



Inspektion af Retspsykiatrisk Center Glostrup den 22. november 2007

OPFØLGNING

J.nr. 2007-4054-424

Indholdsfortegnelse

Ad 3.2.1. Stuerne.....	2
Ad 3.2.6. Udendørsarealer	3
Ad 5.1. Belægning mv.	4
Ad 5.2. Adgang til frisk luft	6
Ad 5.5. Opbevaring af journaler	7
Ad 5.6. Medicin.....	8
Ad 5.7. Forplejning	9
Ad 5.8. Beskæftigelse	11
Ad 5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	12
Ad 5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale	13
Ad 5.11. Behandlingsplaner	13
Ad 5.12. Anvendelse af tvang	17
Ad 5.13. Orientering af bistandsværger og patientrådgivere	21
Ad 5.14. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger.....	23
Ad 5.15. Aktindsigt	23
Ad 5.16. Pårørendekontakt.....	25
Ad 5.17. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	31
Ad 5.18. Rygepolitik	40
Ad 5.19. Euforiserende stoffer og alkohol	41
Ad 5.21. Patientindflydelse	42
Ad 5.22. Rekruttering af personale og sygefravær	44
Ad 5.23. Vold mod personalet	45
Ad 5.24. Sprogbarrierer mv.	47
Ad 6 Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	47
Ad 6.1. Tvangsbehandling	48
Ad 6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	51
Opfølgning.....	54
Underretning.....	54

Jeg bemærker indledningsvis at Psykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup er blevet lagt sammen til ét center med virkning fra den 1. januar 2011.

Jeg afgav den 2. februar og 29. marts 2010 endelige rapporter om mine inspektioner af henholdsvis Psykiatrisk Center Glostrup og Retspsykiatrisk Center Glostrup den 22. november 2007. I rapporterne bad jeg om oplysninger mv. om nærmere angivne forhold.

Jeg har i den anledning fra Region Hovedstadens Psykiatri modtaget en udtalelse af 17. maj 2010 med bilag vedrørende Psykiatrisk Center Glostrup og en udtalelse af 18. april 2011 med bilag vedrørende (tidligere) Retspsykiatrisk Center Glostrup.

Jeg har samtidig med denne rapport udarbejdet en opfølgingsrapport om min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup.

Det nye center betegnes Psykiatrisk Center Glostrup og består af to afdelinger: Almenpsykiatrisk Afdeling P og Retspsykiatrisk Afdeling J som svarer til de to tidligere centre. Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside at sammenlægningen er sket for at styrke en række funktioner så der bl.a. bliver bedre muligheder for at gennemføre nye aktiviteter i kvalitets- og udviklingsarbejdet. Det oplyses også at patienter og pårørende ikke bliver direkte berørt af sammenlægningen da afsnittenes fysiske placering samt normering og personalesammensætning ikke er ændret.

Det tidligere Retspsykiatrisk Center Glostrup bliver i det følgende omtalt som retspsykiatrisk afdeling eller afdelingen.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad 3.2.1. Stuerne

Jeg besigtigede to stuer under inspektionen. På den ene stue var der en dårlig lugt, og gulvet var beskidt. Den anden stue fremstod beskidt, og særlig sengetøjet så beskidt ud.

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

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

Psykiatrien har oplyst at der er mekanisk udluftning på afsnittet. Der bliver ikke luftet ud med åbent vindue dagligt, kun ved den lille trækrude som patienterne selv kan regulere. Patienternes behov for hjælp til rengøring er meget individuelt. Der er tilbud om daglig rengøring ved personalet, men den enkelte patient kan selv gøre rent hvis det ønskes.

Jeg har noteret mig at patienterne har tilbud om daglig rengøring ved personalet, og jeg går ud fra at personalet griber ind når rengøring bliver tiltrængt.

Da et godt indeklima forudsætter daglige udluftninger, går jeg også ud fra at personalet er opmærksomt på at hjælpe patienterne med at få luftet ordentligt ud, og at en patient ved henvendelse til personalet kan få luftet ud med åbent vindue hvis det ønskes.

Jeg bad også om at få oplyst om der var kommet sengelamper på alle stuer. Hvis det ikke var tilfældet, bad jeg om at få oplyst en begrundelse for det.

Psykiatrien har oplyst at der på alle stuer er en lille lampe som den enkelte patient selv kan flytte rundt med som han/hun ønsker.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 3.2.6. Udendørsarealer

Under inspektionen blev det oplyst at afdelingen havde planer om at få fjernet en stribe græs hele vejen rundt langs hegnet i haven for at etablere en løbebane til patienterne. Jeg bad om at få oplyst om der var blevet etableret en løbebane i haven.

Psykiatrien har oplyst at der ikke er etableret en løbebane fordi udgiften – efter indhentning af tilbud fra håndværker – blev anset for at være for høj i forhold til gevinsten. Afdelingen har i stedet indkøbt indendørs løbebånd til begge patientafsnit.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg bemærker at jeg er bekendt med at der til retspsykiatriske afdeling er ved at blive opført en ny, stor aktivitetshal, og at der også skal etableres nogle mindre fitnessrum i perioden 2010-2012 (jf. oplysningerne om byggeprojekter på Psykiatriens hjemmeside).

Ad 5.1. Belægning mv.

Det fremgik af Psykiatriens hjemmeside om Retspsykiatrisk Center Glostrup at visitation til indlæggelse og behandling på centeret blev varetaget af centerets overlæger i samarbejde med overlægerne på regionens almene psykiatriske centre efter en overordnet skriftlig visitationsaftale.

Jeg bad om at få oplyst de nugældende kriterier for visitation til retspsykiatrisk afdeling.

Psykiatrien har oplyst at der som beskrevet i min endelige rapport s. 12 er fastlagt regler for visitation af retspsykiatriske patienter. Patienter der er henvist efter en juridisk afgørelse (kendelse om varetægtssurrogat), henvises til indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling ved Psykiatrisk Center Sct. Hans eller retspsykiatrisk afdeling i Glostrup. Patienten indlægges når det er muligt efter "adresseprincippet".

Frihedsberøvede patienter, der skal indlægges akut på baggrund af en psykisk lidelse (røde og gule papirer eller tilsvarende niveau), indlægges i lukket almenpsykiatrisk center.

På grund af de særligt sikrede rammer i de retspsykiatriske specialafsnit modtages – ud over de "juridiske" indlæggelser – de patienter der under ophold i almenpsykiatriske centre i særlig grad har brug for disse rammer, det vil sige flugttuede patienter, patienter der truer eller forulemper eller eventuelt er voldelige over for medpatienter, eller patienter med særligt komplicerede juridiske forhold.

Efter aftale modtager retspsykiatrisk afdeling indsatte fra Anstalten ved Herstedvester med et akut behov for indlæggelse.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det blev under inspektionen oplyst at der også kan være kvindelige patienter på afdelingen, men at det er sjældent. Når det sker, bliver kvinderne tildelt de patientstuer der har eget bad og toilet.

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

Psykiatrien har oplyst at indlagte kvindelige patienter får tildelt en stue med eget bad og toilet, og at der aldrig har været behov for specifik skærmning af kvindelige patienter på grund af en kønsbaseret problemstilling. Når kvindelige patienter er indlagt, bliver eventuelle problemer drøftet ved lægesamtaler der afholdes jævnligt under indlæggelsen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgik af Psykiatriens hjemmeside om Retspsykiatrisk Center Glostrup (fakta og tal) at centeret i 2008 behandlede 56 patienter med i alt 70 indlæggelser. Det var angivet at patienterne omfattede 8 anbringelsesdømte, 18 behandlingsdømte, 6 strafafsonere og 18 varetægtsarrestanter/mentalobservander.

Hvis tallene for de forskellige patientkategorier blev lagt sammen, gav det 50, og det svarede således ikke til det oplyste samlede antal behandlede patienter (56). Jeg bad for en god ordens skyld om en forklaring herpå.

Psykiatrien har oplyst at de oplysninger der fremgik af hjemmesiden, viste det korrekte totale antal patienter: 56 behandlede med i alt 70 indlæggelser. Angivelse af de juridiske kategorier var ment som en orienterende illustration af hvilke kategorier der indlægges. Uden at det var anført, har centeret modtaget patienter sigtet for kriminalitet, men uden varetægtskendelse. Da Region Hovedstadens Psykiatri ændrede registreringssystem den 31. oktober 2008, har det ikke været muligt at fremdrage nøjagtige oplysninger om de i alt 6 patienter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad også om at få oplyst hvor mange patienter afdelingen havde behandlet i 2009, og hvordan fordelingen havde været på anbringelsesdømte, behandlingsdømte, strafafsonere og varetægtsurrogatanbragte/mentalobservander.

Endelig bad jeg om at få oplyst hvad den gennemsnitlige indlæggelsestid havde været i årene 2006-2009.

Psykiatrien har oplyst at der i 2009 blev behandlet i alt 33 patienter med 40 indlæggelser. Patienterne fordelte sig således: 4 var dømt til anbringelse, 14 var dømt til behandling, 6 patienter var syge strafafsonere og 11 var varetægtsarrestanter.

Psykiatrien har desuden oplyst at der i 2009 skete et betydeligt fald i antal indlagte patienter. Baggrunden var at patienter i varetægtssurrogat var meget langvarigt indlagt – én patient var således indlagt i 1 år og 7 mdr. i varetægt. Af de varetægtsanbragte blev 4 i 1. halvdel af 2010 dømt til anbringelse i psykiatrisk afdeling.

Med hensyn til den gennemsnitlige indlæggelsestid har Psykiatrien oplyst at den var 146 døgn i 2006, 156 døgn i 2007, 125 døgn i 2008 og 219 døgn i 2009. I forbindelse med stigningen i 2009 har Psykiatrien henvist til det ovenfor oplyste om meget langvarige indlæggelser for nogle patienter i varetægtssurrogat.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Jeg bad om at få oplyst hvordan situationen med venteliste til retspsykiatrisk afdeling er på nuværende tidspunkt, og om der fra ultimo 2007 til nu også generelt har været venteliste til afdelingen. Jeg bad desuden om at få oplyst hvor lang ventetiden normalt er.

Psykiatrien har oplyst at der til stadighed har været en kort venteliste til indlæggelse i retspsykiatrisk afdeling. Ventetiden har svinget mellem 1-3 måneder.

Retspsykiatrisk afdeling i Glostrup har delvis fælles venteliste med Retspsykiatrisk Afdeling på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Hvis der er en tom plads i Glostrup, bliver der hentet patienter både fra egen venteliste og ventelisten i Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.2. Adgang til frisk luft

Ifølge afdelingens skriftlige uddybning af husordenen er der som udgangspunkt havetur for patienterne mindst to gange dagligt af en halv times varighed. I tilfælde af konkret flugt-

trussel eller mistanke om indsmugling af f.eks. våben eller rusmidler via havens ydre afgrænsning kan patienten midlertidigt blive nægtet adgang til haven.

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

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

Psykiatrien har oplyst at når der sker indskrænkning i patienters mulighed for at komme ud i den store havedel, er det sjældent på grund af risiko for indsmugling. Før udgang til haven afsøges denne rutinemæssigt af personalet. Indskrænkning i brug af den store havedel er begrundet i risiko for undvigelse. Patienterne kan derfor altid få "frisk luft" ved udgang i den overdækkede gårdhave. Der kan være en periodisk risiko for indsmugling hvis den benyttes uden personaleledsagelse, men under personaleledsagelse får patienten altid mulighed for frisk luft. Tilbuddet gives flere gange om dagen.

Psykiatrien har desuden oplyst at der siden inspektionen til hvert patientafsnit er bygget en rygepavillon der er åben ud mod haven. Den kan benyttes af patienter og personale døgnnet igennem og er i dagligdagen patienternes foretrukne "frisk luft"-sted.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgår af Psykiatriens hjemmeside under "byggeprojekter" at der i perioden 2010-2012 skal etableres et nyt hegn med en højde på 4 meter (og en speciel overflade så man ikke kan kravle på det) rundt om haven til de retspsykiatriske afsnit for at øge sikkerheden. Jeg går ud fra at etableringen af det nye hegn øger patienternes mulighed for at benytte haven.

Ad 5.5. Opbevaring af journaler

Spørgsmålet om opbevaring af journaler blev ikke drøftet under inspektionen. Jeg skrev at jeg gik ud fra at afdelingen anvendte elektroniske patientjournaler, og jeg bad om at få oplyst om de er forsynet med "log", og hvem der har adgang til dem.

Psykiatrien har oplyst at afdelingen ikke anvender elektroniske patientjournaler, men et elektronisk skrivesystem "OPUS" hvori der skrives journalnotater. Personalet skal logge sig på systemet for at læse og tilføje notater. Det personale der anvender journalen (læger, sygeplejersker, sekretærer, socialrådgivere, psykolog mv.), har adgang til systemet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.6. Medicin

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

Jeg bad om at få oplyst om afdelingen får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg oplyste at jeg tidligere har udtalt at psykiatriske afdelinger ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering fra apoteket. Det kan eventuelt foregå sådan at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som afdelingen har udfærdiget over den mængde restmedicin der afleveres.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Procedure og praksis for aflevering af restmedicin til apoteket er følgende:

1. Kasseret medicin, som omhandler medicin der er tabt på gulv eller bord, og medicin som er ophældt men ikke anvendt, opsamles i en plastikkboks med låg og sendes til destruktion på apoteket. Medicinen sendes i plomberede bokse. Der modtages ingen kvittering for, at apoteket har modtaget dette.
2. På medicin der sendes retur til apoteket til kreditering, modtager afsnittet en kreditnota efter 3-7 dage.

Der er således ikke procedure eller praksis for, at apoteket sender kvittering ved returnering af restmedicin.”

Jeg har noteret mig at afdelingen modtager kreditnota fra apoteket for den returmedicin der ikke skal destrueres.

Afdelingen modtager derimod ikke kvittering for den restmedicin der består af kasseret medicin. Jeg kan oplyse at baggrunden for min anbefaling om en kvittering fra apoteket er at der efter min opfattelse bør følges en procedure der i videst muligt omfang sikrer at der ikke kan rettes (uberettigede) mistanker mod det personale i afdelingen der håndterer/afleverer (bl.a.) restmedicin.

Afdelingen har oplyst at den restmedicin der består af kasseret medicin, opsamles i en lukket plastikkboks og sendes til apoteket i plomberede bokse. Jeg beder afdelingen om at uddybe det oplyste om den måde som restmedicinen håndteres på inden aflevering til apoteket, herunder om de procedurer der følges, kan være med til at sikre at personalet ikke (uberettiget) kan mistænkes for at have tilegnet sig noget af medicinen.

Ad 5.7. Forplejning

Kosten på Retspsykiatrisk Center Glostrup kom på inspektionstidspunktet fra centralkøkkenet på Glostrup Hospital som centeret havde en driftsaftale med. Det blev oplyst at man på inspektionstidspunktet var ved at forhandle en ny driftsaftale med Glostrup Hospital.

Den ene af de to patienter som jeg talte med på afsnit 80, klagede over at de serverede portioner var for små, og at der derfor ikke var mad nok. Det blev oplyst at alle patienter fik standardportioner svarende til den mad der blev serveret i somatikken, og at der ikke var mulighed for at bestille mere mad i form af ekstra portioner. Centralkøkkenet leverede kun det antal portioner der svarede til antallet af patienter.

Jeg bad om at få oplyst indholdet af den driftsaftale om kosten som jeg gik ud fra at afdelingen (nu) havde indgået med Glostrup Hospital, og om patienterne (nu) var tilfredse med størrelsen af de portioner som maden serveres i.

Psykiatrien har oplyst at der er en driftsaftale mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Glostrup Hospital. Patienttilfredsheden med maden er meget svingende. Patienterne synes at maden stadig er noget ensformig, og det har konkret været drøftet med køkkenet. Kostplanerne kører efter et rullesystem der skifter ca. hver 12. uge. Mange af patienterne er indlagt i flere år, og de kender derfor "rullen". Størrelsen på portionerne har i den sidste periode været tilfredsstillende.

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at størrelsen på de portioner maden serveres i, er blevet tilfredsstillende.

Region Hovedstadens kost- og ernæringspolitik (februar 2008) angiver rammerne for hvordan kost- og ernæringsindsatsen skal praktiseres i det daglige. Politikken skal derfor følges op af lokale målrettede strategier, faglige vejledninger, konkrete handlingsplaner og kvalitetsudvikling.

Det overordnede mål med kost- og ernæringspolitikken er at undgå en forværring af fedme eller underernæring under indlæggelse eller ambulante behandling, og i videst muligt omfang at forebygge at disse ernæringsproblemer opstår under indlæggelse. I forbindelse med indsatsen mod fedme fastsætter kost- og ernæringspolitikken at der bør sikres opmærksomhed på medikamentelt betinget overvægt særligt hos psykiatriske patienter, og at deres behandlingsforløb bør omfatte en omhyggelig kostplanlægning og kostuddannelse.

Jeg bad om at få oplyst hvordan regionens kost- og ernæringspolitik blev udmøntet på retspsykiatrisk afdeling.

Psykiatrien har oplyst at centralkøkkenet på Glostrup Hospital også leverer ydelser på rekvirition. En klinisk diætist yder kostvejledning, og afdelingen er omfattet af hospitalets kostkonsulentenservice.

I sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup har Psykiatrien oplyst at centeret tager udgangspunkt i de vejledninger, der findes på området. Alle patienter bliver inden for 24 timer efter indlæggelsen ernæringscreenet og får ordineret en kostform. Psykiatrien har sendt mig kopi af en klinisk vejledning om ernæringscreening ("Ernæringscreening voksne, primær inkl. lokal tilføjelse ved Psykiatrisk Center Glostrup") og et notat om "Udnyttelse af kost- og ernæringspolitikken på Psykiatrisk Center Glostrup".

Det fremgår af notatet at Psykiatrisk Center Glostrup betragter kosten som en del af den samlede behandling, og at kosten derfor tilrettelægges for den enkelte patient med udgangspunkt i patientens ernæringstilstand og livssituation. Det er centerets ønske at den enkelte patient får den kost som giver de bedste betingelser for et godt resultat af den samlede behandling.

Ifølge den kliniske vejledning skal alle værdier fra den primære ernæringscreening dokumenteres i et ernæringskema, og hvis værdierne ligger uden for normalområdet, skal kostordinationen for den indlagte patient drøftes tværfagligt og indgå i behandlingsplanen og plejeplanen. Det er den plejeansvarlige sundhedsperson der er ansvarlig for gennemførelsen af den primære ernæringscreening for indlagte patienter. Den behandlingsansvarlige læge skal sørge for udfyldelsen af et tjekskema der opbevares i patientjournalen.

Retspsykiatriske patienter er ofte indlagt i mange måneder, og nogen kan være det i flere år, (jf. pkt. 5.1 om belægning). Det må derfor for denne patientgruppe være særlig relevant i videst muligt omfang at forebygge ernæringsproblemer under indlæggelsen og have opmærksomheden rettet på medikamentelt betinget overvægt (jf. det overordnede mål med regionens kost- og ernæringspolitik). Jeg går derfor ud fra at retspsykiatrisk afdeling også følger den ovenfor nævnte vejledning om ernæringscreening som Psykiatrisk Center Glostrup har orienteret mig om.

Ad 5.8. Beskæftigelse

Jeg bad afdelingen om at oplyse om afdelingen tilbyder patienterne andre aktiviteter end dem jeg havde nævnt i min endelige rapport.

Psykiatrien har oplyst at retspsykiatrisk afdeling igennem de seneste år har haft et projekt "Et sundere liv for retspsykiatriske patienter". Det har betydet mere fokus på fysiske aktiviteter internt i afdelingen samt løbetræning og tilbud om svømmehal for patienter med udgangstilladelse.

Psykiatrien har desuden oplyst at afdelingens patienter – under ledsagelse af personale – kan benytte den netcafe der er etableret på Psykiatrisk Center Glostrup.

I sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup har Psykiatrien oplyst at patientbiblioteket på centeret er indrettet som en kombination af internetcafe og bibliotek uden bibliotekarbetjening. Patientbiblioteket er et ubemandet tilbud som patienterne kan besøge under ledsagelse af personale fra afdelingen. Det er indrettet med 4 pc'er der er forbundet med internettet via en særskilt ADSL-forbindelse. Det er på den måde muligt for patienter at surfe på nettet og at spille pc-baserede spil enkeltvis eller i grupper. Der er endvidere indrettet et læsehjørne. Patientbiblioteket råder over en mindre bogsamling. Den er imidlertid ikke blevet suppleret de senere år da budgettet til aktiviteten er udlagt til de decentrale enheder.

Tiderne i patientbiblioteket fordeles ved booking i en kalender der findes i biblioteket. Denne kalender fungerer desuden som logjournal da der skal føres liste over brugere af pc'erne. I alle afsnit er der på opslagstavler opsat information om mulighederne i patientbiblioteket. Anvendelsen af patientbiblioteket og reglerne herfor er fastsat i en instruks "Netcafé på patientbiblioteket ved Psykiatrisk Center Glostrup". Psykiatrien har sendt mig en kopi af instruksen.

Psykiatrien har også sendt mig en kopi af den engangserklæring som brugerne skal udfylde. Det fremgår heraf at patienten skal skrive under på at ville overholde gældende dansk lovgivning ved brug af pc'erne på patientbiblioteket, herunder undlade at downloade ulovlige filer og besøge internetsider med indhold der er ulovligt i Danmark, samt undlade at udføre handlinger der kan skade pc'erne eller netværket. Ifølge instruksen skal det ledsagende personale være til stede i patientbiblioteket hele tiden. Personalet har ansvaret for at aftalen om brug af nettet overholdes, at det altid er muligt at efterspore hvem der har siddet ved hvilken computer og hvornår, og at stoppe en bruger hvis det bliver nødvendigt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at der til hvert af de retspsykiatriske afsnit er et aktivitetsrum hvor der er mulighed for brug af løbebånd, motionscykel, vægttræning, billard, bordtennis, guitar, klaver, forskellige bræt- og computerspil, læderarbejde samt at male og tegne. Om sommeren er der mulighed for at være i haven og spille forskellige former for boldspil.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.9. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

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

Psykiatrien har oplyst at vejledningen finder sted på den anden indlæggelsesdag. Inden for 24 timer er der såkaldt "gennemgang" ved en afdelingsoverlæge. Her orienteres patienten om psykiatrisk diagnose, behandling, juridiske regler afhængig af retskendelse, regler for tavshedspligt mv.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale

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

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at alle patienter ved indlæggelsen bliver modtaget af en læge der skriver journal. Inden for 24 timer er der fornyet samtale og "gennemgang" ved en afdelingsoverlæge. Alle patienter tilbydes én fast ugentlig samtale med en læge efter skema, også selvom indlæggelsen er meget langvarig, og alle patienter kender den næste samtaledato som er ugedagen efter den aktuelle samtale.

Psykiatrien har desuden oplyst at det psykiatriske behandlingsarbejde er tværfagligt organiseret, og at det derfor er rutine at der ved alle lægesamtaler deltager en kontaktperson. Hvis patienten har et særligt ønske om at tale alene med lægen, vil dette ønske blive respekteret, medmindre helt særlige forhold f.eks. af sikkerhedsmæssig karakter gør sig gældende. Hvis forholdet mellem patienten og vedkommendes kontaktperson er meget uheldigt, har patienten mulighed for at skifte kontaktperson.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.11. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, 2. pkt., skal behandlingsplanen udleveres til patienten medmindre patienten frabeder sig dette.

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

Psykiatrien har oplyst at behandlingsplanen udarbejdes i den første uge af patientens indlæggelse. Når behandlingsplanen er udarbejdet, bliver patienten oplyst om planen, og det dokumenteres i planen at patienten er blevet mundtligt orienteret. Patienten bliver samtidig oplyst om at han kan få lov at læse den skriftlige behandlingsplan enten i enrum eller i fællesskab med personalet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

I afdelingens uddybning af husordenen var der bl.a. anført følgende:

”Aktindsigt

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

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

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

Jeg skrev at jeg forstod det citerede sådan at afdelingen ikke udleverer en kopi af behandlingsplanen til patienten, men at patienten altid har mulighed for at se sin behandlingsplan hos personalet.

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

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

Jeg bad også om en udtalelse fra Region Hovedstadens Psykiatri om hvorvidt afdelingens praksis var i overensstemmelse med psykiatrilovens § 3, stk. 3.

Psykiatrien har oplyst at det tidligere var afdelingens praksis at patienterne blev orienteret om at der forelå en skriftlig behandlingsplan, og at de havde ret til at gennemlæse den, eventuelt med bistand af personale eller bistandsværge. Afdelingen oplyste derimod ikke specifikt om psykiatrilovens bestemmelser om patientens ret til at få udleveret en kopi da dette efter afdelingens faglige vurdering ville betyde en sikkerhedsmæssig risiko for specielt svage patienter eller patienter med særligt belastende kriminalitet.

Afdelingen har imidlertid – på baggrund af inspektionen – revurderet sin praksis. Det helt klare udgangspunkt er nu at patienterne bliver gjort opmærksom på retten til at få udleveret en kopi af behandlingsplanen, og at patienterne kan få udleveret en kopi af deres plan hvis de udtrykkeligt beder om det. I ganske særlige tilfælde hvor sikkerhedsmæssige hensyn vurderes at veje væsentligt tungere end hensynet til patientens ret til at få udleveret en kopi, vil patienten dog stadig ikke kunne få udleveret en kopi. I disse særlige tilfælde har patienten stadig ret til at gennemlæse behandlingsplanen, eventuelt med bistand af personale eller bistandsværge, men patientens kopi af behandlingsplanen opbevares i et særligt ringbind i personalekontoret.

Psykiatrien har desuden udtalt at det er Psykiatriens opfattelse at afdelingens tidligere praksis ikke var i overensstemmelse med psykiatrilovens § 3, stk. 3. Psykiatrien er tilfreds med at afdelingen – på baggrund af inspektionen – har ændret praksis således at psykiatrilovens regler på området efterleves. Psykiatrien har dog også forståelse for at der i ganske særlige tilfælde må foretages en afvejning af hensyn hvorefter patienternes ret til udlevering af behandlingsplanen må vige for andre og mere tungtvejende hensyn. Psykiatrien er således enig i afdelingens nye praksis.

Jeg har noteret mig at afdelingen har ændret sin praksis således at patienterne nu bliver gjort opmærksom på deres ret til at få udleveret en kopi af behandlingsplanen og som alt overvejende hovedregel får udleveret en kopi hvis de ønsker det.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om udlevering af behandlingsplanen til patienten. Jeg har lagt vægt på at det efter det oplyste kun er i ganske særlige tilfælde hvor afdelingen konkret vurderer at hensynet til patientens sikkerhed vejer meget tungt, at patienten ikke kan få en kopi af behandlingsplanen udleveret til egen opbevaring.

Jeg lægger til grund at patienten altid får en grundig mundtlig orientering om behandlingsplanens indhold, og at patienten til enhver tid kan få lov til at se den kopi af behandlingsplanen der opbevares i det særlige ringbind på personalekontoret.

Endelig bad jeg om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert af afdelingens afsnit.

Jeg har modtaget 2 anonymiserede behandlingsplaner.

Det fremgår af Sundhedsministeriets vejledning nr. 122 af 14. december 2006 til landets psykiatriske afdelinger (nu afløst af vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011) at der ikke er nogen formelle krav til udformningen af en behandlingsplan, 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 behandlingsplaner som jeg har modtaget, er struktureret ens med 12 punkter: Diagnose og retlige forhold, symptomer, somatisk udredning og undersøgelse, psykiatrisk udredning og undersøgelse, medikamentel/psykoterapeutisk/miljøterapeutisk behandling,

sociale tiltag, behandlingsmål, tid indtil næste behandlingsplan, patientens indstilling til behandlingsplanen samt kommunikation og medinddragelse.

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

Ad 5.12. Anvendelse af tvang

Jeg bad om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på afdelingen i 2008 og 2009.

Psykiatrien har sendt mig en opgørelse over tvangsforanstaltninger på retspsykiatrisk afdeling i 2008 og 2009.

Som nævnt ovenfor i pkt. 5.1 om belægning behandlede afdelingen i 2008 56 patienter med i alt 70 indlæggelser, mens der i 2009 blev behandlet 33 patienter med i alt 40 indlæggelser.

Det fremgår af opgørelsen over tvangsforanstaltninger at der blev foretaget frihedsberøvelse af fire patienter i 2008. Der er ingen oplysninger om frihedsberøvelser i 2009.

I perioden fra den 1. januar 2008 til den 24. december 2009 blev der tvangsbehandlet i alt ni patienter i afdelingen.

Antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse var 65 i 2008, mens det i 2009 var reduceret til 37. Der var således tale om næsten en halvering af antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse fra 2008 til 2009. Det skyldtes særligt et markant fald i antallet af både tvangsfikseringer (fra 36 tvangsfikseringer i 2008 til 18 i 2009) og indgivelse af beroligende medicin (fra 24 tilfælde i 2008 til 11 tilfælde i 2009).

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder det markante fald i antallet af tvangsfikseringer og/eller fysisk magtanvendelse.

Psykiatrilovens § 18 d definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Efter stk. 2 må personlig skærmning som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt

for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelige skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2).

Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen da sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

Jeg bad om at få tilsendt eventuelt skriftligt materiale som Region Hovedstadens Psykiatri eller retspsykiatrisk afdeling havde udarbejdet om personlig skærmning efter psykiatriloven.

Hvis Psykiatrien eller retspsykiatrisk afdeling havde fastsat retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af psykiatriloven (jf. forarbejderne), bad jeg om også at få disse tilsendt.

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

Jeg bad om nærmere oplysninger om de nævnte tilfælde af skærmning, herunder hvordan skærmningen foregår rent praktisk, og om der er tale om skærmning i medfør af psykiatriloven eller lavere grader af skærmning.

Psykiatrien har sendt mig en kopi af klinisk vejledning af 24. september 2009 om skærmning på retspsykiatrisk center og til besvarelse af mine spørgsmål henvist hertil.

I vejledningen sondres der mellem adfærdsskærmning og personlig skærmning efter psykiatriloven. Det beskrives hvad personlig skærmning indebærer for patient og personale, og det fremgår udtrykkeligt at beslutning om iværksættelse og ophør af personlig skærmning kun kan træffes af en læge. Om adfærdsskærmning fremgår bl.a. følgende:

”Er patientens adfærd i fælleslokalerne af en sådan art, at dette påvirker afdelingsmiljøet, kan personalet henvise en patient til ophold i egen stue eller et begrænset område i afsnittet i et af personalet og patient aftalt tidsrum. Patienten skal underkastes regelmæssig observation, minimum en gang i timen. Er patienten evt. påvirket af misbrugsmidler, eller er den psykiatriske tilstand på lignende måde forstyrret, kan tæt observation med tilsyn hvert kvarter være indiceret. Personalet har pligt til at kende patientens opholdssted og tilstand.

...

Ved **adfærdsskærmning** forstås at personalet anviser/følger en patient til ophold på egen stue eller indgår aftale om at patienten kun opholder sig i et bestemt område af afsnittet, hvis patienten har verbalt forulempet eller udvist grov uhensigtsmæssig adfærd over for medpatienter eller ansatte, og patientens tilstand gør at kun en begrænsning af stimuli kan få patienten til at falde til ro igen. Denne form for skærmning foregår uden anvendelse af tvangsforanstaltninger og betragtes som en adfærdskorrektion, som er baseret på accept og frivillig medvirken. Dette regime iværksættes for at kunne anvende princippet om et absolut mindste middel.”

Vejledningen fastsætter at beslutning om iværksættelse og ophør af adfærdsskærmning kan træffes af plejepersonalet, men afsnittets overlæge skal altid orienteres om adfærdsskærmningen ved den følgende stuegang hvor personalet også skal videregive deres observationer af patientens tilstand.

Det oplyste om personlig skærmning og adfærdsskærmning giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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 klage over tvangsindgrebet (psykiatrilovens § 32, stk. 1). Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

Jeg bad om at modtage en kopi af det skriftlige informationsmateriale som retspsykiatrisk afdeling udleverer til patienter i forbindelse med anvendelse af tvang.

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

Psykiatrien har oplyst at afdelingen ikke har sit eget skriftlige informationsmateriale om tvang og ikke ved ethvert tvangsindgreb udleverer Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien". Ved påtænkt tvang eller i umiddelbar tilslutning til at en patient er blevet fikseret, vil den behandlingsansvarlige læge og også behandlingspersonalet orientere patienten om baggrunden for og formålet med den iværksatte tvang. Den behandlingsansvarlige læge vil herefter orientere patienten skriftligt ved udfyldelse af et skema der udleveres til patienten, og samtidig lægges der en kopi i lægejournalen.

Når en patient har været udsat for tvang, gennemføres der ligeledes en skemalagt eftersamtale hvor patienten på ny mundtligt orienteres om muligheden for at klage. Den tilkaldte bistandsværge/patientrådgiver forventes også at orientere patienten mundtlig om klagemuligheder.

Psykiatrien har desuden oplyst at det store antal etnisk fremmede med såvel kultur- som sprogproblemer udgør et særligt problem. Når det er nødvendigt, tilkaldes tolk både i forbindelse med lægesamtale og ved bistandsværgens/patientrådgiverens samtale med patienten.

Psykiatrien har sendt kopi af et skema for patientorientering om tvangsanvendelse og et skema om eftersamtale ved tvang.

Jeg har noteret mig det oplyste. De tilsendte skemaer giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Hvert afsnit på retspsykiatrisk afdeling har en stue der anvendes til bæltefiksering. Jeg bad om at få oplyst om tvangsfikseringer altid foregår på afsnittets bæltefikseringsstue eller om tvangsfikseringer i nogle tilfælde også foregår på patientens egen stue. Jeg bad også om at få oplyst hvordan bælte og remme transporteres til stuen hvis tvangsfiksering foregår på patientens stue.

Psykiatrien har oplyst at tvangsfikseringer næsten altid foregår på en bæltefikseringsstue. I helt ekstreme undtagelsestilfælde hvor der er to bæltefikserede patienter på samme afsnit, kan den ene fikseres på sin egen stue. I disse tilfælde transporteres bælte og remme til stuen i en ugenomsigtig tøjpose.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.13. Orientering af bistandsværger og patientrådgivere

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

Ifølge § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger, skal bistandsværgeren *snarest muligt* efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Der findes ikke en bestemmelse om at bistandsværgeren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen svarende til psykiatrilovens § 26, stk. 1, om patientrådgivere.

Det blev under inspektionen bl.a. oplyst at hvis afdelingen i forbindelse med et tvangsindgreb over for en sigtet, tiltalt eller dømt ikke kan få fat i vedkommendes bistandsværger, sørger afdelingen for at der bliver beskikket en patientrådgiver for den pågældende i stedet for.

Jeg bad afdelingen om at oplyse om der bliver beskikket en patientrådgiver for en sigtet, tiltalt eller dømt i de situationer hvor det er muligt at komme i kontakt med bistandsværgeren og orientere vedkommende om et tvangsindgreb, men hvor det tydeligt fremgår at bistandsværgeren først vil besøge patienten efter 24 timer.

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

Psykiatrien har oplyst at der beskikkes en patientrådgiver hvis bistandsværgeren ikke kan komme og varetage sin funktion under et tvangsindgreb inden for 24 timer, medmindre patienten klart tilkendegiver at hans forhold til bistandsværgeren er af en sådan karakter at han ønsker at afvente bistandsværgerens fremmøde inden for en overskuelig periode. Hvis der er åbenbare konflikter mellem patient og personale, vil afdelingen også på tværs af patientens ønske beskikke en patientrådgiver.

Psykiatrien har desuden oplyst at det ikke er muligt at redegøre præcist for i hvilket omfang centeret er nødt til at beskikke patientrådgivere, men at det har undtagelsens karakter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Patientrådgiveren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen (psykiatrilovens § 26, stk. 1).

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

Psykiatrien har oplyst at en patientrådgiver bliver beskikket og tilkaldt i umiddelbar tilslutning til tvangsindgrebet, og at patientrådgiveren altid kommer til stede inden for 24 timer.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

Psykiatrien har oplyst at retspsykiatrisk afdeling har konstateret at der er et betydeligt personsammenfald mellem bistandsværger og patientrådgivere, og den meget omhyggelige og ansvarsbevidste adfærd som afdelingen kender fra disse personer som patientrådgivere, går igen i deres rolle som bistandsværger. Afdelingen har ikke ført statistik over mødedeltagelsen for bistandsværger, men er af den opfattelse at der er samme deltagelsesfrekvens som for patientrådgiverne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.14. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger

Jeg bad afdelingen om at oplyse om det på trods af personalets særlige forudsætninger for at håndtere patienterne sker at politiet bliver tilkaldt og kommer ind på afdelingen i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger.

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

Endelig bad jeg om at få oplyst om der er indgået en samarbejdsaftale med politiet, og i givet fald bad jeg om at få tilsendt en kopi af aftalen.

Psykiatrien har oplyst at det er sket nogle enkelte gange med års mellemrum at politiet er blevet tilkaldt i forbindelse med udførelsen af tvangsforanstaltninger.

Det er reglen at en ny patient "afleveres" i afsnittets sluse. Enkelte gange ledsager politiet en nyindlagt patient ind i afsnittet hvis politiet er klædt i civilt.

Retspsykiatrisk afdeling har ikke indgået samarbejdsaftale med politiet, men har på linje med almenpsykiatrisk center et særligt telefonnummer til politiet i "mand amok situationer". Dette telefonnummer er blevet anvendt med års mellemrum.

Psykiatrien har sendt mig kopi af afdelingens "Retningslinjer for tiltag ved alvorlig vold eller andre kriser i afsnittet" (gældende fra den 29. januar 2009). Det fremgår heraf at politiet tilkaldes "i situationer, hvor der trues med våben, ved sammensværgelser mod personalet, eller hvis patienten skal bortvises fra hospitalet, og personalet ikke har været i stand til at iværksætte dette."

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Ad 5.15. Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer). 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 fremtidige journaloptegnelser – både elektroniske og papirbaserede.

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

Psykiatrien har oplyst at når en patient fremsætter ønske om aktindsigt, bliver vedkommende spurgt om baggrunden for dette ønske. Det sker dels for at klarlægge om ønsket umiddelbart kan imødekommes, f.eks. ved at patienten får læst op af journalen, dels for at klarlægge om patienten kun ønsker indsigt i en begrænset del af journalnotaterne. Når dette er afklaret, og patienten fortsat ønsker at få kopi af journalen, videregives anmodningen til sekretæren der hurtigst muligt tager kopi.

Alt efter journalmaterialets beskaffenhed kan patienten enten selv indledningsvis læse materialet eller anmode om at en sundhedsperson er til stede. Hvis patienten ønsker det, kan journalkopien gennemlæses sammen med bistandsværgeren/patientrådgiveren.

Psykiatrien har desuden oplyst at det tidligere var afdelingens praksis at opbevare patientens kopi af journalen hos personalet så længe patienten var indlagt, i lighed med den tidligere praksis med opbevaring af patientens kopi af behandlingsplanen. Begrundelsen var den samme: Det ville være meget uheldigt og ofte sikkerhedsmæssigt uforsvarligt hvis journalkopier frit kunne udveksles patienter imellem. Afdelingen har imidlertid – på baggrund af inspektionen – revurderet praksis. Det er således ikke længere en fast regel at patienterne ikke – mens de er indlagt – kan få udleveret en kopi af journalen i forbindelse med aktindsigt. Den nye praksis betyder at udlevering af kopi af journalmateriale i alle tilfælde vil bero på en konkret vurdering af hvorvidt det er sikkerhedsmæssigt forsvarligt at udlevere kopi af materialet.

Det oplyste om afdelingens praksis giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

Psykiatrien har henvist til de nye regler om aktindsigt der trådte i kraft den 1. januar 2010, hvorefter patienten under ingen omstændigheder må nægtes indsigt i sygehusoptegnelser. Psykiatrien har tilføjet at dette indtil videre kun har givet problemer i forbindelse med udfærdigelse af mentalerklæringer, hvor der dog har kunnet hentes fortolkningsbidrag i Ju-

stitsministeriets notat om indsigt i og videregivelse af oplysninger fra mentalerklæringer der udarbejdes i forbindelse med behandling af straffesager.

Jeg har noteret mig det anførte.

Jeg skrev at jeg gik ud fra at Psykiatriens pjecer om patientrettigheder udleveres eller er tilgængelige for alle patienter på retspsykiatrisk afdeling.

Psykiatrien har oplyst at pjecerne om patientrettigheder er tilgængelige for alle patienter i afdelingen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.16. Pårørendekontakt

Region Hovedstaden har en bruger-, patient- og pårørendepolitik (juni 2008) der også er gældende for Region Hovedstadens Psykiatri. Det fremhæves i politikken at den – for at gøre en forskel i det daglige arbejde – skal udmøntes lokalt så den passer til de lokale forhold.

Jeg bad retspsykiatrisk afdeling om at oplyse hvordan regionens pårørendepolitik bliver udmøntet i afdelingen.

Psykiatrien har oplyst at afdelingen har kontakt med en repræsentant fra Fællesrådet for handicaporganisationer. Repræsentanten har haft en orientingssamtale med ledelsen og har deltaget i et åbent hus-arrangement i forbindelse med nybygning.

Psykiatrien har desuden oplyst at pårørende inviteres til sociale arrangementer i afdelingen i forbindelse med højtider. Herudover er samarbejdet med pårørende meget konkret med tilbud om orientering og deltagelse i samtaler.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at afdelingen i praksis forsøger at inddrage pårørende i patientbehandlingen i videst muligt omfang, men at patienternes særlige karakter indimellem gør det svært eller umuligt at etablere en meningsfyldt eller bæredygtig kontakt med pårørende. For at illustrere dette har Psykiatrien oplyst at status for pårønderelationer for 12 personer i et afsnit på tidspunktet for Psykiatrien udtalelse var følgende:

”3 patienter har ingen pårørende, som de ønsker at oplyse om eller har ønske om kontakt med. 1 patient har ikke ønsket kontakt med familien, men det er efter samtale lykkedes at skabe en kontakt til en søster. 1 patient har sporadisk kontakt med familien, men har ikke ønsket at få besøg i afdelingen. 1 patient har indimellem kontakt med sin gamle mor, og hun har ved et par lejligheder været til samtale. 1 patient har selv haft ønske om kontakt til familien, men familien har afvist at tage kontakt med ham.

For de øvrige patienter har der været afholdt flere fællessamtaler mellem pårørende, patient, personale og læge.”

Jeg har noteret mig at afdelingen i videst muligt omfang forsøger at inddrage pårørende i patientbehandlingen, men at det kan være meget vanskeligt.

Psykiatrien har desuden oplyst at afdelingen for at sikre det fornødne samtykke fra patientens side eksplicit i forbindelse med 1. telefonsamtale med pårørende oplyser om patienten har givet sit tilsagn til inddragelse af pårørende eller ej. Hvis der afholdes en samtale med tilstedeværelse af patienten, antages det at patientens tilstedeværelse i sig selv er et ikke-mundtligt tilsagn om at information kan videregives. Afdelingen anvender ikke en skriftlig formular.

I en opfølgingsrapport af 3. juli 2009 om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus har jeg udtalt følgende om spørgsmålet om samtykke fra patienten til at videregive oplysninger om helbredsforhold mv. til pårørende (jf. pkt. 5.18 om pårørendekontakt):

”a. Retsgrundlag

Det fremgår af sundhedslovens § 43 at der som hovedregel skal indhentes samtykke til at videregive oplysninger om en patients helbredsforhold mv. til andre formål end behandling, herunder til pårørende. Efter sundhedslovens § 44, stk.1, skal et sådant samtykke være skriftligt, og det skal indføres i patientens journal.

Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, 2. punktum. Se nærmere nedenfor under pkt. c.

Efter sundhedslovens § 44, stk. 2, bortfalder et samtykke senest et år efter at det er givet.

Det fremgår endvidere af § 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. at samtykke til videregivelse til andre formål skal gives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse.

Det fremgår af indledningen til vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. at bestemmelserne i patientretsstillingsloven (nu sundhedsloven) om bl.a. betingelserne for sundhedspersoners videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling eller til andre formål er blevet smidiggjort i forhold til tidligere lovgivning. Det anføres at patienten således ikke løbende skal give sit samtykke i forbindelse med f.eks. videregivelse af helbredsoplysninger mv. Det forudsætter imidlertid at patienten er fuldt informeret om at patienten altid vil kunne nægte en given undersøgelse, behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger mv., medmindre andet fremgår af lovgivningen.

Efter bekendtgørelsens § 8, stk. 2, og vejledningens pkt. 6.3 skal samtykket være informeret i den forstand at den der afgiver samtykke, skal være klar over hvad det er der gives samtykke til. Samtykket skal endvidere være konkretiseret således at det klart og utvetydigt fremgår hvad det er der meddeles samtykke til. Det skal fremgå hvilke typer af oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilke formål.

I punkt 6 i vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende er det anført at en patients samtykke til videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende skal forsøges indhentet som et naturligt led i de rutiner der benyttes ved indlæggelse, behandling, udskrivning mv. Det er videre anført at indhentelse af samtykke bør ske i dialog med patienten og på grundlag af en tilstrækkelig information af patienten i dennes konkrete situation.

b. Hvornår skal samtykke indhentes?

Samtykke skal som nævnt ovenfor indhentes i forbindelse med 'det aktuelle behov for videregivelse' (§ 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.)

Hvis patienten er fuldt informeret om at patienten altid vil kunne nægte videregivelse af helbredsoplysninger mv., medmindre andet fremgår af lovgivningen, skal patienten (dog) ikke løbende give sit samtykke i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger mv. (indledningen til vejledning nr. 161 af 16. september 1998).

Patientens samtykke til videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende skal endvidere som nævnt ovenfor forsøges indhentet som et naturligt led i de rutiner der benyttes ved indlæggelse, behandling, udskrivning mv. (punkt 6 i vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002).

Kravet i § 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., hvorefter samtykke skal gives i forbindelse med det 'aktuelle behov' for videregivelse, indebærer således efter min opfattelse ikke at patienten skal give samtykke hver gang der videregives helbredsoplysninger mv. om patienten. Hvis der er indhentet et (informeret og nærmere konkretiseret) samtykke, f.eks. ved indlæggelsen, vil det kunne gælde i op til et år, jf. sundhedslovens § 44, stk. 2.

c. Samtykkets form

Et samtykke til at videregive oplysninger om patientens helbredsforhold mv. til andre formål end behandling, herunder til pårørende, skal som nævnt være skriftligt og skal indføres i patientens journal (sundhedslovens § 44, stk.1).

Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, 2. punktum og afsnit 6.4.2 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Nævnte sted i vejledningen er der eksempler på hvornår sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for at fravige kravet om et skriftligt samtykke. Det oplyses at det f.eks. kan være tilfældet hvis videregivelse af oplysningerne om patienten skal ske meget hurtigt, eller hvis patienten har svært ved at skrive.

Psykiatrien har i udtalelsen af 22. august 2008 oplyst at der ikke anvendes en 'skriftlig samtykkeblanket' da videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende (kun) sker under samtaler hvor patienten også er til stede. Jeg forstår det sådan at Aalborg Psykiatriske Sygehus (normalt) ikke indhenter et skriftligt samtykke fra patienterne til at videregive helbredsoplysninger mv. til de pårørende – hverken ved indlæggelsen eller i øvrigt. Jeg forstår endvidere at det skyldes at der kun videregives fortrolige oplysninger om patienten under samtaler med patienten hvor den pårørende er til stede efter ønske fra (og som bisidder til) patienten, og at patientens samtykke til videregivelsen derfor anses for utvivlsomt.

Jeg beder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået, og om der således aldrig (efter samtykke fra patienten) gives fortrolige oplysninger til pårørende der kontakter personalet f.eks. før eller efter besøg hos patienten eller telefonisk.

Jeg er enig i at det må kunne anses for utvivlsomt at der foreligger et (stiltiende) samtykke fra patienten til at videregive fortrolige oplysninger til den pårørende under en samtale hvor pårørende er til stede efter patientens eget ønske. Jeg henviser i den forbindelse også til Ellen Margrethe Basse og Knud Kristensen, Håndbog for psykiatribrugere og pårørende (2004), s. 51. Jeg forudsætter herved at det enten i forbindelse med indhentelse af samtykke til inddragelse af pårørende ved indlæggelsen eller forud for de samtaler hvori de pårørende deltager, gøres klart for patienten hvad det er der kan/skal drøftes, og dermed hvad der kan fremkomme af fortrolige oplysninger, således at patienten har mulighed for at begrænse samtykket til visse oplysninger hvis det ønskes. Jeg henviser til at et samtykke efter sundhedsloven skal være informeret og konkretiseret (punkt 6.3 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998), og at det ikke altid vil kunne udelukkes at der kommer fortrolige oplysninger frem som patienten ikke ønsker at de(n) pårørende gøres bekendt med.

Spørgsmålet er herefter om det forhold at et samtykke er utvivlsomt, er en sådan omstændighed at hovedreglen om skriftligt samtykke i sundhedslovens § 44, stk. 1, til videregivelse af fortrolige oplysninger kan fraviges.

Jeg er enig i at det kan virke påtrængende (eller kunstigt og formelt) at afkræve patienten et skriftligt (konkretiseret) samtykke i forbindelse med patientsamtaler hvor der deltager pårørende efter ønske fra patienten, og hvor der (således) ikke er tvivl om at patienten er indforstået med at der videregives fortrolige oplysninger om patienten til de(n) pårørende.

Kravet om skriftligt samtykke fra patienten til at videregive oplysninger om helbreds-mæssige forhold mv. til pårørende, kan på denne baggrund efter min opfattelse fraviges i sådanne tilfælde. Jeg har således ingen bemærkninger til at der – under den forudsætning som jeg har angivet ovenfor (om information og konkretisering) – ikke indhentes et skriftligt samtykke fra patienten i forbindelse med patientsamtaler hvor der deltager pårørende efter ønske fra patienten.

Derimod er det efter min opfattelse ikke på samme måde påtrængende at bede om et skriftligt samtykke i forbindelse med en samtale om (bl.a.) inddragelse af pårørende i forbindelse med indlæggelsen. Og som nævnt vil et samtykke der er indhentet, f.eks. under en sådan samtale, kunne gælde i op til et år. Det er således ikke nødvendigt at indhente et nyt samtykke hver gang der finder en videregivelse sted, når der ikke er tvivl om at denne videregivelse er omfattet af et samtykke der allerede er givet.

Jeg går ud fra at sygehuset ved indlæggelsen oplyser patienten om betydningen af at inddrage og informere de pårørende og om reglerne om tavshedspligt. Jeg anbefaler at sygehuset i den forbindelse forsøger at indhente et skriftligt (nærmere konkretiseret) samtykke fra patienten til at videregive oplysninger til de pårørende som led i samarbejdet med dem.”

Som det fremgår af det citerede, skal der som hovedregel foreligge et skriftligt samtykke fra patienten til at videregive oplysninger om vedkommendes helbredsforhold mv. til pårørende.

Jeg er enig med Psykiatrien i at der må antages at foreligge et (stiltiende) samtykke fra patienten til at personalet videregiver fortrolige oplysninger til pårørende når patienten selv er til stede under en samtale med de(n) pårørende. Som anført ovenfor kan kravet om et skriftligt samtykke efter min opfattelse fraviges i sådanne tilfælde – forudsat at patienten er informeret om hvad det er der kan/skal drøftes. Denne information og konkretisering kan f.eks. gives til patienten i starten af indlæggelsen i forbindelse med en drøftelse af spørgsmålet om inddragelse af pårørende i behandlingen.

Til brug for pårørendesamarbejde i andre tilfælde end de situationer hvor patienten selv er til stede under samtaler med de pårørende, og de situationer hvor pårørende kun får en helt generel information om psykisk sygdom mv., anbefaler jeg at retspsykiatrisk afdeling i forbindelse med indlæggelsen forsøger at indhente et skriftligt (nærmere konkretiseret) samtykke fra patienten til videregivelse af oplysninger til de pårørende som led i samarbejdet med dem.

Jeg har tidligere udtalt at det efter min opfattelse kan være hensigtsmæssigt at anvende en særlig blanket (standardblanket) ved indhentelse af et skriftligt samtykke, bl.a. for at sikre at et samtykke i alle tilfælde opfylder de krav der stilles ved indhentelse af samtykke (jf. bl.a. punkt 6.3 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998).

Jeg beder om oplysning om hvad der sker i anledning af min anbefaling.

Ad 5.17. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

Der er bestemmelser om husordener i psykiatrilovens § 2 a.

Region Hovedstadens Psykiatri har en husordenspolitik for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien. Formålet med politikken er at skabe fælles rammer for udformningen af husordener på de psykiatriske centre i regionen. Politikken beskriver også hvordan de psykiatriske centre skal håndtere overtrædelser af en husorden. Der henvises i politikken til Psykiatriens tværgående vejledning om overtrædelser af husorden.

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

Jeg modtog desuden et bilag indeholdende ændringer til husordenen og sikkerhedsreglerne på afsnit 80 med hensyn til besøg og udgang.

Det fremgår af Psykiatriens husordenspolitik at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov. Jeg skrev at jeg gik ud fra at husordenen for afsnit 80 og 81 var blevet revideret siden min inspektion, og jeg bad om at modtage et eksemplar af de nugældende husordener.

Psykiatrien har sendt mig kopi af en folder med patientinformation ("Nyttige oplysninger om Retspsykiatrisk Center Glostrup", februar 2010), en folder med information om kontaktpersoner (juni 2010) og husordener for de to retspsykiatriske afsnit (dateret 8. februar 2010).

Jeg har gjort mig bekendt med det tilsendte materiale og henviser til det jeg har anført nedenfor.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Retningslinjerne bør angive hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgreb/begrænsninger, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

Retspsykiatrisk afdelings uddybning af husordenen indeholder flere eksempler på indgreb og begrænsninger i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Uddybningen indeholder ingen retningslinjer for hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de indgreb og begrænsninger der er nævnt i dokumentet.

Jeg bad om at få oplyst om der på afdelingen er skriftlige retningslinjer for hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger der kan blive tale om i forhold til den enkelte patient. Hvis det ikke var tilfældet, henstillede jeg til afdelingen at udarbejde sådanne retningslinjer og bad om underretning om hvad min henstilling havde givet anledning til.

Psykiatrien har oplyst at begrebet "personalet" bruges i den skriftlige uddybning af husordenen om dem der oftest kan træffe en umiddelbar beslutning om effektivering af begrænsninger efter husordenen. Ved personale forstås de på afsnittet ansatte uddannede personalemedlemmer med forskellig faglig baggrund der varetager den direkte og umiddelbare plejebehandling af patienter. Det drejer sig således om sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt pædagoger. Psykiatrien har anført at udarbejdelse af yderligere skriftlige retningslinjer vil have karakter af en tom administrativ gestus.

Jeg er ikke enig med Psykiatrien i at der ikke er behov for en præcisering af hvem blandt personalet der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger der kan blive tale om i forhold til den enkelte patient.

Det fremgår udtrykkeligt af psykiatrilovens materielle hjemmelsbestemmelser vedrørende de enkelte tvangsforanstaltninger hvilke sundhedspersoner der kan beslutte at de pågældende foranstaltninger skal iværksættes. Meget præcise kompetenceregler findes f.eks. i psykiatrilovens § 15 om tvangsfiksering.

De begrænsninger der ifølge afdelingens uddybning af husordenen kan komme på tale over for den enkelte patient under indlæggelsen, er (bortset fra visitation) ikke indgreb der er omfattet af psykiatriloven, men nogle af disse begrænsninger udgør ikke desto mindre indgreb af meget væsentlig og indgribende karakter i den enkelte patients frihed under indlæggelsen. Jeg tænker her f.eks. på besøgsbegrænsninger, herunder besøgsforbud, begrænsninger i en patients adgang til at ryge og begrænsninger i adgang til haven.

Psykiatriens tværgående vejledning om overtrædelser af husordenen (gældende fra den 24. januar 2009) omhandler en række af de indgreb og begrænsninger der kan ske i den enkelte patients frihed under indlæggelsen. Det fremgår af vejledningen at beslutning om de mest indgribende begrænsninger over for den enkelte patient bør træffes af afsnittets overlæge/bagvagt, mens beslutning om mindre indgribende begrænsninger bør træffes af afdelingssygeplejersken/ansvarshavende sygeplejerske.

På den baggrund gentager jeg min henstilling til retspsykiatrisk afdeling om at præcisere hvem blandt personalet der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger der kan blive tale om i forhold til den enkelte patient under indlæggelsen.

Jeg beder om underretning om hvad min henstilling har givet anledning til.

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

Psykiatrien har oplyst at indgreb i personens frihed under indlæggelse i relation til husordenen altid dokumenteres i den del af patientens journal der benævnes sygeplejecardex, mens begrænsninger der pålægges i henhold til anden lovgivning, herunder psykiatrilov, straffelov/retsplejelov og rigsadvokatmeddelelsen "udgangscirkulære" altid dokumenteres i lægejournalen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgår af husordenen at afdelingen kan afvise besøgende hvis det skønnes nødvendigt. I uddybningen af husordenen er det anført at der som udgangspunkt ikke er nogen begrænsninger i hvem der kan komme på besøg, men at enkeltpersoner dog i særlige tilfælde kan nægtes adgang til afsnittet hvis det af hensyn til én eller flere personer fin-

des nødvendigt på grund af tidligere uacceptabel eller truende adfærd, mistanke om medvirken til indsmugling etc., eller hvis der er problemer med at fastslå den besøgendes identitet og relation til patienten. Antallet af besøgende kan også begrænses af hensyn til sikkerheden.

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

Psykiatrien har oplyst at afdelingen ikke har en samlet optegnelse over hvor ofte besøgsforbud anvendes, men at det sker sjældent, og kun i helt ekstremt sjældne tilfælde er der tale om et generelt besøgsforbud. Når besøgsforbud anvendes, handler det oftest om hvilke besøgende det er forsvarligt at lukke ind i afdelingen. Det kan f.eks. være begrundet i at de besøgende indsmugler illegale stoffer eller fremstår truende og aggressive enten over for patienterne eller over for personalet. Beslutning om restriktioner i forbindelse med besøg dokumenteres i lægejournalen og revurderes senest ved revision af patientens behandlingsplan der almindeligvis revurderes minimum hver 6. uge.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

Psykiatrien har oplyst at det beklageligvis ikke har været muligt at lempe de "strengere" besøgsregler i afsnit 80, og at det i 2010 har været nødvendigt at indføre de samme regler i afsnit 81 med samme begrundelse som de skærpede besøgsregler blev indført i afsnit 80.

De strengere besøgsregler i afsnit 81 blev indført med virkning fra den 23. februar 2010. Den skriftlige orientering til patienterne om reglerne var udformet således:

"Nye regler ved besøg

Da der igennem længere tid har været indbragt ulovlige stoffer i afsnittet, har afsnitsledelsen fundet det nødvendigt at ændre måden, hvorpå man opnår og gennemfører besøg udefra.

Du kan naturligvis som udgangspunkt få besøg af dem, du ønsker, men du skal være opmærksom på, at der er nogle praktiske forhold, du skal tage i betragtning:

Det er kun muligt for én patient at have besøg i afsnittet ad gangen.

Du eller din pårørende skal på forhånd aftale en tid til et besøg.

Et besøg varer maksimalt 1 time og foregår altid i vores besøgsrum.

Der kan højst medvirke 2 voksne ved besøget.

Du må imødesee, at du skal visiteres evt. både før og efter et besøg.

De ændrede regler træder i kraft med øjeblikkelig virkning og vil foreløbig være i kraft de næste 3 måneder."

Efter indførelsen af de strengere besøgsregler klagede patienterne på afsnittet til mig. Jeg sendte under henvisning til ombudsmandslovens § 14 klagen videre til besvarelse hos ledelsen af Retspsykiatrisk Center Glostrup og bad samtidig ledelsen om at vejlede patienterne om deres klagemuligheder.

Jeg modtog efterfølgende kopi af ledelsens svar af 1. og 4. marts 2010 til patienterne. Heraf fremgår bl.a. følgende:

"Det er oplagt, at så snart nu observerede misbrugstendenser aftager til et tåleligt niveau, vil man fra ledelsens side igen kraftigt overveje at lempe på den skærpede håndhævelse af gældende regler."

Jeg har forstået at de skærpede besøgsregler blev indført fordi der var akut behov for at dæmme op for indsmugling og misbrug af euforiserende stoffer på afdelingen, og jeg går ud fra at det ved indførelsen af reglerne var hensigten at stramningerne alene skulle være af midlertidig karakter.

Hvis de skærpede besøgsregler fortsat gælder på begge retspsykiatriske afsnit, har de skærpede regler nu været gældende i flere år og har efter min opfattelse fået karakter af en permanent ordning.

Jeg beder Psykiatrien om en udtalelse om de skærpede besøgsregler.

I den endelig rapport citerede jeg psykiatrilovens § 19 a om visitation og lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen.

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

På Psykiatriens hjemmeside om Retspsykiatrisk Center Glostrup var der i centerets information til patienterne i forbindelse med indlæggelse oplyst følgende om visitation:

”Visitation

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

I husordenen for afsnit 80 stod der at patienten selv, patientens ejendele og patientstuen med mellemrum ville blive undersøgt (”visiteret”) for ulovlige genstande.

I uddybningen af husordenen var der anført følgende om visitation:

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

...

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

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

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

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

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

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

Jeg skrev at jeg derfor kunne have forståelse for at retspsykiatrisk afdeling så sig nødsaget til hyppigt at foretage visitation af patienter og patientstuer. Det var imidlertid min opfattelse at afdelingens praksis med visitation, som den kom til udtryk i afdelingens patientinformation og husorden, ikke var i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a.

Før jeg tog stilling til hvad det gav mig anledning til, bad jeg Region Hovedstadens Psykiatri om at udtale sig om spørgsmålet.

Jeg sendte samtidig et eksemplar af min rapport til Indenrigs- og Sundhedsministeriet til orientering og henlede i den forbindelse ministeriets opmærksomhed specielt på det der var anført om visitation.

Psykiatrien har udtalt følgende:

”Region Hovedstadens Psykiatri erkender, at formuleringerne i centerets patientinformation og husorden ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a. Det må dog erindres, at den specifikke patientgruppe er væsentlig forskellig fra andre psykiatriske patientgrupper – især hvad angår sikkerhedsmæssige hensyn. Formuleringerne i centerets patientinformation og husorden afspejler virkeligheden på centeret: Der visiteres i større omfang end hvad psykiatriloven foreskriver.”

Velkomstmaterialet om retspsykiatrisk afdeling, afsnit 80 og 81, (dateret maj 2011) på Psykiatriens hjemmeside indeholder ikke oplysninger om visitation, men den tilsendte folder med patientinformation (dateret februar 2010) og de tilsendte husordener for afsnit 80 og 81 (dateret 8. februar 2010) indeholder de samme afsnit om visitation som citeret ovenfor.

Jeg er enig med Region Hovedstadens Psykiatri i at formuleringen af afdelingens patientinformation og husordener ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a. Der er imidlertid ikke blot tale om et formuleringsspørgsmål. Jeg må efter det oplyste lægge til grund at der i retspsykiatrisk afdeling administreres i strid med den nævnte bestemmelse i psykiatriloven. Det giver mig anledning til at understrege

at det er overlægen der i det enkelte tilfælde har kompetencen til at beslutte at der skal ske kropsvisitation af patienten (i nogle tilfælde kan psykiatrilovens § 4 a finde anvendelse), og

*at kropsvisitation efter ordlyden af § 19 a og bemærkningerne til bestemmelsen kun kan ske ved en **begrundet** mistanke om indførsel eller forsøg på indførsel af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande.*

Jeg er enig med Psykiatrien i at der på retspsykiatrisk afdeling er tale om en patientgruppe der er væsentlig forskellig fra andre psykiatriske patientgrupper – især ud fra sikkerhedsmæssige betragtninger. Ved den retlige vurdering – som Folketingets Ombudsmand skal foretage – af den visitationspraksis som retspsykiatrisk afdeling følger, er det imidlertid ikke et forhold der kan tillægges betydning for lovligheden. Jeg henviser til at der i § 19 a og i bemærkningerne til bestemmelsen ikke sondres mellem forskellige patientgrupper. Bestemmelsen er udformet så den gælder generelt for alle patienter i henholdsvis almenpsykiatrien, retspsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien.

Jeg går på den baggrund ud fra at Psykiatrien vil sikre at retspsykiatrisk afdeling i fremtiden vil administrere lovligt i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a.

Jeg beder om at modtage oplysning om hvad der videre sker vedrørende dette spørgsmål.

Det tilføjes at jeg er bekendt med at bl.a. spørgsmålet om visitation af retspsykiatriske afdelinger/patienter har været og er genstand for overvejelser i Danske Regioner, jf. Danske Regioners rapport "Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed" (2011).

Jeg er ligeledes bekendt med at en ændring af psykiatriloven er på regeringens lovprogram for 2011-12. Det fremgår af lovprogrammet at forslaget til ændring af psykiatriloven bl.a. vil bygge på rapporten fra Danske Regioner.

Til Psykiatriens og retspsykiatrisk afdelings orientering kan jeg oplyse at jeg på møder med Folketingets § 71-tilsyn har gjort opmærksom på de problemstillinger vedrørende visitation som jeg er blevet bekendt med i forbindelse med mine inspektioner på psykiatriske afdelinger, herunder retspsykiatriske afdelinger.

Jeg har sendt et eksemplar af denne rapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til orientering og henledt ministeriets opmærksomhed specielt på det der er anført om visitation.

Som det fremgår af sidste side i denne rapport, modtager Folketingets § 71-tilsyn også et eksemplar af denne rapport.

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

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

Psykiatrien har oplyst at de indskrænkninger der fastlægges i forbindelse med rygning, først og fremmest er en begrænsning af patientens mulighed for at "kæderyge". Det kan ses som følge af patientens desintegrerede psykiatriske tilstand, og i sådan et tilfælde kan lægen beslutte at administrere patientens cigaretter. Det foregår på den måde at cigaretterne opbevares på kontoret, og patienten skal henvende sig til personalet for at få en cigaret. For at imødekomme patientens ønske om at ryge i et passende omfang har afdelingen fundet det hensigtsmæssigt at patienten maksimalt får én cigaret hver halve time. Dette accepteres i det store og hele af de patienter der er undergivet begrænsningerne, og da det dels kan være ydmygende for patienten, dels besværligt for personalet, har begge parter stor interesse i hurtigst muligt at få normaliseret forholdet så meget at patienten igen kan administrere sit eget tobaksforbrug.

Psykiatrien har tilføjet at enkelte patienter indimellem beder personalet om at hjælpe dem med at begrænse deres tobaksindtag, og at det efter en frivillig aftale kan ske som beskrevet ovenfor.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg har lagt vægt på at beslutningen om at begrænse en patients mulighed for at kæderyge træffes af en læge, og at det løbende vurderes om begrænsningen kan ophæves så patienten hurtigst muligt kan administrere sit eget tobaksforbrug igen.

Ad 5.18. Rygepolitik

Jeg bad om nærmere oplysninger om den (eller de) udendørs rygepavillon(er) som jeg forstod at afdelingen havde etableret, og jeg bad om at få tilsendt en kopi af afdelingens rygepolitik for patienter og personale.

Psykiatrien har oplyst at der blev etableret udendørs rygepavilloner på begge afsnit i foråret 2008. Pavillonerne er åbne for patienterne hele døgnet.

Jeg har modtaget kopi af afdelingens rygeregler for patienter og medarbejdere (dateret 21. februar 2008). Det fremgår heraf at medarbejdere ikke må ryge indendørs. Patienter må ryge udendørs og på eget værelse, men ikke i afdelingens fælleslokaler, hverken spise-stue, dagligstue eller besøgslokaler. Hvis en patient ryger på sit værelse når en ansat kommer ind, kan den ansatte bede om at rygningen ophører indtil den ansatte forlader værelset igen.

Jeg er fra en konkret sag bekendt med at en tilsvarende ordning på Sikringsafdelingen, hvor patienterne måtte ryge på deres stuer, er blevet ændret til et rygeforbud. Det fremgik af sagen at det er Arbejdstilsynets opfattelse at rygeloven ikke giver mulighed for en generel dispensation til en gruppe af patienter eller en afdeling til at ryge indendørs, men kun giver mulighed for i ganske særlige tilfælde at tillade en patient at ryge (jf. rygelovens § 10).

På baggrund af forarbejderne til rygeloven (bemærkningerne til lovforslagets §§ 10 og 11) havde jeg i den konkrete sag ikke grundlag for at kritisere at Region Sjælland nu anser patientstuerne på Sikringsafdelingen for at være omfattet af rygelovens § 10 og ikke – som regionen tidligere havde givet udtryk for – af rygelovens § 11.

Jeg beder retspsykiatrisk afdeling og Region Hovedstadens Psykiatri om en udtalelse om hvad det anførte giver afdelingen og Psykiatrien anledning til.

Det tilføjes at rygeloven skal revideres i folketingsåret 2011-12 (jf. lov nr. 532 af 26. maj 2010).

Ad 5.19. Euforiserende stoffer og alkohol

Jeg bad om at få oplyst hvad retspsykiatrisk afdeling gør for at begrænse omfanget af stoffer på afsnittene, og hvor omfattende problemerne med stoffer på afdelingen er.

Psykiatrien har oplyst at indsmugling og anvendelse af misbrugsmidler i afdelingen afspejler de problemer der optræder i det omgivende samfund. Afdelingen har kun mindre problemer med alkohol i forbindelse med at patienter kan komme berusede tilbage fra udgang, mens indsmugling og forbrug p.t. er centreret om hash, kokain og amfetamin. Problemet omfang er meget vekslende. Ofte er problemet af så begrænset omfang at det ikke i nævneværdig udstrækning har indflydelse på den psykiatriske behandling. I andre perioder er misbrugets omfang sådan at det er nødvendigt at foretage aktive indgreb for at nedbringe misbruget. Det er afdelingens erfaring at alle tiltag kun har en begrænset effekt så længe en del af patienterne på en eller anden måde har mulighed for kontakt til omverdenen. I tilfælde af uacceptabelt øget misbrug vil der i første omgang blive taget skridt inden for husordenen i form af øget kontrol, herunder personvisitation, værelsesvisitation og aktiv stillingtagen til hvilke personer bestemte patienter kan få besøg af.

Herudover er der en mulighed for at gøre eventuelle frihedsgoder afhængige af at patienten ved en urinprøve kan godtgøre at vedkommende ikke er under indflydelse af misbrugsmidler. Enhver tilstedeværelse af stærke misbrugsmidler (kokain og amfetamin) medfører inddragelse af alle friheder. I tilfælde af hash i urinen har patienten mulighed for at kunne færdes ledsaget enten på terræn eller på formålsbestemte udgange.

Psykiatrien har samtidig henvist til at det som tidligere anført har det været nødvendigt at skærpe besøgsreglerne i begge patientafsnit.

Jeg har noteret mig at omfanget af patienternes misbrug af euforiserende stoffer varierer, men at afdelingen til stadighed er opmærksom på problemet og forsøger at begrænse det.

Jeg henviser i øvrigt til det jeg har anført om visitation og de skærpede besøgsregler ovenfor i pkt. 5.17.

Ad 5.21. Patientindflydelse

Psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard omfatter bl.a. politikker i relation til patienter og pårørende, og efter psykiatrilovens § 2 a, stk. 3, skal patienterne inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden.

Region Hovedstaden har som nævnt 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.

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

Psykiatrien har oplyst at undersøgelse, behandling og pleje af de enkelte patienter i retspsykiatrisk afdeling sker i overensstemmelse med den skriftligt udarbejdede målsætning der findes på Psykiatrien hjemmeside vedrørende afdelingen.

Det fremgår bl.a. heraf at det er afdelingens mål at tilgodese samfundets krav på retssikkerhed, herunder forhindre tilbagefald til ny kriminalitet, og samtidig tilbyde en tidssvarende, individuel psykiatrisk diagnostik, behandling og pleje målrettet den enkelte patient i respekt for dennes personlighed og egenart uagtet kriminalitet og kulturel baggrund. Ud over en specifik psykiatrisk behandling er det også afdelingens mål at øge patienternes selvindsigt, og ved denne selvindsigt og behandlingspersonalets mellemkomst stabilisere patienters affekt og impuls kontrol, nyindlære handlestrategier og bistå patienterne til reetablering i samfundet med kontakt til pårørende og andet netværk i en så selvstændig social tilværelse som det er muligt.

Det fremgår desuden af afdelingens målsætning at den bl.a. fordrer at pleje og behandling tager udgangspunkt i en helhedsopfattelse af patienten, hvori psykologiske, biologiske, kulturelle og sociale faktorer er ligeligt integreret, og at patienten oplever sammenhæng og kontinuitet i behandling og pleje og opfordres til et forpligtende samarbejde, herunder selvstændigt at tage ansvar og indgå og overholde aftaler. Det anføres også at målsætningen fordrer at der sikres et højt informationsniveau til patienterne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgik af Psykiatriens hjemmeside om Retspsykiatrisk Center Glostrup at der alle hverdage holdes morgenmøde med patienterne på hvert afsnit. Under inspektionen blev

det oplyst at der derudover hver fredag holdes et husmøde mellem patienter og personale hvor man f.eks. planlægger den madlavning som patienterne er med til.

Jeg bad om at få nærmere oplysninger om indholdet af de nævnte møder, herunder hvor ofte møderne holdes, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af husmøderne med kopi til ledelsen.

Psykiatrien har oplyst at husmøder i afsnit 80 holdes hver uge som et eftermiddagsmøde af 45 minutters varighed. I afsnit 81 afholdes møder af samme varighed hver 2. uge henholdsvis i dagvagt og aftenvagt. Der drøftes begge steder almene forhold vedrørende fællesskabet – både positive og negative. På møderne bliver der planlagt aktiviteter for næste uge af lystbetonet/hobby karakter, f.eks. madlavning, filmaften, bankospil, grillaften, boldspil i haven med naboafsnit osv. For de patienter der må forlade afsnittet med ledsagelse af personale, bliver der planlagt f.eks. biograftur, tur til zoologisk have, indkøbstur og strandtur. Aktiviteter bliver kun iværksat hvis der er de fornødne personaleressourcer til stede. Patienterne kommer ofte med ønsker og nogle gange fællesklager over ting eller adfærd i afsnittet.

I forbindelse med husmøderne bliver der skrevet et konklusionsreferat der bliver læst op ved næste møde. Der er som regel en fra afsnitsledelsen til stede ved husmødet, og vedkommende bringer ønsker og klager videre til centerledelsen. Andre gange vejleder personalet patienterne om konkrete klagemuligheder. Patienterne har f.eks. fremsat ønske om flere tv-kanaler og mere undervisning. Centerledelsen vurderer i hvilket omfang afdelingen har økonomiske ressourcer til at efterkomme ønskerne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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 bad afdelingen om at oplyse hvordan centeret inddrager patienterne i forbindelse med ændring af husordenen.

Psykiatrien har oplyst at hvis der påtænkes væsentlige ændringer af husordenen, f.eks. vedrørende rygepolitik, besøgsændringer o. lign., bliver det taget op og drøftet på et husmøde, og herefter bliver der givet skriftlig besked både generelt og til hver enkelt patient.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 5.22. Rekruttering af personale og sygefravær

Jeg noterede mig at Region Hovedstadens Psykiatri og Retspsykiatrisk Center Glostrup havde iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale.

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

Psykiatrien har oplyst at der på retspsykiatrisk afdeling er tre normerede overlægestillinger, og at de alle er besatte. Der er 14 normerede stillinger som sygeplejerske, og de er dækket af i alt 17 sygeplejersker, hvoraf de tre ekstra er erstatning for en normeret stilling som social- og sundhedsassistent.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Psykiatrien oprettede i 2009 sit eget vikarcenter fordi Region Hovedstaden pr. 1. juli 2009 ikke længere benyttede private vikarbureauer. Vikarcenteret åbnede den 1. juni 2009 og har til opgave at rekruttere vikarer og formidle dem til alle vikarvagter for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, lægesekretærer, plejere og pædagoger på de psykiatriske centre i regionen. Af oplysningerne om vikarcenteret på Psykiatriens hjemmeside fremgik det hvilke personer i vikarcenteret der var kontaktpersoner for de enkelte psykiatriske centre i regionen. Retspsykiatrisk Center Glostrup var ikke nævnt blandt de enkelte centre.

Jeg bad om at få oplyst om retspsykiatrisk afdeling er omfattet af ordningen med Psykiatriens vikarcenter.

Psykiatrien har oplyst at afdelingen er omfattet af ordningen med Psykiatriens vikarcenter. På grund af afdelingens særlige funktion bliver vikarordningen administreret fra afdelingen så det er "kendte og godkendte" medarbejdere der bliver rekvireret.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Der var en stigning i det samlede gennemsnitlige sygefravær på retspsykiatrisk afdeling fra 2004 til oktober 2007. Jeg bad om at modtage oplysninger om det samlede gennemsnitlige sygefravær på afdelingen i hele 2007 og i 2008 og 2009.

Psykiatrien har oplyst at det gennemsnitlige sygefravær i centeret var 7,9 pct. af normtiden i 2007, 5,1 pct. i 2008 og 4,6 pct. i 2009.

Jeg har noteret mig at det gennemsnitlige sygefravær blandt medarbejderne på afdelingen faldt væsentligt i perioden fra 2007 til 2009 (fra 7,9 pct. til 4,6 pct.), og jeg er bekendt med at det i resultataftale 2011 for Psykiatrisk Center Glostrup er fastsat at det gennemsnitlige sygefravær pr. medarbejder pr. år maksimalt må være 6 pct.

Ad 5.23. Vold mod personalet

Jeg noterede mig at retspsykiatrisk afdeling har særligt fokus på forebyggelse og håndtering af vold og trusler om vold.

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

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

Psykiatrien har sendt mig en opgørelse over antallet af arbejdsskader i retspsykiatrisk afdeling i 2007, 2008, 2009. Det fremgår heraf at der i 2007 var 41 arbejdsskader, hvoraf 39 vedrørte vold og trusler om vold. 3 af disse tilfælde blev anmeldt til politiet. I 2008 var der 28 arbejdsskader, hvoraf 21 vedrørte vold og trusler om vold, mens der i 2009 var 20 arbejdsskader, hvoraf 16 vedrørte vold og trusler om vold. Det fremgår ikke af opgørelsen at der blev indgivet politianmeldelse i forbindelse med nogen af tilfældene i 2008 og 2009.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Endelig bad jeg om at modtage en kopi af afdelingens retningslinjer for håndtering af voldsepisoder.

Psykiatrien har sendt mig kopi af afdelingens "Retningslinjer for tiltag ved alvorlig vold eller andre kriser i afsnittet" (gældende fra den 29. januar 2009). Retningslinjerne indeholder et skema over de tiltag der skal iværksættes i den akutte fase, tidsrammerne for hvornår tiltagene skal iværksættes, og en angivelse af hvem der er ansvarlig for at iværksætte tiltagene. Det fremgår af skemaet at spørgsmålet om politianmeldelse af en episode vurderes af ledelsen og personalet. Det fremgår ikke af retningslinjerne hvem (ledelse eller medarbejder) der skal indgive en eventuel politianmeldelse, men retspsykiatrisk afdeling har på opgørelsen over antallet af arbejdsskader anført at det er ledelsen der normalt indgiver anmeldelse.

I forbindelse med sagen om min inspektion af Distriktskykiatrien i Ballerup, Egedal og Hørlev har Region Hovedstadens Psykiatri den 21. december 2011 sendt mig en kopi af Psykiatriens politik til forebyggelse og håndtering af vold og trusler (2011) og Psykiatriens vejledning om politianmeldelse af lovovertrædelser (gældende fra den 11. august 2011).

Ifølge vejledningen 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 skal udarbejdes og drøftes i de lokale MED-udvalg første gang inden udgangen af 2011, og det forudsættes at materialet herefter bliver revideret minimum en gang om året.

I sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup har jeg skrevet at jeg går ud fra at centeret har udarbejdet og/eller ajourført centerets retningslinjer og instrukser vedrørende håndtering af vold og trusler om vold i overensstemmelse med Psykiatriens voldsforebyggelsespolitik og vejledning om politianmeldelse af lovovertrædelser, og jeg foretager mig derfor ikke mere vedrørende dette punkt.

Ad 5.24. Sprogbarrierer mv.

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

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

Jeg bad afdelingen oplyse om husordener og andet generelt informationsmateriale findes på andre sprog end dansk.

Psykiatrien har svaret at Sundhedsministeriets informationspjece om tvang i psykiatrien findes på asiatiske, afrikanske og europæiske sprog.

Jeg har forstået det oplyste sådan at afdelingens husordener og andet generelt informationsmateriale ikke findes på andre sprog end dansk, men at afdelingen søger at løse de sprogvanskeligheder der kan være mellem personalet og patienter med anden etnisk baggrund end dansk, ved anvendelse af tolkebistand og ved hjælp af bl.a. Sundhedsministeriets pjece om tvang i psykiatrien, der findes på en række forskellige sprog. Det fremgår af hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse at en ny udgave af pjecen er under udarbejdelse.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende dette punkt.

Ad 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Alle de skemaer som jeg modtog fra retspsykiatrisk afdeling, var kopier af Sundhedsstyrelsens skemaer i papirudgave.

Jeg bad om at få oplyst om afdelingen nu udfylder tvangsprotokoller elektronisk. Hvis det ikke var tilfældet, bad jeg om at få oplyst hvornår afdelingen forventede at dette ville ske.

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

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

Psykiatrien har oplyst at tvangsprotokoller udfyldes elektronisk. De to retspsykiatriske afsnit sender to gange om ugen en mappe med tvangsprotokolskemaer til en lægesekretær med henblik på indtastning i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI). Dette effektueres og noteres på tvangsprotokolskemaet, og både i patientens journal samt i særskilt mappe opbevares der et eksemplar af det færdigbehandlede skema. Lægesekretæren noterer i journalen under lægenotatet (hvor det f.eks. anføres at tvangsprotokol 2 er udfyldt) at dette efterfølgende indtastes i SEI.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 6.1. Tvangsbehandling

Jeg modtog i alt tre skemaer vedrørende tvangsbehandling.

Ifølge § 37, nr. 4, i tvangsbekendtgørelsen (dagældende bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006) skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge.

Navnet på den ordinerende læge var angivet i alle tilfælde. På ét skema var navnet angivet med initialer.

Jeg skrev at jeg gik ud fra at anvendelse af initialer var tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kunne fastslå hvilken læge der havde ordineret tvangsbehandlingen.

Psykiatrien har oplyst at afdelingen kun har tre faste overlæger. Hvis skemaet udfyldes af en vagthavende læge, er det altid ledsaget af et journalnotat der dokumenterer tvangsansørgers konkrete indhold.

Jeg har noteret mig at anvendelsen af initialer altid er tilstrækkeligt til at fastslå hvilken læge der har ordineret tvangsbehandlingen.

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

I alle skemaer var rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I skemaet der vedrørte ECT-behandling, var det anført at behandlingen skulle gives en bloc i tre dage og herefter tre gange ugentlig.

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

Jeg oplyste til orientering at jeg i rapport af 26. maj 2004 om min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 bl.a. havde 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 skrev at jeg gik ud fra at retspsykiatrisk afdeling ved medicinering efterlever princippet om mindste middel sådan som det var beskrevet i rapporten om inspektion af Sct. Hans Hospital.

Psykiatrien har oplyst at retspsykiatrisk afdeling har bekræftet at afdelingen i forbindelse med tvangsmedicinering følger princippet om mindste middel.

I rapporten om min inspektion af Psykiatrisk Center Glostrup bad jeg 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 bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Psykiatrien har i den forbindelse oplyst at centerledelsen på Psykiatrisk Center Glostrup har præciseret over for lægerne at det nævnte princip skal anføres både i beslutningen om tvangsbehandling og efterfølgende i tvangsprotokollen. Psykiatrien har sendt mig en kopi af 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.'

På den baggrund foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette punkt.

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at det er tilstrækkeligt med henvisning til det tidligere anførte.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen skal angives. Der var kun angivet en ophørsdato på ét skema. På de to andre skemaer om henholdsvis medicinering og ECT-behandling var der ingen ophørsdatoer.

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

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

Psykiatrien har vedrørende medicineringsskemaet oplyst at der i journalen findes tvangsprotokol for den videreførte medikamentelle behandling, og at det heraf fremgår at patienten frem til den 8. januar 2009 modtog stadig faldende doser medicin som tvang, men i øvrigt uproblematisk.

Vedrørende ECT-skemaet har Psykiatrien oplyst at tvangen fortsatte frem til den 21. december 2007. Patienten modtog herefter i en periode ECT-behandling frivillig, men valgte så behandlingen fra.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad 6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

I forbindelse med indgivelse af beroligende medicin skal navnet på den ordinerende læge/tilstedeværende læge og navnene på det implicerede personale anføres i tvangsprotokollen.

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

Jeg skrev at jeg gik ud fra at anvendelse af fornavn alene er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.

Psykiatrien har oplyst at anvendelse af fornavn er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvilken medarbejder der har medvirket ved tvangsforanstaltningen – enten ved at følge notat i sygeplejecardex eller i helt ekstreme tilfælde medarbejderens arbejdsskema.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

Psykiatrien har oplyst at lægen i de fleste situationer er til stede i forbindelse med bæltefiksering. Hvis lægen ikke er i afsnittet, tilkaldes denne straks og forventes at komme hurtigst muligt og senest 15 minutter efter fikseringen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg er bekendt med at spørgsmålene om tilkaldelse og tilstedeværelse af læge i forbindelse med tvangsfikseringer indgår i resultataftale 2011 for Psykiatrisk Center Glostrup idet der er anført følgende i resultataftalen:

”4) Handleplan for nedbringelse af tvang

...

Indførelse af instruks som tilsiger, at når bæltefiksering forekommer uden lægens tilstedeværelse, skal den ansvarlige sygeplejerske fremsende en skriftlig redegørelse til centerledelsen, hvor der bl.a. redegøres for, hvorfor det ikke blev fundet forsvarligt at afvente lægens vurdering. Samtidig er lægerne instrueret i straks at begive sig til afsnittet, såfremt en situation skønnes at kunne føre til tvang. ...”

Psykiatrilovens § 21, stk. 5, indeholder bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes 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, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering.

I to tilfælde var det centerets ledende overlæge der foretog vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt.

Jeg henviste til årsberetningen for 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden (s. 21 f). Heraf fremgik følgende:

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

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

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

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

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

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

Jeg skrev at jeg gik ud fra at afdelingens praksis med hensyn til hvem der foretager den eksterne vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., nu var i overensstemmelse med det citerede.

Psykiatrien har oplyst at afdelingens tilkald af ekstern vurdering følger beskrivelsen i det psykiatriske patientklagenævns årsberetning. Det betyder undertiden aftaler med speciallæger uden for afdelingen der tilkaldes som konsulenter og til særligt honorar.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går ud fra at retspsykiatrisk afdelings sammenlægning med Psykiatrisk Center Glostrup giver afdelingen mulighed for at benytte læger fra almenpsykiatrisk afdeling i tilfælde af ekstern efterprøvelse.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Retspsykiatrisk Afdeling J og Region Hovedstadens Psykiatri om nærmere oplysninger om forskellige forhold. Jeg henviser til pkt. 5.6, 5.16, 5.17 og 5.18.

Jeg beder om at retspsykiatrisk afdelings oplysninger sendes gennem Region Hovedstadens Psykiatri for at Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center Glostrup – Retspsykiatrisk Afdeling J, Region Hovedstadens Psykiatri, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, retspsykiatrisk afdelings patienter og pårørende samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Lennart Frandsen
Inspektionschef