

Udskriftsdato: 25. december 2025

ISP nr 2010.1008 (Gældende)

Inspektion af Psykiatrisk Center Ballerup den 8. oktober 2010

Ministerium: Folketinget

Inspektion af Psykiatrisk Center Ballerup den 8. oktober 2010

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 ombudsmanden den 8. oktober 2010 inspektion af Psykiatrisk Center Ballerup. Den 11. oktober 2010 foretog ombudsmanden desuden inspektion af Distriktpsychiatrien i Ballerup, Egedal og Herlev, og den 12. oktober 2010 foretog ombudsmanden inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Juvelhuset, som hører under Herlev Kommune. Der er udarbejdet særskilte rapporter om distriktpsychiatrien og botilbuddet.

Inspektionen af Psykiatrisk Center Ballerup 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 ombudsmanden om at modtage kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 36-39 og §§ 44-45 i den dagældende bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2010 til 3. september 2010 (da inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

Forud for inspektionen modtog ombudsmanden forskelligt informationsmateriale, bl.a. velkomstfoldere, husordener, forskellige pjecer til patienter og pårørende samt oplysninger om belægning, tvangsanvendelse og sygefravær blandt personalet.

Under inspektionen blev en lang række emner drøftet ud fra en tjekliste. Ikke alle emner, der blev drøftet, er omtalt i rapporten. Omvendt er det heller ikke alle emner i rapporten, der er blevet drøftet særskilt under inspektionen. Nogle af de berørte emner i rapporten bygger således hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale, som jeg har modtaget fra centeret, og på materiale fra Psykiatriens hjemmeside (www.psykiatri-regionh.dk).

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Center Ballerup og Region Hovedstadens Psykiatri, for at myndighederne kunne få lejlighed til at komme med eventuelle yderligere bemærkninger om faktiske forhold, som rapporten måtte give anledning til. Jeg har ikke modtaget sådanne bemærkninger.

2. Centerets organisation mv.

Kort tid efter inspektionen – den 1. januar 2011 – blev Psykiatrisk Center Ballerup lagt sammen med Psykiatrisk Center Gentofte under navnet Psykiatrisk Center Ballerup. Centeret hører under Region Hovedstadens Psykiatri, som består af ti voksenpsykiatriske centre, tre børne- og ungdomspsykiatriske centre, ni sociale tilbud og en fælles administration.

Psykiatrisk Center Ballerup omfattede på inspektionstidspunktet fem sengeafsnit bestående af to lukkede afsnit (et sikret intensivt afsnit og et gerontopsykiatrisk afsnit) og tre åbne almene afsnit, herunder et afsnit med landsfunktion for døvepsykiatri, samt en psykiatrisk skadestue. Centeret havde i alt 107

normerede sengepladser, og optageområdet bestod af Ballerup, Egedal, Herlev, Furesø (Værløse) og Gladsaxe kommuner.

Det nye center omfatter psykiatrisk modtagelse, tre intensive og to almene sengeafsnit, to gerontopsykiatriske afsnit, et rehabiliteringsafsnit, ambulant virksomhed, dagklinikker for henholdsvis depression og mani, yngre skizofrene patienter samt spiseforstyrrelser, psykiatrisk traumeklinik for flygtninge, højt specialiseret tilbud inden for døvepsykiatri og et kompetencecenter for rehabilitering, recovery og shared care. Centeret har 137 sengepladser, og det samlede optageområde består af Ballerup, Egedal, Herlev, Furesø (Værløse), Gladsaxe, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner.

På det tidligere Psykiatrisk Center Ballerup var der ca. 230 fuldtidsstillinger, mens det nye center har ca. 530 ansatte. Det nye center ledes af centerchefen for det tidligere Psykiatrisk Center Ballerup.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Center Ballerup bestod fra den 1. januar 2011 indtil foråret 2012 af to afdelinger, der fysisk var placeret på adresserne for de to tidligere centre – afdeling Ballerup på Ballerup Boulevard 2 i Ballerup og afdeling Gentofte på Niels Andersensvej 65 i Hellerup.

Afsnit og enheder fra de to tidligere centre samles herefter i et fælles center i Ballerup med bl.a. enestuer til alle patienter. Det sker dels i nybyggeri, dels ved renovering og ombygning af de eksisterende bygninger på Ballerup Boulevard.

Når der i denne rapport refereres til centerets afsnit og husordener, omfatter det de afsnit mv. der hører til (den tidligere) afdeling Ballerup.

Det gamle byggeri i Ballerup består af mange separate bygninger i ét plan spredt ud over et stort område. De ældste af bygningerne er fra 1950'erne.

Det nye byggeri i Ballerup foregår i to etaper – første etape i 2010-2012 og anden etape i 2012-2014. Første etape omfatter en ny stor akutmodtagelse med 21 sengepladser fordelt på 11 modtagesenge og 10 lukkede senge, reception og ventefaciliteter, etablering af i alt 112 almenpsykiatriske sengepladser på enestuer med eget bad og toilet samt etablering af badeværelser med selvmordsforebyggende foranstaltninger.

Det blev under inspektionen oplyst, at det nye center – når nybyggeri og renoveringsprojekter er endeligt færdige – forventes at komme til at rumme ca. 150 sengepladser. Det blev også oplyst, at det forventes, at den almene åbne sengekapacitet vil blive mindre, mens den ambulante kapacitet og den lukkede sengekapacitet vil blive større.

Ved inspektionen besigtigede ombudsmanden psykiatrisk skadestue og akut modtageafsnit, det lukkede intensive afsnit (afsnit 1) og to åbne afsnit (afsnit 7 og afsnit 89).

Som der blev gjort opmærksom på under inspektionen, vil denne rapport være udarbejdet under hensyntagen til nybyggeri og renoveringsprojekter. Rapporten vil derfor bl.a. ikke indeholde en meget udførlig beskrivelse og gennemgang af de inspicerede afsnit.

3.2. Akut modtageafsnit

Den nye akutmodtagelse med 11 akutte observationspladser og et intensivt afsnit med 10 sengepladser stod færdig og klar til ibrugtagning den 2. maj 2012.

3.3. Afsnit 1 – lukket intensivt afsnit

Afsnit 1 er et lukket intensivt afsnit for patienter med alle former for psykiske lidelser, der har behov for akut indlæggelse i lukkede, strukturerede rammer. Afsnittet behandler bl.a. skizofreni, psykoser, affektive lidelser og angst. På inspektionstidspunktet var der 12 normerede sengepladser fordelt på 12 enestuer med eget bad og toilet, men der var 14 patienter indlagt på grund af overbelægning.

Det blev under inspektionen oplyst, at afsnittet senest var blevet renoveret i 2006.

Man skal gennem en sluse for at komme ind på afsnittet.

To af afsnittets patientstuer er større end de øvrige stuer og indrettet som handicapegnede stuer. Disse patientstuer bruges i tilfælde af overbelægning som tosengsstuer. Ombudsmanden besøgte en af disse stuer (stue 5), og der var to patienter indlagt på inspektionstidspunktet. Stuen er ca. 20 m² med hvide vægge, lyse gardiner og lyst linoleum på gulvet. Møblementet bestod af to hospitalssenge, som var til at regulere i højden, et lille bord og tre stole samt to høje skabe med lås. De to senge stod op ad hver sin væg forskudt for hinanden, så der var et pænt stykke imellem dem. Belysningen på stuen bestod af lysstofrør i loftet og to sengelamper. Der var et enkelt billede på den ene væg, og det blev oplyst, at patienterne selv må udsmykke deres stuer, hvis de har lyst til det.

Stuens tilhørende badeværelse er stort med plads på begge sider af toilettet. Der var ingen armstøtter ved toilettet, og håndvasken havde ikke hæve-/sænkefunktion. I brusebadet var der ingen slange og brusehoved. Det blev oplyst, at det var fjernet på grund af en tidligere patients selvmord i et badeværelse, og at patienterne fik brusehoved og slange udleveret, når de skulle i bad.

Ombudsmanden besøgte også en almindelig enestue (stue 7). Stuen er ca. 13 m², og den var indrettet på samme måde som den handicapegnede stue. Linoleummet på gulvet havde utallige brandmærker fra cigaretter. Det blev oplyst, at de mange mærker ikke skyldtes, at belægningen var gammel, men at en tidligere patient havde lavet samtlige mærker i løbet af en times tid.

Afsnittet har to store opholdsstuer med glaspartier ud mod gangarealet. Den ene stue var indrettet som tv-stue, og den anden var indrettet til aktiviteter med bl.a. bordfodbold, skakspil, et stort whiteboard og et tv. I åben forbindelse med gangarealet er der en stor spisestue. Den var indrettet med et langt spisebord og nogle få grønne planter i krukker på gulvet. Ved siden af spisestuen er der et stort køkken, som bruges til at varme og anrette den færdiglavede mad, der kommer fra centralkøkkenet på Herlev Hospital.

Herudover har afsnittet to samtalerum, der også kan fungere som besøgsrum. I tilfælde af overbelægning bruges samtalerummene som patientstuer. På inspektionstidspunktet blev det ene samtalerum anvendt som patientstue.

Afsnittets udendørs arealer består af en lille lukket og overdækket gårdhave og en stor indhegnet have. Jeg henviser i den forbindelse til pkt. 5.2 om adgang til frisk luft nedenfor.

På inspektionstidspunktet var der indlagt flere meget psykotiske patienter, og det skabte en del uro i afsnittet. I løbet af den tid ombudsmanden opholdt sig i afsnittet (ca. en halv time), gik alarmerne flere gange. Under inspektionen havde ombudsmanden en samtale med en patient – en ung mand i 20'erne – der havde været indlagt på det lukkede afsnit i nogle dage. Han bad indtrængende om hjælp til at blive flyttet til et åbent afsnit, fordi han efter eget udsagn var meget skræmt ved tanken om at skulle tilbringe flere nætter på det lukkede afsnit på grund af den uro, der var.

Jeg har noteret mig det oplyste om at den lukkede sengekapacitet forventes at blive større, når byggeriet i Ballerup står færdigt, og at der bliver mere end ét lukket intensivt afsnit, så det bliver muligt for centeret at fordele patienterne mest hensigtsmæssigt og eventuelt at flytte en patient fra ét lukket afsnit til et andet, hvis der er behov for det.

Jeg har også noteret mig, at der i forbindelse med renoveringen af centeret bliver etableret badeværelser med selvmordsforebyggende foranstaltninger.

De bygningsmæssige forhold på det lukkede intensive afsnit giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

3.4. Afsnit 7 – åbent afsnit

Afsnit 7 er et åbent alment afsnit og behandler typisk patienter med skizofrene og affektive lidelser. På inspektionstidspunktet var der 19 normerede sengepladser på afsnittet fordelt på fortrinsvis enestuer, men afsnittet havde også en tresengsstue.

Det blev oplyst at bygningen, hvor afsnit 7 er placeret, er fra 1957, og på inspektionstidspunktet var den senest blevet renoveret i 2002. Det blev oplyst, at der var planer om at renovere afsnittet, så det ville komme til at bestå af 15 enestuer med eget bad og toilet.

Ombudsmanden besigtigede to enestuer. De var ca. 13 m² med hvide vægge, gråt linoleum på gulvet og farverige gardiner. Stuerne var ens indrettet med en hospitalsseng, der var til at regulere i højden, et sengebord med en lille lampe, et lille bord og et par stole, et højt skab med lås og en håndvask med spejl og lysstofrør over. På den ene stue var der ingen udsmykning ud over en opslagstavle på væggen over sengen. På den anden stue var der både en opslagstavle og et billede på væggen.

Ingen af stuerne på afsnittet havde eget bad og toilet. Der var to stuer om hvert toilet- og baderum på gangen, dog var fire patienter nødt til at dele bad og toilet i den ene ende af afsnittet.

Det blev oplyst, at tresengsstuen blev anvendt som enestue, men at den i tilfælde af overbelægning på afsnittet blev brugt til to eller tre patienter.

Afsnittet har en spisestue i forbindelse med et åbent køkken. Der er store glaspartier ud mod gangen og en dør ud til haven. Spisestuen var indrettet med et stort og to mindre spiseborde, et klaver og flere farverige billeder på væggene.

Afsnittets store opholdsrum har også et stort glasparti mod gangarealet. Opholdsrummet var indrettet med tre sofagrupper, spisebord, reol med bøger, spil, musik og aviser, stort tv og udsmykning på væggene.

Herudover havde afsnittet et mindre rum, der var indrettet både med en hyggeklub med lænestole, sofabord og tv med PlayStation og som motionsrum med kondicykel, løbebånd og romaskine.

Folketingets § 71-tilsyn har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske afdelinger gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit, der har stuer med to eller flere senge og stuer uden eget bad og toilet.

Som ombudsmanden bemærkede under inspektionen, er det utidssvarende med en tresengsstue. Det lever ikke op til kravet om "god psykiatrisk sygehusstandard (...) med hensyn til de bygningsmæssige forhold" som nævnt i psykiatrilovens § 2.

Ud fra det der blev oplyst under inspektionen og oplysninger på Psykiatriens hjemmeside, går jeg ud fra, at afsnit 7 nu er renoveret, så afsnittet kun rummer enestuer med eget bad og toilet.

Under inspektionen havde ombudsmanden en samtale med to patienter, der var indlagt på afsnit 7. De indledte samtalen med at tilkendegive, at afsnittet efter deres opfattelse var et godt og trygt sted at være indlagt, at personalet var meget empatiske og søde at tale med, og at der var et godt socialt samvær på afsnittet. Herefter fortalte de – som repræsentanter for alle patienterne i afsnittet – om en række generelle forhold, som patienterne ikke var tilfredse med (jf. pkt. 4, 5.3, 5.6 og 5.7 nedenfor).

Patienterne efterlyste bl.a. flydende sæbe i toilet- og baderum under henvisning til, at flydende sæbe er mere hygiejnisk end fast sæbe. Desuden klagede patienterne over rengøringen i baderummene, fordi der mellem fliserne i brusebadene var sorte og brune striber, der lignede svamp.

Under den afsluttende samtale med centerledelsen blev det oplyst, at der tidligere havde været beholdere med flydende sæbe i alle toilet- og baderum, og ledelsen tilkendegav, at der igen ville komme flydende sæbe ved alle håndvaske.

Med hensyn til rengøringen oplyste ledelsen, at de brune og sorte striber mellem fliserne i brusebadene opstod på grund af utilstrækkelig udluftning. Det blev også oplyst, at der allerede var strammet op på rengøringen, men at ledelsen ville tage initiativ til, at der blev strammet yderligere op i forbindelse med rengøring af baderummene.

Jeg er bekendt med, at Psykiatrien har indført en række standarder for rengøring, og at der ultimo 2011 er blevet foretaget en ekstern undersøgelse af rengøringsstandarden på de 18 psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri. Undersøgelsen viste en markant forbedring af rengøringen. Den omfattede i alt 283 lokaler i Psykiatrien, og heraf blev 75 pct. godkendt. På Psykiatrisk Center Ballerup blev 19 lokaler undersøgt og 15 lokaler godkendt, svarende til en godkendelsesprocent på 79. Centeret havde således en højere godkendelsesprocent end Psykiatrien samlet set.

3.5. Afsnit 89 – åbent afsnit

På inspektionstidspunktet var der et åbent afsnit – afsnit 89 – med 18 sengepladser, hvoraf fire var normeret til døvepsykiatrien. Afsnittet var oprettet 2 år før inspektionstidspunktet ved en sammenlægning af to tidligere åbne afsnit (afsnit 8 og 9), fordi bygningen, der rummede det ene afsnit (afsnit 9), blev ramt af skimmelsvamp og måtte lukkes. Sammenlægningen indebar en midlertidig lukning af otte sengepladser og flytning af ti sengepladser til andre afsnit.

Afsnittet havde tre tresengsstuer, der også blev anvendt som tresengsstuer, mens de øvrige stuer var enestuer. Der var tre fælles toilet- og baderum.

Ombudsmanden besigtigede en tresengsstue (stue nr. 7) og en enestue. Tresengsstuen var ca. 20 m², og der var ikke meget plads mellem de tre senge. Møblementet på stuerne så gammelt og slidt ud.

Det blev under inspektionen oplyst, at der var planer om at renovere afsnittet, så det i 2012 ville komme til at bestå af 15 enestuer med eget bad og toilet. Der ville samtidig blive indkøbt nyt møblement til stuerne.

Jeg henviser til det, jeg har anført om tresengsstuer ovenfor (pkt. 3.4).

Jeg har noteret mig det oplyste om renovering af afsnittet, herunder etablering af enestuer med nyt møblement og eget bad og toilet til alle patienter.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde ombudsmanden samtaler med seks patienter, som alle havde ønsket en samtale. To af patienterne var som nævnt ovenfor indlagt på afsnit 7 og talte både på egne vegne og som repræsentanter for de øvrige patienter i afsnittet. Fire af de patienter, som ombudsmanden havde samtaler med, 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 rengøring, handicaptilgængelighed, maden, manglende aktivitetsmuligheder og udarbejdelse af behandlingsplaner. Disse emner er berørt i pkt. 3 ovenfor og i pkt. 5.3, 5.6, 5.7 og 5.10 nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside om Psykiatrisk Center Ballerup, at centeret har en samlet kapacitet på 137 sengepladser. Som nævnt ovenfor under pkt. 3.1 blev det under inspektionen oplyst, at det nye center – når nybyggeri og renoveringsprojekter er endeligt færdige – forventes at komme til at rumme ca. 150 sengepladser fordelt på enestuer. Det blev også oplyst, at det forventes, at den almene åbne sengekapacitet vil blive mindre, mens den ambulante kapacitet og den lukkede sengekapacitet vil blive større.

Det blev endvidere oplyst, at den gennemsnitlige indlæggelsestid på Psykiatrisk Center Ballerup på inspektionstidspunktet var 21 dage. På det lukkede intensive afsnit (afsnit 1) kan indlæggelsestiden variere meget – fra et døgn til flere uger, men på inspektionstidspunktet var indlæggelsestiden på dette afsnit gennemsnitligt 10 dage.

Det blev også oplyst, at kapaciteten på det lukkede intensive afsnit (afsnit 1) i nogle år havde været væsentligt spændt for, og at det forekom, at der var overbelægning på afsnittet på grund af for lidt sengekapacitet. Afsnittets to handicapegnede stuer er meget store, og i tilfælde af overbelægning er der mulighed for at bruge disse to stuer som tosengsstuer. Det blev samtidig oplyst, at det forekom, at en patient måtte overnatte på gangen i den ene ende af afsnittet.

I forbindelse med inspektionen blev der udleveret en oversigt over bl.a. den gennemsnitlige belægning på Psykiatrisk Center Ballerup i perioden fra den 1. januar 2010 til den 31. august 2010. Det fremgår heraf, at den gennemsnitlige belægningsprocent på det lukkede intensive afsnit var 109,7. På det åbne afsnit 7 var den gennemsnitlige belægningsprocent 92,5, mens den for hele centeret i den nævnte periode var 74,2.

Jeg beder centeret om nærmere oplysninger om antallet af sengepladser fordelt på åbne og lukkede senge.

Jeg beder også om at få oplyst, hvordan belægningsprocenten for disponible senge har været i 2011 på Psykiatrisk Center Ballerup, herunder belægningsprocenten på de enkelte afsnit.

I sagen om ombudsmandens inspektion af Psykiatrisk Center Rigshospitalet (nu Psykiatrisk Center København, Afdeling O) har ombudsmanden udtalt, at placering af en patient på gangen efter hans opfattelse kun bør 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. Ombudsmanden udtalte samtidig, at en patient, der er placeret på gangen, som et minimum bør have en skærm for sengen og et skab, hvor det er muligt at opbevare og låse sine ejendele inde.

Jeg beder Psykiatrisk Center Ballerup om at oplyse, om det stadig forekommer, at det er nødvendigt at placere en patient på gangen på det lukkede intensive afsnit på grund af overbelægning.

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.

Psykiatrisk Center Ballerup ligger på et stort område, og mellem centerets bygninger med de enkelte døgnafsnit er der grønne områder. Disse omgivelser kan benyttes af alle patienter, der frit kan forlade deres afsnit.

Til det lukkede intensive afsnit (afsnit 1) hører der en lille, lukket og overdækket gårdhave, hvor alle patienter kan gå ud (for at ryge) uden ledsagelse. Afsnittet har desuden en lukket have bestående af en stor græsplæne og en stor delvis overdækket terrasse med havemøbler. Haven er omgivet af et højt trådhegn, som er skråt foroven, så det er svært at forcere. Det blev under inspektionen oplyst, at patienterne bruger haven rigtig meget, særligt om sommeren, og at meget få patienter er stukket af fra afsnittet via haven.

De grønne omgivelser ved hvert døgnafsnit samt den store lukkede have og den lille lukkede gårdhave til afsnit 1 giver patienterne på Psykiatrisk Center Ballerup mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt enten med eller uden ledsagelse.

Jeg beder centeret om at oplyse, om også patienter, der har behov for ledsagelse, fordi de f.eks. anses for flugttuede eller selvmordstruede, får tilbud om at komme ud i frisk luft hver dag.

5.3. Handicaptilgængelighed

Centerledelsen oplyste under inspektionen, at spørgsmålet om handicaptilgængelighed indgår i forbindelse med projektet med udbygning og ombygning af centeret og etablering af det nye fælles center.

Under den samtale ombudsmanden havde med to patienter på det åbne afsnit 7, efterlyste patienterne en mere handicapegnet indretning af afsnittet. De oplyste, at der på inspektionstidspunktet var indlagt en patient, der brugte rollator, og den pågældende havde meget svært ved at få rollatoren over dørrinnet til afsnittets hovedindgang. Den pågældende patient savnede også håndgreb ved toilettet og håndgreb til at støtte sig ved i brusebadet.

I et brev af 27. januar 2011 til patienterne oplyste centerledelsen, at der ved renoveringen af afsnit 7 ville blive taget højde for krav om handicapegnet adgang og indretning.

På baggrund af det oplyste foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om handicaptilgængelighed.

5.4. Navneskilte

Under rundgangen på centeret så ombudsmanden, at der var whiteboards med fornavne ved dørene til patientstuerne.

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

Jeg kan til orientering oplyse, at ombudsmanden 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.

Da centeret kun benytter patienternes fornavne, har jeg ingen bemærkninger til anvendelsen af navneskilte.

5.5. Opbevaring af journaler

Det blev oplyst, at centeret på inspektionstidspunktet endnu ikke var gået over til fuldt ud at anvende elektroniske patientjournaler, kun medicindelen foregår elektronisk. De manuelle patientjournaler er låst inde, og kun relevant personale har adgang til journalerne. Den elektroniske del af journalsystemet er forsynet med log.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Jeg er bekendt med, at det af virksomhedsplan 2012 fremgår; at Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til udviklingen af sundheds-it skal følge og indgå i projekter om it-understøttet patientbehandling, og at et centralt mål er, at journalen i videst muligt omfang er elektronisk og standardiseret og inkluderer alle medarbejdergrupper (som fører notater).

5.6. Forplejning

Kosten på Psykiatrisk Center Ballerup kommer fra centralkøkkenet på Herlev Hospital, som centeret har en driftsaftale med. Maden er den samme som den, der serveres for de somatiske patienter på hospitalet. Maden anrettes i køkkenerne på de enkelte afsnit og tilbydes patienterne i en buffet, så den enkelte patient har flere valgmuligheder. Ledelsen oplyste, at der desuden er rigtig gode muligheder for at bestille diætmad.

Region Hovedstadens Ernæringskomité har udarbejdet en kost- og ernæringspolitik (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.

Det blev under inspektionen oplyst, at alle patienter, der bliver indlagt på Psykiatrisk Center Ballerup, bliver ernæringsscreenet ved indlæggelsen. Patienterne får målt deres BMI (Body Mass Index) og kolesterol, og ernæringsscreeningen bliver fulgt op af en individuel vejledning om kost.

Under inspektionen havde ombudsmanden som tidligere nævnt en samtale med to patienter på afsnit 7. De fremlagde en række ønsker fra alle patienterne på afsnittet, herunder et ønske om eftermiddagsmad i form af f.eks. en ostemad til kaffen, fordi der er lang tid mellem frokosten kl. 12 og aftensmaden kl. 18. Ombudsmanden forelagde patienternes ønske for ledelsen under den afsluttende samtale. I et brev af 27. januar 2011 til patienterne har ledelsen oplyst, at der er mulighed for et mellemmåltid i form af en ostemad og/eller yoghurt samt frugt.

Det oplyste om forplejningen på Psykiatrisk Center Ballerup giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Beskæftigelse

For patienterne på samtlige afsnit i Psykiatrisk Center Ballerup er der en del aktiviteter, som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – f.eks. morgen- og aftenmøder, morgengymnastik, anden fysisk træning og sociale aktiviteter som f.eks. fællesspisning og fælles kaffebord. Det fremgår af velkostfolderen om f.eks. afsnit 7, at der er et aktivitetsskema på afsnittet, og det blev under inspektionen oplyst, at afsnittet bestræber sig på at have mindst to aktiviteter på programmet hver dag.

På de enkelte afsnit findes der tv, musikanlæg, spil, bøger/blade samt enkelte musikinstrumenter og motionsredskaber, som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

Under inspektionen blev det oplyst, at der på afsnit 7 er adgang til internettet for de patienter, der medbringer en bærbar pc. Patienterne får oplyst et gæste log-in og kan herefter koble sig på centerets trådløse netværk.

Ledelsen oplyste, at centeret anser fysisk aktivitet som en vigtig del af behandlingen af den enkelte patient, og der er derfor stor fokus på fysisk aktivitet i den tid, som en indlæggelse gennemsnitligt varer (21 dage på inspektionstidspunktet). Alle patienter bliver således straks efter indlæggelsen vurderet af en fysioterapeut og får foretaget en funktionstest. Der er forskellige tilbud om fysiske aktiviteter i aktivitetscenteret, der ligger i samme bygning som distriktspsykiatrien ikke langt fra døgnafsnittene. Aktivitetscenteret tilbyder individuel behandling efter lægehenvielse eller gruppeaktiviteter som f.eks. træning i motionsrum, træning på store bolde, stavgang/løbegruppe, boldspil, yoga og afspænding.

De to patienter, ombudsmanden talte med på afsnit 7, efterlyste nogle flere aktiviteter i afsnittet, og det samme gjorde en patient på afsnit 89. Centerledelsen har i brev af 27. januar 2011 til patienterne på afsnit 7 henvist til, at der er mulighed for forskellige aktiviteter i afsnittet, herunder tegning, maling, spil og håndarbejde, og at der er mulighed for fysiske aktiviteter i aktivitetscenteret.

Det oplyste om patienternes aktivitetsmuligheder giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg har noteret mig, at centeret lægger stor vægt på fysisk aktivitet og anser det for en vigtig del af behandlingen, ligesom jeg har noteret mig, at patienterne gennemsnitligt ikke er indlagt i lang tid.

5.8. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010) skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

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

5.9. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale

Psykiatrisk Center Ballerup har en målsætning om, at den enkelte patient oplever sit behandlingsforløb som overskueligt og sammenhængende. Derfor har alle patienter en behandlingsansvarlig læge og en kontaktperson, som sammen med patienten aftaler rammerne for og indholdet af behandlingen, og som følger patienten i behandlingsforløbet.

Det blev under inspektionen oplyst, at patientens kontakt med den behandlingsansvarlige læge aftales mellem lægen og patienten, og at det tilstræbes, at der ved hver lægesamtale fastsættes en dato for en ny samtale, så patienten ved, hvornår den næste lægesamtale skal finde sted.

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 patienten har med læger eller andre samarbejdspartnere.

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

5.10. 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.

Ved en ændring af psykiatriloven, der trådte i kraft den 1. januar 2007, blev 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.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om bl.a. behandlingsplaner 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.

De to patienter fra afsnit 7, som ombudsmanden havde en samtale med under inspektionen, oplyste, at de havde været indlagt på centeret i henholdsvis 8 og 9-10 dage, men at ingen af dem på daværende tidspunkt havde fået udleveret en behandlingsplan endnu.

Under den afsluttende samtale med centerledelsen blev det oplyst, at der internt i centeret er fastsat tidsrammer for udarbejdelse af behandlingsplaner, og at der hele tiden følges op på, om disse tidsrammer bliver overholdt. Ledelsen tilkendegav samtidig, at det ville blive indskærpet over for personalet, at tidsfristen på en uge for udarbejdelse af behandlingsplaner skal overholdes, og at behandlingsplanen skal udleveres til patienten umiddelbart efter udarbejdelsen.

Jeg beder om at få oplyst, hvordan målopfyldelsen har været på Psykiatrisk Center Ballerup i 2011 med hensyn til overholdelse af fristen for udarbejdelse af behandlingsplaner.

Jeg beder desuden centeret om at oplyse, om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner til patienterne.

Under inspektionen modtog ombudsmanden efter anmodning kopi af to behandlingsplaner. Planerne er ens opbygget og indeholder hver seks punkter: Diagnoser, undersøgelser, behandling og pleje, mål, tidsperspektiv og patientens holdning til planen.

De seks punkter i behandlingsplanerne dækker de indholdsmæssige krav til behandlingsplaner og giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Under det sjette punkt om patientens holdning til planen er det i begge behandlingsplaner angivet, at den "kan" udleveres til patienten. Jeg beder centeret om at oplyse, om det forekommer, at en behandlingsplan ikke bliver udleveret til patienten (bortset fra de tilfælde, hvor patienten selv har frabedt sig at få behandlingsplanen udleveret), og i hvilke situationer det sker.

5.11. 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.

Anvendelsen af tvang på de enkelte psykiatriske centre/afdelinger i hele landet fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelser over anvendelse af tvang i psykiatrien frem til 2008. Herefter indeholder Sundhedssty-

relsens opgørelser kun statistik over anvendelsen af tvang på landsplan (med undtagelse af Sikringsafdelingen). Opgørelserne over anvendelse af tvang i psykiatrien findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse – ”Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010” – viser, at hver 5. patient indlagt på en psykiatrisk afdeling fortsat bliver udsat for én eller flere tvangsforanstaltninger, og at dette niveau har været stabilt over en årrække. Opgørelsen viser bl.a. også, at antallet af bæltefikseringer på landsplan i 2010 er faldet væsentligt i forhold til 2009, mens antallet af gange, der er anvendt beroligende medicin i 2010, nu er højere end anvendelsen af bælte.

Danske Regioner satte i 2010 fokus på at mindske brugen af tvang i psykiatrien med formulering af 3 målsætninger: 1) Regionerne vil reducere antallet af fikseringer og den samlede længde af fikseringer med 20 pct. over 3 år, ligesom regionerne vil reducere antallet af fastholdelser med 20 pct. over 3 år. 2) Regionerne vil forbedre patientoplevelsen i forbindelse med tvang – bl.a. ved igennem en styrket dialog at inddrage patientens præferencer i forhold til tvang for at kunne gennemføre tvangen så skånsomt som muligt og ved løbende at følge op på tvangssituationer. 3) Regionerne vil styrke psykiatrisk forskning med fokus på tvang, herunder de forskellige tvangsformers virkning og mulige mindre indgribende alternativer.

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

Ifølge årsberetningen for 2010 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden realitetsbehandlede nævnet i 2010 i alt 453 sager om tvangsindgreb i Region Hovedstaden. Sagerne omfattede 807 afgørelser. Heraf godkendte nævnet 718 afgørelser og tilsidesatte 89, hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 11.

8 af de 453 realitetsbehandlede sager hos patientklagenævnet i 2010 vedrørte tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Ballerup. Der blev indgivet i alt 11 klager over tvangsindgreb på centeret i 2010, men 3 af klagerne blev tilbagekaldt eller afvist.

Til sammenligning realitetsbehandlede nævnet i 2009 11 sager om tvangsindgreb på Psykiatrisk Center Ballerup. Der blev indgivet i alt 13 klager over tvangsindgreb på centeret, men 2 af klagerne blev tilbagekaldt eller afvist.

Det blev under inspektionen oplyst, at anvendelsen af tvang på Psykiatrisk Center Ballerup ligger på et lavt niveau. Som årsag hertil angav ledelsen to væsentlige grunde. Centeret anvender i overensstemmelse med princippet om mindste middel kun tvang som en absolut sidste løsning – andre mindre indgribende løsninger bliver prøvet først. Hertil kommer, at personalet bestræber sig på at være mere synligt på afsnittene og mindske den tid, der bruges på afrapportering på kontorerne.

I forbindelse med inspektionen modtog ombudsmanden en opgørelse over anvendelsen af tvang på Psykiatrisk Center Ballerup i 2009 og 2010 (indtil 1. september 2010).

I 2009 foretog centeret i alt 376 registreringer af tvang. De omfattede 145 frihedsberøvelser (77 tvangsindlæggelser og 68 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 122 tvangsbehandlinger (116 tvangsmedicineringer, 3 tilfælde af ECT med tvang og 3 tilfælde af tvangsbehandling af legemlig lidelse), 33 tvangsfikseringer og 70 tilfælde af fysisk magtanvendelse (23 tilfælde af fastholdelse, 45 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 2 tilfælde af personlig skærmning over 24 timer). Herudover var der ifølge opgørelsen 5 tilfælde af anden tvangsforanstaltning, angivet som ”andet” i opgørelsen.

I 2010 (indtil 1. september) foretog centeret i alt 322 registreringer af tvang. De omfattede 82 frihedsberøvelser (49 tvangsindlæggelser og 33 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 151 tvangsbehandlinger (150 tvangsmedicineringer og 1 tilfælde af tvangsbehandling af legemlig lidelse), 26 tvangsfikseringer og 63 tilfælde af fysisk magtanvendelse (35 tilfælde af fastholdelse, 27 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 1 tilfælde af personlig skærmning over 24 timer).

Jeg beder om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på Psykiatrisk Center Ballerup i 2011 og første halvdel af 2012.

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 (på Sikringsafdelingen) 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).

Ombudsmanden modtog under inspektionen kopi af det standardiserede informationsmateriale, som Psykiatrisk Center Ballerup anvender i forbindelse med tvang.

Jeg har noteret mig indholdet af det udleverede informationsmateriale.

På Psykiatrisk Center Ballerup 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. Bælter og remme transporteres i dynebetræk til patientens stue.

Jeg har noteret mig, at bælter og remme transporteres på en måde, så de ikke er synlige for andre patienter.

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

5.12. 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 i 2006 (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.

Under inspektionen tilkendegav ledelsen, at Psykiatrisk Center Ballerup var tilfredse med de patientrådgivere, der var knyttet til centeret, og at patientrådgiverne møder op, som de skal i henhold til psykiatrilovens bestemmelser.

Jeg går ud fra, at Psykiatrisk Center Ballerup tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a, og at patientrådgiverne bliver beskikket/tilkaldt hurtigst muligt efter iværksættelsen af tvang. Jeg går også ud fra, at patientrådgiverne orienteres, så de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

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 sine seneste årsberetninger bemærket, at fem 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 årsberetning for 2010, at der dette år var fire patientrådgivere knyttet til det tidligere Psykiatrisk Center Ballerup og fire patientrådgivere knyttet til det tidligere Psykiatrisk Center Gentofte. Ifølge patientklagenævnets udkast til årsberetning for 2011 er dette antal uændret, idet der er otte patientrådgivere tilknyttet Psykiatrisk Center Ballerup efter fusionen med Psykiatrisk Center Gentofte.

Jeg går ud fra, at det er et tilstrækkeligt antal til at dække behovet for patientrådgivere.

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 2010 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 2008 i 6 ud af de 7 sager, der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Psykiatrisk Center Ballerup, svarende til en mødedeltagelse på 86 pct. I 2009 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 10 ud af 11 sager svarende til

en mødedeltagelse på 91 pct, og i 2010 deltog de i 8 ud af 8 sager svarende til en mødedeltagelse på 100 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 psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2010 var 94, og en sådan fremmødeprocent har patientklagenævnet betegnet som ”meget flot og en markant fremgang i forhold til 2006, hvor mødeprocenten var på 84 %”.

Jeg har noteret mig den høje fremmødeprocent for patientrådgiverne tilknyttet Psykiatrisk Center Ballerup.

På inspektionstidspunktet var der to retspsykiatriske patienter indlagt på Psykiatrisk Center Ballerup. Den ene patient var indlagt på et åbent afsnit, mens den anden patient, der havde en anbringelsesdom, var indlagt på det lukkede intensive afsnit og afventede overførsel til et retspsykiatrisk afsnit.

Personer, der 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.

Bistandsværgeren 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 Psykiatrisk Center Ballerup orienterer bistandsværgerne i samme omfang, som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a.

5.13. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning

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. Alle patienter i afdelingen skal, straks efter at en beslutning om aflåsning er truffet, underrettes om det (§ 18 f, stk. 3).

Afsnit 1 på Psykiatrisk Center Ballerup er et lukket intensivt afsnit, og derfor er yderdørene altid låst. Det samme gælder på det gerontopsykiatriske afsnit. På de åbne afsnit er yderdørene låst for natten i tidsrummet kl. 22.00 til kl. 06.00. I husordenerne for de åbne afsnit er det udtrykkeligt anført, at patienterne naturligvis har mulighed for at komme ind og ud af afsnittet også i det tidsrum, hvor yderdørene er låst. Det kan ske ved at lave aftaler med personalet om udgang og hjemkomst.

Der er ingen skærmede enheder på Psykiatrisk Center Ballerup (afdeling Ballerup).

Det blev under inspektionen oplyst, at der kan være tvangsindlagte og/eller tvangstilbageholdte patienter på de åbne afsnit, men efter ledelsens skøn er ca. 99 pct. af patienterne på de åbne afsnit frivilligt indlagte patienter. På det lukkede intensive afsnit er en stor del af patienterne også frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter. Ledelsen oplyste, at der oftest foreligger en aftale mellem disse patienter og den behandlingsansvarlige læge om, hvornår og hvor ofte patienten ud fra behandlingsmæssige hensyn kan forlade afsnittet. Det blev samtidig oplyst, at de frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter bliver lukket ud af afsnittet, hvis de vil ud – og betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke er opfyldt.

Folketingets § 71-tilsyn har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske 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 ud fra, at Psykiatrisk Center Ballerup 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.

På baggrund af det oplyste går jeg samtidig ud fra, at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter på det lukkede intensive afsnit altid bliver lukket ud, hvis de ønsker at forlade afsnittet, medmindre der er behov for at vurdere, om betingelserne for at tvangstilbageholde patienten er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3, hvorefter overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer skal meddele patienten, om tvangstilbageholdelse skal ske.

Jeg beder om at få oplyst, om det forekommer, at det er nødvendigt at låse yderdørene på de åbne afsnit i dagtimerne i henhold til psykiatrilovens § 18 f, og hvordan personalet i givet fald sørger for at underrette patienterne om det.

Det blev under inspektionen oplyst, at der i nogle tilfælde bliver anvendt personlig skærmning på centeret. Det fremgår af den opgørelse over anvendelsen af tvang på Psykiatrisk Center Ballerup, som jeg har modtaget (jf. pkt. 5.11 ovenfor), at der i 2009 var to tilfælde af personlig skærmning over 24 timer og ét tilfælde i 2010 (indtil 1. september 2010).

Reglerne om personlig skærmning blev indsat i psykiatrilovens § 18 c ved lov nr. 534 af 8. juni 2006, der trådte i kraft den 1. januar 2007. 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. 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. § 44 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger).

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.

Under inspektionen fik ombudsmanden udleveret en kopi af Psykiatriens kliniske vejledning om observationsniveauer gældende fra den 5. december 2008 og en instruks, som Psykiatrisk Center Ballerup har udarbejdet med udgangspunkt i den kliniske vejledning.

Psykiatriens vejledning beskriver, hvilke observationsniveauer der gælder for døgnindlagte patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Der er fem observationsniveauer – 1) alment observationsniveau, 2) udvidet alment observationsniveau, 3) skærpet alment observationsniveau, 4) fast vagt og 5) skærpet fast vagt. Vejledningen beskriver bl.a., 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.

Psykiatrisk Center Ballerups instruks uddyber, hvilke observationer der som minimum skal foretages i relation til de enkelte observationsniveauer.

Ombudsmanden har i sagen om inspektionen af Psykiatrisk Center Glostrup skrevet, at Psykiatriens kliniske vejledning om observationsniveauer ikke giver anledning til bemærkninger.

Jeg har noteret mig, at Psykiatrisk Center Ballerup med udgangspunkt i Psykiatriens vejledning har udbygget, hvilke observationer der som minimum skal foretages i relation til de enkelte observationsniveauer i vejledningen.

På den baggrund foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om fastsættelse af eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning som omtalt i forarbejderne til psykiatrilovens regler om personlig skærmning.

5.14. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i centeret

Ombudsmanden har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet sendte den 23. juli 2001 ombudsmanden en kopi af sit svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Folketingets § 71-tilsyn. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet var 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 Psykiatrisk Center Ballerup har et godt samarbejde med Københavns Vestegns Politi, som centeret jævnligt holder samarbejds møder med. Efter aftale har centeret en kontaktperson hos politiet, som ledelse og personale sammen kan henvende sig til i forbindelse med anmeldelse af vold eller trusler om vold.

Det blev desuden oplyst, at det i forbindelse med tvangsindlæggelse af en meget voldsom patient, som det er nødvendigt at tvangsfiksere straks efter ankomsten til centeret, kan ske, at politiet bliver nødt til at hjælpe personalet med at holde patienten i forbindelse med tvangsfikseringen. Herudover sker det kun helt undtagelsesvist, at politiet tilkaldes og kommer ind på et af centerets afsnit. Det har kun været nødvendigt i ganske få tilfælde i løbet af adskillige år.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Udslusning, udskrivningsaftaler og 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 således også indgået samarbejdsaftaler mellem Psykiatrisk Center Ballerup og kommunerne i centerets optageområde. 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 Psykiatrisk Center Ballerup og den pågældende kommune hver skal udpege en eller flere koordinatore, som skal fungere som indgang til henholdsvis centeret og kommunen. Det gøres klart i aftalen, at grundlaget for samarbejdet er, at der foreligger et 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 Psykiatrisk Center Ballerup 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 kommune. Når enten det psykiatriske center eller patientens kommune finder det hensigtsmæssigt, skal der også så tidligt som muligt holdes et koordinerende planlægningsmøde i forløbet vedrørende patienten. Det er koordinatorene i centeret og patientens kommune, 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 kommunen varsles i tilfælde, hvor der er behov for nye sociale foranstaltninger i forbindelse med udskrivningen, eller hvor en social foranstaltning skal genoptages 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 kommune. Centeret skal altid oplyse patientens kommune om det tidspunkt, hvor patienten faktisk er færdigbehandlet.

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

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

Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale støttetilbud til patienten. Koordinatoren på Psykiatrisk Center Ballerup tager i disse tilfælde kontakt til koordinatoren i kommunen og andre relevante parter med henblik på udarbejdelsen.

Reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner findes i psykiatrilovens kap. 4 a ”Opfølgning efter udskrivning” - §§ 13 a, stk. 1, og § 13 b, stk. 1. Bestemmelserne 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 vej-

ledning 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).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien 2010 (bilag 5), at der på landsplan i 2009 blev indberettet i alt 268 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (204 aftaler og 64 planer), mens der i 2010 blev indberettet i alt 536 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (385 aftaler og 151 planer), hvilket samlet set er en fordobling af antallet. Det fremgår ikke af statistikken, hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner der er indberettet fra de enkelte regioner, herunder de enkelte psykiatriske centre/afdelinger.

Sundhedsstyrelsen har i september 2011 afgivet en rapport om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien. Det fremgår indledningsvis af rapporten, at det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der indgås udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sjældnere end berettiget. På den baggrund har styrelsen gennemført et projekt med gennemgang af journalmateriale i 40 udvalgte patientforløb – 10 fra hver af regionerne Hovedstaden, Sjælland, Nordjylland og Midtjylland – fra perioden 1. januar 2007 til 31. december 2009.

Sundhedsstyrelsen konkluderer, at det ikke er muligt at bedømme præcist, hvor stort et kvantitativt problem de manglende aftaler er, men fremhæver tre forhold:

- 1) I ca. 10 pct. af de patientforløb, hvor patienterne var bosat under forhold, der potentielt muliggjorde kontakt mellem plejepersonale og det psykiatriske behandlingssystem, kunne det ikke udelukkes, at udarbejdelse af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner kunne have afværget nogle af patienternes tvangsindlæggelser.
- 2) I ca. en tredjedel af patientforløbene blev det umiddelbart vurderet, at der havde været behov for at indgå en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, og efter Sundhedsstyrelsens opfattelse burde overlægerne derfor have iværksat dette arbejde.
- 3) I 7,5 pct. af patientforløbene var der udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, men de var ikke indberettet til Sundhedsstyrelsen. Styrelsens register undervurderer derfor formentlig antallet af indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner en anelse.

På baggrund af projektet anbefaler Sundhedsstyrelsen de psykiatriske afdelinger at udarbejde instrukser, der beskriver, i hvilke tilfælde overlægen skal indgå udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Jeg beder Psykiatrisk Center Ballerup om at oplyse, hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner centeret har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2011 og første halvdel af 2012.

Jeg beder også om at få oplyst, om centeret har overvejet at udarbejde en instruks om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som anbefalet af Sundhedsstyrelsen.

5.16. Aktindsigt

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

§§ 37-38 i sundhedsloven har følgende ordlyd:

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

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

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

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

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

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

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

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

Bestemmelsen kan som hidtil fx anvendes til at begrænse psykiatriske patienters adgang til aktindsigt, i tilfælde hvor det vil være til alvorlig skade for patient- eller 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 Psykiatriens hjemmeside om Psykiatrisk Center Ballerup er der under ”Patientrettigheder” et link til et andet sted på hjemmesiden, hvor det er muligt at læse sundhedslovens regler om bl.a. aktindsigt og at downloade Psykiatriens pjece om patientrettigheder, der findes i en kort version (revideret januar 2012) og en udvidet version (revideret marts 2012). 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 går ud fra, at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder udleveres til eller er tilgængelige for alle patienter på Psykiatrisk Center Ballerup.

5.17. 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 blev i forbindelse med lovens revision i 2006 ændret således, at ”god psykiatrisk sygehusstandard” nu også omfatter ”politikker i relation til patienter og pårørende”.

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

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

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

Region 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 Ballerup et dialogforum bestående af medarbejder- og ledelsesrepræsentanter fra centeret og repræsentanter fra en række bruger- og pårørendeforeninger (bl.a. SIND, LAP og Bedre Psykiatri). Der er møde i det lokale dialogforum ca. 4 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 plejansvarlige 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

ten 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, marts 2012) fremgår følgende om personalets informationer til og samarbejde med pårørende:

”Personalet har tavshedspligt - 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 og andre private forhold.

Du bliver bedt om at oplyse og give 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 på de pågældende pårørende. Du kan blive anmodet om at underskrive en samtykkeerklæring. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. ”

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside om Psykiatrisk Center Ballerup, at centeret ønsker at fastholde og videreudvikle samarbejdet mellem patienter, pårørende og personalet. Der henvises til, at pårørende har en viden om patienten, der kan supplere patientens egne oplysninger og være meget værdifuld for behandlingsforløbet. Der gøres endvidere opmærksom på, at personalet i de tilfælde, hvor patienten ikke tillader, at pårørende bliver inddraget i behandlingen, vil kunne give generelle informationer og oplysninger om psykisk sygdom og generel vejledning om samvær med psykisk syge.

Jeg beder centeret 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. Jeg beder om at modtage en kopi af den samtykkeblanket, som centeret anvender.

5.18. 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 psykiatriloven 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. ”

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 omhandler bl.a. husordener. Af vejledningens pkt. 11 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, og hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer. ”

Region Hovedstadens Psykiatri har udformet en husordenspolitik for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien (gældende fra den 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.

Det fremgår af Psykiatriens husordenspolitik, at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov.

Det blev under inspektionen oplyst, at Psykiatrisk Center Ballerup på daværende tidspunkt var ved at revidere sine husordener særligt med henblik på at tydeliggøre de sociale regler, der er gældende på centeret, og for at harmonisere husordenerne i forbindelse med centerets sammenlægning med Psykiatrisk Center Gentofte.

Husordenerne for de enkelte afsnit på centeret findes på Psykiatriens hjemmeside om Psykiatrisk Center Ballerup. Husordenerne for afsnittene i afdeling Ballerup er dateret marts 2011.

Som det sidste punkt i hver husorden er der anført følgende:

”Husordenen er lavet for, at vi skal have det så behageligt og rart sammen som muligt. Overtrædelse af husorden kan medføre individuelle konsekvenser. Konsekvenserne er afhængige af overtrædelsens karakter og patientens tilstand.”

Som det blev nævnt under inspektionen, havde ombudsmanden på daværende tidspunkt en verserende generel sag med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om forståelsen af kravet om, at der i husordenen skal være angivet konsekvenserne af overtrædelse af husordenen (jf. forarbejderne til psykiatrilovens § 2 a og punkt 9 i Sundhedsstyrelsens dagældende vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. husordener, nu punkt 11 i vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011, jf. ovenfor).

Den generelle sag er endt med, at ombudsmanden i brev af 29. august 2011 har meddelt det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium, at ombudsmanden – når der i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger opstår tvivl om, hvorvidt en husorden i fornødent omfang angiver konsekvenserne af manglende overholdelse af husordenen – vil forelægge denne konkrete husorden for ministeriet, med henblik på at ministeriet kan tage stilling til spørgsmålet i det enkelte tilfælde.

Jeg har derfor sendt en kopi af denne rapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med udskrifter af Psykiatrisk Center Ballerups husordener, med henblik på at ministeriet over for Region Hovedstadens Psykiatri tager stilling til spørgsmålet om angivelse af konsekvenserne af overtrædelse af husordenen.

Jeg har samtidig bedt ministeriet om at underrette mig om ministeriets svar til Psykiatrien.

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.).

Ombudsmanden 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.

Anbefalingen 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 ombudsman-

den tidligere udtalt, at det efter hans 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 ombudsmandens 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, kan informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Psykiatriens vejledning om overtrædelser af husordenen (gældende fra den 24. januar 2009) 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 Psykiatrisk Center Ballerup om at oplyse, om centeret 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 centeret anvender Psykiatriens vejledning.

Om besøg fremgår det af husordenerne for Psykiatrisk Center Ballerup, at der på de to åbne afsnit (afdeling Ballerup) er besøgstid for venner og familie indtil kl. 21.00 / kl. 22.00. I husordenen for afsnit 7 er det desuden angivet, at besøgstiden for patienter fra andre afsnit er i tidsrummet kl. 16.00 – 17.00 og kl. 18.00 – 19.00. På det lukkede intensive afsnit er der besøgstid kl. 16.00 – 21.00, og på gerontopsykiatrisk afsnit er det kl. 14.00 – 17.00 og kl. 18.00 – 21.30 eller på et andet tidspunkt efter aftale med personalet.

På det åbne afsnit 7 og på det gerontopsykiatriske afsnit foregår besøg enten på patientstuen eller i afsnittets fællesarealer. På det åbne afsnit 12 og det lukkede intensive afsnit foregår besøg enten på patientstuen eller i et besøgs-/samtalerum.

Det er i alle husordener angivet, at besøg af børn under 18 år skal aftales med personalet på forhånd, fordi børn i afsnittet kræver særlige hensyn.

Det blev under inspektionen oplyst, at iværksættelse af besøgsforbud meget sjældent kommer på tale. Ledelsen oplyste til eksempel, at der i 2010 havde været ét tilfælde, hvor centeret fandt det nødvendigt at træffe beslutning om besøgsbegrænsning. Det drejede sig om en pårørende, der selv var psykisk syg, og

som blandede sig i patientens ECT-behandling. Vedkommende fik derfor forbud mod at komme på besøg de dage, hvor patienten fik ECT-behandling.

Jeg har noteret mig, at der sjældent træffes beslutning om besøgsforbud, og at der efter det oplyste ligger tungtvejende saglige hensyn til grund for beslutningerne. Jeg går ud fra, at det samme gælder beslutninger om overvåget besøg, ligesom jeg går ud fra, at der sker løbende revurdering af beslutningerne 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 det lukkede intensive afsnit, at socialt samvær imellem patienterne skal foregå i opholdsstuen eller fællesarealerne. Det blev under inspektionen oplyst, at patienterne efter aftale med personalet kan besøge hinanden på stuerne.

Ombudsmanden har tidligere i forbindelse med inspektion af en psykiatrisk afdeling udtalt, at det er hans umiddelbare opfattelse, at et egentligt forbud mod, at patienter besøger hinanden på stuerne, er meget vidtgående. I sagen om inspektionen af Psykiatrisk Center Glostrup har ombudsmanden udtalt, at det ikke giver anledning til bemærkninger, at centeret af hensyn til patienterne helst ser/tilstræber, at samvær foregår i afsnittets fællesrum, og at ombudsmanden går ud fra, at patienter i nogle konkrete situationer kan aftale med personalet, at de besøger hinanden på stuerne, og at personalet hver gang foretager en konkret vurdering af patienternes ønsker.

Jeg har noteret mig det oplyste om, at patienterne på det lukkede intensive afsnit på Psykiatrisk Center Ballerup har mulighed for at besøge hinanden på stuerne efter aftale med personalet, og jeg foretager mig ikke mere vedrørende dette punkt.

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 fremgår nu af psykiatrilovens § 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. Heraf fremgår det bl.a., at det kun er indgående post til patienten, der kan undersøges, idet breve og pakker, som patienten sender, ikke er omfattet, og at det ikke er tilladt at læse det skriftlige indhold af den indgående post (jf. § 3 i bekendtgørelsen).

Ifølge husordenen for det lukkede intensive afsnit bliver alle patienter visiteret ved indlæggelsen og skal aflevere effekter, der kan anvendes som våben eller kan være til fare for den enkelte eller for andre patienter.

Det fremgår endvidere af alle husordener, at personalet kan visitere patienter eller besøgende, hvis der er *mistanke* om, at de medbringer alkohol eller euforiserende stoffer på afsnittet. Det forklares i husordenerne, at visitation betyder, at personalet undersøger f.eks. patientstue, tasker, lommer og tøj, og der gøres samtidig opmærksom på, at besøgende kun kan visiteres på frivillig basis.

I forbindelse med inspektionen oplyste ledelsen, at det er meget sjældent, at der er brug for at foretage visitation.

Kriteriet for at foretage visitation i henhold til psykiatrilovens § 19 a er en ”begrundet mistanke” om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten.

Jeg henstiller derfor til centeret at rette ordlyden i husordenerne i forbindelse med en kommende revision, så den bliver i overensstemmelse med § 19 a (begrundet mistanke). Jeg beder centeret om at underrette mig om, hvad min henstilling har givet anledning til.

Jeg beder desuden centeret om nærmere oplysninger om, hvordan visitation foregår i praksis.

Alle patienter på Psykiatrisk Center Ballerup har som udgangspunkt adgang til telefon på deres afsnit. Det er som hovedregel også tilladt for patienterne på alle afsnit at benytte deres egen mobiltelefon under indlæggelsen, men centeret henstiller, at telefonsamtaler foregår på egen stue. Mobiltelefonens kamera- og videofunktion må af hensyn til andre patienters privatliv ikke benyttes. Disse regler fremgår af centerets husordener.

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

5.19. Rygepolitik

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

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

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

Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforslaget er der tale om en konduite bestemmelse, som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde, som f.eks. når en patient bliver orienteret om, at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med, at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Det fremgår af Psykiatrisk Center Ballerups husordener, at det ikke er tilladt at ryge indendørs på centeret. Al rygning skal foregå udendørs – eventuelt i særligt afmærkede rygeområder. Det fremgår samtidig af husordenerne, at centeret tilbyder nikotinplaster eller nikotintyggegummi for at begrænse patienternes forbrug af cigaretter. Ledelsen oplyste under inspektionen, at det gik rigtigt godt med at håndhæve rygeforbuddet på centeret.

På baggrund af det oplyste foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om rygning på centeret.

5.20. Euforiserende stoffer og alkohol

Ifølge husordenerne for Psykiatrisk Center Ballerup er det ikke tilladt at indtage, indføre eller handle med alkohol eller euforiserende stoffer på afsnittet eller på centerets område, og det accepteres ikke, at patienter eller pårørende er påvirket af alkohol eller euforiserende stoffer.

Under inspektionen gav ledelsen udtryk for, at der ikke var problemer med alkohol eller stoffer på afsnittene, og at ledelsen ikke var bekendt med, at der blev handlet med stoffer på centerets område. Det blev oplyst, at det skete, at patienter kom tilbage efter udgang og var påvirkede af alkohol eller stoffer.

Det fremgår af husordenerne, at en patient kan blive bedt om at aflevere en urinprøve eller blæse i et alkometer, hvis personalet får mistanke om, at patienten har indtaget alkohol eller euforiserende stoffer.

Jeg har noteret mig det oplyste.

5.21. Kæresteforhold mellem patienterne

For at beskytte den enkelte patient er seksuelt samvær mellem indlagte patienter ikke er tilladt. Det fremgår af centerets husordener.

Det fremgår, at den nævnte restriktion er begrundet i hensynet til beskyttelse af den enkelte patient, og jeg går ud fra, at dette hensyn kan omfatte både behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige aspekter. Restriktionen giver mig derfor ikke anledning til bemærkninger.

5.22. Patientindflydelse

Psykiatrilovens § 30 indeholdt tidligere en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kunne fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bestemmelsen blev ophævet i forbindelse med revisionen af psykiatriloven i 2006 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 i pkt. 5.17 om pårørendekontakt 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 også fremgår af pkt. 5.17 ovenfor, har Region Hovedstaden dialogfora på tre niveauer for at styrke samarbejdet og dialogen med patienter, brugere og pårørende, og Psykiatrisk Center Ballerup har et lokalt dialogforum, der holder møde ca. 4 gange om året med deltagelse af medarbejder- og ledelsesrepræsentanter fra centeret og repræsentanter fra en række bruger- og pårørende foreninger (bl.a. SIND, LAP og Bedre Psykiatri).

Under besigtigelsen af psykiatrisk skadestue blev det oplyst, at centeret var ved at gennemføre et udviklingsprojekt om den patientvenlige modtagelse. I den forbindelse havde centeret iværksat en patientundersøgelse, som bl.a. omfattede evalueringspostkort, der blev uddelt til patienterne i modtagelsen, og som patienterne kunne udfylde og lægge i en særlig postkasse, der var hængt op til formålet. På inspektionstidspunktet havde centeret fået 65 udfyldte postkort tilbage.

Det fremgår af husordener og velkomstfoldere på Psykiatriens hjemmeside om Psykiatrisk Center Ballerup, at der på døgnafsnittene holdes morgen- og aftenmøder med patienterne.

Jeg går ud fra, at morgen- og aftenmøderne bliver brugt til bl.a. at orientere patienterne om aktiviteter og forhold i afsnittet, men at patienterne på møderne også har mulighed for at gøre opmærksom på og drøfte aktuelle generelle problemer eller mangler i afsnittet.

Jeg beder om at få oplyst, om der på de enkelte afsnit også jævnligt (f.eks. en gang om måneden) holdes husmøder, hvor patienterne kan give deres meninger om generelle forhold vedrørende afsnittet/centeret 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 centerledelsen efterfølgende bliver gjort bekendt med væsentlige forhold, der er blevet drøftet på møderne, f.eks. gennem kopi af referat af møderne.

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. 5.18 ovenfor.

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

5.23. Sygefravær blandt personalet

Det fremgik af Psykiatriens virksomhedsplan 2010, at der skulle iværksættes et helhedsorienteret sygefraværprojekt, som skulle løbe over 2 år og bl.a. indeholde kompetenceudvikling af mellemledere til at gennemføre anerkendende sygefraværssamtaler og til at forebygge sygefravær ved lokale forbedringer af arbejdsmiljøet.

Ifølge Psykiatriens virksomhedsplan 2012 er der som led i den regionale indsats for at nedbringe sygefraværet igangsat et projekt i Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at nedbringe sygefraværet til maksimalt 5 pct. Arbejdet med at nedbringe sygefraværet skal først og fremmest forankres på de enkelte centre og sociale tilbud, hvor der skal udarbejdes handlingsplaner. Dette arbejde skal understøttes af tværgående initiativer, som kan være med til at nedbringe sygefraværet.

Under inspektionen oplyste centerledelsen, at sygefraværet blandt medarbejderne på Psykiatrisk Center Ballerup havde været faldende de seneste år.

Forud for inspektionen fik ombudsmanden udleveret en opgørelse over sygefraværet på de psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2009 og 2010. Det fremgår heraf, at resultatkravet i Region Hovedstadens Psykiatri i 2009 og 2010 var et gennemsnitligt sygefravær på maksimalt 6 pct., og at det gennemsnitlige sygefravær på Psykiatrisk Center Ballerup var 5,9 pct. i 2009 og 5,7 pct. i 2010.

Jeg har noteret mig, at Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat tiltag med henblik på at nedbringe sygefraværet yderligere på de psykiatriske centre. Jeg har også noteret mig, at det gennemsnitlige sygefravær blandt personalet på Psykiatrisk Center Ballerup i 2009 og 2010 lå under det niveau, som udgjorde resultatkravet i Psykiatrien de pågældende år.

5.24. Vold mod personalet

Jeg er bekendt med, at Region Hovedstadens Psykiatri inden for de seneste år har gennemført projektet ”Den gode arbejdsplads” vedrørende bl.a. arbejdsmiljøet på Psykiatriens område. Projektet har bl.a. haft fokus på medarbejdernes evne til at forebygge og håndtere konflikter, vold og trusler om vold.

Det fremgår af husordenerne for Psykiatrisk Center Ballerup, at vold og trusler ikke accepteres og vil blive meldt til politiet.

Omfanget af vold og trusler om vold mod personalet på Psykiatrisk Center Ballerup blev drøftet under inspektionen. Ledelsen oplyste, at alle episoder med vold og/eller trusler om vold registreres i et internt rapporteringssystem i regionen. Centeret indberetter ca. 60 tilfælde af vold eller trusler om vold til Arbejdsskadestyrelsen om året.

Det blev ikke oplyst, i hvilket omfang vold eller trusler om vold mod personalet fører til politianmeldelse, men det blev oplyst, at det i forbindelse med anmeldelser til politiet er ledelsen, der tager ansvar for processen.

Jeg beder om nærmere oplysninger om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet i 2010 og 2011, herunder i hvilket omfang (og i hvilke tilfælde) der er indgivet politianmeldelse.

I forbindelse med sagen om inspektionen af Distriktpsychiatrien i Ballerup, Egedal og Herlev har Region Hovedstadens Psykiatri den 21. december 2011 sendt ombudsmanden en kopi af Psykiatriens politik til forebyggelse og håndtering af vold og trusler (2011), Psykiatriens vejledning om politianmeldelse af lovovertrædelser (gældende fra den 11. august 2011) samt Psykiatrisk Center Ballerups voldsforebyggelsespolitik og tre instrukser vedrørende vold og trusler.

Ifølge Psykiatriens vejledning om politianmeldelse af lovovertrædelser er det centerledelsen, der i samråd med de relevante personer vurderer, om der skal ske politianmeldelse af en episode ud fra en samlet vurdering af alle sagens omstændigheder. Hvis der er grundlag for politianmeldelse, skal det i tilfælde af personskade som udgangspunkt ske ved, at den forurettede henvender sig personligt til politiet med en skadesjournal. Centerledelsen skal sørge for, at den forurettede får hjælp og støtte hertil, f.eks. ved at en ledelsesrepræsentant tager med forurettede til politiet og foretager anmeldelsen i centerets navn.

Det er anført i voldsforebyggelsespolitikken, at de fælles retningslinjer for politianmeldelse kan suppleres af lokale retningslinjer, hvis der er brug for det.

Det fremgår indledningsvist af voldsforebyggelsespolitikken, at det enkelte psykiatriske center skal udarbejde sine egne retningslinjer og handleplaner for at forebygge og håndtere vold og trusler, herunder alarmprocedurer og tilbud om hjælp til alle medarbejdere, der har været udsat for vold og trusler. Materialet skulle udarbejdes og drøftes i de lokale MED-udvalg første gang inden udgangen af 2011. Herefter skal det revideres minimum en gang om året.

Jeg har gjort mig bekendt med indholdet af voldsforebyggelsespolitikken for Psykiatrisk Center Ballerup og centerets tre instrukser om henholdsvis håndtering af alvorlig vold eller krise, tilkald af personale fra andre afsnit ved vold eller i krisesituation og brug af alarmsystem.

Ombudsmanden har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger udtalt, at det efter hans opfattelse er mest hensynsfuldt over for en forurettet medarbejder, at det er ledelsen, der under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet, dog med mulighed for at undlade dette, hvis den forurettede ikke ønsker det.

Jeg har noteret mig, at det i centerets instruks om håndtering af alvorlig vold eller krise er anført, at centerledelsen skal orienteres skriftligt af personalet med henblik på politianmeldelse.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen bad ombudsmanden under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af centerets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 36-39 og §§ 44-45 i dagældende bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen). Anmodningen omfattede tilførsler i perioden fra den 1. januar 2010 til den 3. september 2010 (da inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad ombudsmanden om kun at modtage udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler, dog kun 10 skemaer i alt om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

Den nævnte tvangsbekendtgørelse er blevet afløst af to nye bekendtgørelser, så reglerne om de enkelte tvangsforanstaltninger nu fremgår af bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af

anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, mens reglerne om bl.a. tvangsprotokoller og indberetning fremgår af en selvstændig bekendtgørelse – 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 Psykiatrisk Center Ballerup har foretaget i perioden fra den 1. januar 2010 til den 3. september 2010, er sket 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 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 Sundhedsstyrelsens vejledning 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.

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

Alle de skemaer, som jeg har modtaget fra Psykiatrisk Center Ballerup, er udskrifter fra den elektroniske tvangsprotokol i Sundhedsstyrelsens indberetningssystem.

Materialet indeholder i alt 10 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1), 10 skemaer om tvangsbehandling (skema 2) og 30 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3).

Jeg har ingen mulighed for at vurdere, om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor koncentreret mig om, hvorvidt proceduren i forhold til de 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 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 ti skemaer om frihedsberøvelse. To af skemaerne vedrører frihedsberøvelser, der blev iværksat henholdsvis den 4. og 6. september 2010, og de ligger således uden for den periode, som jeg har afgrænset min gennemgang til (1. januar 2010 til 3. september 2010). De to skemaer indgår derfor ikke i min undersøgelse.

De øvrige otte skemaer omfatter otte forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 20. juli 2010 til den 1. september 2010. I tre tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse, og i fem 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 psykiatrilovens § 5). Begrundelsen er i ét tilfælde farlighed og i syv 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. § 9, stk. 2, i psykiatriloven og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets dagældende 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 § 4 a i psykiatriloven 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 otte skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen, og i alle tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen.

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

Jeg har noteret mig, at overlægen i alle tilfælde har taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen.

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

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.

I fire af de otte tilfælde har frihedsberøvelsen varet i mere end 3 dage, og i to af tilfældene 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 tvangsindlæggelse af helbreds-mæssige grunde den 1. september 2010. Der er sket korrekt efterprøvelse 3 dage og 20

dage efter iværksættelsen (4. september og 21. september 2010), men i stedet for efterprøvelse 10 dage og 30 dage efter iværksættelsen er der sket efterprøvelse henholdsvis 11 og 31 dage efter iværksættelsen.

Det er beklageligt, at der to gange i løbet af den omhandlede frihedsberøvelse ikke er sket efterprøvelse på de korrekte tidspunkter.

Det andet tilfælde, hvor den obligatoriske efterprøvelse ikke ser korrekt ud, drejer sig om en tvangstilbageholdelse på grund af farlighed iværksat den 20. juli 2010. Der er sket korrekt efterprøvelse 3 dage og 20 dage efter iværksættelsen (23. juli og 9. august 2010), men i stedet for 10 dage (efter iværksættelsen) står der "0", og ud for datoen for efterprøvelsen står der 20. juli 2010, dvs. samme dato som iværksættelsesdatoen.

Jeg går ud fra, at der er sket en skrivefejl (at der kun er skrevet 0 i stedet for 10), og at der reelt er sket efterprøvelse efter 10 dage.

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. psykiatrilovens § 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 felter 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 alle tilfælde samme dag som efterprøvelsen.

Frihedsberøvelsens varighed skal fremgå af tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 2.

I seks skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, mens den mangler i to tilfælde.

Det ene tilfælde drejer sig om en tvangsindlæggelse af helbredsmæssige grunde den 30. august 2010, hvor der er sket obligatorisk efterprøvelse efter 3 og 10 dage (2. og 9. september 2010).

Det andet tilfælde drejer sig om en tvangstilbageholdelse på grund af farlighed iværksat den 20. juli 2010, hvor den seneste obligatoriske efterprøvelse fandt sted efter 20 dage (den 9. august 2010).

Jeg går ud fra, at frihedsberøvelsen i de to nævnte tilfælde er ophørt kort tid efter den seneste efterprøvelse, og at den manglende angivelse af datoen for ophør skyldes en forglemmelse.

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".

Hvis der bliver behov for at tilbageføre en frihedsberøvet patient til afdelingen, skal datoen for beslutning herom og dato for overlægens stillingtagen angives i feltet "Tilbageførsel af frihedsberøvet patient"

I ingen af de otte skemaer er de to sidstnævnte felter udfyldt.

6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Jeg har modtaget i alt ti skemaer om tvangsbehandling. Ét skema vedrører tvangsmedicinering iværksat den 16. september 2010, og det ligger således uden for den periode, som jeg har afgrænset min gennemgang til (1. januar 2010 til 3. september 2010). Skemaet indgår derfor ikke i min undersøgelse.

De ni skemaer omfatter ni forskellige patienter og vedrører tvangsbehandlinger, som er iværksat i perioden fra den 23. januar 2010 til den 8. august 2010.

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.

Otte af de modtagne skemaer vedrører medicinering, mens det sidste skema 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 ni skemaer er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

Dato for overlægens stillingtagen er også angivet i alle ni skemaer, og det er i alle tilfælde samme dag, som beslutningen om iværksættelse blev truffet. Dato for den somatiske overlæges stillingtagen er anført på det skema, der vedrører behandling af legemlig lidelse, og det er samme dag som beslutningen for iværksættelse.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle tilfælde. På tre skemaer er der angivet fornavn og efternavn, mens navnet på de øvrige skemaer er angivet med initialer.

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

Efter 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 feltet ”Begrundelse”. Der henvises i det pågældende felt 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”.

Begrundelsen for beslutningen om tvangsbehandling er angivet i alle skemaer. I seks tilfælde af medicinering var begrundelsen udsigt til væsentlig forringelse af helbredet, mens den i de øvrige to tilfælde af medicinering var nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre. I det ene tilfælde af behandling af legemlig lidelse var begrundelsen udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

I feltet "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 dosissænderinger, skal fremgå af journalen.

I alle skemaer er feltet "Art og omfang" udfyldt.

I ét tilfælde af tvangsmedicinering er der ikke anført dosis og i hvilken form medicineringen skulle foregå. Der står kun "Beroligende, Stesolid, Sernase ...". (Der er tale om en tvangsbehandling iværksat den 4. juni 2010).

Det er beklageligt, at det ikke af tvangsprotokollen fremgår, i hvilken dosis og hvilken form medicineringen skulle foregå.

I ét skema vedrørende tvangsmedicinering er der under "Art og omfang" anført "kateter ved retention, smertebeh., evt. nye blodprøver", og i et andet skema vedrørende tvangsmedicinering er der anført "inj. af infektionssår, behandling deraf, smertebehandling". (Det drejer sig om tvangsbehandlinger iværksat henholdsvis den 23. januar 2010 og den 23. april 2010).

Efter min opfattelse burde de to nævnte tvangsbehandlinger have været registreret som tvangsbehandling af legemlig lidelse i stedet for tvangsmedicinering.

I tre tilfælde af tvangsmedicinering er injektion angivet som subsidier behandling i forhold til tabletter. I to tilfælde fremgår det kun, at behandlingen skulle foregå ved injektion.

Jeg kan til orientering oplyse, at ombudsmanden i rapport af 26. maj 2004 om 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 ombudsmanden sig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

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

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

Jeg kan til orientering oplyse, at Psykiatrisk Center Glostrup i sagen om ombudsmandens inspektion af centeret har meddelt, at centeret har udarbejdet en instruks om ”Tvangsbehandling på Psykiatrisk Center Glostrup”. Heraf fremgår bl.a. følgende:

”Det anses at være mindst vidtrækkende, at patienten indtager medicin med tvang per oralt. I tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til per oral tvangsbehandling, kan subsidiært gives tvangsbehandling med et injektionspræparat. Begge muligheder skal fremgå af tvangsprotokollen. Dette skal anføres på en måde, så det også tydeliggøres for lægmand, hvilken administrationsvej, som skal forsøges anvendt først.

Eksempel:

”Foretrukket gives tablet *Præparatnavn antal* mg, men hvis patienten ikke medvirker hertil, gives i stedet injektion *Præparatnavn antal* mg. ”

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

I fire af de ni skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført, at der kunne ske fastholdelse. I tre skemaer er det anført, at der kunne ske fastholdelse og eventuelt bæltefiksering, og i de resterende to

skemaer er det anført, at der kunne ske henholdsvis ”fastholden, bælte ... af fodremme” og ”fastholden, hånd + fodremme, bælte”.

Jeg går ud fra, at Psykiatrisk Center Ballerup, også når der er tale om magtanvendelse i forbindelse med tvangsbehandling, efterlever princippet om mindste middel.

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.

Felterne med dato for behandling og tilstedeværende læge er angivet i alle skemaer. Navnet på den tilstedeværende læge er angivet med initialer i alle tilfælde.

Som nævnt ovenfor går jeg ud fra, at anvendelse af initialer er tilstrækkeligt til at centeret entydigt kan fastslå, hvilken læge der har været til stede ved tvangsbehandlingen.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

I ét skema er der ikke angivet dato for beslutning om ophør. Dette ene tilfælde vedrører medicinering, og det fremgår af skemaet, at behandling fandt sted næsten hver dag fra den 8. juli 2010 til den 3. oktober 2010.

Jeg går ud fra, at den manglende dato for beslutning om ophør af behandlingen skyldes, at der på inspektionstidspunktet (hvor jeg modtog udskrift af tilførslerne i tvangsprotokollen) endnu ikke var truffet beslutning om ophør.

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 30 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Der er 10 skemaer vedrørende tvangsfikseringer, 19 skemaer vedrørende anvendelse af fysisk magt (fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin) og ét skema vedrørende personlig skærmning over 24 timer.

Da jeg kun har bedt om ti skemaer inden for hver kategori (tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og anvendelse af personlig skærmning), har jeg kun gennemgået de ti seneste skemaer vedrørende anvendelse af fysisk magt. Disse ti skemaer vedrører to tilfælde af fastholdelse og otte tilfælde af indgivelse af beroligende medicin.

De 21 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt, som jeg har gennemgået, omfatter i alt 14 patienter og vedrører perioden fra den 16. juni 2010 til den 2. september 2010.

Tilførslerne om tvangsfiksering omfatter syv tilfælde af anvendelse af bælte og tre 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 21 skemaer, som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge psykiatrilovens § 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 tre beslutninger om anvendelse af remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt i alle tre tilfælde. Overlægen har taget stilling samme dag, som beslutningen om anvendelse af remme blev truffet.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om, hvor lang tid der må gå, før overlægens stillingtagen 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.

Jeg har noteret mig, at overlægen i alle tre tilfælde har taget stilling samme dag, som beslutningen om anvendelse af remme blev truffet.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ved tvangsfiksering ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6. Ved anvendelse af personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, skal der kun ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 4.

Navnet på den ordinerende læge er udfyldt i alle skemaer enten med det fulde navn eller med initialer. Det samme gælder navnene på det implicerede personale med undtagelse af ét skema vedrørende anvendelse af remme. Her er navnene på det implicerede personale ikke anført.

Som tidligere nævnt går jeg ud fra, at initialer er tilstrækkeligt til, at centeret entydigt kan fastslå, hvem den ordinerende læge og det implicerede personale var.

Jeg går ud fra, at den manglende angivelse af navnene på det implicerede personale i ét tilfælde skyldes en forglemmelse, og da det er et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke noget i den anledning.

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

Jeg beder centeret 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. Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 2, skal begrundelsen for iværksættelse af personlig skærmning tilføres tvangsprotokollen.

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 ti tilfælde af tvangsfiksering, som jeg har gennemgået, er begrundelsen farlighed i syv af tilfældene, hærværk i ét tilfælde, og i de resterende to tilfælde er det anført, at der var tale om frivillig bæltefiksering.

I de to tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed, og i det ene tilfælde af personlig skærmning i mere end 24 timer er begrundelsen at afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred.

Der skal i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin ikke anføres en begrundelse, da det allerede fremgår, at det gives på grund af urolig tilstand.

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

Der er i alle tilfælde af tvangsfiksering, fastholdelse og personlig skærmning angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tidligere over for ombudsmanden 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 fire gange i døgnet jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf.

psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1. Tidspunktet for den fornyede lægeli-ge 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 tvangsfikserin-ger, der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgø-relsens § 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.

Ifølge den seneste ændring af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) skal den eksterne vurdering efter 48 timer efterfølgende gentages en gang om ugen (jf. psykiatrilovens § 21, stk. 6). Denne regel trådte i kraft den 1. oktober 2010.

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.

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 ti tvangsfikseringer, som jeg har gennemgået, har varet mellem 1½ time og 47 timer. I fire tilfælde, hvor tvangsfikseringerne har varet henholdsvis 1½ time, 3 timer, 4 timer og 4½ time, er der ikke gjort notater om efterprøvelse. I de øvrige seks tilfælde, hvor tvangsfikseringerne har varet i længere tid, er der i alle tilfælde på nær ét gjort notater om efterprøvelse, og lægens navn eller initialer er angivet.

Den tvangsfiksering, hvor notater om efterprøvelse helt mangler, var en fiksering, der blev påbegyndt den 28. juli 2010 kl. 10.30 og ophørte den 29. juli 2010 kl. 13.00. Fikseringen varede således 26½ time.

Efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, skal der foretages obligatorisk efterprøvelse af en tvangsfiksering mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt. Jeg beder centeret om at oplyse, om det er korrekt, at der slet ikke er sket efterprøvelse i det pågældende tilfælde.

I det tilfælde, hvor tvangsfikseringen varede 47 timer, er der notater om efterprøvelse jævnt fordelt inden for de første 26 timer af fikseringen, og herefter er der ikke flere notater. Bæltefikseringen blev påbegyndt den 19. juli 2010 kl. 11.15, og samme dag kl. 18.00 blev patienten også fikseret med remme. Tvangsfikse-ringen ophørte den 21. juli 2010 kl. 10.20. Det sidste notat om efterprøvelse er anført den 20. juli 2010

kl. 13.30. Der er således ingen notater om efterprøvelse i tidsrummet fra den 20. juli 2010 kl. 13.30 til den 21. juli 2010 kl. 10.20 (knap 21 timer), hvor fikseringen med bælte og remme ophørte.

Jeg beder centeret om at oplyse, om det er korrekt, at der slet ikke blev foretaget efterprøvelse i de sidste 21 timer af tvangsfikseringen, hvor patienten var fikseret med både bælte og remme.

Notaterne om efterprøvelse i de øvrige fire tilfælde af tvangsfiksering giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrisk Center Ballerup om nærmere oplysninger om forskellige forhold.

Jeg beder om at disse oplysninger sendes gennem Region Hovedstadens Psykiatri, så Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det, som centeret anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 samt centerets patienter og pårørende.