

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Centrets organisation mv. ....</b>	<b>4</b>
<b>3. Bygningmæssige forhold mv.....</b>	<b>5</b>
3.1. Generelt .....	5
3.2. Skadestue og venteværelse.....	9
3.3. Afsnit 3202 – åbent afsnit for yngre voksne .....	11
3.4. Afsnit 1510 – lukket afsnit .....	14
3.5. Afsnit 3212 – lukket afsnit/akut modtageafsnit .....	18
3.6. Afsnit 3222 – åbent afsnit .....	20
3.7. Afsnit 3232 – åbent afsnit .....	23
3.8. Afsnit 3242 – Klinik for Spiseforstyrrelser.....	26
3.9. Fællesarealer .....	28
<b>4. Samtaler med enkelte patienter .....</b>	<b>30</b>
<b>5. Andre forhold .....</b>	<b>30</b>
5. 1. Overbelægning mv.....	30
5. 2. Adgang til frisk luft.....	31
5. 3. Handicaptilgængelighed.....	33
5. 4. Navneskilte.....	33
5. 5. Opbevaring af journaler .....	34
5. 6. Forplejning .....	34
5. 7. Beskæftigelse .....	36
5. 8. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2 .....	37
5. 9. Patienternes kontakt med læge mv.....	37
5.10. Behandlingsplaner.....	38
5.11. Anvendelse af tvang, herunder fiksering .....	39
5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv. ....	43
5.13. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte.....	45
5.14. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen .....	48
5.15. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner.....	49
5.16. Aktindsigt .....	53
5.17. Pårørendekontakt .....	53
5.18. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv. ....	54
5.19. Rygepolitik.....	60
5.20. Euforiserende stoffer og alkohol.....	61
5.21. Kæresteforhold mellem patienterne .....	62
5.22. Patientindflydelse.....	62
5.23. Rekruttering af personale og sygefravær .....	64

5.24. Vold mod personalet .....	65
<b>6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....</b>	<b>67</b>
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse .....	71
6.2. Tvangsbehandling .....	74
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt .....	81
6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning .....	87
6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer .....	90
6.6. Særlige dørlåse .....	90

## 1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning. Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed samt ethvert tjenestested der hører under ombudsmandens virksomhed. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget om ombudsmandsloven er det forudsat at der vil ske ”en vis forøgelse af inspektionsvirksomheden i forhold til det kommunale område, især af psykiatriske hospitaler og andre institutioner for mentalt handicappede”.

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 15. august 2006 inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelsen og medarbejderrepræsentanter, rundgang på centrets afsnit, samtaler med de patienter der havde anmodet herom, og en opsamlende samtale med ledelsen.

Til stede under inspektionen var centerchef Anne Mertz, klinikchef Thomas Middelboe, udviklingschef Lene Berring samt afdelingschef Lars Gregersen og Susanne Beck Petersen fra Psykiatri- og Socialforvaltningen, Københavns Amt. Under den indledende samtale deltog tillige administrationschef Lise Kristiansen og to medarbejderrepræsentanter fra centrets MED-udvalg.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling,

tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på centrets afsnit forud for den 23. juni 2006, hvor inspektionen blev varslet, og efter den 1. januar 2005. Jeg bad endvidere om at modtage eksempler på behandlingsplaner. Det ønskede materiale blev af centret udleveret under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. om centrets enkelte afsnit, kort og skitser over bygningerne, oversigt over personaleforholdene, eksemplarer af de velkomstpjecer som udleveres til patienterne i forbindelse med indlæggelse, et eksemplar af det informationsmateriale som udleveres til centrets nyansatte medarbejdere, og centrets virksomhedsplan for 2006.

Nogle af de i rapporten berørte emner bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Psykiatrisk Center Gentofte i forbindelse med inspektionen og fra Københavns Amts hjemmeside ([www.kbhamt.dk](http://www.kbhamt.dk)). Det var således ikke alle emner der blev drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Center Gentofte og Københavns Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrisk Center Gentofte har i brev af 4. januar 2007 fremsat sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget (yderligere) bemærkninger fra amtet.

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

Psykiatrisk Center Gentofte hører under Københavns Amt og ligger på Gentofte Amtssygehus, bortset fra gerontopsykiatrisk afsnit som er placeret på Sankt Lukas Stiftelsen. Centrets optageområder er Gentofte, Lyngby-Taarbæk og

Søllerød Kommuner, men centret modtager også patienter fra andre kommuner i hovedstadsområdet.

Centret er organiseret i en traditionel blokstruktur bestående af tre blokke – Gentofte blok, Lyngby-Taarbæk og Søllerød blok og en tværgående blok. Gentofte blok består af et lukket sengeafsnit med plads til 12 patienter (afsnit 3212) og et åbent sengeafsnit med plads til 22 patienter (afsnit 3222) samt Distriktspsykiatrisk Team Gentofte, som er beliggende Maltegårdsvej 9 i Gentofte. Lyngby-Taarbæk og Søllerød blok består ligeledes af et lukket sengeafsnit med plads til 12 patienter (afsnit 1510) og et åbent sengeafsnit med plads til 22 patienter (afsnit 3232) samt Distriktspsykiatrisk Team Lyngby, som er beliggende Toftebæksvej 8 i Lyngby. Den tværgående blok består af en psykiatrisk skadestue med 4 overnatningspladser, en ECT- funktion, et åbent 5-døgns sengeafsnit for yngre skizofrene patienter (i alderen 18-40 år) med plads til 11 døgnindlagte patienter og 9 dagpatienter (afsnit 3202), en klinik for spiseforstyrrelser, som har plads til 20 patienter i dagtilbud, og gerontopsykiatrisk afsnit med plads til 16 døgnpatienter.

Gerontopsykiatrisk afsnit på Sankt Lukas Stiftelsen og de to distriktspsykiatriske teams i Gentofte og Lyngby indgik ikke i inspektionen af Psykiatrisk Center Gentofte den 15. august 2006. Den 16. august 2006 foretog jeg og tre af ombudsmandsembedets øvrige medarbejdere inspektion af Distriktspsykiatrisk Team Gentofte. Der er udarbejdet en særskilt rapport om denne inspektion.

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

#### **3.1. Generelt**

Psykiatrisk Center Gentofte er beliggende i to bygninger tilhørende Amtssygehuset i Gentofte. Centret har en samlet kapacitet på 95 sengepladser til indlagte patienter og en omfattende ambulans virksomhed. Centret har både enestuer samt to- og tresengsstuer.

Skadestuen og afsnit 3202 er beliggende i stueplan, og de øvrige afsnit er beliggende henholdsvis på 1. sal (afsnit 3212, 1510 og en ECT-behandlingsgang), 2. sal (afsnit 3222), og 3. sal (afsnit 3232). På 4. sal ligger Klinik for Spiseforstyrrelser og et fælles træningskøkken (jf. pkt. 3.9.). Derudover bruges 4. sal til kontorer, konferencerum og frokoststue for de ansatte.

Ved inspektionen besigtigede jeg alle afsnit, skadestuen og Klinik for Spiseforstyrrelser.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at amtet har haft afsat 25 mio. kr. til renovering af Psykiatrisk Center Gentofte, herunder etablering af enestuer og renovering af toilet- og badeforhold. På baggrund af strukturreformen var midlerne blevet indefrosset indtil der forelå en generel afklaring vedrørende udbygningen af Gentofte Amtssygehus. Strukturreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 betyder at en egentlig stillingtagen til renovering af Psykiatrisk Center Gentofte er uafklaret da opgaven nu ligger hos den nye Region Hovedstaden.

Efter inspektionen har centerledelsen den 8. september 2006 sendt mig en kopi af budgetsammenfatningen for Københavns Amt, hvoraf det fremgår at ombygningen af Psykiatrisk Center Gentofte med henblik på etablering af enestuer og renovering af toilet- og badeforhold er blevet udskudt til 2009.

*Jeg forstod på ledelsen at der allerede foreligger helt færdige planer for renovering af centret. Jeg beder om at blive orienteret om disse planer.*

Centerledelsen oplyste endvidere at der var bestilt og indkøbt nye møbler til en stor del af centret. En del af møblerne på de forskellige afsnit var allerede blevet udskiftet, men de resterende nye møbler, herunder lamper, ville først blive leveret kort tid efter inspektionen.

Nedenfor, under pkt. 3.2.-3.9., er afsnittene beskrevet som de så ud på inspektionstidspunktet.

Under min rundgang på Psykiatrisk Center Gentofte blev jeg opmærksom på en række fysiske forhold som generelt gør sig gældende for alle eller flere af centrets afsnit. Disse forhold har jeg valgt at omtale indledningsvis før min gennemgang af de enkelte afsnit. Der er tale om følgende forhold:

#### To- og tresengsstuer

Alle sengeafsnit har både enestuer og tosenngsstuer, med undtagelse af afsnit 1510 som kun har enestuer. Der er desuden en tresengsstue på afsnit 3222 og tosenngsstuer på afsnit 3232.

*Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to eller flere senge. Det skete også i forbindelse med tilsynets besøg på Psykiatrisk Afdeling på Amtssygehuset i Gentofte den 15. juni 2000, hvor tilsynet dog udelukkende besøgte de to lukkede afsnit (og gerontopsykiatrisk afsnit). Tilsynet udtalte efter sit besøg kritik af at der fortsat var tosenngsstuer på afsnit 3212.*

*Som jeg tilkendegav under inspektionen, bør det efter min opfattelse ikke forekommer mere at der er tresengsstuer på et psykiatrisk afsnit. Se endvidere om tresengsstuer nedenfor under pkt. 5.1.*

*Jeg har noteret mig at en kommende renovering af centret efter det oplyste indebærer etablering af enestuer, og jeg går ud fra at det betyder at alle flersengsstuer nedlægges og erstattes af enestuer.*

### Toilet- og badeforhold

Kun to af enestuerne på afsnit 1510 har eget toilet og bad. For alle andre sengestuer på centret er der fælles toiletter og bad på gangen.

*§ 71-tilsynet har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer uden eget bad og toilet.*

*Som jeg bemærkede under inspektionen, forekommer de fælles toilet- og badeforhold på afsnittene slet ikke tilstrækkelige i forhold til antallet af patienter, og toilet- og badeforholdene er efter min opfattelse direkte kritisable på afsnit 3222, hvor de to eneste dametoiletter også fungerer som baderum og kan benyttes af alle afsnittets patienter. Jeg henviser til den nærmere beskrivelse under pkt. 3.6. nedenfor.*

*Jeg har som anført ovenfor noteret mig at en kommende reovering af centret omfatter en reovering af toilet- og badeforhold. Jeg beder om nærmere oplysninger om hvad denne reovering kommer til at indebære.*

### Belysning

Som det fremgår af min gennemgang af de enkelte afsnit nedenfor, er der generelt en dårlig belysning på det lange gangareal i afsnittene. Under inspektionen blev det oplyst at personalet (også) er utilfreds med belysningen.

*Belysningen på de lange gangarealer har efter min opfattelse en væsentlig betydning for helhedsindtrykket af de enkelte afsnit. Når det samtidig tages i betragtning hvilken betydning lysforhold generelt kan have for et menneskes humør, energiniveau og velbefindende i det hele taget (en vis terapeutisk virkning), er det min opfattelse at centerledelsen – af hensyn til både patienter og personale – bør overveje snarest at forbedre lysforholdene på de gangarealer hvor belysningen er dårlig. Jeg beder centret underrette mig om resultatet af disse overvejelser.*

### Farver i indretningen

Under rundgangen bemærkede jeg at der flere steder på afsnittene er anvendt meget stærke farver og/eller flere meget forskellige farver sammen i indretningen. Det gælder særlig fællesarealer som gange og opholdsrum, men også nogle patientstuer.

*Som jeg bemærkede under inspektionen, giver farvevalget efter min opfattelse et meget forvirrende og uroligt indtryk.*

*Efter min opfattelse vil et lidt mere afdæmpet farvevalg og en mere enkel og harmonisk farvesammensætning være at foretrække på et psykiatrisk afsnit hvor der også er patienter der har brug for rolige omgivelser. Jeg beder centerledelsen om at overveje farvevalg og farvesammensætning nøje i forbindelse med en kommende reovering og nyindretning af centret.*

*På baggrund af de ovenfor nævnte forhold som generelt gør sig gældende for afsnittene på Psykiatrisk Center Gentofte, er det min opfattelse at der er behov for en snarlig og gennemgribende reovering af centret. Jeg har noteret mig ledelsens oplysninger om at reoveringen af Psykiatrisk Center Gentofte med hensyn til etablering af enestuer og reovering af toilet- og badeforhold er udsendt til 2009, og jeg foretager mig ikke noget i anledning heraf. Jeg må herved tillægge det betydning at det i ombudsmandslovens § 8 er bestemt at ombudsmanden i sin kontrol med den kommunale forvaltning skal tage hensyn til de særlige vilkår som det kommunale styre virker under. Det betyder at ombudsmanden ved sin kontrol skal respektere at det er kommunalbestyrelsen/amtsrådet (efter den 1. januar 2007 regionsrådet) der inden for lovens rammer fordeler de eksisterende ressourcer.*

### **3.2. Skadestue og venteværelse**

Skadestuen er som nævnt ovenfor placeret i stueplan i opgang 15. Skadestuen er til for borgere der er i akut krise eller har alvorlige psykiske sygdomme. De

kan henvende sig enten på eget initiativ eller efter læges henvisning. Patienter kan blive tilbudt en overnatning på skadestuen, og dette registreres ikke som en indlæggelse.

Der er fra parkeringspladsen adgang til skadestuens modtagelse via en glasdør til en gang der fører til venteværelset eller et større lokale bagved. I gangen er der elevator til de øvrige afsnit, og på den ene væg er der en klokke der kan anvendes hvis patienten ankommer uden for egentlig åbningstid.

Fra venteværelset retter patienterne henvendelse til personalet ved en glasluge i væggen. Venteværelset, som ikke er særlig stort, er indrettet med caféborde og stole. Der er opsat bladholder med læsestof, og der er enkelte billeder på væggene. Det bagvedliggende lokale bruges primært hvis der ikke er plads til alle patienter i venteværelset. I dette lokale er der også stillet caféborde og stole foran et glasparti der vender ud mod patienthaven. Der er mulighed for at trække drikkevarer i en sodavandsautomat.

I forlængelse af venterummene ligger selve skadestuen. Gangen er malet hvid og har orange døre. Belysningen i loftet er firkantede kasser med en del afstand imellem. Disse lamper gav et sparsomt lys, og da alle døre til gangen var lukkede, fremstod gangen mørk med en søvning belysning. For enden af gangen gav et vindue og en altandør lidt mere lys.

Ved afsnittets indgang er der et vagtværelse, et ambulatorium, et skyllerum og et undersøgelsesværelse. Opholdsstuen i den anden ende af gangen er hvidmalet og indrettet med sofabord, stole og en lænestol. Der er et tv, en bladholder med brochurer og hylder med legetøj og blade mv. Køkkenet ved siden af fungerer også som spisestue med et bord og fire stole. Der er malet hvidt, og køkkeninventaret er hvidt.

Der er to toiletter og baderum tilknyttet afsnittet, hvoraf det ene er handicaptolet- og bad. Vægge og sanitet er hvide, og gulvet er mørkt linoleum. I vinduet

er der opsat persiener som på inspektionstidspunktet var rullet helt ned. Dette går jeg ud fra er gjort for at forhindre indkig fra parkeringspladsen. Toiletter og baderum fremstod alle i ren og pæn stand.

Under en af mine samtaler med en patient der havde ønsket dette, klagede patienten over modtagelsen i skadestuen. Patienten anførte at venteværelset er meget lille, at møblet er usselt, og at rummet ikke er særlig hyggeligt.

Ledelsen har efter inspektionen oplyst at venteværelset blev forbedret i 2005 med opsætning af nye møbler, og med sikring af at der altid ligger læsestof fremme, og at der er mulighed for at få drikkevarer. Da selve venteværelset er lille, er der etableret siddepladser lige udenfor, hvor der er et større areal at opholde sig på. Ledelsen har bemærket at ventefaciliteterne ikke er store, men at der dog meget sjældent sidder mere end 1-3 personer ad gangen dette sted.

*Som jeg tilkendegav under inspektionen, er ventefaciliteterne i modtagelsen efter min opfattelse lidt trange og triste. I forbindelse med en kommende renovering af centret beder jeg derfor centerledelsen overveje at gøre modtagelsen til et mere rart sted at komme ind og tilbringe kortere eller længere tid med at vente – dette med tanke på både rummets størrelse, siddekomforten i møblerne og udsmykningen af væggene. I det hele taget bør venteværelset virke imødekomende over for de der søger akut psykiatrisk hjælp.*

*Med hensyn til belysningen i gangen på selve skadestuen henviser jeg til det som jeg har anført indledningsvis ovenfor under pkt. 3.1.*

### **3.3. Afsnit 3202 – åbent afsnit for yngre voksne**

Afsnit 3202 ligger i stueetagen og er et ungeafsnit, hvor patienterne typisk er mellem 18 og 40 år. Det er et åbent afsnit med 11 sengepladser. Afsnittet er lukket i weekenden, hvilket betyder at hvis indlæggelse er nødvendig i week-

enden, vil patienten blive flyttet til et andet afsnit på centret. På inspektionstidspunktet var der 10 patienter indlagt.

Afsnittet har 5 enestuer og 3 tosengsstuer. Under inspektionen besigtigede jeg en enestue (stue 103) og en tosengsstue (stue 126). Der er ved døren til stuerne en lille tavle hvor patienternes fornavn er angivet. Ens for stuerne er det nye møblement der typisk består af briks(e) der kan benyttes som siddemøbel om dagen, skrivebord(e) og stol(e). Væggene er malet hvide, dog er endevæggen omkring vinduet malet gul. Der er hvide og gule gardiner. Som belysning er der en sengelampe og en skrivebordslampe. Stuerne har en lille forgang med to skabe der kan aflåses. Det blev oplyst at patienter mod et depositum på 20 kr. kan få en nøgle udleveret til skabene. Bag døren til selve stuen er der opsat metalhylder på væggen og en knagerække. På tosengsstuen er der endvidere op-hængt to opslagstavler.

*Jeg går ud fra at kravet om et depositum på 20 kr. har baggrund i erfaringer med nøgler som er bortkommet. Jeg går ud fra at nøgle kan udleveres hvis det for en patient af den ene eller anden grund er vanskeligt at betale depositum.*

*Jeg henviser i øvrigt til det som jeg indledningsvis har anført ovenfor under pkt. 3.1. vedrørende tosengsstuer.*

Alle afsnittets rum vender ud til en lang gang som er hvidmalet med billeder på væggene, farvede døre, brunligt linoleum på gulvet og en gul bort under loftet. Loftspladerne er oprindeligt hvide, men ser gamle og gulbrune ud. Gangens belysning er som på skadestuen firkantede lyskasser i loftets midte, hvilket får gangen til at fremstå mørk. Der er i den ene ende af gangen en mønttelefon til brug for patienterne.

*Med hensyn til belysningen på gangen henviser jeg til det som jeg har anført ovenfor under pkt. 3.1.*

*Placeringen af mønttelefonen på gangen er efter min opfattelse uheldig da den ikke giver patienterne mulighed for at tale uforstyrret. Jeg beder derfor centret om at overveje en mere egnet placering eller om det eventuelt er muligt at anvende en telefon som kan køres ind på patienternes stuer.*

Stuerne deles om tre baderum der er indrettet med toilet, håndvask, spejl og bruseniche. Baderummene er udlagt fra en mindre gang hvorfra der er udsigt til patienthaven. Vinduesglasset i baderummene er matteret så indkig ikke er muligt. Baderummene fremstår med nyere sanitet, og der er hvide fliser på væggene og grå på gulvet. På handicaptoiletet står der en badestol. På alle toiletterne er der papirhåndklæder i en holder på væggen og flydende sæbe.

*Jeg henviser til det som jeg indledningsvis har anført ovenfor under pkt. 3.1. vedrørende utilstrækkelige toilet- og badeforhold.*

Spisestue og køkken er indrettet med runde borde med seks blå stole omkring. Der var på inspektionstidspunktet dækket op til frokost. Væggene er hvide med billeder i stærke farver. Der er gulmønstrede gardiner og grønne planter i vindueskarmene. Langs den ene væg står et klaver.

Opholdsstuen har nye møbler bestående af en sofagruppe med blå stole og et spisebord med 10 stole omkring. Rummet har to store vinduer med gule og grønne gardiner og pottedplanter i vindueskarmene. Der er et tv og en skænk med spil og musikanlæg. Der står grønne planter flere steder i rummet.

Afsnittet har et rygerum med et stort sofabord i midten af rummet med lænestole i grønne nuancer omkring. Møblementet er af ældre dato, og det blev oplyst at der kommer nye møbler. Der er endvidere et stereoanlæg, en skænk med spil mv. og pottedplanter i vindueskarmene. I loftet er der firkantede lys-

kasser som i gangen. Væggene er malet hvide, og der er orangemønstrede gardiner i vinduerne.

Det ene af afsnittets to aktivitetsrum er flot nyistandsat, og patienterne har selv stået for istandsættelsen, herunder dekorerung af hele den ene væg. Langs den anden væg er der et langt bord med mulighed for at flere kan sidde og lave diverse aktiviteter. Der er bordfodboldspil og et rundt bord med stole i midten af rummet. På væggen ud til gangen er der hylder med spil, bøger og papir mv. Rummet er godt udnyttet, og det virker lyst og funktionelt.

Det andet (lidt større) aktivitetsrum er indrettet med et bordtennisbord, kondicykel, sofabord og to stole. Væggene er hvide og gulvet i lyst linoleum. I det ene hjørne er der afmærkning efter et skab som nu er fjernet. Gardinerne er orangemønstrede, og der er pottedplanter i vindueskarmen.

*Jeg fik et generelt godt indtryk af afsnittet, og jeg har ikke andre bemærkninger end de ovenfor anførte.*

#### **3.4. Afsnit 1510 – lukket afsnit**

Afsnit 1510 er et lukket afsnit med 12 enestuer beliggende på 1. sal. Det kan forekomme at der er mere end 12 patienter indlagt samtidig, og at to patienter derfor må dele stue. På tidspunktet for inspektionen var der 10 patienter indlagt.

*For så vidt angår spørgsmålet om overbelægning henviser jeg til pkt. 5.1. nedenfor.*

Afsnittet er som centrets øvrige afsnit bygget op om en lang gang hvorfra der er adgang til patientstuer, opholdsstuer, køkken, bad og toilet. Gangen er hvidmalet, dog på enkelte flader malet i andre farver og sparsomt udsmykket

med billeder. Belysningen er som på de to tidligere omtalte afsnit firkantede lyskasser i midten af loftet, hvilket får gangen til at virke mørk.

*Med hensyn til belysningen på gangen henviser jeg til det som jeg har anført indledningsvis ovenfor under pkt. 3.1.*

Ved indgangen til de enkelte stuer er der en tavle hvor det pågældende stue-nummer er angivet. Patientens navn fremgår ikke af tavlen.

Jeg besøgte stuerne 1 og 11. Stuerne er ca. 15 m<sup>2</sup>, og alle er hvidmalede.

Den første (og mindste) af de to stuer (stue 1) har en lille gang med håndvask og spejl til den ene side og to skabe med mulighed for aflåsning til den anden side. Stuen er møbleret med en hospitalsseng, et bord og to stole, og på væggen hænger et whiteboard. Der er lyskilder i loftet, men ingen sengelampe. Stuen virkede lys, men også bar og hospitalsagtig (somatisk).

Det blev under inspektionen oplyst at hospitalssenge anvendes frem for brikse fordi de giver en bedre højde for personalet at arbejde i.

Afsnittet har to stuer med eget toilet og bad. Stue 11, som jeg besøgte, er den ene af de to stuer med eget toilet og bad. Der er endvidere en håndvask og et spejl i selve stuen. Stuen er indrettet med hospitalsseng, sengebord, en lænestol og to skabe der kan aflåses. Den pågældende patient havde selv medbragt et tv, og på opslagstavlen hang der personlige billeder.

*Jeg kan oplyse at jeg under tidligere inspektioner af psykiatriske afdelinger har tilkendegivet at hospitalssenge på stuerne (særligt hvis de er placeret midt i stuerne) giver et meget hospitalsagtigt (somatisk) indtryk. Jeg har imidlertid ikke foretaget mig noget vedrørende brugen af hospitalssenge idet jeg har noteret mig baggrunden for deres anvendelse. Jeg har dog bemærket at det kunne*

*overvejes at forsyne sengene med sengetæpper så stuerne derved får mindre præg af somatisk sygehus.*

Afsnittet har et stort og to mindre baderum samt toiletter. Jeg besigtigede to baderum som begge har adgang via et forrum med en vaskemaskine og en tørretumbler til brug for patienterne. Baderummene har hvide vægge, fliser og sanitet, og de så pæne og ordentlige ud. Toiletterne har desuden vask, spejl og papirhåndklædeholder.

*Jeg henviser til det som jeg indledningsvis har anført ovenfor under pkt. 3.1. vedrørende utilstrækkelige toilet- og badeforhold.*

Spisestuen ligger i et større indhak midt på gangen. Lokalet er på ca. 30 m<sup>2</sup>. Vinduerne har lyse gardiner. Der er opstilet borde med stole omkring. På væggene hænger billeder, og der er planter i vindueskarmene. Spisestuen fremstår pæn og lys.

I tilknytning til spisestuen er et køkken hvortil patienter har adgang. Køkkenet har hvide skabslåger og bordplade. Personalet anvender køkkenet til anretning af de daglige måltider på afsnittet. Køkkenet anvendes desuden i forbindelse med patienternes miljøterapi, hvor patienterne trænes i forskellige enkle dagligdags gøremål.

I et åbent indhak for enden af gangen er en mindre opholdsstue indrettet med to orange lænestole og et sofabord, og midt i stuen står en romaskine. På den ene væg er der hængt en metalbladholder op med modemagasiner mv. Der er reoler med bøger og blade. I et hjørne af stuen og i vindueskarmen står der grønne planter.

Ved siden af opholdsstuen er der et rygerum med flere små borde med stole omkring og askebægre på bordene. Der var en markant lugt af røg, og der lå aske og tomme cigaretpakker på bordene. Rummet virkede mørkt og kedeligt.

Under en af mine samtaler med en patient fra afsnittet som havde ønsket dette, klagede patienten over at udsugningen i rygerummet ikke virkede.

*Jeg beder centret oplyse om udsugningen i rygerummet fungerer som den skal.*

For enden af gangen er der et aktivitetsrum hvor der står et bordfodboldspil, et elektrisk klaver, samt en kondicykel. Der er endvidere grønne planter i krukker. Væggene er malet orange og hvide, og der hænger indrammede plakater.

Afsnit 1510 deler med afsnit 3212 et nyt aktivitetsrum på 1. sal. Se nærmere herom under pkt. 3.9.

Til afsnittet hører et ”sluserum” som anvendes i forbindelse med tvangsindlæggelse. Rummet er pænt indrettet med nyere møbler – et ovalt bord og fem stole – og bruges også som besøgsrum. Der er et mindre bord med legetøj til besøgende børn idet børn ikke må komme ind på selve afsnittet. Væggene er hvide, og der er ophængt enkelte billeder.

I afsnittets linned-depot opbevares en mobil fikseringsseng tildækket med plastik.

*Jeg har ikke andre bemærkninger til afsnittet end de ovenfor anførte.*

### **3.5. Afsnit 3212 – lukket afsnit/akut modtageafsnit**

Afsnittet er et lukket akut modtageafsnit på 1. sal med 12 sengepladser fordelt på 4 enestuer og 4 tosengsstuer. Der var på inspektionstidspunktet 8 patienter indlagt.

Jeg besigtigede stue 219, der er en tosengsstue – tidligere brugt som tresengsstue – møbleret med hospitalssenge, et bord og to stole, og to sammenhængende gul-orange skabe med mulighed for aflåsning. Endevæggen er malet lys blå og resten af væggene er hvide. Stuen virkede på inspektionstidspunktet meget slidt idet der var aftegninger efter skabe på væggen, og ledninger var rykket ud af væggen. Gulvet er i mørkt linoleum, og loftsbelysningen er sparsom. Desuden manglede der sengelamper. Der er ved døren til stuen en håndvask med spejl.

Personalet oplyste at der i nær fremtid skulle ske en renovering af afsnittet, hvorfor nye møbler, herunder sengelamper, var bestilt og forventedes leveret inden for kort tid. Det blev endvidere oplyst at det er tilladt at medbringe personlige ejendele under indlæggelse, men at det ikke var tilfældet for de patienter der var indlagt på stuen på inspektionstidspunktet. Stuen fremstod meget bar og hospitalsagtig.

*Med hensyn til tosengsstuer og anvendelse af hospitalssenge henviser jeg til det som jeg har anført ovenfor under henholdsvis pkt. 3.1. og pkt. 3.4.*

Gangarealet har hvide vægge og lyst linoleum på gulvet. Der er billeder på begge sider, og cirka midt på gangen hænger der et ur. Gangens belysning er placeret i siderne ved væg og loft, og gangen virkede mørk.

*For så vidt angår belysningen på gangen, henviser jeg til pkt. 3.1. ovenfor.*

Afsnittet har to kombinerede toilet- og baderum forbeholdt de kvindelige patienter. Herudover er der to separate baderum med håndvask og spejl og tre toiletter, herunder et handicaptollet- og bad. Alle toiletterne er indrettet med håndvask, spejl og papirhåndklædeholder.

På handicaptollettet- og badet er der i vindueskarmen lige inden for døren adskillige brune mærker efter cigaretter der er brændt ned i belægningen. Der var ikke toiletpapir i holderen eller andre steder, og der var ikke papirhåndklæder til rådighed. Gulvet var beskidt og havde mørke pletter, og væggene er gule af kalk og rust.

På et af toiletterne var toiletkummen snavset af afføring, gulvet var mærket af brune pletter, og den hvide vægmaling skaller af. Der er tillige huller forskellige steder i væggen.

Ved siden af toilettet er et af to baderum. Dette baderum fremstod i lignende slidt stand. Der er ruststreger i samlingen mellem det blå linoleumsgulv og væggene. Afløbet var gult og tilstoppet.

*Efter min opfattelse trænger afsnittets toilet- og badeforhold til en snarlig istandsættelse. Jeg henviser til det som jeg har anført indledningsvis ovenfor under pkt. 3.1.*

Det blev under inspektionen oplyst at toilet- og baderummene bliver rengjort to gange om dagen, morgen og aften.

*Det var mit indtryk under inspektionen at rengøringsstandarderne på afsnittets toiletter og baderum er meget dårlig. Jeg er opmærksom på at en snavset toiletkumme ikke nødvendigvis behøver at være udtryk for en generelt dårlig rengøringsstandard, men de øvrige forhold – et tilstoppet afløb, manglende afkalkning af vægge og beskidte gulve – vidner om en rengøringsstandard der*

*generelt er for dårlig. Derudover er det efter min opfattelse uheldigt at der på et (handicap)toilet mangler både toiletpapir og papirhåndklæder.*

*Jeg beder centret oplyse hvad de nævnte forhold har givet eller giver centret anledning til at foretage.*

Spisestuen er placeret i et større indhak midt på gangen. I midten af stuen står der fire mindre borde sammensat til et langt bord med en rødlig dug og grønne stole omkring. Der er endvidere en ny blå sofa, et sofabord og enkeltstående stole langs den ene væg. Mellem de to vinduer er der opsat et tv, og derunder er der to hylder med bøger og blade mv. Denne væg er malet gul, og gardinerne er gul- og hvidstribede.

I et mindre indhak længere nede ad gangen er afsnittets opholdsstue. Den har ligeledes en gul væg omkring vinduerne. Der er et nyt møblement bestående af en rød sofa, et sofabord og to røde lænestole. Der er endvidere forskellige motionsredskaber, som fx step- og romaskine. Der hænger billeder på væggene, og på gulvet står der store grønne planter i krukke.

Afsnittet deler et stort, lyst aktivitetsrum med afsnit 1510 (jf. pkt. 3.9. nedenfor).

*Jeg har ud over det anførte ovenfor ingen øvrige bemærkninger til afsnittet.*

### **3.6. Afsnit 3222 – åbent afsnit**

Afsnittet er et åbent afsnit med plads til 22 patienter. Afsnittet er beliggende på 2. sal. Afsnittets 22 sengepladser er fordelt på 3 enestuer, 8 tosengsstuer og 1 tresengsstue.

Jeg besigtigede seks stuer – 3 enestuer, 2 tosengsstuer og 1 tresengsstue.

Enestuerne er møbleret med en briks der kan benyttes som siddemøbel om dagen, eller med en hospitalsseng. Der er derudover et sengebord, en lænestol, et skrivebord, en stol og et whiteboard på væggen. Der er et skab – der kan aflåses – til patientens tøj mv. Tre af væggene er malet hvide, og den fjerde er malet i en kontrastfarve.

På to- og tresengsstuerne er der ligeledes brikse eller hospitalssenge, men derudover er stuerne møblement ens, dvs. med et skrivebord, en stol og en lænestol. Ingen af stuerne har udsmykning, hvilket giver et hospitalsagtigt (somatisk) præg.

*Jeg henviser til pkt. 3.1. og 3.4. ovenfor vedrørende henholdsvis flersengsstuer og anvendelse af hospitalssenge.*

Gangen er malet i gule og orange farver, dørene er grønne. Der er billeder på væggene, et ur og en opslagstavle med information for patienterne om aktiviteter. Belysningen er som på afsnit 3212, med lysstofrør langs med væggen, hvor hver anden lampe var slukket. Denne belysning gør at gangen fremstår mørk og ubelyst.

I forbindelse med inspektionen havde jeg en samtale med en patient fra afsnit 3222 som bl.a. klagede over belysningen på afsnittet. Patienten anførte at belysningen gjorde hende svimmel, og hun klagede desuden over manglende sengelamper.

Centerledelsen bekræftede under inspektionen og efterfølgende i et brev af 18. august 2006 at belysningen i mange opholdsrum og patientstuer ikke var god, men at den var ved at blive forbedret i forbindelse med udskiftningen af inventar på afsnittet. Det blev oplyst at der var kommet flere almindelige lamper på sengestuerne, så det ikke var nødvendigt at benytte lysstofrørene i loftet, og at nye sengelamper var bestilt.

*Jeg har noteret mig det oplyste om en forbedring af belysningen i opholdsrum og på patientstuer, og jeg foretager mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

*Med hensyn til belysningen på gangen henviser jeg til pkt. 3.1. ovenfor.*

Til afsnittet hører tre herretoiletter, som ligger samlet, og tre baderum, som ligger samlet. De to af baderummene er kombinerede toilet- og baderum hvis toiletter er forbeholdt kvinderne, mens brusebadene bruges af alle patienter. Brusebadene er ikke installeret i en kabine, og der er derfor ofte vådt omkring toiletterne. Et yderligere rum det samme sted benyttes som tørrerum for patienternes vasketøj. Toiletter og baderum virker slidte – flere steder skaller malingen af vægge og faldstammer, og der er mørke pletter på gulvet.

Under inspektionen modtog jeg en klage fra en patient over den manglende adskillelse af toilet- og badeforhold for mænd og kvinder på afsnit 3222.

Centerledelsen oplyste efter inspektionen i brev af 18. august 2006 at ledelsen er enig i det u hensigtsmæssige i den manglende adskillelse. Ledelsen bemærkede samtidig at toiletforholdene generelt er utilfredsstillende på centret. Det fremgik endvidere af brevet at patienten var blevet orienteret om at ledelsen ville undersøge muligheden for at forbedre toilet- og badeforhold, og at ledelsen havde bedt afsnittet om at finde et tørrerum et andet sted end det der blev benyttet, således at der kan etableres et baderum mere, og afsnittet dermed ville få fire baderum – to til mænd og to til kvinder.

*Som jeg tilkendegav under inspektionen, er toilet- og badeforholdene på afsnittet efter min opfattelse kritisable.*

*Jeg har noteret mig det oplyste om en mulig forbedring af toilet- og badeforholdene. Jeg beder centret oplyse om der allerede er sket en forbedring af for-*

*holdene på afsnit 3222, eller om det er besluttet at en forbedring skal finde sted i den nærmeste fremtid, og hvad forbedringen i givet fald består i.*

I et stort indhak midt på gangen har afsnittet en kombineret spise- og opholdsstue. Der er opsat et tv på væggen mellem de to vinduer, og i det ene hjørne står der en computer. Derudover har stuen et langt ovalt bord, som på inspektionsstidspunktet var beklædt med en pink velourduk. Omkring bordet står 12 grønne stole. Væggen bag fjernsynet er malet pink, endevæggene er hvide, og en søjle midt i stuen – til at adskille stuen fra gangen – er malet gul. Gardinerne er ligeledes gule. Der er grønne planter i krukker, bøger og blade på metalhyl-der og enkelte billeder på væggene.

Længere nede ad gangen er der et større opholdsrum som er indrettet med borde og stole. Væggene er henholdsvis gule og hvide, og der er hængt billeder op.

På modsatte side af gangen er der indrettet et rygerum med et aflangt bord og træstole beklædt med grønt stof. Det blev oplyst at lokalet lukkes en time om dagen til udluftning. I den time har patienterne mulighed for at benytte afsnitets altan, hvilket efter personalets opfattelse fungerer godt.

Til afsnittet er der et aktivitetsrum hvori der bl.a. står et bordtennisbord. På de hvide vægge hænger der et whiteboard og et billede, og på gulvet står der en stor krukke med en plante.

*Jeg har ikke andre bemærkninger til afsnittet end de ovenfor anførte.*

### **3.7. Afsnit 3232 – åbent afsnit**

Afsnit 3232 er et åbent afsnit med plads til 22 patienter, beliggende på 3. sal. På afsnittet observeres og behandles personer med alle former for akutte og

kroniske psykiske sygdomme, hvilket medfører en blandet patientgruppe, både hvad angår alder, køn og sygdomme. Børn må gerne komme på besøg på afsnittet.

På inspektionstidspunktet var der 17 patienter indlagt, fordelt på 4 enestuer, 6 tosengsstuer og 2 tresengsstuer.

Det blev oplyst at personalet gør sig mange overvejelser om hvilke stuer patienterne skal være indlagt på under hensyntagen til patienternes sygdomme, symptomer, adfærd og køn.

Jeg besøgte tre stuer. Der er ved døren til hver af stuerne opsat en tavle med patientens fornavn. Den første stue som jeg besøgte, var en tosengsstue hvor der var en ny briks med rødt betræk og en hospitalsseng. Derudover var der sengeborde og et fælles skrivebord med to stole. Der var et skab til hver af patienterne med røde og orange låger. På denne stue var der på inspektionstidspunktet kun indlagt én patient.

Den næste stue jeg besøgte, var en tresengsstue, ligeledes med både briks og hospitalssenge. Stuens møblement lignede ovennævnte, og der var til hver seng/briks en sengelampe. Væggene på denne stue var malet blå. Tredje – og sidste – stue som jeg besøgte, var med samme møblement, og væggene var malet grønne. Der var ingen udsmykning, og stuen forekom meget bar.

Alle stuerne har indgang via en lille mellemgang hvor der er håndvask og spejl. Det blev oplyst at afsnittets vinduer kun kan åbnes på klem.

Gangen er malet hvid, og der er lyst linoleum på gulvet. På væggene er der en opslagstavle hvor patienten kan se en ugeoversigt og danne sig et overblik over afsnittets døgnrytme. Gangens lofter ser gamle og gulbrune ud, og som på flere af de øvrige afsnit er belysningen svag. For enden af gangen er der udgang til en stor overdækket tagterrasse der leder over til naboopgangen. Tagterrassen

kan benyttes af patienterne fra de åbne afsnit og klinikken for spiseforstyrrelser.

Der er til afsnittet to kombinerede toilet- og baderum, to separate baderum og tre toiletter, fordelt med et herre- og to dametoiletter. Det ene toilet er indrettet som handicaptilet og har en toiletstol stående. Adgang til toilet- og baderum sker via en lille gang hvor patienterne har mulighed for at vaske og tørre deres tøj. Der er hvide vægge og blå linoleum på gulvet.

Spisestuen er rigtig pænt indrettet med mørke stole omkring firkantede borde. Den ene endevæg er malet limegrøn som kontrast til de ellers hvide vægge. Der er hængt store billeder op, og over hvert bord hænger der en lampe.

Køkkenet ligger i forlængelse af spisestuen. Det er holdt i hvidt og var pænt og ryddeligt på inspektionstidspunktet.

*Jeg noterede mig en kontrolrapport af 11. oktober 2005 der tilkendegav at køkkenet var dårligt vedligeholdt og trængte til rengøring, hvilket jeg går ud fra at afsnittet har bragt i orden.*

Opholdsstuen er som spisestuen pænt indrettet. Møblementet – som er nyt – består af en sofagrube, to store borde med seks stole omkring og et sofabord med to stole. Der var på inspektionstidspunktet pynt på sofabordene. Tre vægge er malet råhvide, og den fjerde væg er malet gul. På væggen mellem vinduerne står et tv på et stålstativ, og på endevæggen er der reoler med spil mv. Der er flere steder på gulvet stillet planter i krukke, og der er ligeledes mindre planter og blomster i vindueskarmene.

Afsnittets rygerum er sparsomt indrettet med en sofa og et sofabord og enkelte billeder på væggen. Der var pænt og rent på inspektionstidspunktet. Der er installeret udsugningsanlæg som mærkbart minimerede lugten af røg.

Aktivitetsrummet har samme nye møblement som opholdstuen og har endvidere et klaver og et musikanlæg samt to motionscykler.

På afsnittet er der et lille samtalerum med et bord med fem pladser. Da afsnittet ikke har et egentligt besøgsrum, bruges samtalerummet som besøgsrum om aftenen. Aktivitetsrummet og kontorer benyttes også ved besøg.

*Jeg henviser til det som jeg har anført ovenfor under pkt. 3.1. vedrørende flersengsstuer, toilet- og badeforhold og belysningen i gangen. Jeg henviser endvidere til pkt. 3.4. vedrørende anvendelse af hospitalsenge. Herudover har jeg ingen bemærkninger til afsnittet.*

### **3.8. Afsnit 3242 – Klinik for Spiseforstyrrelser**

I november 2005 åbnede Klinik for Spiseforstyrrelser. Klinikken er et dagtilbud med en specialiseret enhed der varetager behandling af spiseforstyrrelser, primært anorexia nervosa og bulimia nervosa. Der er plads til 20 patienter i dagtilbuddet, som har åbent hverdage mellem kl. 8.15 og 13.30 (mandag og fredag) og til kl. 14.30 tirsdag til torsdag.

Afsnittet er placeret på 4. sal. Der er adgang fra en elevator til venteværelset, hvor der er et møblement med to nye, blå sofaer og et sofabord. Der er direkte adgang til selve afsnittet herfra.

Da klinikken er et dagtilbud, er der ikke indrettet sengestuer. Fra gangen er der direkte adgang til spisestue, køkken, opholdsstue og kontorer til brug ved patientsamtaler.

Gangen er på den ene side malet hvid, og modsatte side er malet grøn. Der er en postkasse, en opslagstavle og billeder. Belysningen er den samme som på afsnit 3222 med lyskilder langs væggene hvilket gør gangen mørk.

Der er tre baderum, to toiletter og et handicaptolet. Sidstnævnte er indrettet med toilet og håndvask i hvid sanitet, blå linoleum og en rød skydedør til selve toilettet. Der var på inspektionstidspunktet en svag lugt af urin. De to andre toiletter er også i hvid sanitet, men var beskidte, og der lå toiletpapir på gulvet. Væggene er hvide, men kunne godt trænge til maling da der er aflange gule mærker. Der er på alle tre toiletter papirhåndklæder og flydende sæbe. Baderummene har samme standard hvad væggene angår.

*Jeg beder centret oplyse om det anførte giver centret anledning til en nærmere undersøgelse af rengøringsstandarden på klinikkens toiletter og baderum.*

Køkken, spisestue og opholdsstue er i forlængelse af hinanden. Køkkenet har orange skabslåger og hvid bordplade.

Spisestuen er flot indrettet med nyt møblement – sorte borde og stole. Over spisebordene hænger farverige lampeskærme. Væggene er hvide, og der er op-hængt billeder.

Opholdsstuen er indrettet med røde lænestole og sofaer. Alle tre rum virker meget funktionelle og lyse at opholde sig i.

På afsnittet er der et værksted som giver mange muligheder for kreativ udfoldelse, her er bl.a. drejebænk, staffeli og høvlebænk. På væggene hænger der billeder som patienterne har tegnet, og på borde og hylder ligger der bøger til inspiration. Værkstedet er fælles for hele centret.

Ud over værkstedet er der et træningslokale hvor der er tilknyttet en underviser. Der er oprettet hold til både patienter og personale. Også dette lokale er fælles for hele centret.

Klinikken bruger meget tid på samtaler med de patienter der kommer i dagtilbuddet, og der er derfor indrettet flere mindre rum til dette formål. Jeg besøgte et konferencerum/undervisningslokale som er fælles for hele centret, men som af klinikken bl.a. bruges til pårørendesamtaler. Dette er indrettet med grønne stole, et bord, tv og skabe. Derudover er der et psykologkontor og et behandlingslokale.

*Jeg fik et generelt godt indtryk af klinikken, og jeg har ingen yderligere bemærkninger.*

### **3.9. Fællesarealer**

#### *Aktivitetslokale*

På 1. sal ligger der et nyetableret aktivitetslokale som bruges af patienterne på de to lukkede afsnit. Det er et aflangt lokale med hvide vægge og gule endevægge. I midten er der en lille sofagrube med fire blå lænestole og et bord. Ved den ene endevæg er der en massagebænk, klaver og måtter på et stativ til fysiske øvelser. Der stod også et sammenklappet bordtennisbord ved siden af to aflåste skabe. Personalet har indkøbt en rullevogn med diverse spil, bøger mv. der kan bringes rundt til bæltefikserede patienter på de to afsnit. Det blev oplyst at der er planer om at opdele rummet i to afdelinger hvoraf den ene kan bruges til fysiske aktiviteter.

#### *ECT-behandling*

På 1. sal er der også en behandlingsgang hvor ECT-behandlinger foretages tre dage om ugen. Udstyret til brug for behandlinger blev indkøbt for cirka fire år siden og var på det tidspunkt det nyeste på området. Gangen har hvide vægge, og dørene til de forskellige rum er malet i forskellige farver. Belysningen er langs med væggen under loftet som på flere af de andre afsnit, men gangarealet fremstår lyst og behageligt, og det hænger formentlig sammen med at der for enden af gangen er et stort vinduesparti.

### *Vagtlægeværelset*

Vagtlægeværelset er umiddelbart inden for indgangen bag et lille indhak. Dette indhak blev på inspektionstidspunktet brugt til opbevaring af en mobil fikseringsseng. Når fikseringssengen tages i brug, køres den ind på patientens stue.

### *Opvågningsstue*

Længere nede ad gangen ligger opvågningsstuen, med plads til fire senge. Det blev under inspektionen oplyst at der foretages cirka 4-8 ECT-behandlinger tre dage om ugen.

### *Venteværelse*

På modsatte side af opvågningsstuen er der indrettet et rigtig pænt venteværelse med nye møbler. Under vinduet i værelsets endevæg står der et almindeligt bord med fire stole omkring, og langs med væggen er der stillet to grå behagelige lænestole med et sofabord imellem. Der er endvidere opsat små lamper på væggen.

### *Træningskøkken*

På 4. sal er der et stort, lyst, og nyistandsat træningskøkken som er fælles for centrets patienter. Køkkenet er holdt helt i hvidt, og der er et rundt bord i midten med seks stole omkring.

### *Patienthave*

Imellem sygehusets bygninger er der en lukket gårdhave som alle patienter har adgang til med eller uden ledsagelse. Der er mange træer, buske og hække placeret sporadisk i haven. Der er stillet borde og bænke på mindre stenterrasser i den ellers græsbelagte have hvoraf nogle er overdækket som små åbne pavilloner. Haven ser velplejet, hyggelig og funktionel ud.

*De ovenfor nævnte lokaler og patienthaven giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.*

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

Under inspektionen havde jeg samtaler med seks patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. Alle patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Fem af patienterne rejste bl.a. nogle generelle spørgsmål vedrørende tresengsstuer, toilet- og badeforhold, belysning, den daglige kost, beskæftigelsestilbud, adgang til frisk luft og venteværelset i modtagelsen på psykiatrisk skadestue. Disse emner er berørt ovenfor under pkt. 3. og nedenfor under pkt. 5.

#### **5. Andre forhold**

##### **5.1. Overbelægning mv.**

Psykiatrisk Center Gentofte har i alt 42 enestuer (heraf 14 på gerontopsykiatrisk afsnit), 22 tosenngsstuer og 3 tresengsstuer.

I 2005 havde centret i alt 2.191 patienter i behandling hvoraf 546 patienter var indlagt og de resterende patienter i ambulant behandling. Den gennemsnitlige liggetid for indlagte patienter var i 2005 36,6 dage, og dette tal bygger ifølge centerledelsen på både meget langvarige indlæggelser og endagsbehandlinger.

Ledelsen oplyste at der generelt ikke er problemer med overbelægning på Psykiatrisk Center Gentofte. For at imødegå problemer med overbelægning opret holder centret ikke en skarp adskillelse mellem de to lukkede afsnit eller mellem de åbne afsnit selv om afsnittene har forskellige optageområder som beskrevet ovenfor under pkt. 2. For at undgå overbelægning sker det også at centret foretager tidlig overførsel af patienter fra lukket til åbent afsnit. Centerledelsen understregede samtidig at centret ikke forcerer patientforløbene og sluser patienterne for tidligt ud for at undgå overbelægning.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.4. ovenfor, blev det under rundgangen på afsnit 1510, som har 12 enestuer, oplyst at det i tilfælde af mange patienter kan forekomme at to patienter må dele stue.

Jeg har ikke i forbindelse med inspektionen fået oplyst konkrete gennemsnitlige belægningsprocenter, men af centrets virksomhedsplan for 2006 fremgår det at centret vil arbejde for at belægningsprocenten er på 90, således at der maksimalt er to patienter på samme stue.

*Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af psykiatriske hospitaler udtalt at tresengsstuer efter min opfattelse ikke bør forekomme, og at det efter min opfattelse heller ikke bør forekomme at enestuer benyttes til dobbeltbelægning. Jeg er således enig med Psykiatrisk Center Gentofte i at der maksimalt bør ligge to patienter på en tresengsstue.*

*Jeg beder om at få oplyst centrets belægningsprocent for 2005 og belægningsprocenten som den tegner sig for 2006. Jeg beder endvidere om nærmere oplysninger om hvor ofte det forekommer at to patienter må dele en enestue.*

## **5.2. Adgang til frisk luft**

Den 1. januar 1999 trådte lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven (Revision af psykiatriloven mv.) i kraft. Med ændringsloven blev § 2 sålydende:

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

Af bemærkningerne til forslaget til ændringsloven (lovforslag nr. L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår det at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold” (side 16 i bemærkningerne).

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. var enige om en målsætning om at alle patienter skulle have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Som nævnt ovenfor under pkt. 3.9. har patienterne på Psykiatrisk Center Gentofte adgang til en lukket gårdhave som er anlagt med små pavilloner og meget grønt. Haven er afgrænset af sygehusets bygninger på alle sider, men den er ikke flugtsikker da der er mulighed for at forlade haven via de omkringliggende bygninger. Retspsykiatriske patienter og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter fra de lukkede afsnit bliver derfor ledsaget af personalet i haven. Det samme gælder andre patienter som har det meget dårligt. Disse patientgrupper har mulighed for at komme i haven hver dag, men tidspunktet og varigheden af opholdet i haven er afhængig af hvornår personalet kan ledsage dem. Det blev oplyst at et ophold i haven kan have op imod en times varighed.

Som ligeledes nævnt ovenfor i pkt. 3.7., findes der på 3. sal en stor tagterrasse som kan benyttes af patienterne fra de åbne afsnit og klinikken for spiseforstyrrelser.

Under inspektionen havde jeg på et af de lukkede afsnit en samtale med en retspsykiatrisk patient som klagede over at der gik fire uger fra hendes indlæggelse til hun kom ud i frisk luft. Patienten oplyste at hun på tidspunktet for inspektionen kom ned i haven hver dag, men kun i ganske kort tid ad gangen, og hun klagede over at der efter hendes opfattelse ikke var nok personale til at følge patienter i haven. Efter inspektionen oplyste ledelsen mig om at de manglende ture ned i haven i starten af patientens indlæggelse var konkret begrundet i patientens voldsomme adfærd. Jeg havde derfor ikke grundlag for at foretage mig videre i anledning af dette klagepunkt. Det blev endvidere oplyst at ledel-

sen i anledning af patientens klage havde besluttet at der skal udarbejdes en instruks vedrørende patienters ret til at komme ud i frisk luft.

*Jeg beder ledelsen underrette mig om instruksen når den er udarbejdet.*

### **5.3. Handicaptilgængelighed**

De eksisterende bygninger er gamle, og deres indretning lever generelt ikke op til krav om handicaptilgængelighed.

*Jeg går ud fra at der i forbindelse med renoveringen af Psykiatrisk Center Gentofte vil blive taget højde for spørgsmålet om handicaptilgængelighed på alle afsnit, og jeg foretager mig derfor ikke mere i anledning af dette spørgsmål.*

### **5.4. Navneskilte**

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, observerede jeg under min rundgang at der på skilte ved stuerne kun var angivelse af patienternes fornavne eller stuerne numre.

Når patienter får besøg, foregår det som tidligere nævnt på afsnittene – enten på patienternes stuer, i afsnittets opholdsrum eller i andre lokaler som lånes ud.

*Jeg kan til orientering oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang, herunder besøgende og eventuelle håndværkere eller lignende, giver anledning til betænkelighed. Efter min opfattelse bør der i almindelighed kun anføres fornavne, og kun hvor dette er nødvendigt fx af hensyn til patienten selv, eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske. På baggrund af den anvendelse af navneskilte jeg observerede under inspektionen, går jeg ud fra at centret er opmærksomt herpå.*

### **5.5. Opbevaring af journaler**

Patientjournaler opbevares på kontoret i det enkelte afsnit, og det blev oplyst at det kun er personalet på de enkelte afsnit der har adgang til journaloplysninger. Det blev i øvrigt oplyst at centret forbereder sig på overgang til elektroniske patientjournaler.

Som det fremgår ovenfor af pkt. 3.7., anvendes kontorer i afsnit 3232 i nogle tilfælde som besøgsrum.

*På den baggrund går jeg ud fra at centret er særlig omhyggeligt med opbevaring af journalmateriale, således at patienter og besøgende ved ophold på et kontor ikke får lejlighed til at se journaloplysninger.*

### **5.6. Forplejning**

Kosten på Psykiatrisk Center Gentofte kommer fra Gentofte Amtssygehus Centralkøkken og er den samme som de somatiske patienter på det øvrige sygehus får serveret. Centerledelsen har efter inspektionen oplyst at centralkøkkenet har omlagt og forbedret kosten inden for det sidste halve år. Kosten planlægges nu således at der serveres forskellige retter i 14 dage, hvorefter planen starter forfra, dog med variation over månederne i forhold til årstiderne. Det fremgår af den generelle velkomstpjece til Psykiatrisk Center Gentofte at ønsker om særlig kost skal aftales med personalet.

Patienterne har ikke mulighed for selv at lave mad på afsnittene. Madlavning anvendes alene som miljø- og ergoterapi. På afsnit 3202 (afsnittet for yngre skizofrene patienter) findes et lille køkken hvor patienterne som led i miljøterapi kan hjælpe med at anrette maden, lave kaffe og andre mindre køkkenopgaver. Som beskrevet under punkt 3.9. findes der på 4. sal et nyistandsat træningskøkken som er fælles for alle afsnit. Køkkenet anvendes som led i ergoterapi for små grupper af patienter for at se hvad patienterne egentlig kan magte, og for at træne almindelige dagligdags færdigheder.

På klinikken for spiseforstyrrelser er der ansat en diætist som kan vejlede patienterne om kostsammensætning. Det fremgår endvidere af ”Behandlingsprogram for 3202” (afsnittet for yngre skizofrene patienter), som jeg har modtaget i forbindelse med inspektionen, at patienterne på afsnit 3202 som led i miljøterapeutisk behandling kan deltage i en livsstilsgruppe hvis formål bl.a. er at motivere til en mere sundhedsfremmende og velværeskabende livsstil gennem bl.a. øget forståelse for kostens og motionens betydning for helbred, velvære og humør.

Under inspektionen modtog jeg en enkelt klage over maden. Der blev klaget over at maden er kedelig, og over den måde som maden serveres på. Patienten oplyste at maden ankommer i plasticbakker som pakkes op ude på gangen så lugten af mad bliver meget koncentreret. Den pågældende patient havde på tidspunktet for inspektionen været indlagt på et af de lukkede afsnit i et halvt år. Ledelsen udtrykte i et brev til mig efter inspektionen forståelse for at kosten indimellem kan virke ensformig for patienter som er indlagt i mange måneder eller år.

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

*Efter min opfattelse er det svært at undgå at kosten for nogle, herunder særlig langtidsindlagte patienter, på et tidspunkt forekommer kedelig, ligesom det er svært at servere maden på en anden måde end den beskrevne når mange patienter skal have varm mad serveret samtidig. Den klage som jeg modtog over forplejningen, kan derfor ikke give mig anledning til at foretage noget. Det i øvrigt oplyste om forplejningen på centret kan heller ikke give mig anledning til bemærkninger.*

### 5.7. Beskæftigelse

Af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3 ovenfor fremgår det at der på de enkelte afsnit findes aviser og blade, fjernsyn og radio, spil og motionsmaskiner som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

På centret findes endvidere et patientbibliotek. I den informationsmappe som centret udleverer til alle patienter, findes en folder om patientbiblioteket. Det fremgår heraf at biblioteket har åbent mandag til torsdag fra kl. 11.30-15.00, at der udlånes bøger, lydbøger, bøger med stor skrift, tegneserier og tidsskrifter, og at der er internetadgang. Der er desuden mulighed for at lytte til musik og drikke en kop kaffe/te.

Det blev oplyst at der er en del aktiviteter for patienterne på de forskellige afsnit, men at disse udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – fx daglige gåture om Gentofte Sø og cafébesøg.

To patienter fra henholdsvis afsnit 1510 og afsnit 3222 som jeg havde samtaler med under inspektionen, efterlyste begge flere aktiviteter på afsnittene. Den ene patient nævnte at der kun en time om ugen er mulighed for at lave noget kreativt, som fx at male, og den anden patient oplyste at alle aktiviteter foregår om formiddagen, så der er meget stille om eftermiddagen og aftenen og i weekenden.

Centerledelsen oplyste i et brev til mig efter inspektionen at centret bruger ressourcerne på behandling og ikke på egentlig beskæftigelse af patienterne. Det blev desuden oplyst at der hver aften på hvert afsnit afholdes patientmøde hvor alle patienter deltager og spørges om hvad de kunne tænke sig at tilbringe aftenen med.

*Jeg har forståelse for patienternes ønske om flere (andre) aktiviteter, men jeg har samtidig ingen bemærkninger til at centret prioriterer behandling, herunder miljø-, ergo- og fysioterapi, frem for egentlig beskæftigelse af patienterne.*

**5.8. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

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

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

**5.9. Patienternes kontakt med læge mv.**

Det fremgår af informationspjecerne for de to lukkede afsnit (1510 og 3212) og ”Behandlingsprogram for 3202” at nyindlagte patienter dagen efter indlæggelse kommer til at tale med en af afsnittets læger, som udfærdiger en foreløbig behandlingsplan.

Af behandlingsprogrammet for afsnit 3202 fremgår det endvidere at patienter tilbydes lægesamtaler efter behov, og at det tilstræbes at samtalerne foregår på en fastlagt ugedag, men at der i starten af indlæggelsen ofte vil være flere lægesamtaler om ugen. Ved lægesamtalerne deltager som regel en kontaktperson og eventuelt en eller flere (medicin)studerende. Det tilstræbes at der efter en lægesamtale fastsættes en dato for den næste samtale.

For alle afsnit gælder at patienterne får tildelt en kontaktlæge.

*Jeg beder centret oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge, herunder hvornår patienterne på afsnit 3222 og 3232 første gang efter indlæggelse på afsnittene har samtale med en læge, hvor ofte patienter fra andre afsnit end 3202 har samtale med en læge (hvis de ikke selv tager initiativ hertil), og om der på de andre afsnit end 3202 aftales en ny tid ved hver samtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.*

*Jeg beder desuden om oplysning om hvorvidt der på andre afsnit end 3202 normalt deltager andre (fx sygeplejerske, plejepersonale/kontaktperson, studerende) ved lægesamtaler, og i bekræftende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.*

Af informationspjeceerne for afsnit 1510, 3202 og 3232 fremgår det at patienterne under indlæggelsen tildeles en eller to kontaktperson(er) fra plejepersonalet. Kontaktpersonernes opgaver er at koordinere pleje og behandling under indlæggelsen samt tage sig af spørgsmål og ønsker fra patienten. For så vidt angår afsnit 3212 og 3222 er det i informationspjeceerne anført at patienterne tilknyttes et behandlingsteam eller en gruppe. Disse har samme koordinerende funktion som kontaktpersonerne på de andre afsnit.

*Jeg beder centret oplyse om der er mulighed for at skifte kontaktperson, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.*

#### **5.10. Behandlingsplaner**

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

Jeg har fra Psykiatrisk Center Gentofte modtaget to behandlingsplaner for patienter på centret.

*Behandlingsplanerne giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

I den ændrede psykiatrilov, der træder i kraft den 1. januar 2007, er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre denne frabeder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at centret på ét afsnit gennemfører et pilotprojekt med udlevering af behandlingsplaner til alle afsnittets patienter. Efterfølgende indsamles der oplysninger fra patienterne om deres reaktioner på de udleverede behandlingsplaner. Centret er således allerede i gang med implementeringen af det nye lovkrav.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

#### **5.11. Anvendelse af tvang, herunder fiksering**

Det fremgår af årsrapporten for 2004 fra Psykiatrisk Center Gentofte at der i 2004 blev foretaget i alt 444 tvangsindgreb på centret, herunder 79 tilfælde af bæltefiksering og 19 tilfælde af fikseringer med remme. Af centrets årsrapport for 2005 fremgår det at der i 2005 blev foretaget i alt 503 tvangsindgreb på centret, herunder 102 tilfælde af bæltefiksering og 50 tilfælde af fikseringer med remme.

Det fremgår af årsberetningen for 2004 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn i Københavns Amt at nævnet i 2004 realitetsbehandlede i alt 108 sager. 37 af sagerne vedrørte Psykiatrisk Center Gentofte. Herudover blev 12 klager over centret tilbagekaldt af patienterne. Af patientklagenævnets årsberetning for 2005 fremgår det at nævnet i 2005 realitetsbehandlede i alt 110 sager, hvoraf de 37 vedrørte Psykiatrisk Center Gentofte. Herudover blev 14 klager over centret tilbagekaldt af patienterne. Det fremgår endvidere af årsberetningerne at Psykiatrisk Center Gentofte har flere klagesager hos det psykiatriske patientklagenævn end de andre psykiatriske centre i Københavns Amt.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at der i forbindelse med anvendelsen af tvangsindgreb altid er fokus på mindste-middels-princippet, og at de to lukkede afsnit fra januar 2006 har arbejdet med gennembrudsmodellen – et nationalt kvalitetsprojekt hvor formålet er at minimere anvendelsen af tvang. Hensigten med gennembrudsprojektet på Psykiatrisk Center Gentofte er at reducere den tid som en patient er tvangsfikseret. I centrets årsrapport for 2005 oplyses det at arbejdet med gennembrudsmodellen vil blive beskrevet i årsrapporten for 2006.

*Jeg beder om at få tilsendt et eksemplar af centrets årsrapport for 2006 når den foreligger.*

Centerledelsen oplyste endvidere at centret ikke anser fiksering for behandling. Fikseringer følges derfor altid op af (tvangs)behandling som bryder det psykotiske forløb og dermed forebygger yderligere fikseringer.

Psykiatrisk Center Gentofte har udarbejdet tre instrukser vedrørende bæltefikseringer som jeg fik udleveret under inspektionen.

Instruks for tvangsfiksering og fastholdelse har været gældende fra den 15. april 2005 og beskriver udførligt fremgangsmåden i forbindelse med planlagte og akutte bæltefikseringer. Formålet med instruksens er at sikre en korrekt og skånsom tvangsfiksering og fastholdelse samt en ensartet og klar opgave- og ansvarsfordeling, at sikre at personalet handler ensartet på tværs af afsnittene og efter samme principper ved alle tvangsfikseringer og fastholdelser, og at øge sikkerheden for såvel patienter som personale. Af fremgangsmåden for den planlagte bæltefiksering fremgår det at der i forbindelse med det enkelte tvangsindgreb skal udpeges en række personer som skal tildeles forskellige funktioner. Det fastlægges således på forhånd hvem der leder hele indgrebet, hvem der tager sig af de andre patienter på afsnittet, hvem der informerer og har personlig kontakt med patienten, hvem der holder hvilken legemsdel af pa-

tienten i forbindelse med selve fikseringen, og hvem der har ansvar for eventuel medicin. Det planlægges ligeledes på forhånd efter en konkret vurdering om der skal anvendes hånd- og/eller fodremme. I instruksen angives endvidere retningslinjer for fastholdelse af patienten, udførelse af selve bæltefikseringen og den opfølgende pleje, hvor patientens kontaktperson helst inden for et døgn skal tale med patienten om bæltefikseringen. Ved akut bæltefiksering anføres det at principperne for den planlagte bæltefiksering så vidt muligt følges med hensyn til fastholdelse, fiksering og opfølgende pleje, og det præciseres at det blandt andet indebærer at alle handler som planlagt, at alle følger lederens anvisninger, og at det kun er ét personalemedlem som kommunikerer med patienten.

Lederens opgaver og ansvar i forbindelse med en tvangsfiksering beskrives i en anden instruks som Psykiatrisk Center Gentofte har udarbejdet, og som har været gældende fra den 16. december 2005. Formålet med instruksen er at sikre at indgrebet koordineres, og at den enkeltes opgaver bliver udført koordineret således at patienten ikke udsættes for unødige fysiske eller psykiske overgreb, og patient og personale opnår en høj grad af sikkerhed. Det fremgår bl.a. at lederen ikke påtager sig direkte patientrelaterede opgaver i forløbet så det er muligt for lederen at kommunikere uhindret med lægen og sikre at det hjælpende personale har den korrekte opgave. Det er lederens ansvar at sikre at psykiatriloven overholdes, at der kontaktes en patientrådgiver, og at der følges op på forløbet.

Centret har desuden udarbejdet en instruks om fast vagt ved bæltefiksering (ved såvel beskyttelse som ved tvang). Instruksen har været gældende fra den 14. februar 2006, og dens formål er at mindske den tid hvor der anvendes bæltefiksering, at forbedre patientens oplevelse af bæltefiksering og at sikre at patienten ikke udsættes for unødigt farlige situationer. Det fastsættes at patienten ikke på noget tidspunkt må forlades eller lades alene, og at vagten skal være fysisk tæt på patienten (men ikke provokerende tæt), have overblik over patienten og altid være i en position så der er mulighed for øjeblikkelig indgriben.

Det anføres endvidere at det kræver en individuel vurdering af den lægeligt ansvarlige om den faste vagt må sidde uden for det rum hvor patienten opholder sig (så længe vagten kan se patienten), om vagten må læse mens patienten er under opsyn, og om vagten må holde pause når patienten har besøg. Derudover fastlægges den faste vagts øvrige opgaver og ansvarsområder, ligesom det fastlægges hvilke opgaver patientens kontaktperson har i forhold til den faste vagt.

*Jeg går ud fra at den faste vagt – hvis denne er placeret uden for det rum hvor patienten er fikseret – kun har døren så meget på klem at det er muligt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen, at kigge ind til den fikserede.*

*Jeg har ikke derudover bemærkninger til de tre instrukser om bæltefikseringer.*

Som nævnt under den bygningsmæssige gennemgang anvender Psykiatrisk Center Gentofte på de to lukkede afsnit mobile fikseringssenge som i forbindelse med aktuelle fikseringer køres ind på patientens stue, hvor patientens almindelige seng udskiftes.

På inspektionstidspunktet var den bælt seng som kan hentes i akutte situationer på afsnit 3212, også opredt med fodremme.

Centerledelsen har efter inspektionen skriftligt oplyst at de to lukkede afsnit, 1510 og 3212, begge har bælt seng stående bag en lukket dør, opredt med bælte og derefter overdækket. Ledelsen har nu indskærpet begge afsnit at de opredte, ubrugte bælt seng til akut brug kun skal opredes med et bælte og ikke fodremme.

*Jeg går ud fra at de mobile bælt seng altid transporteres overdækkede fra opbevaringsrummene til patienternes stuer så opredningen med bælte ikke er synlig for de andre patienter på afsnittet.*

*Jeg beder centerledelsen oplyse om ledelsen har overvejet at indarbejde bemærkninger/retningslinjer for opredning af bæltesenge (opredning kun med bælte og overdækning) i instruksen om tvangsfiksering og fastholdelse.*

#### **5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.**

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

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

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

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

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004), er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Under inspektionen oplyste ledelsen at de tilkaldte patientrådgivere kommer til stede på afdelingen inden for 24 timer (psykiatrilovens § 26), og at patientrådgiveren er personligt til stede når der i henhold til § 3, stk. 2, i ovennævnte bekendtgørelse informeres om en tvangsmedicinerings formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det blev endvidere oplyst at der årligt holdes et generelt informationsmøde for patientrådgivere henholdsvis i amtet og på Psykiatrisk Center Gentofte, og at centret oplever patientrådgiverordningen som velfungerende.

Af det psykiatriske patientklagenævns årsberetning for 2005 fremgår det i øvrigt at patientrådgiveren i 2005 deltog i 97 af de 110 realitetsbehandlede sager i nævnet, svarende til 88 pct. af møderne i nævnet, mens patienten deltog i 96 af de 110 realitetsbehandlede sager, svarende til 87 pct. af møderne. Der var deltagelse af en læge under alle møderne. Mødedeltagelsen for patientrådgiverne er i årsberetningen opgjort på amtets forskellige psykiatriske centre. For Psykiatrisk Center Gentofte var mødedeltagelsen for patientrådgiverne 92 pct., hvilket er en stigning i forhold til 2004, hvor der var en mødedeltagelse på 81 pct.

*Jeg forstår det oplyste således at centret tildeler patienten en patientrådgiver i alle situationer hvor tildeling af en patientrådgiver er obligatorisk.*

*Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra at patientrådgiverne orienteres i alle tilfælde af tvangsanvendelse hvor der skal udpeges en patientrådgiver, således at denne har mulighed for at varetage sit hverv på forsvarlig måde, jf. lovens § 27.*

*Jeg beder om oplysning om på hvilket tidspunkt patientrådgiveren bliver tilkaldt i forhold til tidspunktet for tvangsindgrebet.*

*Jeg går endvidere ud fra at Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb" udleveres til de patienter der udsættes for tvang.*

### **5.13. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte**

Dørene til de to lukkede afsnit, 1510 og 3212, er aflåste. Patienterne låses ikke inde på deres stuer, og hospitalet anvender ikke særlige låsesystemer.

Det blev under inspektionen oplyst at 20-25 pct. af patienterne på de lukkede afsnit er tvangsindlagt og/eller tvangstilbageholdt. De resterende 75-80 pct. af patienterne har således status af frivilligt indlagte patienter. Centerledelsen oplyste i den forbindelse at man på de lukkede afsnit er meget opmærksom på de frivilligt indlagte patienters retlige status samt revurdering af spørgsmålet om deres placering og flytning til åbne afsnit. Hvis en patient ønsker at komme på et åbent afsnit, bliver spørgsmålet drøftet med patienten.

*Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, bør tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.*

*Når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter, er det endvidere min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afsnittet bør være meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbage-*

*holdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det.*

*Idet jeg går ud fra at Psykiatrisk Center Gentofte altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit, om at anbringelsen er frivillig, at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv., at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet om frivilligt indlagte patienter på de lukkede afsnit.*

Under inspektionen oplyste ledelsen endvidere at der på de åbne afsnit kan være indlagt patienter som er tvangstilbageholdt. Det kan fx være patienter som har været tvangsindlagt/tvangstilbageholdt på et lukket afsnit, men har fået lempede vilkår og er blevet overført til et åbent afsnit. Hvis disse patienter forlader centret, bringes de tilbage med politiets hjælp.

Jeg har forstået centrets oplysninger således at man i de tilfælde hvor en tvangstilbageholdt patient er indlagt på et åbent afsnit, ikke anvender fysisk skærmning i form af aflåste døre. Det blev ikke under inspektionen oplyst nærmere i hvilket omfang centret anvender personlig skærmning.

Spørgsmål om indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, har været genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Disse spørgsmål, herunder bl.a. spørgsmålet om skærmning, er blevet taget op med de relevante myndigheder, og i den ændrede psykiatrilov – der som nævnt træ-

der i kraft den 1. januar 2007 – er der indsat en bestemmelse om personlig skærmning (§ 18 c).

§ 18 c definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt ”fast fodfølge”). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsætte af sygehusmyndigheder.

*På baggrund af bestemmelsen i § 18 c i den ændrede psykiatrilov foretager jeg mig ikke noget vedrørende spørgsmålet om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand i relation til min inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte.*

*Jeg beder imidlertid centret oplyse i hvilket omfang centret anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c, og om centret (allerede nu) har overvejet at fastsætte retningslinjer for anvendelse af disse lavere grader af observation/overvågning. Jeg henviser i øvrigt til det jeg har anført nedenfor under pkt. 5.17. om interne retningslinjer.*

Det fremgik under inspektionen at vinduerne på det åbne afsnit i stueetagen kan åbnes helt, men at vinduerne på de åbne afsnit på 2. og 3. sal kun kan åbnes på klem. Ledelsen oplyste at sagkyndige har undersøgt om det vil være muligt at fjerne sikringen på vinduerne på 2. og 3. sal, men at det ikke er muligt.

*Jeg kan til orientering oplyse at jeg i forbindelse med tidligere inspektioner har tilkendegivet at det umiddelbart forekommer mig uforståeligt at patienter (som*

*ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt) på et åbent afsnit ikke selv kan åbne vinduerne helt på deres stuer hvis de ønsker det.*

*På baggrund af ledelsens oplysninger om at muligheden for at fjerne sikringen på vinduerne har været undersøgt, foretager jeg mig ikke videre vedrørende dette spørgsmål.*

#### **5.14. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen**

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

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

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

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

Efter Justitsministeriets opfattelse vil politiets medvirken til f.eks. fysisk at fastholde en patient i tilfælde, hvor dette er en praktisk

forudsætning for, at sygehuspersonalet kan anvende psykiatrilovens midler – herunder bl.a. give en beroligende indsprøjtning eller iværksætte en bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.”

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

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed, der trådte i kraft den 1. august 2004, blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Under inspektionen blev det oplyst at når politiet ankommer med patienter der skal tvangsindlægges, bliver de modtaget på psykiatrisk skadestue. Politiet kommer ind i modtagelsen og med ind til ”slusen” til skadestuen. Hvis der er behov for det, kan politiet også komme med ind på selve skadestuen idet en patient betragtes som værende i politiets varetægt indtil en af centrets læger har truffet beslutning om tvangsindlæggelse. Politiet kommer ikke med ind på centrets sengeafsnit ved tvangsindlæggelse. Det blev i øvrigt under inspektionen oplyst at centrets personale har et rigtigt godt samarbejde med politiet.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.15. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner**

Under inspektionen modtog jeg kopi af de tre samarbejdsaftaler som Psykiatrisk Center Gentofte har indgået med henholdsvis Gentofte Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Søllerød Kommune med det formål at sikre koordinering og sammenhæng i den samlede psykiatriske behandling og socialpsykiatriske indsats for voksne borgere, herunder at sikre relevant støtte til patienternes børn når børnene er under 18 år. Aftalen fastlægger samarbejdet mellem

centret og kommunerne i forbindelse med borgeres henvendelse til psykiatrisk skadestue, ved indlæggelse på centret, under indlæggelsen og ved udskrivningen.

Af aftalernes afsnit om samarbejdet ved udskrivning fremgår det at der ved hver planlagt udskrivning skal udarbejdes en samlet vurdering med kommunen om hvorvidt der er behov for et udskrivningsmøde. Hvis det skønnes nødvendigt at afholde et sådant møde, indkalder socialrådgiveren på det psykiatriske afsnit de relevante samarbejdspartnere, patienten og eventuelle pårørende, som alle er forpligtede til at møde inden for 8 dage efter indkaldelsen. Ved udskrivningsmødet præciseres det hvilke ydelser kommunen skal levere, hvem der står for disse, og hvilken behandlingsmæssig kontakt afdelingen skal have til borgeren.

Det fremgår endvidere af samarbejdstalerne at når Psykiatrisk Center Gentofte udfærdiger en skriftlig udskrivningsaftale eller koordinationsplan i henhold til psykiatriloven, skal denne sendes i kopi til sagsbehandleren, der videreformidler relevante oplysninger til samarbejdspartnerne. Ved ikke planlagte udskrivninger skal relevante samarbejdspartnere orienteres.

Centerledelsen oplyste under inspektionen at kommunerne er gode til at tage færdigbehandlede patienter ”hjem”, og på tidspunktet for inspektionen var der kun to færdigbehandlede patienter der ventede på at blive udskrevet.

De samarbejdsaftaler jeg har modtaget kopi af, er gældende fra den 1. januar 2004 med bestemmelse om at aftalerne skal genforhandles efter 2 år og senest den 31. december 2005.

*Jeg beder centerledelsen oplyse om samarbejdsaftalerne er blevet genforhandlet, og resultatet heraf.*

De gældende regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er fastsat i psykiatrilovens § 3, stk. 4-5, som har følgende ordlyd:

”Stk. 4. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke drøftet nærmere under inspektionen.

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, har overlægen pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne medmindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Det vil sige at sådanne aftaler også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.

Efter lovens § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde hvor en patient efter stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, pligt til at foranledige at afdelingen udarbejder en koordinationsplan.

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer

at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som ”uanbringelige”, ”marginaliserede” eller ”dobbelt udstødte”).

*Jeg beder centret oplyse nærmere om centrets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.*

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, modtog kopi af et notat fra sygehuschefen til § 71-tilsynet hvori det bl.a. er anført at formuleringen af ovennævnte bestemmelser i psykiatriloven giver anledning til betydelige fortolkningsproblemer. Jeg sendte i den anledning Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport vedrørende denne inspektion hvori notatet er gengivet, med henblik på at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, kunne indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med revisionen af psykiatriloven.

I den nu vedtagne lov er bestemmelserne i § 3, stk. 4 og 5, ophævet idet bestemmelserne i stedet er flyttet til det nye kapitel 4 a om ”Opfølgning efter udskrivning”, således at ordlyden er bevaret i henholdsvis lovens § 13 a, stk. 1, og § 13 b, stk. 1.

Det fremgår af vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller, at der skal ske kvartalsvis indberetning til sygehusmyndigheden og Sundhedsministeriet af i hvor mange tilfælde der er udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

*Jeg anmoder psykiatricentret om at oplyse hvor mange sådanne tilfælde der var i henholdsvis 1., 2. og 3. kvartal af 2006.*

### 5.16. Aktindsigt

Psykiatrisk Center Gentofte har udarbejdet en generel velkomstpjece som udleveres til alle patienter på centret. Heri informeres bl.a. om de rettigheder man har som patient, herunder retten til at se sin journal (aktindsigt). Det er anført at anmodning om aktindsigt i lægejournal eller sygeplejejournal skal rettes til afdelingens overlæge eller afdelingssygeplejerske.

Under inspektionen blev det oplyst at centret i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter hvis psykiske tilstand er meget dårlig, venter med at give aktindsigt til patienterne har fået det bedre. Der kan således gå fx 14 dage fra patientens anmodning til der gives aktindsigt. Det blev desuden oplyst at centret lægger meget vægt på at patienten i forbindelse med aktindsigt får gennemgået journalmaterialet med en vejleder.

*Jeg beder centret oplyse nærmere om centrets praksis i forbindelse med patienters aktindsigt, herunder hvor lang tid der typisk går fra en anmodning om aktindsigt modtages, til den imødekommes eller afslås, hvem der gennemgår journalmaterialet med patienten, og i hvilken form aktindsigt normalt meddeles (kopi, gennemsyn eller mundtlig underretning). Jeg beder endvidere om oplysning om hvad det retlige grundlag er for at forsinke meddelelsen af aktindsigt.*

### 5.17. Pårørendekontakt

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

Af centrets virksomhedsplan for 2006 fremgår det at centret ønsker en hurtigere og mere intensiv kontakt til de pårørende samt en systematisk, hurtig inddragelse. Centret ville derfor i 2006 arbejde med systematisk og dokumenteret inddragelse af pårørende inden for den første uge og udvidelse af de nuværende

pårørendetilbud, fx oprettelse af flerfamiliegrupper, pårørendegrupper og pårørendeundervisning. Blandt det informationsmateriale som udleveres til patienterne ved indlæggelse på centret, er der to pjecer om henholdsvis pårørendegrupper og flerfamiliegrupper.

Af centrets strategi- og handleplan – kvalitetsudvikling og akkreditering på Psykiatrisk Center Gentofte 2006 fremgår det at centret vil udarbejde retningslinjer i henhold til pårørendepolitikken i Københavns Amt.

*Jeg beder centret om at oplyse om en eventuel pårørendepolitik og om hvorledes det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende. Jeg beder herunder om oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side.*

#### **5.18. Besøg, visitation og adgang til telefoning mv.**

For at institutioner som fx psykiatriske afdelinger kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt (husorden). Retsgrundlaget herfor er (endnu) ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for indgreb og begrænsninger i patienternes personlige frihed under indlæggelse skal så længe der ikke foreligger (lov)regler herom, søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn. I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx besøgstider og spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.). Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske hospitaler anbefalet at hospitalerne udfærdiger både skrevne regler der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling, og som gælder generelt for alle afdelingens patienter (husordener), og skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angivelse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Denne anbefaling hænger sammen med at der (endnu) ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

Der er i et vist omfang taget højde for sådanne indgreb i arbejdet med revisionen af psykiatriloven. Den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006) indeholder således følgende nye bestemmelser:

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

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De enkelte afsnit på Psykiatrisk Center Gentofte har udarbejdet husordener indeholdende generelle ordensregler bl.a. vedrørende besøg, oprydning, rygning, anvendelse af mobiltelefoner, påklædning, spisetider, morgen- og aftenmøder,

aflåsning af de åbne afsnit i aften- og nattetimerne, alkohol og stoffer, handel mellem patienter og seksuelt samvær mellem indlagte patienter. Det er forskelligt hvor mange punkter den enkelte husorden omfatter, og nogle af reglerne varierer indholdsmæssigt fra afsnit til afsnit.

Herudover er der udarbejdet en generel informationspjece som alle patienter modtager, og en informationspjece om hvert enkelt afsnit med oplysninger om bl.a. visitation i forbindelse med indlæggelse, besøgstider og regler om telefoning, herunder anvendelse af mobiltelefoner.

Informationsmateriale og husordener udleveres til patienterne i forbindelse med indlæggelse eller opstart af ambulante behandling.

Det fremgår ikke af det materiale som jeg har modtaget før og under inspektionen, at Psykiatrisk Center Gentofte har skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder kompetenceregler.

Under inspektionen af Psykiatrisk Center Gentofte omtalte jeg de interne regler som er udfærdiget af Sct. Hans Hospital, og efter inspektionen har jeg sendt Psykiatrisk Center Gentofte en kopi heraf. For god ordens skyld skal jeg oplyse at jeg i forbindelse med min inspektion den 8. december 2004 af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital ved brev af 13. december 2005 har fået oplyst at Det Sundhedsfaglige Råd i H:S aktuelt arbejder med at tilpasse de interne regler der er udarbejdet på Sct. Hans Hospital således at reglerne kan fungere på en almenpsykiatrisk afdeling, og ikke kun på et psykiatrisk hospital med specialiserede funktioner. Jeg har endnu ikke modtaget kopi af retningslinjerne i denne sag.

*På baggrund af ovenstående anbefaler jeg at centerledelsen udfærdiger generelle skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angiv-*

*velse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Jeg beder centret om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterer i.*

*Jeg går i øvrigt ud fra at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne når de pågældende restriktioner anses for nødvendige i det konkrete tilfælde.*

Det fremgår af informationspjecerne og/eller husordenerne for de enkelte afsnit at der er fastsat besøgstider. På de lukkede afsnit er besøgstiderne dagligt kl. 15-17 og kl. 19-20.30/21. På de åbne afsnit er besøgstiderne dagligt kl. 15-17 og kl. 18.30-20. For alle afsnit gælder at der efter aftale med personalet er mulighed for andre besøgstider.

Det blev ikke i forbindelse med inspektionen oplyst om det hænder at besøgende får forbud mod at komme på besøg.

*Jeg beder centret oplyse om det forekommer at der træffes beslutning om besøgsforbud – og i givet fald hvor hyppigt og i hvilke situationer. Jeg beder endvidere centret oplyse om en eventuel praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud.*

Det fremgår af informationspjecerne for de to lukkede afsnit at plejepersonalet i forbindelse med patienternes ankomst til afsnittene foretager en gennemgang af patienternes ejendele. Det fremgår endvidere at det kan forekomme at patienterne efter at have været ude af afsnittet eller haft besøg af pårørende vil få deres bagage undersøgt. Det anføres at formålet med visitationen er at skabe et sikkert og trygt miljø for både patienter og personale.

Det blev ikke i forbindelse med inspektionen oplyst om centret foretager censur af breve og pakker til indlagte patienter.

Den ændrede psykiatrilov indeholder som ovenfor nævnt udtrykkelig hjemmel til visitation (§ 19a). Dette kan ske ved konkret mistanke om indsmugling. Der kan således som det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, ikke etableres helt faste rutiner på en afdeling hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.

*I lyset af det anførte beder jeg centerledelsen om (allerede nu) at overveje den praksis som centret har med hensyn til visitation af patienters ejendele ved indlæggelse på de lukkede afsnit. Jeg beder om at blive meddelt resultatet af disse overvejelser.*

*Jeg beder endvidere centret oplyse om der foretages censur af breve og pakker til indlagte patienter, og i hvilke situationer.*

Brug af mobiltelefoner er tilladt på alle afsnit. Det fremgår af informationspjecerne og husordenerne at mobiltelefoner skal være indstillet på ”lydløs” eller diskret ringetone, at mobiltelefoner kun må benyttes på egen stue, eller at samtaler skal foregå diskret – dvs. ikke i fælles opholdsrum eller på sengestuer hvis der samtidig er andre til stede, at mobiltelefoner skal være slukkede under møder, og at kamera ikke må benyttes. På to af de åbne afsnit (afsnit 3202 og 3232) må mobiltelefoner kun anvendes i tidsrummet fra kl. 7.00/8.00-22.00), og på det ene lukkede afsnit (afsnit 3212) bliver mobiltelefoner med kamera deponeret hos personalet.

*Jeg beder centret oplyse om det kun er på det ene lukkede afsnit at mobiltelefoner med kamera deponeres hos personalet – og i givet fald hvad baggrunden er for denne forskel mellem afsnittene.*

*Jeg kan til orientering oplyse at problemet med kameraer i mobiltelefoner på andre psykiatriske afdelinger er søgt løst på den måde at kameralinsen klistres over, eller ved tilbud om at sim-kortet fra patienternes mobiltelefoner kan flyttes over i mobiltelefoner uden kamera.*

### **5.19. Rygepolitik**

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

Psykiatrisk Center Gentofte har formuleret en rygepolitik som er godkendt i MED-udvalget i april 2005. Det fremgår heraf at rygning er dokumenteret sundhedsskadeligt, og at ingen patienter, pårørende eller personale derfor må føle sig generet af røg. Det anføres at ”alle skal behandles respektfuldt, og derfor er holdningen: ’Vi fravælger røgen og ikke rygerne.’” Centret er således røgfrit for samtlige ansatte, indlagte patienter, pårørende og ambulante patienter. Det oplyses at indlagte patienter informeres om rygnings skadelige konsekvenser og tilbydes rygestop. Det oplyses endvidere at hvis de indlagte patienter vælger fortsat at ryge, skal patienterne have acceptable forhold, og at der derfor indrettes et specielt rygerum på hvert afsnit.

Rygepolitikken er udmøntet i husordenerne for de enkelte afsnit. Det er her anført at rygning kun er tilladt i rygerummet. I husordenen for klinikken for spiseforstyrrelser er det anført at det ikke er tilladt at ryge i afsnittet, men at der kan ryges på terrassen på 3. sal.

*Rygepolitikken giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Jeg beder dog Psykiatrisk Center Gentofte om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som amtet har fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv., og som centret er omfattet af.*

## **5.20. Euforiserende stoffer og alkohol**

Det er ikke tilladt at medbringe og indtage alkohol og euforiserende stoffer på centret. Et sådant forbud fremgår også af husordenerne for de enkelte afsnit.

Ledelsen oplyste at centret tidligere havde problemer med misbrug af euforiserende stoffer blandt patienterne. I den forbindelse indgik centret et samarbejde med politiet om bekæmpelse af misbruget hvor politiet gennemgik dele af centret med hunde for at opspore eventuelle stoffer. Det havde en gavnlig effekt, og bremsede problemerne med euforiserende stoffer, men centret begyndte i starten af 2006 at have problemer med euforiserende stoffer igen.

*Jeg beder centret oplyse nærmere om omfanget af problemerne med euforiserende stoffer og hvordan problemerne søges løst.*

Det fremgår af husordenerne for de to lukkede afsnit at fund af stoffer politianmeldes.

*Jeg beder centerledelsen overveje om konsekvenserne af manglende overholdelse af husordenens bestemmelse om euforiserende stoffer ikke også bør fremgå af de øvrige husordener. Jeg beder om underretning om resultatet af overvejelserne.*

Det fremgår endvidere af husordenerne for de to lukkede afsnit, afsnit 3232 og klinikken for spiseforstyrrelser at indbyrdes handel mellem patienter under indlæggelsen ikke er tilladt.

*Jeg går derfor ud fra at personalet er opmærksomt på at forebygge og forhindre optræk til at nogle patienter bliver økonomisk afhængige af andre patienter ved at der foregår handel med (eller bytte af) ejendele patienterne imellem.*

### **5.21. Kæresteforhold mellem patienterne**

Det fremgår af alle husordenerne med undtagelse af husordenen for afsnit 3232 at seksuelt samvær mellem indlagte patienter ikke er accepteret/tilladt.

*Ud over at bemærke at jeg går ud fra at den nævnte restriktion er begrundet i både ordensmæssige, behandlingsmæssige og/eller sikkerhedsmæssige årsager – og endda omsorg – giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.22. Patientindflydelse**

Ifølge psykiatrilovens § 30 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i lovens § 30 har indenrigs- og sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen, der trådte i kraft den 1. januar 2005, afløste bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

§ 1 i den gældende bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”§ 1. På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.  
Stk. 2. Rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bør bl.a. fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.”

Som det fremgår ovenfor under pkt. 5.17., ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i psykiatrilovens § 30 i forbindelse med gennemførelsen af den ændrede psykiatrilov og erstattes af den ovenfor citerede bestemmelse i § 2a, stk. 3, hvorefter patienterne skal inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden. Samtidig udvides reglerne i § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard til også at omfatte personalets kompetencer og politikker i relation til patienter og pårørende.

Psykiatrisk Center Gentofte har ikke et patientråd.

Det fremgår af informationspjecerne for de enkelte afsnit at der hver morgen holdes et fællesmøde for patienter og personale med gensidige informationer og planlægning af dagens aktiviteter og opgaver, og at der ligeledes hver aften holdes et møde hvor der aftales aktiviteter og praktiske opgaver for aftenen og næste morgen.

Af informationspjecerne for afsnit 1510, 3232 og klinikken for spiseforstyrrelser fremgår desuden at der én gang i kvartalet (på klinikken en fredag hver anden måned) holdes et patientmøde hvor alt der vedrører centret og afsnittet kan drøftes med personalet. Mødedatoen meddeles 14 dage inden, og alle kan sætte punkter på dagsordenen. Der tages referat af mødet, og referatet sendes til centerledelsen.

*Jeg beder centret oplyse om der også på de øvrige to afsnit (3202 og 3222) holdes jævnlige patientmøder med henblik på at give patienterne mulighed for at drøfte alle mulige forhold vedrørende centret og det enkelte afsnit med personalet med referat til centerledelsen.*

Det blev i øvrigt under inspektionen oplyst at centret tre gange om året holder møde med tre lokalkredsformænd fra Landsforeningen SIND.

### 5.23. Rekruttering af personale og sygefravær

Det blev ikke under inspektionen drøftet om Psykiatrisk Center Gentofte har problemer med rekruttering af personale.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport af 18. januar 2001 vedrørende tilsynets besøg på Psykiatrisk Afdeling på Amtssygehuset i Gentofte den 15. juni 2000 at afdelingen på daværende tidspunkt havde problemer med rekruttering af enkelte faggrupper – sygeplejersker og læger.

*Jeg beder centret oplyse om centret stadig har rekrutteringsproblemer – og i givet fald det nærmere omfang af problemerne.*

Ifølge Psykiatrisk Center Gentoftes årsrapport for 2005 var sygefraværet i 2005 12,9 dage pr. ansat. Korrigeret for langtidssygdom var tallet 8,6 dage pr. medarbejder.

Centret har udarbejdet en skriftlig sygefraværspolitik som er godkendt i MED-udvalget i marts 2005.

Sygefraværspolitikken, som jeg har modtaget et eksemplar af, fastslår indledningsvis at Psykiatrisk Center Gentofte anskuer sygefravær som et fælles problem og ikke kun et problem for den syge medarbejder. Formålet med sygefraværspolitikken er bl.a. at have en kendt, konkret politik for håndtering af sygefravær, at give arbejdspladsen mulighed for at gribe ind over for eventuelle problemer, at forebygge arbejdsrelaterede sygdomsforløb så der opnås et bedre fysisk og psykisk arbejdsmiljø, og at sikre en tidlig indsats over for langtidssyge medarbejdere så de får bedre muligheder for at vende tilbage til arbejdspladsen.

Sygefraværspolitikken indeholder regler og retningslinjer for sygemelding. Det fremgår endvidere at medarbejdere med hyppigt sygefravær (mange korte fra-

værsperioder) vil blive indkaldt til en samtale med nærmeste leder inden medarbejderen når op på 6 sygeperioder inden for 12 måneder. Ved 6 sygeperioder inden for 12 måneder bliver medarbejderen og vedkommendes nærmeste leder indkaldt til en samtale hos centerledelsen for at afdække årsagerne til fraværet og gennem dialog få genskabt en stabil arbejdsrytme. Medarbejdere med længerevarende sygefravær (over 14 dage) bliver efter 4 ugers sygdom indkaldt til en kontaktsamtale med centerledelsen og vedkommendes nærmeste leder.

Endelig forpligter sygefraværspolitikken centerledelsen til gennem forskellige tiltag at arbejde for nedbringelse af sygefraværet og forbedring af arbejdsmiljøet.

*Oplysningerne om centrets sygefraværspolitik giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.24. Vold mod personalet**

Ledelsen oplyste at forebyggelse af vold er et meget opprioriteret område bl.a. fordi forebyggelse af vold er med til at forebygge anvendelsen af tvang. Centret har i juni 2005 udarbejdet en voldspolitik. Politikken er nedskrevet i en pjece der indgår i den velkomstmappe som nyansat personale modtager fra centret.

Formålet med voldspolitikken er bl.a. at forebygge og mindske vold og trusler, at sikre at personalegruppen udvikler fysiske og psykiske kompetencer til at håndtere vold og trusler, og at sikre at voldsramte medarbejdere får den fornødne hjælp og mulighed for at bearbejde voldelige episoder. Voldspolitikken fastlægger en ansvars- og opgavefordeling i organisationen i forbindelse med politikkenes udmøntning. Det fastlægges endvidere at der afholdes en introduktion for alle nyansatte i sikkerhed, herunder undervisning i håndtering af vold og trusler før, under og efter episoden. For personale med patientkontakt fastlægges det at alle nyansatte tilmeldes et obligatorisk kursus i psykofysisk træ-

ning og efter to år deltager i et opfølgingskursus, og at der i øvrigt etableres løbende vedligeholdelseskurser. For alt personale afholdes der en årlig temadag med fokus på forebyggelse af vold og strategi for det kommende år.

Sikkerhedsgruppen på Psykiatrisk Center Gentofte har udmøntet voldspolitikken i en pjece med ”Retningslinier i forbindelse med vold, trusler og hærværk på arbejdspladsen” som ligeledes indgår i velkomstmappen til nyansat personale. Heraf fremgår det at såvel centerledelsen som sikkerhedsgruppen opfordrer personalet til at anmelde fysisk og psykisk vold, og der beskrives en procedure for anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen og til politiet hvor det fremgår hvad den ansatte bør gøre. Der bliver desuden gjort opmærksom på at der er mulighed for at modtage akut krisehjælp hos centrets psykologer.

Ledelsen har oplyst at ansvaret for politianmeldelse ikke ligger hos den forurettede medarbejder alene idet både sikkerhedsgruppen og afdelingsledelsen i forbindelse med vold og trusler om vold er i dialog med medarbejderne og varetager kontakten til politiet i tilfælde af anmeldelse. Ledelsen har endvidere oplyst at det i centrets beskrivelse af sikkerhedsorganisationen er præciseret at den lokale sikkerhedsgruppe – som har en leder- og en medarbejderrepræsentant – skal sikre udarbejdelse af skadesanmeldelser.

Det fremgår af centrets årsrapport for 2005 at antallet af anmeldte arbejdsskader var 7 i 2005. Det bemærkes at ledelse og medarbejdere skal være opmærksomme på at det ikke dækker over det antal truende og voldelige situationer der har været på centret i årets løb. Det fremgår samtidig at antallet af anmeldte arbejdsskader i 2002, 2003 og 2004 var henholdsvis 26, 32 og 7.

*Jeg har tidligere udtalt at det efter min opfattelse er mest hensynsfuldt over for den forurettede medarbejder at ledelsen (afsnitsledelsen) under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet, dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede.*

*Jeg beder centret om at overveje at præcisere pjecen ”Retningslinjer i forbindelse med vold, trusler og hærværk på arbejdspladsen” til personalet således at det fremgår at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ligger hos ledelsen, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis den forurettede ikke ønsker det.*

*I forlængelse heraf beder jeg tillige centret om at overveje at præcisere den nævnte pjece således at det fremgår at de lokale sikkerhedsgrupper har til opgave at sikre udarbejdelse af skadesanmeldelser, og at den lokale sikkerhedsgruppe derfor kan være behjælpelig med udfyldelse af anmeldelsen. Jeg anmoder om at blive underrettet om resultatet af overvejelserne.*

## **6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen**

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse. Min anmodning omfattede tilførsler foretaget på hospitalets afsnit forud for den 23. juni 2006 (hvor inspektionen blev varslet), men efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft). Hvis antallet af tilførsler (skemaer/udskrifter) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer/udskrifter).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 33-36 omhandlede tilfælde af tvang, de i § 37 omhandlende tilfælde af beskyttelsesfiksering og de i §§ 38-39 omhandlede tilfælde af anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer. Det fremgår

af bestemmelsens stk. 3 at Sundhedsstyrelsen leverer elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 33-40 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 44, stk. 1, skal indeholde de i §§ 33-40 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligeledes skal indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholde oplysninger om patientens navn og CPR-nummer eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

Med ikrafttrædelsen af vejledningen – og tvangsbekendtgørelsen – den 1. januar 2005 blev det således obligatorisk at indberette data vedrørende anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at der til brug for de psykiatriske afdelinger leveres et elektronisk indtastningsprogram med 5 elektroniske blanketter omhandlende registrering af henholdsvis 1) frihedsberøvelse, 2) tvangsbehandling, 3) fiksering og fysisk magtanvendelse, 4) beskyttelsesfiksering/-foranstaltning, og 5) aflåsning af patientens stuedør på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Blanket 6

(personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse) skal dog foreløbig indberettes på den blanket som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang til at den pågældende afdeling kan læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan skrives ud. Det fremgår at der skal være et eksemplar af hver blanket både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal.

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

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

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis, eller eventuelt oftere ved lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller navne eller initialer på personalet, jf. også ovenfor. Når blanketten udskrives, skal afdelingen være opmærksom på at det er den anonymiserede udgave der i papirform sendes til sygehusmyndigheden.

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget, er kopier af tilførsler på de papirskemaer der hidtil har skullet anvendes. Under inspektionen oplyste centerledelsen at al tvang registreres og indberettes til Sundhedsstyrelsen.

*Jeg beder centret om at oplyse baggrunden for at tvangsprotokollerne ikke er udfyldt elektronisk, og hvornår centret forventer at dette sker i stedet for anvendelse af papirskemaerne.*

*Jeg beder endvidere centret om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der er foretaget/foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket. Jeg beder samtidig centret om at oplyse om centret opbevarer et eksemplar af både en udskreven blanket (som anført i Sundhedsstyrelsens vejledning) og det udfyldte papirskema i såvel afsnittets tvangsprotokol som i patientens journal.*

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 10 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (skema 1), 16 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2), 14 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 2 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering (skema 4).

Alle skemaer er anonymiseret før kopiering så patienternes navne og CPR-numre ikke fremgår. Jeg kan derfor ikke se hvor mange patienter de omhandlede tvangsforanstaltninger vedrører.

*Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltningerne i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Gennemgangen giver mig anledning til nedenstående bemærkninger:*

### 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. Ved frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, således at det skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem vedrørende indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i den elektroniske blanket kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. I papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

5 af de 10 skemaer som jeg har modtaget, vedrører tvangsindlæggelse, og 4 vedrører tvangstilbageholdelse. Ét skema er uden angivelse af frihedsberøvelsens karakter. Ingen af skemaerne om tvangsindlæggelse indeholder tilførsler om tvangstilbageholdelse af den frihedsberøvede patient. Skemaerne vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 1. december 2005 til og med den 19. juni 2006.

*Jeg går ud fra at det skyldes en forglemmelse at det i et af skemaerne ikke er angivet om frihedsberøvelsen startede som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, og jeg foretager mig ikke mere i den anledning.*

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed. I papirskemaerne skulle begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet.

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 7 af de 10 tilfælde farlighed, og i de øvrige tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelses-bekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i såvel det papirbaserede skema som i den elektroniske blanket.

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 6 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, i 3 tilfælde dagen efter iværksættelsen og i det sidste tilfælde to dage efter iværksættelsen.

*Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen.*

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikkerhedsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften ”Efterprøvelse af frihedsberøvelse”.

I 3 af de 10 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i 3 dage eller længere tid, og i alle 3 tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på de tidspunkter som loven foreskriver.

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

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

I de 3 tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestations i 2 af tilfældene samme dag som efterprøvelsen og i det sidste tilfælde dagen efter efterprøvelsen.

I alle 10 skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, ligesom datoen for overlægens stillingtagen er angivet. Datoen for overlægens attestation er i 9 af tilfældene samme dag som ophøret og i det sidste tilfælde to dage efter ophørsdatoen.

I ét af skemaerne er det i rubrikken ”Tilbageførsel af frihedsberøvet patient” angivet at der to gange er truffet beslutning herom (psykiatrilovens § 10a). I begge tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet, og det fremgår at overlægens attestation begge gange er sket dagen efter beslutningen om tilbageførsel.

*Jeg bemærker at der ikke efter tvangsbekendtgørelsen er pligt til at gøre notat om (overlægens stillingtagen til) ophøret af en frihedsberøvelse eller om (overlægens stillingtagen til) beslutning om tilbageførsel af en frihedsberøvet patient, og at det fremgår af vejledningen om udfyldelse af tvangsprotokoller at det alene er de oplysninger der er nævnt i tvangsbekendtgørelse, der skal tilføres tvangsprotokollerne (mens andre relevante oplysninger skal fremgå af patientjournalen).*

## **6.2. Tvangsbehandling**

Ved tvangsbehandling benyttes Tvangsprotokol – skema 2.

Jeg har modtaget i alt 16 skemaer vedrørende tvangsbehandling. Da jeg i forbindelse med inspektionen har bedt om kun at modtage 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling (jf. mit brev af 15. august 2006), omfatter min gennemgang kun de 10 seneste skemaer. Disse 10 skemaer vedrører beslutninger om iværksættelse af tvangsbehandling truffet i perioden fra den 22. maj 2006 til og med den 14. juni 2006.

8 af de 10 seneste skemaer vedrører tvangsmedicinering, og de 2 andre vedrører henholdsvis tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse. I 6 af tilfældene er der tale om første skema for den aktuelle behandling og i de resterende tilfælde om fortsættelse af et tidligere skema. Som nævnt indledningsvis kan jeg på grund af anonymisering ikke se hvor mange patienter de omhandlede tvangsforanstaltninger vedrører.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hver sit skema/hver sin blanket såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse. I de vedlagte papirskemaer er det muligt at afkrydse hvilken af disse behandlingsformer der er tale om i det konkrete tilfælde.

De modtagne skemaer vedrører kun én tvangsbehandling.

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

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

Det fremgår af § 12, stk. 3, i psykiatriloven at afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen, der samtidig træffer bestemmelse om i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Beslutning om tvangsbehandling kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal der i tvangsprotokollen tillige anføres datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen samt datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen er angivet i alle tilfælde, ligesom datoen for overlægens stillingtagen. I tilfældet vedrørende tvangsbehandling af legemlig lidelse, er datoen for somatisk overlæges stillingtagen tillige angivet.

I alle 10 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som samme dag som beslutningen om iværksættelse.

Navnet på den ordinerende læge er angivet, i 4 tilfælde ved initialer.

*Jeg går ud fra at lægens initialer er tilstrækkelige til at centret entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen.*

I tilfældet vedrørende tvangsbehandling af legemlig lidelse er navnet på den ordinerende læge ikke angivet. Jeg går ud fra at det skyldes en forglemmelse.

*Da der er tale om et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (markeres) den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken ”Begrundelse”. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre). I papirskemaet skal det afkrydses hvilken af de to begrundelser der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle tilfælde og var i alle tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

I rubrikken ”Art og omfang” (tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 2) skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I alle skemaer er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt med angivelse af behandlingen. I de 8 skemaer der vedrører medicinering, er injektion angivet som alternativ behandling i forhold til tabletter i 5 tilfælde og som subsidiær behandling i 2 tilfælde. Det sidste tilfælde vedrører depotmedicin.

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

”Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som ud-

gangspunkt 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 peroral, 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 peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangs-protokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom”

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

den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives. Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer for udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

*Jeg går ud fra at Psykiatrisk Center Gentofte efterlever mindste-middels-princippet for så vidt angår medicinering således som det er beskrevet i det ovenfor anførte.*

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

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

I alle de modtagne skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse.

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

I alle 10 skemaer er navnet på den tilstedeværende læge angivet, i langt de fleste tilfælde ved initialer.

*For så vidt angår anvendelsen af initialer henviser jeg til det ovenfor anførte.*

Det fremgik tidligere af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis en tvangsbehandling fortsatte ind i et nyt kvartal – eller hvis antallet af behandlinger oversteg antallet af rubrikker i skemaet. Det gjaldt dog ikke datoer for de enkelte tidligere behandlinger.

Det fremgår af brugervejledningen at der i den elektroniske blanket altid skal indtastes mindst én dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2, og at en beslutning om tvangsbehandling der aldrig iværksættes, skal annulleres.

I alle skemaer er det noteret at tvangsbehandlingen har fundet sted én eller flere gange.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Dette er sket i alle tilfælde. I 3 tilfælde har tvangsbehandling fundet sted så mange gange at første skema er helt udfyldt, og nyt/nye skemaer er taget i brug. I disse tilfælde er dato for beslutning om ophør angivet på det sidst anvendte skema. I ét tilfælde, hvor der er udfyldt 4 skemaer vedrørende den aktuelle tvangsbehandling (medicinering), er datoen for beslutning om ophør – så vidt jeg kan se på den kopi jeg har modtaget – angivet til 28. juni 2006. Datoen for sidste tvangsbehandling er 27. april 2006.

*Jeg beder centret oplyse nærmere om årsagen til at der er ca. to måneder mellem datoen for sidste tvangsbehandling og datoen for beslutning om ophør.*

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.12.

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

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

De 14 skemaer som jeg har modtaget, dækker perioden fra den 1. december 2005 til og med den 18. juni 2006. Som nævnt indledningsvis kan jeg på grund af anonymisering ikke se hvor mange patienter de omhandlede tvangsforanstaltninger vedrører.

De 14 skemaer omhandler i alt 30 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om i alt 11 tilfælde af anvendelse af bælte, heraf 3 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, 13 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin og 3 tilfælde af fastholdelse.

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dør-aflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en ”bullet” i ”Bælte”. Efter registrering af en tvangsforanstaltning kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode. I papirskemaerne er der på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, stk. 1, ikke er til stede, kan der over for personer der er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af tvangsbekendtgørelsens § 18, stk. 1. Efter bestemmelsens stk. 2, kan der i tilfælde som nævnt i stk. 1 træffes afgørelse om at afdelingens yderdøre skal holdes aflåst.

Tidspunktet for iværksættelsen af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning gælder dette også ved anvendelse af døraflåsning og beroligende medicin.

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I

sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I 2 af de 3 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen om anvendelsen blev truffet. I det sidste tilfælde har overlægen taget stilling til beslutningen dagen efter.

*Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til det der er anført ovenfor under pkt. 6.1.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 5 og 6, skal der ved tvangsfiksering i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5 og 6, hvor navnet på den tilstedeværende læge også kan anføres.

Og efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 19, stk. 2. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5, og efter nr. 6 skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

Navnet på den ordinerende læge mangler i 3 af de 30 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt. Der hvor navnet er angivet, er det i flere tilfælde sket alene ved initialer.

*Om anvendelsen af initialer henviser jeg til pkt. 6.2.*

De 3 tilfælde hvor navn/initialerne på den ordinerende læge mangler, vedrører et tilfælde af bæltefiksering og 2 tilfælde af fastholdelse.

*I det første tilfælde – vedrørende bæltefiksering – er navnet på den tilstedeværende læge angivet. Jeg går ud fra at det beror på en forglemmelse eller på en skrivefejl at feltet med ordinerende læge ikke er udfyldt, og jeg foretager derfor ikke videre i anledning heraf.*

*I de to andre tilfælde – vedrørende fastholdelse – er hverken den ordinerende læge eller den tilstedeværende læge angivet, men det implicerede personale er angivet i begge tilfælde. Jeg beder om centrets bemærkninger til den manglende angivelse af læge(r).*

For så vidt angår de 13 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navn/initialerne på den tilstedeværende læge angivet i 11 tilfælde, og i alle 11 tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge. I de 2 tilfælde hvor den tilstedeværende læge ikke er angivet, er navnet/initialerne på den ordinerende læge anført.

*Jeg går ud fra at det skyldes en forglemmelse at navnet/initialerne på den tilstedeværende læge ikke er angivet, og jeg foretager derfor ikke videre i den anledning.*

I alle 30 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er navne/initialerne på det implicerede personale angivet. I 2 tilfælde er der ud over navne/initialer på det implicerede personale anført ”m.fl.”, og i 6 tilfælde er der ud over navne/initialer på det implicerede personale anført ”+ 2 portører”.

*Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 36, stk. 5 og 6, skal navnene på det implicerede personale anføres. Jeg går ud fra at centret fremover vil være opmærksom på at anføre navne/initialer på samtlige medarbejdere der er impliceret.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af trykshedsgrunde selv anmoder om det, kun ske med samtykke fra en læge.

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at en fiksering var frivillig.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fikserer den pågældende med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

*Jeg beder centret om at redegøre for centrets 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 tvangsgrebet påbegyndelse og til lægen kommer til stede.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebet art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet (vejledningen taler om ”enhver form for magtanvendelse der registreres på denne blanket”). Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand, frivillig bæltefiksering eller sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen – en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14 og § 17). I papirskemaet er der rubrikker til afkrydsning heraf, dog

ikke for så vidt angår sikring af den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse.

Det fremgik tidligere af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 at der kun skulle afkrydses for den væsentligste begrundelse, selv om der kan være flere begrundelser for den pågældende tvangsforanstaltning.

I vejledningen er det anført at aflåsning af yderdøren til afdelingen alene må forekomme i tilfælde af at betingelserne for frihedsberøvelse er til stede, jf. lovens § 17, og at dette kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, hvorfor det i sådanne tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser. Den elektroniske blanket indeholder (nu i modsætning til papirskemaet) mulighed for at angive begrundelsen ”sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen”.

I alle tilfælde er tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4, samt den gældende vejledning. Af den tidligere vejledning af 20. december 2002 skulle dog kun tidspunktet for iværksættelse angives når det drejede sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde med undtagelse af 3 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er ophørstidspunktet angivet med dato og klokkeslæt. I de øvrige 10 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er ophørstidspunktet i 2 tilfælde angivet som samme tidspunkt som påbegyndelsestidspunktet, i 2 tilfælde som ét minut efter påbegyndelsestidspunktet, i 5 tilfælde som 3 minutter efter påbegyndelsestidspunktet og i ét tilfælde som 5 minutter efter påbegyndelsestidspunktet.

I tilfældene vedrørende beroligende medicin er der således i 3 tilfælde alene angivet et påbegyndelsestidspunkt.

Til orientering kan jeg oplyse at Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets-hospital i anledning af min inspektion af afdelingen den 20. april 2005 i brev af 28. juli 2005 (med bemærkninger til min foreløbige rapport), oplyste at det ikke var muligt at angive ophørstidspunkt i den elektroniske indberetning. I min endelige rapport af 30. august 2005 vedrørende inspektionen anførte jeg herefter bl.a. at jeg forstod det af afdelingen oplyste således at der i den elektroniske blanket ikke kunne ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angik indgivelse af beroligende medicin, og heller ikke for så vidt angik fastholdelse. Jeg bad samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse var korrekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 2. marts 2006 oplyst at den elektroniske indberetning giver mulighed for at indberette dato for ophør/beslutning om ophør for alle tvangsforanstaltninger – undtagen indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand. Sidstnævnte er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning af injektionen på få sekunder. Det er dog muligt at opgøre antallet af enkelt-indgivelser af beroligende medicin i løbet af fx et døgn eller en uge, idet tvangen indberettes særskilt med påbegyndt dato og klokkeslæt.

#### **6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning**

Ved beskyttelsesfiksering benyttes Tvangsprotokol – skema 4.

De 2 skemaer om anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger som jeg har modtaget, vedrører indgreb besluttet henholdsvis den 11. juni 2005 og den 18. april 2006.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

Af tvangsbekendtgørelsens § 21, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

I begge skemaer er formen angivet.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

Begge skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse og er i begge tilfælde stofbælte eller lign.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 5.

Dette er sket i begge skemaer.

Af tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. psykiatrilovens § 18) samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I vejledningen er det anført at der i rubrikken ”Begrundelse” skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken ”Situation” skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

I begge skemaer er der anført en begrundelse for foranstaltningen, og i rubrikken ”Situation” er det anført hvornår foranstaltningen må anvendes.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, skal finde sted efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 37, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

I det ene skema er der ikke angivelse af en fornyet lægelig vurdering, hvilket skyldes at beskyttelsesfikseringen er ophørt på tredjedagen efter ordinationen. I det andet tilfælde af beskyttelsesfiksering er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på det i loven foreskrevne tidspunkt.

Blanketten indeholder et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen, men det er ikke i den nugældende vejledning (som ved an-

vendelse af tvangsfiksering og fysisk magt) anført at tidspunktet for ophøret skal angives.

#### **6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer**

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer.

#### **6.6. Særlige dørlåse**

Jeg har heller ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

#### **Opfølgning**

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrisk Center Gentofte om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Region Hovedstaden for at regionen kan få lejlighed til at kommentere det som centret anfører.

#### **Underretning**

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center Gentofte, Region Hovedstaden, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og centrets patienter og pårørende.

Lennart Frandsen

Inspektionschef