oplyse om din indlæggelse og sygdom. Du skal oplyse navne og telefonnumre. Du kan blive anmodet om at underskrive en samtykkeerklæring og kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.”

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget en ”pårørendefolder” fra det lukkede afsnit 6201. Heri informeres den pårørende om at afsnittet gerne vil invitere til et nærmere samarbejde i det omfang den pårørende og patienten har brug for det, og det pointeres at pårørende har en viden om og erfaring med patienten som er værdifuld for behandlings- og plejeforløbet. Der informeres også om at samarbejdet forudsætter patientens samtykke, men at personalet godt kan orientere om mere generelle forhold som f.eks. sygdomsforståelse, behandling og pleje uden patientens tilladelse. Det fremgår også at den pårørende inden for de første 14 dage af indlæggelsen sammen med patienten vil blive inviteret til en samtale med læge og kontaktperson hvor en række punkter vil blive drøftet. Endelig oplyses det at patientens kontaktperson også er den pårørendes kontaktperson som står til rådighed med støtte og vejledning.

Jeg har også modtaget en folder om tilbud til pårørende til patienter med skizofreni. Det fremgår heraf at afdelingen gennemfører 2 årlige forløb for pårørende med samtale- og undervisningsgrupper hvor alle pårørende kan deltage.

Under inspektionen blev det desuden oplyst at afdelingen har særlig fokus på kontakten med børn og unge af psykisk syge. De tilbydes bl.a. samtaler, og personalet er blevet uddannet i at være bedre til at varetage denne kontakt.

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

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."

Som nævnt under pkt. 5.11 om behandlingsplaner ovenfor, udstedte Sundhedsstyrelsen i 2006 en vejledning til landets psykiatriske afdelinger (vejledning nr. 122 af 14. december 2006). Vejledningen omhandler bl.a. husordener. Efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets udstedelse af nye bekendtgørelser i medfør af psykiatriloven (december 2010) står vejledningen anført som historisk i retsinformation, men ses (endnu) ikke afløst af en ny vejledning. 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."

Jeg kan til orientering oplyse at jeg har en verserende sag med Indenrigs- og Sundhedsministeriet 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).

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, jf. nærmere herom nedenfor.

Jeg har forud for min inspektion af Afdeling O modtaget husordener for de 2 lukkede afsnit 6201 og 6112 og de åbne afsnit 6221 og 6402 (nu afsnit 6221). Husordenen for afsnit 6221 er dateret januar 2006, og husordenen for det tidligere afsnit 6402 er dateret februar 2008. De øvrige husordener er ikke daterede.

Ledelsen oplyste at husordenerne løbende ændres.

Det fremgår af Psykiatriens husordenspolitik at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov. Jeg går ud fra at husordenerne for de enkelte afsnit på Afdeling O er blevet revideret siden min inspektion, og jeg beder om at modtage et eksemplar af de nugældende husordener.

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

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske centre anbefalet at centrene udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling/et afsnit og som gælder generelt for alle afdelingens/afsnittets 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 revurderes. 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.

Psykiatriens vejledning af 24. januar 2009 om overtrædelser af husordenen indeholder først nogle generelle retningslinjer for håndtering af overtrædelser af en husorden. Det anføres bl.a. at der i forbindelse med enhver overtrædelse af reglerne i en husorden i første omgang skal anvendes dialog og pædagogiske værktøjer. Patienten skal desuden så tidligt som muligt informeres om at det i yderste konsekvens kan få følger i form af begrænsninger i patientens frihed hvis regler i husordenen ikke overholdes. Hvis det er umuligt at nå frem til en løsning gennem brug af dialog og pædagogiske virkemidler, og er overtrædelsen af husordenen til gene eller fare for patienten selv, andre patienter eller personalet, kan der iværksættes tiltag som er afstemt i forhold til den konkrete situation. Mindste middels princip skal altid anvendes. En mindre overtrædelse af husordenen kan således ikke medføre unødigt kraftige begrænsninger over for en patient. Restriktioner eller begrænsninger må heller ikke bruges som sanktioner eller straf over for patienten, men skal relatere sig til den overtrådte regel i husordenen. Endelig anføres det at enhver begrænsning

løbende skal revurderes og ophæves så snart det er muligt, og at alle begrænsninger skal dokumenteres i patientjournalen med angivelse af baggrund, varighed, løbende revurdering og begrundelse for det videre forløb.

Herudover indeholder Psykiatriens vejledning en oversigt over de enkelte punkter i en husorden med angivelse af hvem der har kompetence til at træffe beslutning om iværksættelse af begrænsninger ved overtrædelse af de enkelte punkter samt en beskrivelse af hvordan personalet håndterer eventuelle overtrædelser.

Jeg beder Afdeling O om at oplyse om afdelingen selv 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) eller om afdelingen anvender Psykiatriens vejledning.

Om besøg fremgår det af Psykiatrisk Center Københavns hjemmeside at der på afsnittene i Afdeling O er besøgstid fra kl. 14-21 på hverdage og fra kl. 13-21 i weekender og på helligdage. Det fremgår også at besøg på andre tidspunkter kan aftales med personalet, og at besøg af børn under 15 år skal aftales med personalet på forhånd fordi de oftest foregår i lokaler uden for det enkelte afsnit.

Besøg foregår ellers normalt på patientstuerne. Det blev under inspektionen oplyst at i de tilfælde hvor en patient ligger på en tosengsstue, bruges andre rum til besøg. I nogle situationer hvor en patient får besøg af flere pårørende på en gang, kan patienten desuden eventuelt få lov at benytte afsnittets opholdsstue til besøget.

Det blev desuden oplyst at iværksættelse af besøgsforbud eller overvåget besøg sjældent kommer på tale. Når det sker, kan det være på baggrund af en konkret mistanke om indsmugling af euforiserende stoffer, eller fordi den besøgende udviser en vanskelig opførsel over for de andre patienter på afsnittet. Beslutninger om besøgsforbud og overvåget besøg bliver revurderet løbende.

Jeg har noteret mig at der sjældent træffes beslutning om besøgsforbud og overvåget besøg, og at der efter det oplyste ligger tungtvejende saglige hensyn til grund for beslutningerne. Jeg går ud fra at den løbende revurdering af beslutningerne sker i overensstemmelse med Psykiatriens vejledning af 24. januar 2009 om overtrædelser af husordenen, hvorefter begrænsninger i forhold til besøg bør revurderes med højst 14 dages mellemrum.

Det fremgår af husordenerne for de 2 lukkede afsnit at patienters besøg på hinandens stuer først skal aftales med personalet.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af en psykiatrisk afdeling udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne er meget vidtgående. Jeg har imidlertid ingen bemærkninger til oplysningen om at patienters besøg på hinandens stuer først skal aftales med personalet. Jeg går ud fra at personalet hver gang foretager en konkret vurdering af patienternes ønsker.

Som nævnt ovenfor, var der ikke tidligere regler om visitation i psykiatriloven. Regler for indgreb i form af undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation er nu indført i den ændrede psykiatrilov i § 19 a. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

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

1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,

2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller

3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

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

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

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

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

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

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

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

Det fremgår af forslaget, at overlægen kan beslutte, at de pågældende indgreb skal foretages ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugshistorie er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om, at der skal foreligge en begrundet mistanke om, at patienten aktuelt er i besiddelse af rusmidler. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter."

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

Det fremgår udtrykkeligt af psykiatrilovens § 19 a at visitation forudsætter en *begrundet* mistanke om at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen at der skal foretages en individuel vurdering af sandsynligheden for at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande, og at

der derfor ikke kan etableres faste rutiner på en afdeling hvorefter visitation foretages generelt i forhold til samtlige eller en gruppe af patienter.

Ifølge husordenen og velkomstfolderen for det lukkede afsnit 6201 vil patienten og patientens besøgende af sikkerhedsmæssige grunde *som hovedregel* blive visiteret når de kommer ind i afsnittet. I husordenen for det andet lukkede afsnit (6112) står der at *alle* personer og bagage af sikkerhedshensyn vil blive visiteret ved ankomst til afsnittet.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at visitation efter psykiatrilovens § 19 a sjældent bliver benyttet da patienterne overvejende giver samtykke til at der foretages visitation. Afdelingen redegjorde under inspektionen nærmere for sin praksis med visitation. Jeg har forstået det sådan at en patient ved ankomst til et af de lukkede afsnit – enten i forbindelse med indlæggelsen eller efter udgang – bliver informeret af personalet om muligheden for visitation, og at patienten som hovedregel herefter bliver spurgt om personalet må visitere vedkommende. Hvis patienten ikke giver sit samtykke, foreligger der efter afdelingens opfattelse indikation for at patienten forsøger at indsmugle medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, og der bliver på den baggrund truffet beslutning om visitation.

Afdelingen gav et eksempel med en selvskadende kvinde som efter information om muligheden for visitation, afslog at give personalet samtykke til at visitere. Personalet tilkaldte derfor en læge som traf beslutning om visitation efter psykiatrilovens § 19 a, og ved visitationen fandt man et barberblad bag batteriet i kvindens mobiltelefon.

Jeg kan have forståelse for at Afdeling O ud fra sikkerhedsmæssige betragtninger i forhold til både patienten selv, andre patienter og personalet ser sig nødsaget til hyppigt at foretage visitation af patienterne på de lukkede afsnit. Det er imidlertid min opfattelse at en praksis med visitation som den kommer til udtryk i det materiale (husorden og velkomstfolder) og de mundtlige oplysninger som jeg har modtaget, ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a, jf. bestemmelsens ordlyd og de ovenfor citerede bemærkninger til bestemmelsen.

I rapporten om min inspektion af Retspsykiatrisk Center Glostrup har jeg bedt Region Hovedstadens Psykiatri om at udtale sig om en lignende problemstilling før jeg beslutter hvad det giver mig anledning til. Jeg har samtidig sendt et eksemplar af rapporten til Indenrigs- og Sundhedsministeriet til orientering og i den forbindelse specielt henledt ministeriets opmærksomhed på det der er anført om visitation. Jeg afventer således en udtalelse fra Psykiatrien om spørgsmålet om visitation.

Jeg er bekendt med at Indenrigs- og Sundhedsministeren den 14. december 2010 i et skriftligt svar (vedrørende Psykiatrisk Center Sct. Hans) til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har oplyst at han vil tage stilling til om der er behov for at skærpe reglerne i psykiatrilovens § 5 a om undersøgelse af patientstuer og kropsvisitation mv. så regionerne får øgede muligheder for at holde stoffer ude af afdelingerne og dermed nedbringe risikoen for at patienter under indlæggelse har adgang til stoffer.

I forbindelse med det ovenfor nævnte konkrete eksempel med den selvskadende kvindelige patient gør jeg opmærksom på at visitationen ikke kan give mig anledning til bemærkninger hvis personalet ud fra et grundigt kendskab til kvinden og hendes sygdomshistorie foretog en individuel vurdering af sandsynligheden for at hun forsøgte at indsmugle farlige genstande.

Det er tilladt for patienter på alle afsnit i Afdeling O at benytte egen mobiltelefon under indlæggelsen, men mobiltelefoner må kun anvendes på patientstuerne. I husordenerne for de to lukkede afsnit er det anført at der må benyttes mobiltelefoner uden kamera. Under inspektionen blev det imidlertid oplyst at det er svært at forbyde telefoner med kamera da efterhånden alle mobiltelefoner er udstyret med kamera. Hvis afdelingen opdager at en patient bruger sin mobiltelefon til at tage billeder af medpatienter og/eller personale, kan telefonen blive inddraget. Det blev desuden oplyst at afdelingen havde overvejet at indføre patient-mobiltelefoner uden kamera til udlån, men var gået bort fra ideen igen bl.a. ud fra

overvejelser om risikoen for f.eks. maniske eller paranoide patienters eventuelle misbrug af telefonerne til f.eks. alarmopkald (112).

Jeg beder afdelingen 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.

Der er rygeforbud på Afdeling O. På inspektionstidspunktet var det dog tilladt for patienterne på det lukkede afsnit 6112 at ryge i et rygerum på afsnittet da der ikke er direkte adgang fra afsnittet, som ligger på 1. sal, til afdelingens fælles lukkede have. Det blev under rundgangen på afsnit 6112 oplyst at der blev luftet ud i rygerummet en time 3 gange om dagen. Rygerummet blev aflåst under udluftningen. Alligevel lugtede der kraftigt af røg på gangarealet. Ledelsen oplyste under den afsluttende samtale at der var installeret udsugning i rygerummet. Ledelsen oplyste desuden at der var planer om at flytte rygerummet.

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

Jeg beder desuden afdelingen om at oplyse om der fortsat er et rygerum på afsnit 6112 og i givet fald hvor på afsnittet rygerummet er indrettet, og om det efter afdelingens opfattelse opfylder kravene om gode udluftningsmuligheder eller ventilation i § 3, stk. 1, i lov om røgfri miljøer.

5.21. Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at medbringe eller indtage alkohol eller andre rusmidler under indlæggelsen. Det fremgår af afdelingens husordener.

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen havde haft og stadig på inspektionstidspunktet havde problemer med at nogle af patienterne røg hash under indlæggelsen. Ellers oplevede afdelingen ikke

euforiserende stoffer som et problem. Det blev også oplyst at brug af stoffer på afdelingen bliver stoppet straks hvis det bliver opdaget.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om det nuværende omfang af misbrug blandt patienterne under indlæggelse, og hvad afdelingen gør for at begrænse omfanget af stoffer på afsnittene.

Det fremgår af husordenen for det lukkede afsnit 6201 at indbyrdes handel mellem patienter ikke er tilladt. I husordenen for det åbne afsnit 6221 frarådes det at patienter låner penge og andet af hinanden.

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

5.22. Kæresteforhold mellem patienterne

Det fremgår af afdelingens husordener at det ikke er tilladt at have intim omgang med medpatienter under indlæggelsen.

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

5.23. Patientindflydelse

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

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

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

Som det fremgår af pkt. 5.18 om pårørendekontakt ovenfor, har Region Hovedstaden dialogfora på tre niveauer for at styrke samarbejdet og dialogen med patienter, brugere og pårørende, og Psykiatrisk Center København har et lokalt dialogforum der holder møde ca. 3 gange om året.

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at der på alle afsnit er fora hvor patienterne har mulighed for at komme med generel kritik, og hvor alle emner kan drøftes.

Det fremgår af velkomst-/informationsfoldere for henholdsvis det lukkede afsnit 6201 og det åbne tidligere afsnit 6402 (nu 6221) som jeg har modtaget forud for inspektionen, at der på hverdage er morgenmøde på afsnittene for alle patienter. I folderen for det åbne afsnit er det anført at der på morgenmødet orienteres om dagens behandlingsaktiviteter, og at patienterne på mødet har mulighed for at gøre

opmærksom på eventuelle problemer eller mangler i afsnittet. Der står også at der 1. torsdag i hver måned efter morgenmødet er husmøde hvor generelle forhold vedrørende afsnittet kan drøftes. Hvis patienterne har forslag til dagsorden på husmøderne, kan de lægge dem i en idékasse der står i dagligstuen.

Jeg går ud fra at der holdes morgenmøder på alle afdelingens sengeafsnit, og at det er ét af de fora hvor patienterne har mulighed for at fremsætte generel kritik og drøfte forskellige emner.

Jeg beder om at få oplyst om der på alle afsnit jævnligt holdes husmøder hvor patienterne kan give deres meninger til kende. I givet fald beder jeg om at få oplyst hvor ofte disse møder holdes, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af møderne med kopi til centerledelsen.

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

Det blev oplyst at afdelingen forsøger at inddrage patienterne i videst muligt omfang, og at husordenerne ændres løbende.

Jeg beder om at få oplyst hvordan afdelingen konkret inddrager patienterne i forbindelse med ændring af husordenerne.

5.24. Rekruttering af personale og sygefravær

Det fremgår af Region Hovedstadens Psykiatriplan 2007 (s. 47) at der i flere 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 personalemangelen, 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 flerstrenget 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 med henblik på at gennemføre disse indsatser i 2009 i et tæt samarbejde med Psyk-MED og de lokale MED-udvalg.

I foråret 2009 nedsatte Psykiatrien en tænketank som fik til opgave at analysere rekrutteringsproblemerne og komme med konkrete forslag til rekrutteringsstrategier, alternative rekrutteringsmuligheder og nye ideer og metoder til rekruttering. Det fremgår af Psykiatriens virksomhedsplan 2010 at tænketankens anbefalinger om kvalitet i rekrutteringen vil blive inddraget i forbindelse med Psykiatriens udarbejdelse af en handleplan for rekruttering.

Det fremgår også af virksomhedsplan 2010 at Psykiatrien vil sætte fokus på medarbejdere der fratræder deres job i Psykiatrien, for derved at opnå en viden som kan anvendes fremadrettet til at iværksætte fastholdelsesaktiviteter. Psykiatrien vil også sørge for at alle nye medarbejdere bliver introduceret til Region Hovedstadens Psykiatri som én arbejdsplads gennem et introduktionsprogram, og at karrieremuligheder bliver synliggjort bl.a. gennem medarbejder- og lederudviklingssamtaler.

Psykiatrien har desuden oprettet sit eget vikarcenter fordi Region Hovedstaden pr. 1. juli 2009 ikke længere benytter private vikarbureauer. Vikarcenteret 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. Kort efter centerets opstart var

der i august 2009 521 vikarer tilknyttet centeret, og dækningsgraden lå på 60-70 pct. af alle de ledige vagter i Psykiatrien (jf. Psykiatriens Nyhedsbrev nr. 7 2009). Primo december 2010 var der 622 vikarer tilknyttet centeret, og dækningsgraden var oppe på 93,3 pct.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at afdelingen generelt ikke har rekrutteringsproblemer til sengeafsnittene.

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

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

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.

Ifølge virksomhedsplan 2010 skal der iværksættes et helhedsorienteret sygefraværsprojekt som skal løbe over 2 år. Projektet skal indeholde kompetenceudvikling af mellemledere til at gennemføre anerkendende sygefraværssamtaler og til at forebygge sygefravær ved lokale forbedringer af arbejdsmiljøet.

I forbindelse med inspektionen fik jeg udleveret en opgørelse over sygefraværet på de psykiatriske centre i Region Hovedstaden i perioden fra den 1. december 2007 til den 30. november 2008. Den højeste fraværsprocent lå på 8,90 (Psykiatrisk Center Hvidovre), mens den laveste lå på 4,68 (Psykiatrisk Center Gentofte). Psykiatrisk Center Rigshospitalet havde en fraværsprocent på 6,33.

Ledelsen oplyste at der på grund af sygefraværet var høje udgifter til vikarer, og at brugen af vikarer var uhensigtsmæssig både for patienterne og for det faste personale. Afdelingen var derfor ved at formulere en sygefraværspolitik og arbejdede også med et sygefraværsprojekt.

Det blev samtidig oplyst at Psykiatrisk Center Rigshospitalet kort tid før inspektionen havde gennemført en medarbejderundersøgelse som umiddelbart viste at 77 pct. af de deltagende medarbejdere oplevede centeret som en attraktiv eller delvis attraktiv arbejdsplads. Undersøgelsen viste også at de områder der kunne forbedres, og som blev efterspurgt af medarbejderne, var muligheder for kollegialt, tværfagligt samvær, efteruddannelse og en kantine med sund mad. Desuden viste undersøgelsen at der med fordel kunne sættes fokus på personalepolitiske områder som f.eks. orlovsmuligheder.

Jeg beder om at få oplyst hvordan sygefraværet på afdelingen har udviklet sig i 2009 og 2010.

Jeg beder også om nærmere oplysninger om hvilke tiltag afdelingen har gennemført for at mindske sygefraværet.

Endelig beder jeg om at modtage en kopi af afdelingens sygefraværspolitik.

5.25. Vold mod personalet

Region Hovedstadens Psykiatri har inden for de seneste par år gennemført projektet "Den gode arbejdsplads" vedrørende bl.a. arbejdsmiljøet på Psykiatriens område. Projektet har bl.a. sat fokus på medarbejdernes evne til at forebygge og håndtere konflikter, vold og trusler om vold. Det er intentionen at alle nye medarbejdere får en grunduddannelse på dette område, og at disse kompetencer holdes ved lige (jf. PsykiatriNyt 2010/1, s. 9).

Omfanget af vold og trusler om vold mod personalet blev ikke drøftet under inspektionen.

Jeg beder om at modtage en opgørelse over antallet af arbejdsskader på Psykiatrisk Center Rigshospitalet/Afdeling O i 2008, 2009 og 2010, 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 2008, 2009 og 2010, 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 afdelingen har 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 afdelingens 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 afdelingen jævnligt har flere patienter med anden etnisk oprindelse end dansk, og at det kan give anledning til sprogproblemer.

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

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

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

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen bad jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af afdelingens 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 (tvangsbekendtgørelsen). Min anmodning omfattede tilførsler i perioden fra den 1. januar 2008 til den 26. november 2008 (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).

Tvangsbekendtgørelsen er på nuværende tidspunkt blevet ophævet og afløst af 2 nye bekendtgørelser: Bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger og bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger. De nye bekendtgørelser trådte begge i kraft den 8. december 2010.

Min gennemgang af de modtagne tilførsler i tvangsprotokollen som afdelingen har foretaget i perioden fra den 1. januar 2008 til den 26. november 2008, vil ske i henhold til den dagældende tvangsbekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), herefter blot omtalt som tvangsbekendtgørelsen.

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. Indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed skal heller ikke indeholde oplysninger om hverken patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

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

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

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

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

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

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

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

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra Afdeling O, er kopier af Sundhedsstyrelsens skemaer i papirudgave.

Ledelsen oplyste under inspektionen at Psykiatrisk Center Rigshospitalet efter udskillelsen fra Rigshospitalet (den somatiske del) i 2007 havde haft store udfordringer med at få et nyt it-system til at

fungere. De tekniske problemer havde også medført at centeret ikke kunne anvende Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem, og centeret havde derfor ikke kunnet foretage indberetninger til styrelsen om anvendelsen af tvang fra 2008 og frem. Ledelsen tilføjede at Sundhedsstyrelsen ikke var interesseret i at modtage indberetninger i papirform.

Jeg beder om at få oplyst hvornår det blev muligt for afdelingen at genoptage den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen, og om afdelingen efterfølgende har indberettet alle de tvangsforanstaltninger som afdelingen af tekniske grunde ikke tidligere har kunnet indberette.

Jeg går ud fra at afdelingen løbende har foretaget indberetninger til Region Hovedstaden som den ansvarlige sygehusmyndighed.

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

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 9 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1), 10 skemaer om tvangsbehandling (skema 2), 11 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 1 skema om beskyttelsesfiksering (skema 4).

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

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

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

Jeg har modtaget 9 skemaer om frihedsberøvelse. Skemaerne omfatter 9 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 19. august 2008 til den 12. november 2008. I 5 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse, og i 4 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 1 tilfælde farlighed og i 8 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 – nu afløst af bekendtgørelse nr. 1340 af 2. december 2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, som trådte i kraft den 8. december 2010).

Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. og 3. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

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

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

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

I 8 af de 9 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen. I det sidste tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen først 4 dage efter iværksættelsen.

4 dage kan efter min opfattelse ikke betegnes som snarest muligt, og det er derfor kritisabelt at overlægen først den 27. oktober 2008 har taget stilling til en tvangsindlæggelse der blev iværksat den 23. oktober 2008.

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 alle 9 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i 3 dage eller længere tid, og i alle tilfældene på nær ét er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven angiver.

Det ene tilfælde hvor den obligatoriske efterprøvelse ikke er sket korrekt, drejer sig om en tvangstilbageholdelse af helbredsmæssige grunde iværksat den 11. november 2008. Der er sket korrekt efterprøvelse 3 dage efter iværksættelsen (14. november 2008), men herefter er der først sket efterprøvelse den 24. november 2008, dvs. 10 dage efter den første efterprøvelse i stedet for 10 dage efter iværksættelsen. Fejlen er imidlertid blevet opdaget således at den obligatoriske efterprøvelse efter 20 dage er foretaget på det korrekte tidspunkt – den 1. december 2008. Forholdet giver mig derfor ikke anledning til yderligere bemærkninger.

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 27 tilfælde samme dag som efterprøvelsen, i 6 tilfælde dagen efter efterprøvelsen og i 6 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 1 skema er felterne i sidstnævnte rubrik udfyldt.

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

6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer om tvangsbehandling. Skemaerne omfatter 9 forskellige patienter og vedrører tvangsbehandlinger som er iværksat i perioden fra den 8. februar 2008 til den 13. november 2008.

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

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

I 1 af de modtagne skemaer er der sat kryds ved to former for tvangsbehandling - medicinering og legemlig lidelse. Det fremgår af skemaet at der er tale om "nødvendig medicinsk behandling af livstruende leversvigt og deliriøs tilstand". Der burde derfor kun være sat kryds i feltet tvangsbehandling af legemlig lidelse.

4 af de modtagne skemaer vedrører medicinering, og de 6 øvrige vedrører behandling af legemlig lidelse.

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

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

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

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

I alle skemaer på nær ét er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

Det fremgår af det skema hvor datoen for beslutning om iværksættelse mangler, at der er tale om blodprøvetagning som kun er foretaget 1 gang – den 8. februar 2008. Jeg går derfor ud fra at den manglende dato for beslutning om iværksættelse skyldes en forglemmelse.

Dato for overlægens stillingtagen er angivet på 9 af skemaerne. Overlægen tog i 7 tilfælde stilling samme dag som beslutningen om iværksættelse blev truffet. I de resterende 2 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen henholdsvis dagen efter iværksættelsen og 4 dage efter iværksættelsen. Sidstnævnte tilfælde vedrører en blodprøvetagning. Dato for den somatiske overlæges stillingtagen er anført på 5 skemaer.

Navnet på den ordinerende læge er også angivet i alle tilfælde. På 2 skemaer er navnet angivet med initialer.

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

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. markeres den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten "udsigt til væsentlig forringelse af helbredet", eller "nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre" (§ 12), eller "aktuel eller potentiel livstruende tilstand". I papirskemaet skal det afkrydses hvilken begrundelse der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle skemaer på nær ét. I de 4 tilfælde af medicinering var begrundelsen udsigt til væsentlig forringelse af helbredet, og i 5 tilfælde af behandling af legemlig lidelse var begrundelsen nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre.

Det ene tilfælde hvor begrundelsen mangler, er en blodprøvetagning, og jeg går ud fra at det skyldes en forglemmelse.

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

I alle skemaer er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen, og i alle 4 tilfælde af medicinering er injektion angivet som subsidiær behandling i forhold til tabletter.

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

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

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

injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom"

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste også at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer for udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgningsrapport af 26. juli 2004.

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

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

I 9 af de 10 skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse.

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

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

Dato for behandlingen mangler helt i 2 af de 9 tilfælde. Det ene tilfælde vedrører tvangsbehandling af en legemlig lidelse ("nødvendig og tilstrækkelig udredning og behandling af fractura columna cervicalis et thoracalis og akut organisk psykose incl. operation, scanning og blodprøver og medicinering") som blev iværksat den 9. november 2008 og ophørte den 17. november 2008. Det andet tilfælde vedrører også tvangsbehandling af en legemlig lidelse ("nødvendig medicinsk behandling af livstruende leversvigt og deliriøs tilstand") som blev iværksat den 24. juni 2008. Der er ikke angivet dato for beslutning om ophør.

Jeg går ud fra at de manglende datoer for behandlingen skyldes forglemmelser, og det giver mig ikke anledning til noget.

I alle skemaer er navnet på den tilstedeværende læge med enkelte undtagelser angivet enten med lægens fulde navn, forbogstav(er) og efternavn eller med initialer. På 2 skemaer vedrørende medicinering mangler navnet på den tilstedeværende læge ét sted i en meget lang række af medicineringer, og i et andet skema også vedrørende medicinering er det ét sted i en lang række af medicineringer anført at medicineringen desværre er givet uden at der var en læge til stede.

Jeg er enig i at det er beklageligt at en medicinering er givet uden at der var en læge til stede, jf. § 6 i den dagældende tvangsbekendtgørelse, hvorefter der ved tvangsmedicinering altid skal være en læge til stede, men da der er tale om et enkeltstående tilfælde ud af mange tvangsbehandlinger, foretager jeg mig ikke noget. De 2 andre manglende angivelser af navnet på den tilstedeværende læge er også beklagelige, men jeg går ud fra at de skyldes forglemmelser og ikke det forhold at der ikke har været en læge tilstede.

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

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

I 2 skemaer er der ikke angivet dato for beslutning om ophør. Det ene tilfælde er nævnt ovenfor. I det andet tilfælde hvor der er sket medicinering hver dag i 3 måneder, er de sidste ikke-udfyldte datofelter i skemaet streget over, og der er med håndskrift skrevet "sep.".

Jeg går derfor ud fra at der er truffet beslutning om ophør af tvangsmedicineringen på tidspunktet for den sidste behandling.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

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

Jeg har modtaget 11 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. 2 af skemaerne vedrører fysisk magtanvendelse som er påbegyndt uden for den periode som jeg har afgrænset min gennemgang til (den 1. januar 2008 til den 26. november 2008), og de er derfor ikke gennemgået.

De øvrige 9 skemaer omfatter 4 skemaer om tvangsfiksering og 5 skemaer om fysisk magtanvendelse i form af beroligende medicin.

Skemaerne omfatter 5 patienter og vedrører perioden fra den 27. september 2008 til den 9. november 2008.

Tilførslerne om tvangsfiksering omfatter 1 tilfælde af anvendelse af bælte og 2 tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme.

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.

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 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.

Der blev, som allerede nævnt, truffet i alt 2 beslutninger om anvendelse af remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt i det ene tilfælde. Overlægen har taget stilling dagen efter beslutningen om anvendelse af remme blev truffet.

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

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

Navnet på den ordinerende læge er udfyldt i alle skemaer enten med lægens fulde navn eller med initialer.

Som tidligere nævnt går jeg ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem den tilstedeværende læge var.

I 8 af de 9 tilfælde af tvangsfiksering og beroligende medicin er feltet "impliceret personale" udfyldt. Feltet er ikke udfyldt i 1 tilfælde af beroligende medicin.

I flere tilfælde er det kun fornavnene på det implicerede personale der er angivet, nogle gange med tilføjelse af nummeret på et afsnit i parentes. Nogle få steder er der angivet initialer. I ét skema er der efter 2 fulde navne skrevet "politi, vagter + traumepersonale", i et andet skema er der ud over 2 navne og nogle initialer skrevet "traumepersonale", og i et tredje skema er der kun skrevet "sygeplejersker traumecentret/4131".

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 som tidligere nævnt ud fra at anvendelse af initialer eller fornavn alene er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.

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

Det er i ingen af skemaerne angivet at fikseringen var frivillig.

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 2 og 3, og § 39, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, frivillig bæltefiksering, urolig tilstand, 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 d og § 18 f. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I de 3 tilfælde af tvangsfiksering som jeg har gennemgået, er begrundelsen farlighed i 2 af tilfældene, mens begrundelsen mangler i det sidste tilfælde (en fiksering med bælte og remme som blev påbegyndt den 1. november 2008 og ophørte samme dag kl. 15).

Det er beklageligt at der i det nævnte tilfælde af tvangsfiksering ikke er anført en begrundelse for indgrebet.

Der skal i forbindelse med anvendelse af beroligende medicin ikke afkrydses en begrundelse i papirskemaet da det allerede ved afkrydsning af beroligende medicin fremgår at det gives på grund af urolig tilstand.

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

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

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

Der er med den ændring i psykiatriloven 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 4 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 underordnelsesforhold 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.

De 3 tvangsfikseringer som jeg har gennemgået, har varet henholdsvis 11 ½ time, godt 6 timer og godt 15 timer. I de 2 første tilfælde er der ingen notater om efterprøvelse. I det sidste tilfælde er der notat om én efterprøvelse efter knap 7 timer, og her er lægens initialer angivet.

Den tvangsfiksering der varede 11 ½ time, var en fiksering med både bælte og remme. Den blev påbegyndt den 9. november 2008 kl. 12.30 og ophørte den 10. november 2008 kl. 00.00. Fikseringen fandt således hovedsagelig sted i dagtimerne og de tidlige aftentimer.

Efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, skal der foretages obligatorisk efterprøvelse af en tvangsfiksering mindst 4 gange i døgnet jævnt fordelt. Det er derfor kritisabelt at der i forbindelse med den omhandlede tvangsfiksering ikke er sket en efterprøvelse ca. 6 timer efter iværksættelsestidspunktet. Jeg foretager mig imidlertid ikke mere vedrørende dette forhold.

Ingen af de 3 tvangsfikseringer varede mere end 48 timer, og der var derfor ikke pligt til at foretage ekstern efterprøvelse.

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

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

Jeg har kun modtaget ét af disse skemaer. Skemaet vedrører en beskyttelsesfiksering i form af stofbælte eller lignende som blev ordineret den 18. november 2008 og ophørte den 27. november 2008.

Jeg har gennemgået skemaet, og det giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Afdeling O 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 afdelingen anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center København, Afdeling O, Region Hovedstadens Psykiatri, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og Afdeling O's patienter og pårørende.

Lennart Frandsen
Inspektionschef