

FOLKETINGETS OMBUDSMAND

Gammeltoiv 22, 1457 København K
Telefon 33 13 25 12. Telefax 33 13 07 17
Personlig henvendelse 10-15

Dato: **30 AUG. 2005**

J.nr.: 2005-0753-424
Sagsbehandler: MVE/HRF
(Bedes anført ved henvendelser)
Akt. nr.: 20

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

MODTAGET

31 AUG. 2005 10²⁵

Den Centrale Indlevering

+ rapporter

Vedrørende inspektion af Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdeling Odense

Hermed sender jeg til orientering et eksemplar af den endelige rapport af dags dato vedrørende min inspektion den 20. april 2005 af Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdeling Odense.

Med henblik på muligheden for at mangfoldiggøre rapporten vedlægger jeg desuden en uhæftet kopi af rapporten.

Med venlig hilsen



Hans Gammeltoft-Hansen

30 AUG. 2005

Gammeltorv den
Journalnr. 2005-0753-424 MVE



Folketingets Ombudsmand - Gammeltorv 22 - 1457 København K

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Afdelingens organisation mv.....	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv.	7
3.1.	Generelt	7
3.2.	Sengeafsnit.....	7
3.2.1.	Sengestuer	8
3.2.2.	Fælleslokaler	11
3.2.3.	Udendørsområder	13
3.2.4.	Aktiviteter.....	14
3.2.5.	Skadestue.....	14
3.2.6.	Øvrige afsnit mv.....	15
4.	Samtaler med enkelte patienter.....	16
5.	Andre forhold	16
5.1.	Overbelægning mv.	16
5.2.	Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte	18
5.3.	Adgang til frisk luft	23
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	24
5.5.	Patienternes kontakt med læge mv.....	24

5.6.	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	26
5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefonering	28
5.8.	Rygepolitik	30
5.9.	Forplejning.....	31
5.10.	Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	32
5.11.	Børn og unge	35
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling	36
5.13.	Vold mod personalet.....	39
5.14.	Opbevaring af journaler.....	40
5.15.	Handicaptilgængelighed	40
5.16.	Patientindflydelse	40
5.17.	Behandlingsplaner	41
5.18.	Euforiserende stoffer og alkohol	42
5.19.	Rekruttering af personale	43
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	43
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	47
6.2.	Tvangsbehandling.....	52
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	58
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	63
7.	Opfølgning.....	66
8.	Underretning	66

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 20. april 2005 inspektion af Psykiatrisk afdeling P, Universitetsafdeling Odense.

Til stede under inspektionen var blandt andre ledende overlæge, professor Thorkil Sørensen og oversygeplejerske Erik Jensen. Fyns Amt. Psykiatريفorvaltningen der var varslet om inspektionen, havde forud for inspektionen meddelt at forvaltningen desværre var forhindret i at deltage.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter fra det lokale Med-udvalg, samtaler med patienter der havde anmodet herom, rundvisning på afdelingen og en afsluttende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-37 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 og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen efter den 1. januar 2005.

Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Efter min anmodning om udlevering af behandlingsplaner til senere gennemsyn modtog jeg den 27. april 2005 kopi af 10 behandlingsplaner for patienter (indlagt på afsnit P5).

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra afdelingen vedrørende personaleforhold og forskellig patientinformation, herunder en folder med titlen "Velkommen til Psykiatrisk afdeling P" og en folder vedrørende en igangværende ombygning af afdelingen (2004-2007).

Under inspektionen fik jeg bl.a. udleveret instruks af 26. marts 2003 for udfyldelse af tvangsprotokoller der er en fælles instruks for de psykiatriske afdelinger i Svendborg, Middelfart og Odense og personaleinformationsfolderen "Sikkerhedsorganisationen" fra oktober 2004.

Jeg modtog endvidere under inspektionen "Årsberetning for Det Psykiatriske Patientklagenævn i Fyns Amt 2004" og "Revision af psykiatriplan 2004" udgivet af Fyns Amt, Social- og Psykiatriudvalget og godkendt af amtsrådet den 6. december 2004.

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdeling Odense, den 23. september 1999, og at besøget omfattede en rundgang i hospitalets børnepsykiatriske hus og på afsnit P5, P3 og P2. Tilsynet afgav rapport om dette besøg den 8. februar 2000.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdelingen Odense, og Fyns Amt for at myndighederne kunne få lejlighed til at fremkomme med bemærkninger til de faktiske forhold i denne rapport. Jeg har modtaget sådanne bemærkninger i brev af 28. juli 2005 fra Odense Universitetshospital. Bemærkningerne er indarbejdet i denne rapport.

2. Afdelingens organisation mv.

Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdeling Odense, er en almenpsykiatrisk afdeling der udøver klinik, forskning og uddannelse inden for hele psykiatriens område, bortset fra retspsykiatri og sexologi. Afdelingen er organiseret med specialiserede afsnit til behandling af skizofreni, stemningslidelser (overvejende depression) og angsttilstande. Patienterne anbringes således efter deres sygdom og ikke efter bopæl. Afdelingen modtager patienter fra Odense, Kerteminde, Langeskov, Munkebo, Nyborg, Ullerslev, Ørbæk og Årslev Kommuner. Patienter fra de øvrige kommuner i Fyns Amt hører til de psykiatriske afdelinger i Middelfart og Svendborg.

Afdelingen har en psykiatrisk skadestue (afsnit P1) med fire akutte sengepladser i et observationsafsnit, et ungdomspsykiatrisk afsnit (P2) for unge i alderen 18 - 22 år, afsnit P3 er et akutafsnit til patienter der er selvmordstruede, har misbrugsproblemer, personlighedsforstyrrelser eller krise- og stressreaktioner (afsnittet kan fungere både som åbent og lukket afsnit), to åbne psykiatriske afsnit (P4 og P6) til patienter i det skizofrene spektrum eller med psykoser, et lukket afsnit (P5) til patienter med forskellige lidelser hvor af de fleste er skizofrene, et gerontopsykiatrisk afsnit (P7) med speciale i gerontopsykiatri, et afsnit (P8) med speciale i mani og depressionssygdomme hvor der også er plads til otte dagpatienter og et dagafsnit hvis målgruppe er patienter med skizofreni og formodet skizofreni som ikke har behov for døgnindlæggelse. Hertil kommer Psykiatrisk Ambulatorium der er et efterbehandlingsambulatorium for udskrevne patienter fra afdeling P hvor efterbehandlingen kræver specialistbehandling og ikke kan varetages af patientens egen læge.

Det ungdomspsykiatriske afsnit (P2) der som nævnt modtager patienter i alderen fra 18 til 22 år er – selvom ikke alle patienter er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte – et lukket afsnit. Amtets øvrige børne- og ungdomspsykiatriske afsnit er åbne afsnit hvorfor P2 modtager børne- og ungdomspsykiatriske patienter fra hele amtet hvis patienten har brug for at opholde sig på et lukket psykiatrisk afsnit. På inspektionsdagen var der indlagt to patienter på henholdsvis 14 og 16 år på afsnittet.

Afdelingens dagsafsnit benytter sig også af Odense Universitetshospitals patienthotel til aflastning i situationer hvor patienten har brug for et sted at sove, men ikke har brug for døgnindlæggelse. Ledelsen oplyste at aftalen med patienthotellet fungerer godt.

Der er en belægning på afdelingens 115 sengepladser på 95-96 %. Afdelingens ledelse oplyste at afdelingen oplever et stort driftspres på den enkelte seng. Med et indbyggertal på ca. 245.000 i optageområdet kan der efter ledelsens opfattelse tales om et egentligt "storbypres" på afdelingen.

Fyns Amts tre distriktpsychiatriske centre i Odense der hidtil er blevet drevet i samarbejde med kommunen, skal i fremtiden drives af afdelingen. Dette sker som et led i afdelingens og amtets ønske om at øge tilgængeligheden af de psykiatriske tilbud og gøre disse mere synlige for borgerne. De tre centre samles samtidig til ét center. Amtets øvrige distriktpsychiatriske centre er tilknyttet de psykiatriske afdelinger i Middelfart og Svendborg.

Et andet led i afdelingens og amtets forsøg på at øge tilgængeligheden og synligheden af psykiatrien er et byggeprojekt der er påbegyndt i andet halvår af 2004, og som forventes afsluttet med udgangen af første halvår i 2007. En anden hovedårsag til byggeprojektet er at afdelingen efter ombygningen udelukkende vil råde over enestuer i sengeafsnittene. På inspektionstidspunktet var ca. halvdelen af sengestuerne enestuer hvoraf to tredjedele har eget bad og toilet, mens den anden halvdel var tosengstuer. De nye enestuer får eget bad og toilet. Byggeprojektet består hovedsagelig af en ombygning af de eksisterende bygninger, men også enkelte tilbygninger. Efterhånden som om- og tilbygningerne skrider frem, rokeres de enkelte afsnit til deres nye placering. Byggearbejderne udføres i seks etaper hvilket muliggør at alle driftsafsnit kan fungere under hele byggeperioden. Ledelsen fremhævede enestuerne, men i høj grad også at om- og tilbygningerne betyder at afdelingen åbnes mere op med to store indgangspartier hvor der er et cafeteriaområde. Ledelsen har med byggeplanerne forsøgt at dele afdelingen op i offentlige områder, halvoffentlige områder og områder hvor patienten har privatliv.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Afdeling P er placeret i et selvstændigt bygningskompleks på samme grund som den øvrige del af Odense Universitetshospital. Afdelingens bygninger er opført i 1970'erne og taget i brug i 1976. Enkelte bygninger er af nyere dato. Der er tale om et lavt byggeri opført i røde og gule mursten med beplantning på tagene flere steder.

Som nævnt er en omfattende ombygning af afdelingen påbegyndt og forventes afsluttet medio 2007. Som også anført vil ombygningen betyde at der vil være enestuer for alle patienter. Alle de nye enestuer får eget bad og toilet. På inspektionstidspunktet var halvdelen af stuerne enestuer, mens den resterende halvdel var tosengsstuer.

Udover enestuer etableres ved ombygningen to store indgangspartier der skal hjælpe til at gøre afdelingen mere lys og imødekommende.

Afdelingen er afsides beliggende, og arealet omkring bygningen er grønt og velholdt. Dog var nogle af udendørsarealerne på tidspunktet for inspektionen – naturligvis – påvirkede af maskiner og opgravning i forbindelse med ombygning, hvilket blandt andet medførte noget støj og støv.

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg efter mit eget valg fællesfaciliteter og enkelte stuer på afsnittene P2, P3, P4, P5, P8, skadestuen (P1) og dagafsnittet. Det åbne afsnit P6 med 20 døgnpladser og det åbne gerontopsykiatriske afsnit (P7) med 16 døgnpladser blev således ikke besigtiget under inspektionen.

3.2. Sengeafsnit

Afdelingen er indrettet i seks forskudte øst-vestgående bygninger der ca. midt på er forbundet med hinanden af gange og fællesrum. Afdelingen består af en skadestue, et ambulatorium, et dagafsnit og syv sengeafsnit.

Fysisk er sengeafsnittene udlagt som lange gange hvor sengestuerne er placeret på den ene side af gangen. På den modsatte side ligger bad, toilet og nicher til ophold. Denne opdeling giver et lidt tillukket institutionspræg som dog er modvirket dels ved udsmykning af gangarealerne med kunst på væggene, grønne planter og små møbelgrupper, dels ved gangenes ovenlysvinduer der gør arealerne i disse gange meget lyse.

I alle afsnit er væggene malet hvide mens døre og kamme er malet i en stærk farve – speciel for hvert afsnit. Gardinerne og møbler matcher farven på dørene i de enkelte afsnit.

Udefra er der mulighed for indkig til personalerum, vaskerum mv. De lokaler som vender ud mod offentlig vej, og som patienterne færdes i, har tonede vinduer som i øvrigt bevirker at lysindfaldet dæmpes noget. Efter mørkets frembrud er det muligt at se silhuetter af patienterne gennem vinduerne hvis der er tændt lys, men enkeltpersoner kan ikke identificeres. Det er muligt at trække gardinerne for. Afdelingens beliggenhed gør at det ikke er naturligt at komme forbi afdelingen hvis man ikke har et ærinde der.

3.2.1. Sengestuer

Der er 115 driftssenge på afdelingen. To af afsnittene er lukkede med plads til 27 patienter, og tre af afsnittene er åbne og har 56 pladser. Herudover er der to integrerede afsnit med plads til 30 patienter. Disse to afsnit kan fungere både som åbne og som lukkede afsnit. Skadestuen har desuden fire akutte sengepladser.

P4 er et åbent afsnit med 20 døgnpladser. Der er fire enestuer, hvoraf tre har eget bad og toilet, og otte tosengsstuer. Alle sengene er hospitalssenge. På alle afdelingens sengestuer er sengen placeret midt på stuen således at alene hovedgavlen støder op til væggen. Det blev oplyst at stuerne oprindeligt er bygget til brug for en medicinsk afdeling hvorfor der bl.a. også er iltudtag mv. i væggene. Alle stuer har brede døre, og der er ingen dørtrin.

Enestuerne er møbleret med to lænestole og et lille bord med stol. Desuden er der et aflåseligt klædeskab, et sengebord, sengelampe og loftslampe. Værelset har farverige gardiner og en opslagstavle. Væggene er hvide og dørene mv. blå. Det badeværelse som hører til værelset, indeholder foruden toilet og vask en bruseniche, bæk og en lille hylde. Tosengsstuerne har to natborde, to opslagstavler, to aflåselige klædeskabe, en lænestol og et lille bord med to stole. Tosengsstuerne har ikke eget bad og toilet.

Alle sengestuer har vindue ud til afsnittets have. Uden for hver stue er der en lille tavle hvor fornavnet på stuens beboer er anført.

P5 som er et lukket afsnit med 16 døgnpladser, afskilles sig i opbygning ikke meget fra P4. Dog har afsnittet – i lighed med afsnit P3 – for enden af gangen en sydvendt tilbygning som bryder den øst-vestvendte gang. Tilbygningerne har fem sengestuer, og begge steder er der desuden indrettet store åbne opholdsrum. Der er møbler og nogle få billeder på væggene. Jeg besøgte bl.a. stue 9 der forsøges friholdt til eventuel fiksering af patienter indlagt på en tosenstue eller på en (for) lille enestue. Stuen er møbleret som de øvrige sengestuer. Der er ingen billeder på væggene, men planter og en opslagstavle. Vinduet ud mod haven har udover de farverige gardiner et rullegardin som hænger uden for. Rullegardinet bliver trukket ned når stuen benyttes til fiksering.

Alle sengestuer på P5 er enestuer, men kun de fire stuer i tilbygningen og tre øvrige har eget bad og toilet. På de stuer som oprindeligt var tosenstuer, er de to aflåselige skabe bevaret til brug for den ekstra patient i tilfælde af overbelægning.

P2 er et ungdomspsykiatrisk afsnit med 11 døgnpladser og 4 dagpladser. Afdelingen adskilles sig i opbygning ikke væsentligt fra P4. Jeg besøgte her stue 7, som er møbleret som de øvrige stuer, men indrettet meget hjemligt. Der er desuden opsat hylder. Denne stue har ikke bad og toilet.

Som på P5 er alle sengestuer på P2 enestuer, men kun tre stuer har eget bad og toilet.

Både P3 og P8 er integrerede afsnit, og sengestuerne er lig stuerne på P4. P3 har syv åbne og syv lukkede senge, alle enestuer, og kan fungere både som åbent og lukket afsnit. Efter det oplyste fungerer afsnittet i praksis som et lukket afsnit. På inspektions-tidspunktet havde afsnittet 14 patienter indlagt. P8 har 16 døgnsege og 20 indskrevne patienter i daghospital med mulighed for at otte fremmødte hver dag. P8 har desuden mulighed for at etablere en lukket enhed på op til fire senge ved behov.

Afdelingens skadestue (P1) har fire observationssenge og er indrettet som afdelingens øvrige sengestuer. Disse fire stuer findes bagest i afsnittet adskilt fra det øvrige afsnit. Patienterne er først indlagt når de tildeles en akut seng.

Som jeg bemærkede under inspektionen, var der rent og ryddeligt på sengestuerne på alle afsnittene, men efter min opfattelse giver hospitalssege og særlig deres placering midt i stuerne et meget hospitalspræget indtryk. Således fremstod sengestuerne meget mere lig sengestuer på somatiske afdelinger end mange af de sengestuer jeg har besøgt på andre psykiatriske afdelinger – om end enkelte sengestuer havde et mere personligt præg end de øvrige. Under den afsluttende samtale foreslog ledelsen at sengestuerne kunne males i andre farver end hvid, at der kunne hænges (flere) billeder op, og at der blev lagt sengetæpper på sengene. Jeg beder afdelingen overveje hvorledes sengestuerne i forbindelse med den igangværende ombygning – i takt med at de ombyggede afsnit tages i brug – kan indrettes så de får en venligere atmosfære. Jeg beder afdelingen om at underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Som det fremgår af det som jeg har anført ovenfor, fik jeg under inspektionen oplyst at alle de nye enestuer får eget bad og toilet. Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt alle sengestuer – der efter ombygningen alle er enestuer – indrettes med eget bad og toilet, således at der efter ombygningen ikke findes "gamle" enestuer uden eget bad og toilet.

3.2.2. Fælleslokaler

Fælleslokalerne i afsnittene var alle steder rene og ryddelige. Der er dog stor variation i standarden af disse – også i de forskellige afsnit.

Opholdsrum

Alle afsnittene råder over røgfri opholdsrum og opholdsrum hvor der må ryges, samt en spisestue.

Karakteristisk for rygeopholdsrummene er at væggene er meget gule. Et af rygeopholdsrummene har konsekvent vinduet på klem hvilket afhjælper tobakslugten væsentligt. Nogle af rygeopholdsrummene er hyggelige med planter, lysestager, billeder på væggene, samt tv og musikanlæg. Herudover er der et enkelt sted kaffemaskine, elkedel og frugt. Andre rygeopholdsrum er mindre hyggeligt indrettede.

Som nævnt nedenfor under pkt. 5.8. skal afdelingen være røgfri fra 1. januar 2007.

De røgfri opholdsrum er indrettet meget lig rygeropholdsrummene, men fremstår væsentligt lysere og renere.

Spisestuer

Afsnittenes spisestuer er åbne, lyse rum indrettet med ovale spiseborde med plads til ca. seks spisende ved hvert bord. Spisestuerne har et stort vinduesparti hvor der er ophængt gardiner og enkelte steder er der billard, en motionscykel eller andet. Alle steder er der et klaver.

Havestue

P8 har en havestue tilknyttet afsnittet. Havestuen er meget lys og hyggelig, møbleret med borde, hvorpå der står skåle med frisk frugt, lænestole og små lamper. Der står blomster rundt omkring i stuen. Desuden er der diverse spil, dart og en kasse med legetøj til børn. Der er udgang til haven.

Gangarealer

Alle afsnittene har en lang øst-vestgående gang og en mindre tværgående gang. Mod syd ligger sengestuerne og mod nord ligger toiletter, bad samt nicher til ophold. Ovenlysvinduerne der dækker ca. 1/3 af loftets bredde, bevirker at gangene er meget lyse.

Gangene har hvide vægge og farvede paneler (fx blå, grøn eller turkis). Der er kunst på væggene i alle afsnittene. Alle afsnittene har planter og/eller blomster på gangene – et enkelt afsnit har kunstige planter. Nogle steder står et lille bord og to stole. De små borde er medvirkende til at bryde indtrykket af de lange gange. Hvert afsnit har desuden et rullebord med vand mv. til patienterne. Foran personalestuerne hænger der opslagstavler med billeder af det vagthavende personalet på arbejde, oversigt over kontaktpersoner mv.

I en åben niche på den tværgående gang er der endvidere i alle afsnit opsat en korttelefon.

Standarden på opholdsstuernes indretning er meget varierende. Nogle opholdsstuer er mere hyggelige end andre. Jeg beder afdelingen observere forskellene og overveje hvorledes de mindst hyggelige kan indrettes bedre således at dette kan ske senest samtidig med ibrugtagningen efter ombygningen. Jeg beder afdelingen om at underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Fællesarealer der overalt fremstår rene og ryddelige, giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

Toilet- og baderum

Patienter indlagt på tosengsstuer og enestuer uden eget bad og toilet benytter de toilet- og baderum der er indrettet på gangene. På alle afsnit findes desuden et handicappetoilet med bad. Badeværelserne på gangene har mørke klinkegulve som flere ste-

der er meget tilkalkede. Der er en halvt afskærmet bruseniche og 3 loftslamper. Alligevel fremstår rummene noget mørke.

Handicaptoiletterne har bl.a. et stort badekar, to armlæn ved toilettet, hæve-sænke vask, skærme til at sætte omkring karret og en vægt.

Tilsynet i henhold Grundlovens § 71 udtalte i rapporten af 8. februar 2000 at den stand som toiletter og baderum var i på afsnit P2 efter tilsynets opfattelse hverken var god eller tidssvarende. Det fremgår af rapporten at baderummene bar præg af utilstrækkelig udluftning, at der på vægge og gulve var mange meget synlige kalkaflejringer, og at rummene hverken syntes særlig godt vedligeholdt eller særlig grundigt rengjort.

Som anført ovenfor var der også på inspektionstidspunktet flere steder meget synlige kalkaflejringer på gulvene i de fælles baderum. I den anledning beder jeg afdelingen oplyse hvilke tiltag afdelingen tog i anledning af § 71-tilsynets bemærkninger.

3.2.3. Udendørsområder

Til hvert afsnit er der tilknyttet en have. Alle haverne har græsplæne med plastikhave-møbler eller træborde- og bænke. Desuden var der på nogle af afsnittene ligestole. Haverne er omsluttet af små buske. I tilknytning til det skærmede afsnit på P8 er der en lille have der er afskærmet af et højt hegn. Også haverne der hører til de lukkede afsnit P2 og P5, er omkransede af et hegn. Disse haver er alene omkranset af et hegn – ikke egentligt sikrede – og afdelingen kan derfor kun vanskeligt have patienter der er varetægtsfængslede eller surrogatfængslede.

Haverne fremstod hyggelige og funktionelle.

3.2.4. Aktiviteter

Afdelingen har tilknyttet ergoterapi, men på grund af den igangværende ombygning er ergoterapien midlertidigt lukket og aktiviteterne begrænset til lokaler i de øvrige afsnit. Rummene/værkstederne til ergoterapi har symaskine, malergrej, høvlebænk mm. Der er desuden blomster og planter samt kunst på væggene.

Motionsrum

Nogle af afsnittene har små motionsrum. Motionsrummene har – med mindre variationer – motionscykler, ribber, løbebånd, stepmaskiner, gymnastic balls og spejle. På P2 er motionsrummet større end de øvrige, og her er der også et bordtennisbord.

Skolestue

Det ungdomspsykiatriske afsnit (P2) har en skolestue. Rummet er ikke ret stort og forekommer lidt mørkt. Der er et bord med 7 stole, en computer, tv, videoafspiller og en reol med bøger, hæfter videobånd mm.

Musikrum

P2 har et musikrum hvor de unge også har mulighed for at ryge. Her er møbleret med et bord med 10 lænestole og et bordfodboldspil.

3.2.5. Skadestue

Afdelingens skadestue fungerer som visitationsenhed for hele afdelingen. Skadestuen har som nævnt et observationsafsnit med 4 akutte sengepladser. Sengepladserne er afsondret fra selve skadestuen ved en væg tværs over gangen i den ene ende af afsnittet med mulighed for at lukke og låse en dør til det øvrige afsnit.

Skadestuen har et venteværelse lige inden for hovedindgangen. Venteværelset er lyst og hyggeligt med polstrede stole, små borde, kunst på væggene, planter og blomster og et fjernsyn. Herudover har skadestuen samtalerum. Det samtalerum jeg besøgte, har en (læge-)briks, bord med fire stole, klædeskab og kunst på væggene.

Der er på hele skadestuen mange planter og megen kunst.

Afsnittet fremstod rent og pænt.

3.2.6. Øvrige afsnit mv.

Dagafsnittet

Dagafsnittet har i det daglige kapacitet til 20 patienter, dog således at der i alt kan indvisiteres 30 patienter med individuelt fremmøde 1-5 dage om ugen. Antallet af patienter er reduceret på grund af ombygningen og skal igen hæves til 40 indvisiterede patienter. Som følge af ombygningen er nogle af ergoterapilokalerne som nævnt midlertidigt lukket, hvilket efter det oplyste medfører nogle problemer i forhold til de normale aktiviteter i dagafsnittet.

Dagafsnittet er præget af en hjemlig atmosfære. Der er rygeropholdsrum og røgfri opholdsrum. Et af de røgfri opholdsrum har akvarium, stearinlys, frisk frugt og mange planter og blomster.

Opholdsrummene på dagafsnittet var meget hyggelige.

Psykiatrisk ambulatorium

Psykiatrisk ambulatorium er et efterbehandlingsambulatorium for afdelingens udskrevne patienter. Indgangspartiet har en stor glasfacade som gør modtagelseslokalet meget lyst. Der er planter og billeder på væggene samt stole og små borde. Desuden er der stativer med ugeblade mv. Der er ikke mulighed for at ryge i ambulatoriets modtagelse.

Herudover besøgte jeg afdelingens lokale i kælderen hvor patienter bliver behandlet med elektrostimulation. Til behandlingslokalet er der tilknyttet en opvågningsstue.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med fem patienter som alle havde ønsket en samtale med mig.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Alle patienterne har modtaget separat svar som opfølgning på samtalerne. Nogle af de spørgsmål som patienterne rejste, er nævnt de relevante steder i denne rapport.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Afdelingen har som nævnt både tosengsstuer og enestuer hvoraf nogle har eget bad og toilet.

Det blev oplyst at der kan forekomme perioder med overbelægning. Den gennemsnitlige belægningsprocent er – som anført ovenfor – på 95-96 hvilket reelt er fuld belægning. Der har gennem det seneste år dog været en lidt faldende tendens. Den høje belægningsprocent betyder at der kan være problemer med at få indlagt patienterne på det rigtige specialafsnit fra starten. Belægningsprocenten – inklusive patienthotellet – var i 2003 på 100,2, i 2004 på 95,4 og i 1. kvartal af 2005 på 96,4. Det blev oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen er 23 dage, men at der er forskel mellem afsnittene.

I situationer hvor der er overbelægning, placeres der to patienter på de enestuer der tidligere var tosengsstuer i det afsnit hvor der er mest plads (typisk på det lukkede afsnit P5). De nye (egentlige) enestuer er for små til to senge og kan således ikke benyttes til dobbeltbelægning. Indlægges der patienter om natten kan det – af hensyn til bevarelse af natteroen – være nødvendigt at placere en seng på gangen i et afsnit, men det blev oplyst at en sådan placering kun er midlertidig og altid er kortvarig, idet den pågældende patient placeres på en stue om morgenen. På de tosengsstuer der

fungerer som enestuer har afdelingen bevaret to aflåste skabe, således at begge patienter i en overbelægningssituation har hver deres aflåste skab.

Det blev oplyst at det kan føles som overbelægning selv om der faktisk ikke er det idet de enkelte afsnit er nødt til at sammensætte patienterne efter køn, alder mv. Patienter der har fået tildelt en enestue, får derfor også at vide at de ikke er garanteret at kunne få lov til at blive på denne enestue. Det blev i den forbindelse oplyst at enkelte patienter godt kan spekulere meget over hvorfor det netop er dem der bliver flyttet.

§ 71-tilsynets rapport af 8. februar 2000 indeholder også et afsnit om belægningen på de tre besøgte afsnit for årene 1996 til 1999. Det fremgår heraf at der i hele denne periode havde været en belægningsprocent på mellem 94,4 og 98 på afdelingen samlet set, mens belægningsprocenten i både 1997 og 1998 var over 100 (henholdsvis 107,9 og 102,6) på afsnit P2.

Jeg forstår at overbelægning forekommer bl.a. med den konsekvens at to patienter placeres på samme (ene)stue. Jeg går ud fra at afdelingen i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne, og at det løbende vurderes hvilke patienter der kan/skal bo sammen jf. også det af afdelingen oplyste ovenfor om at patienter der får tildelt en enestue får at vide at de ikke er garanteret at forblive på enestue.

Efter min opfattelse bør der ikke være to patienter på enestuerne, og patienter bør ikke være placeret på gangen. Hvis dette ikke kan undgås, bør de største af afdelingens stuer benyttes til dobbeltbelægning, og en placering på gangen bør være så kortvarig som muligt. Jeg forstod at afdelingen allerede efterlevede dette i videst muligt omfang.

Jeg går samtidig ud fra at Fyns Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal sengepladser til rådighed.

5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

Patienterne låses ikke inde på deres stuer, og afdelingen anvender ikke nogle særlige låsesystemer. Der er som anført ovenfor lås på alle vinduer, men vinduerne er kun låst på de lukkede afsnit. Det blev dog oplyst at alle vinduer – også på de åbne afsnit – aflåses om natten af personalet. Dette sker for at forhindre indbrud mm.

Ved lov nr. 1371 af 20. december 2004 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der indført mulighed for at anvende personlige alarm- og pejlesystemer og særlige låse over for en patient der lider af demens eller demenslignende tilstande, for at hindre at vedkommende ved at forlade en psykiatrisk afdeling udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade (lovens § 17 a).

Ud over de lukkede afsnit P2 og P5 har afdelingen som nævnt et blandet afsnit P3 der er midlertidigt indrettet til syv åbne og syv lukkede senge og således kan fungere som både åbent og lukket afsnit, men det blev som nævnt oplyst at afsnittet reelt fungerer som et lukket afsnit hvor der også er frivilligt indlagte patienter. Hertil kommer at der i afsnit P8 der er et åbent afsnit med 16 senge, er mulighed for at etablere en lukket (skærmet) enhed på fire senge, desuden er der som nævnt otte dagpladser i dette afsnit.

Dørene (og vinduer) til de lukkede afsnit er aflåste hvilket også gælder når afsnit P3 fungerer som lukket afsnit. Da ikke alle patienter indlagt på disse afsnit – eller i det skærmede afsnit på P8 – er tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit.

Ledelsen oplyste at det skærmede afsnit på P8 sjældent var lukket ret længe ad gangen, men at muligheden var en faglig fordel særlig i forhold til grænseoverskridende patienter, men også i forhold til afsnittets øvrige patienter. Dog kunne enkelte patienter have behov for skærmning i afsnittet i nogle uger.

Jeg beder afdelingen om at oplyse hvorvidt det forekommer at det skærmede afsnit på P8 er aflåst mens den øvrige del af afsnittet fungerer som åbent afsnit. Såfremt dette er tilfældet, beder jeg afdelingen oplyse hvorledes en sådan døraflåsning registreres. Om døraflåsning henviser jeg i øvrigt til min anmodning neden for under punkt 6.3.

Under inspektionen fik jeg indtryk af at afdelingen er meget opmærksom på de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter der som konsekvens af at en eller flere medpatienter er tvangsindlagt/-tilbageholdt, er anbragt på et aflåst afsnit, uanset at dette for de frivilligt indlagte patienter er et åbent afsnit. Ved dørlåsning – eller ved frivillig indlæggelse på et lukket afsnit – orienteres de patienter der er frivilligt indlagt, om at det (fortsat) er et åbent afsnit, og at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent. Det blev oplyst at der altid er personale tilstede til at låse døre op hvis en frivilligt indlagt patient anmoder herom – eller at der i modsat fald af den vagthavende læge foretages en vurdering af om betingelserne for en tvangstilbageholdelse er opfyldt hvis afdelingen ikke mener at patienten bør forlade afdelingen.

Adspurgt oplyste ledelsen at frivilligt indlagte patienter der er anbragt på et lukket afsnit, ikke altid kan tilbydes en plads på et åbent afsnit. Ledelsen oplyste at det beror på en vurdering af flere hensyn herunder behandlingsovervejelser idet afsnittene som tidligere omtalt er specialiserede efter sygdomme, men at afdelingen er meget opmærksom på psykiatrilovens (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som senest ændret ved lov nr. 1371 af 20. december 2004) bestemmelser om tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse.

Som jeg oplyste under inspektionen – og som det i øvrigt er afdelingen bekendt, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psy-

kiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af den psykiatriske afdeling, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afdelingen er meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

Idet jeg på baggrund af afdelingens oplysninger går ud fra at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter så vidt muligt administreres i overensstemmelse hermed, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

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

Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderrøre og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).

Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afde-

ling. Jeg går – som jeg også tidligere har givet udtryk for, og som jeg også gav udtryk for under inspektionen – imidlertid ud fra at der med begrebet "afdeling" i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med "yderdøre" og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit på en afdeling.

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

Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål.

Som jeg også oplyste under inspektionen, er indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, for tiden genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Spørgsmålet om blandt andet skærmning vil blive taget op med de relevante myndigheder. I relation til min inspektion af Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Jeg har imidlertid sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af denne (endelige) rapport med henblik på at det rejste spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.

Fiksering foregår normalt på patientens egen stue. Er patienten indlagt på en tosengsstue eller på en af de små enestuer benyttes en anden stue. En stue på P5 holdes normalt ledig til eventuelle fikseringer. Afdelingen har ingen senge der er fastgjort til gulvet og ikke noget decideret fikseringsrum. Det blev oplyst at alle sengeafsnit er i besiddelse af fikseringsmateriale der opbevares i et aflåst skab i depotet i det enkelte afsnit. Det fremgår af afsnit "11. Brug af fikseringsmateriale" i folderen "Sikkerhedsorganisationen – Psykiatrisk Afdeling P" at fikseringsmaterialet skal være efterset, klar til brug og med låse påmonteret, og at materialet skal transporteres til og fra anvendelsesstedet diskret og i et hovedpudebetræk. Det er samtidig angivet at fikseringsmaterialet umiddelbart efter at fikseringen er ophørt, skal fjernes og bringes tilbage til linnedrummet. Der er herefter givet vejledning i den praktiske anvendelse af fiksering, psykiatrilovens regler herom mm.

Det blev oplyst at der altid foretages en vurdering af hvilke remme der konkret skal anvendes ved fikseringer, således at der først anvendes bælte og herefter eventuelt suppleres med hånd- og/eller fodremme. Det blev oplyst at afdelingen i mange tilfælde anvender bæltet let løsnet i kombination med en fod- eller håndrem for at patienten kan holde det ud. Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret. Den faste vagt placeres oftest inde på stuen, men hvis det skønnes nødvendigt fx fordi stuen er for lille, placeres den faste vagt uden for patientens sengestue med døren på klem, således at vagten hele tiden kan se patienten. Døren står kun så meget åben at det ikke er muligt for personer der færdes på gangen uden for, at kigge ind til den fikserede.

På tidspunktet for inspektionen var 2 patienter fikseret på deres sengestuer. Det blev oplyst at antallet er svingende, men at afdelingen kan have 2-3 patienter fikseret samtidig.

Det blev oplyst at enkelte patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret. Ledelsen oplyste at der foreligger en instruks på afdelingen om at sådanne frivillige fikseringer kan benyttes, men kun så længe patienten selv ønsker det. Når patienten beder om det, skal fikseringen umiddelbart bringes til ophør.

Jeg beder om at modtage en kopi af denne instruks. Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til punkt 6.3. nedenfor.

5.3. 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 (psykiatriloven) i kraft. Med ændringsloven blev § 2 sålydende:

”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 ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår 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).

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

Alle indlagte på afdelingen har adgang til frisk luft hver dag. Til alle afsnit hører en gårdhave der for P5 og P2 samt det skærmede afsnit på P8 er omkranset af et hegn. Haverne, der er indhegnede, er som nævnt ikke sikrede idet hegnene kan forceres.

På inspektionstidspunktet var døren til haven på afsnit P5 låst. Det blev oplyst at dette var sket efter en konkret vurdering på grund af en enkelt patient. Uden for døren er der opsat en ringklokke således at de øvrige patienter kan blive låst ind igen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.4. 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 helbreds-tilstanden.

Ledelsen oplyste at patienterne altid modtages af en læge ved indlæggelsen, og at patienten i denne forbindelse har en samtale med lægen. Det fremgår af folderen "Velkommen til Psykiatrisk afdeling P" at indlagte patienter efter indlæggelsen af en læge bliver orienteret om formålet med indlæggelsen og om den planlagte behandling.

Jeg beder afdelingen om at oplyse hvordan denne (videre) vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Som anført ovenfor modtages indlagte patienter altid af en læge. Samme dag eller dagen efter undersøger lægen patienten, og efter det oplyste udarbejdes der i samarbejde med patienten en behandlingsplan, der revideres med maksimalt 10 dages mellemrum.

Nogle patienter har lægesamtaler flere gange om ugen, mens andre har brug for færre samtaler. Det blev oplyst at afdelingen i et gennemført kvalitetssikringsprojekt havde konstateret at patienterne på afsnit P5 og P6 gennemsnitligt talte 10 minutter med en læge hver dag. På alle afsnit er der hængt en plan op over de planlagte samtaler mv. således at patienterne hele tiden kan se hvad der skal ske. Efter behov afholdes der

yderligere samtaler. Ledelse oplyste at det er vigtigt at patienten altid ved hvad der skal ske, og at det – naturligvis – tager tid at opbygge den nødvendige tillid mellem patienten, lægen og plejepersonalet.

En af de patienter jeg talte med, anførte at lægesamtaler på afdelingen ofte foregår med deltagelse af en læge, kontaktpersonen, en medicinstuderende og en sygeplejerske. Er kontaktpersonen en sygeplejerske, deltager der ikke yderligere en sygeplejerske. Den pågældende anførte at antallet af deltagere ikke i alle situationer var rart og kunne virke meget overvældende – særligt den første samtale. Adspurgt medgav den pågældende at det var muligt at sige fra og få en samtale med lægen alene, men at det ikke nødvendigvis var alle patienter der havde overskud til det.

Under den afsluttende samtale med ledelsen fik jeg oplyst at en samtale med deltagelse af fire personer udover patienten ikke er usædvanlig. Dette skyldes at det er afdelingens opfattelse at patienten ikke får det fulde behandlingsmæssige udbytte af lægesamtalen hvis ikke plejepersonalet deltager da det i vid udstrækning er dem der skal foretage behandlingen i hverdagen. Samtalen er samtidig et led i miljøterapien. Hertil kommer at afdelingen også er en uddannelsesinstitution.

Det var ledelsens opfattelse at de færreste patienter oplever deltagerantallet under en samtale som et problem.

Ledelsen bekræftede samtidig at det naturligvis er muligt at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker dette, og at personalet også er opmærksomme på om patienten er utryk ved at der er flere deltagere i samtalerne. Er patienten utryk skal denne tilbydes en samtale med lægen alene eller i hvert fald med et reduceret antal deltagere.

I dag- og aften timerne får alle patienter tildelt en kontaktperson. De fleste afsnit har et kontaktpersonssystem hvorefter hver patient får tildelt to faste kontaktpersoner. Hvis ingen af de faste kontaktpersoner er til stede, får patienten en midlertidig kontaktperson.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger. Dog bemærker jeg at jeg går ud fra at det er muligt at skifte kontaktperson i det omfang et sådant ønske er sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

5.6. 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 blandt andet 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 hospitalet. 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 hospitalet 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 kon-

kret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.

...”

Justitsministeriet har desuden oplyst at spørgsmålet er 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 politiet ind imellem kommer på afdelingen, men at politiet kun tilkaldes hvis der er tale farlige situationer hvor politiet bistand er nødvendig, fx hvor der er tale om vold eller trusler herom. Det blev oplyst at afdelingen tilkalder politiet i ekstraordinære situationer fx hvor en opkørt patient er bevæbnet eller meget stor og stærk. Således havde afdelingen fx en gang oplevet at en enkelt patient havde raseret venteværelset i skadestuen.

Politiet kommer ikke med ind på afsnittet ved tvangsindlæggelse af patienter, men bringer patienten til venteværelset på skadestuen og venter her sammen med patienten indtil lægen kommer, men politiet følger patienterne indtil de overdrages til plejepersonalet.

Odense politi – som jeg tidligere på inspektionsdagen havde en samtale med i anledning af min inspektion af detention og venterum – oplyste at der årligt afholdes et møde mellem politiet og afdelingen hvorunder det daglige samarbejde drøftes. Under sådanne møder drøftes også den praktiske håndtering af tvangsindlæggelser. Politiet oplyste at politiet ved tvangsindlæggelser i videst muligt omfang møder uuniformeret, men at uniformen i sig selv kan virke beroligende på enkelte patienter og pårørende. Også spørgsmålet om uniform eller ej har været genstand for drøftelse på møderne med afdelingen. Det blev oplyst at afdelingen tidligere havde været imod at

politiet bar uniform i forbindelse med en tvangsindlæggelse, men at det ikke længere gav anledning til diskussioner. Det var også politiets opfattelse at politiet kun tilkaldes til afdelingen når der er tale om egentlige politiopgaver.

Jeg forstod at både politiet og afdelingen er af den opfattelse at samarbejdet fungerer godt, og at der er en god gensidig forståelse for hvad den anden part har behov for.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning

Det blev oplyst at afdelingen ikke har skrevne interne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, men afdelingens enkelte afsnit har en husorden der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. Men ledelsen oplyste at afdelingen var bekendt med hvad jeg tidligere har udtalt i denne forbindelse, og afdelingen har i anden sammenhæng modtaget en kopi af en sådan instruks fra Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus.

Som afdelingen er bekendt med, og som jeg oplyste under inspektionen, har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. Denne anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om 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.

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. Retsgrundlaget herfor er ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for de indgreb/begrænsninger som der her er tale om, skal 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 spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder. Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg anbefalede under inspektionen afdelingen at udfærdige skriftlige regler. Ledelsen erklærede sig enig at der burde være sådanne regler og ville overveje spørgsmålet nærmere.

I det jeg opretholder min anbefaling til afdelingen om at udfærdige (lokale) generelle retningslinjer, beder jeg afdelingen om at underrette mig om hvad overvejelserne har resulteret i.

Afdelingen har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøg i. Besøg på de enkelte afsnit forgår som udgangspunkt på patientens stue, men kan også foregå i afsnittets samtalerum eller et fællesrum. På P3 er der indrettet et særligt rum hvor der kan afholdes besøg af børn.

De enkelte afsnit har fastsat besøgstider, men hvis det kan forenes med behandlingen er det muligt at modtage besøg også på andre tidspunkter. Det blev oplyst at enkelte patienter fx på grund af behandlingsmæssige hensyn, eller fordi de pårørende tidligere fysisk har overfaldet personalet, ikke modtager besøg. Der kan også være tale om at enkelte personer der på afdelingen er kendte for at medbringe narkotika eller lignende får forbud mod at vise sig på afdelingen. Efter det oplyste hører det til sjældenhederne at en patient ikke kan få besøg af familie og pårørende.

Ledelsen oplyste at det er den behandlingsansvarlige læge og patientens kontaktperson der beslutter om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.

Alle patienter visiteres ved indlæggelsen. Dette sker for at sikre at den pågældende ikke medbringer våben, alkohol, narkotika mv. som ikke må medtages på afdelingen.

Jeg går ud fra at afdelingen (herudover) kun gennemfører visitation ved (særlig) mistanke om at den pågældende patient er i besiddelse af stoffer mv., fx i gentagelsestilfælde ved patienter som afdelingen ved er stofmisbrugere.

På alle afsnittene findes korttelefoner, og mange patienter medbringer deres egen mobiltelefon. Afdelingen opfordrer patienterne til kun at benytte mobiltelefoner på egen stue og i flere afsnit skal mobiltelefoner opbevares af personalet om natten. Brug af mobiltelefoner med kamera er ikke tilladt på afdelingen. På ungdomspsykiatrisk afsnit P2 tillades det at mobiltelefoner benyttes i videre omfang end på de øvrige afsnit. Det er afdelingens opfattelse at brugen af mobiltelefoner er et vigtigt kommunikationsmiddel i ungdomskulturen, og som sådan er mobiltelefoner tilladt i hele afsnittet, men afsnittets personale er meget opmærksomme på om de indlagte unge kan administrere ordningen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.8. Rygepolitik

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende (som senest ændret ved lov nr. 1313 af 20. december 2000), § 2, skal 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.

I hele afdelingen – med undtagelse af skadestuen – er der indrettet særlige opholdsstuer hvor det er tilladt at ryge. Alle andre steder er rygning ikke tilladt. På skadestuen hvor der ikke er indrettet separate opholdsrum for rygere og ikke-rygere, må der ikke rygges på sengestuerne og i åbne arealer.

Det blev oplyst at der fra 31. maj 2005 er (totalt) rygeforbud for personalet, uanset hvor på afdelingen de opholder sig, og at dette forbud pr. 1. januar 2007 udvides til også at gælde patienter og pårørende. Senest disse datoer skal alle rygelokaler være afviklede. Rygeforbudet er fastsat centralt og gælder i alle Odense Universitetshospitals bygninger.

Allerede nu gøres der i forbindelse med det igangværende byggeri klar til at afdelingen skal være røgfri. Det blev oplyst at afsnit P2 er gået i gang med at vænne de indlagte patienter hertil. Således indrettes der kun et lille opholdsrum til rygning, og dette bliver indrettet uden aktivitetsmuligheder (fjernsyn mv.) således at patienterne så vidt muligt kun opholder sig i rummet mens de ryger.

Afdelingsledelsen oplyste at man er spændt på om patienter vil kunne håndtere et totalt rygeforbud.

Det blev oplyst at de gældende begrænsninger af rygning til særlige områder generelt fungerer godt.

Rygepolitikken giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne kommer fra centralkøkkenet på universitetshospitalet og er således den samme som gives til hospitalets somatiske patienter. Afdelingen har ingen egentlige specielle kostprogrammer, men er meget opmærksom på at bl.a. noget medicin påvirker nogle patienter således at deres vægt øges, og at overvægt i det hele taget kan give problemer med hjertet. Afdelingen har et verserende projekt

(”Kost og motion”) hvori der deltager diætister, og hvor der er fokus på motion og kost.

Jeg beder afdelingen oplyse nærmere om projektet ”Kost og motion”.

Der serveres kold mad til frokost og varm/lun buffet om aftenen. Ledelsen oplyste at patienterne generelt er tilfredse med maden, men at patienter der er indlagt i længere tid, af og til klager over at maden er for ensformig. Efter det oplyste varierer maden i intervaller af 4 uger.

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

5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Det blev oplyst at der på inspektionstidspunktet ikke var patienter der ventede på botilbud efter at de er færdigbehandlet. Det var ledelsens opfattelse at afdelingen ikke havde patienter indlagt i længere tid på grund af problemer med udslusning, men at der var ventetider til enkelte bosteder. Afdelingen oplyste at afdelingen tidligere havde haft patienter der var indlagt i flere år før de blev udskrevet til udslusningstilbud. Ledelsen fortalte at afdelingen deltog i et ”Alliance-projekt” med det formål at tilstræbe en fælles behandlingsplan for patienten mellem det sociale område og afdelingen. Fx tilstræbes anvendelsen af de samme lægekonsulenter således at patienten undgår medicinskift alene som følge af en udskrivning. Det var ledelsens opfattelse at projektet fungerer godt.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport af 8. februar 2000 at afdelingen på tidspunktet for tilsynets besøg den 23. september 1999 havde ca. 20 udskrivningsklare patienter som afventede et kommunalt eller amtskommunalt udslusningstilbud, og at ledelsen på den baggrund havde taget initiativ til afholdelsen af et møde med Odense Kommune om behovet for primærkommunale tilbud. Tilsynet opfordrede til at afdelin-

gens samarbejde med Odense Kommune og Fyns Amt blev fastholdt og udbygget med henblik på at tilvejebringe det nødvendige antal passende udslusningstilbud.

Afdelingen har enkelte patienter der kun er udskrevet kort tid inden han eller hun på ny indlægges. Flere af disse patienter bor på et kommunalt bosted.

En af de patienter jeg talte med, havde oplevet sagsbehandlingen indtil der var sket visitation til et værested, som meget lang og snørklet. Det havde i det konkrete tilfælde taget ca. 2 måneder. Den pågældende var bekymret for om andre patienter der ikke selv har ressourcer til at medvirke i processen, opholder sig for længe på afdelingen fordi udslusningsmulighederne er for få.

Under den afsluttende samtale oplyste afdelingens ledelse at der netop er tilknyttet socialrådgivere til afdelingen for at fremme sagsbehandlingen i udslusningssituationen.

Ledelsen oplyste at ca. 95 % af afdelingens indlæggelser er akutte hvorfor der ikke er så megen kapacitet til elektive patienter. I distriktspsykiatrien kan der være ventetid. Oprettelsen af et akutteam bestående af en læge og to sygeplejersker har aflastet såvel almen praksis som afdeling P. Teamet tilstræber at tilse patienten inden for 48 timer. Med oprettelsen af et tidligt interventionsteam dækkende alle kommunerne i Fyns Amt til efteråret (2005) forventede afdelingen at ventetiden specielt for skizofrene patienter vil blive bragt yderligere ned.

Jeg har noteret mig det oplyste om at afdelingen i almindelighed ikke har patienter indlagt i længere tid på grund af problemer med udslusning.

Psykiatrilovens § 3, stk. 4-5, 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.”

Jeg modtog forud for inspektionen en kopi af afdelingens standard til udarbejdelse af udskrivningsaftale eller koordinationsplan med bilag indeholdende punkt 4 og 5 i sundhedsstyrelsens vejledning nr. 203 af 8. december 1998.

Ledelsen oplyste under inspektionen at afdelingen ikke oplevede udarbejdelsen af udskrivningsaftaler som noget nyt, idet afdelingen også tidligere havde lavet aftaler med patienten og fx det distriktpspsykiatriske center som patienten hørte til om behandlingen efter udskrivningen. Og at afdelingen generelt gjorde meget for at holde kontakt med patienterne efter udskrivningen.

Overlægen har efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. 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. Dvs. 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, en 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 udstødt").

Med disse bemærkninger går jeg ud fra at afdelingen udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.

Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, har modtaget 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 har i den anledning sendt 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 udskrivnings- og koordinationsaftaler, kan indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005/06.

5.11. Børn og unge

På Odense Universitetshospital findes en særlig afdeling – Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus – som varetager almen børne- og ungdomspsykiatri for hele Fyns Amt. Her undersøges, behandles og forebygges psykiske lidelser hos børn og unge i alderen 0-17 år og deres familier. Afdelingen har et dagafsnit med plads til seks børn i alderen 7-11 år, et afsnit med seks døgnpladser og to dagpladser for børn og unge i alderen 12-17 år og et ambulatorium hvor hovedparten af de børn og unge der henvises til afdelingen, behandles.

På Psykiatrisk afdeling P modtages således som udgangspunkt ingen unge under 18 år, men – som tidligere nævnt – modtager afdelingen af og til børn og unge der har behov for at opholde sig i et lukket afsnit.

5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

§ 27 i psykiatriloven 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, spalte 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 patientrådgiverne er flinke til at komme i afdelingen. Langt hovedparten kommer til stede på afdelingen inden for 24 timer.

Det er afdelingens opfattelse at afdelingen har en mere offensiv registreringspraksis med hensyn til tvang end andre psykiatriske afdelinger. Det er således afdelingens praksis at tildele patienten en patientrådgiver hvor der er tvivl om hvorvidt patienten oplever at der anvendes tvang. Som eksempel herpå nævnte afdelingen situationer hvor patienten er bange, eller hvor patienten har en anden – og for personalet – fremmed kulturel baggrund.

Jeg forstår det oplyste således at afdelingen tildeler patienten en patientrådgiver også i situationer hvor tildeling af en patientrådgiver ikke er obligatorisk, men hvor patienten ønsker en patientrådgiver – men også i situationer hvor afdelingen er i

tvivl om hvorvidt patienten ønsker at tage imod et tilbud om at få beskikket en patientrådgiver.

Ledelsen oplyste at afdelingen efter revisionen af psykiatriloven i 1999 havde haft nogle diskussioner med patientklagenævnet i anledning af de ændrede tvangsprotokolskemaer som efter revisionen – efter afdelingens opfattelse – ikke længere opfylder patientrådgivernes behov for information. På den baggrund har afdelingen udarbejdet en instruks vedrørende videregivelsen af oplysninger til patientrådgiveren i tvangssituationer til formalisering af systemet for at undgå eller begrænse de situationer hvor personalet står i den vanskelige situation at skulle tage stilling til hvilke oplysninger om patienten der kan udleveres til patientrådgiveren i de konkrete tilfælde. Jeg har modtaget en kopi af denne instruks med overskriften ”Oplysninger til patientrådgivere i forbindelse med tvangsanvendelse”. Instruksen er omdelt til afdelingens læger den 1. februar 2002. Materialet indeholder et generelt afsnit og konkrete eksempler på udfyldelse af det vedlagte meddelelsesark vedrørende tvangsprotokolskemaerne nr. 1, 2 og 3 vedrørende tvangsindlæggelse/-tilbageholdelse, tvangsbehandling og anvendelse af tvangsmidler (fiksering og fysisk magtanvendelse). Det indledende generelle afsnit har følgende ordlyd:

”De nye tvangsprotokoller, der blev indført i forbindelse med revisionen af psykiatriloven i 1999, har intet tekstfelt. Dermed forsvandt patientrådgivernes mulighed for at holde sig orienteret om grundlaget for tvangsanvendelse, bortset fra de oplysninger patientrådgiverne kan få direkte fra patienter eller personalet. Begrundelsen for tvangsanvendelsen findes nu kun i det tilhørende journalnotat, men da patientrådgivere almindeligvis ikke må læse i patientens journal, har patientrådgivere ikke adgang til disse oplysninger.

Udover at patientrådgivere har et lovhjemlet krav på de oplysninger, der er nødvendige for deres virke, er det også i den psykiatriske afdelings interesse, at samarbejdet med patientrådgiverne fungerer til begge parters tilfredshed. Det er derfor nødvendigt, at patientrådgiverne sikres adgang til den information om tvangsanvendelsen, som er nødvendig for deres arbejde, og som de ikke i forvejen er sikret adgang til andetsteds fra.

Anvendelsen af tvang er et lægeligt ansvarsområde, og den efterfølgende information til patientrådgivere bør ligeledes sikres fra lægelig side. Informationen skal ikke være lig den fagligt og juridisk korrekte, udtømmende og præcise begrundelse for tvangsanvendelse, der fremgår af journalen, men i stedet en **kortfattet beskrivelse af den adfærd eller psykiske tilstand, der nødvendiggjorde anvendelsen af tvang.** Det vil ligeledes kunne være relevant, at **beskrive den adfærd eller tilstand, som patientrådgiveren kan forvente at møde ved patienten.**

Patientrådgiveren bør herudover, som det allerede praktiseres, henvende sig ved personalet, før der tages kontakt til patienten.

Desværre er det nødvendigt at indføre en ny arbejdsgang for at sikre dette, og desværre må dette påhvile den ordinerende læge, således at denne nye arbejdsgang vil føre til en belastning af vagthavende læge. Informationen kan ikke gives ved at tage kopi af dele af journalen, da patientrådgiveren ofte vil komme til stede i afdelingen før journalen er skrevet. Det er derfor nødvendigt at indføre et specielt meddelelsesark, hvor den ordinerende læge anfører den nødvendige information.

Informationen er altså stilet fra os til patientrådgiveren, og meddelelsesarket indgår ikke i patientens journal. Der må ikke anføres information, der ikke kan videregives til patienten.

Patientrådgiveren har adgang til at se tvangsprotokollerne, og information angivet på disse skal derfor ikke gentages på meddelelsesarket.

Meddelelsesarket kan desuden anvendes til anden information til patientrådgiveren om den konkrete patient, eksempelvis møder, afgørelser fra rehabiliteringsafdelingen eller lignende.”

Jeg har noteret mig afdelingens fremgangsmåde. Jeg har sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af denne (endelige) rapport med henblik på at også dette spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.

Ledelsen oplyste at 95 % af møderne i patientklagenævnet afholdes med deltagelse af patientrådgiveren. Dette fremgår af patientklagenævnets årsberetning for 2004, hvor det også fremgår at mødedeltagelsen siden 1999 hvor den var på 40 % har været stigende til de nuværende 95 % som også var mødeprocenten i 2003. Efter patient-

klagenævnets opfattelse skyldes denne stigning en omlægning af mødedage og tidspunkter samt hurtigere mødeindkaldelse og længere varsler.

Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjeces "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb" ligger til rådighed i afdelingen, og at det er meningen at den skal udleveres til patienter der udsættes for tvang, men at det var ledelsens opfattelse at dette ikke skete helt så konsekvent som det burde. Ledelsen ville stramme op herpå således at pjecen i fremtiden konsekvent bliver udleveret til patienterne – i hvert fald når de første gang udsættes for tvang.

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

5.13. Vold mod personalet

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det blev oplyst at afdelingsledelsen indberetter episoden til afdelingsledelsen der tager stilling til om episoden skal anmeldes til politiet. Ledelsen oplyste at det efter deres opfattelse er vigtigt at personalet ikke blot accepterer at vold og trusler er en del af arbejdet på psykiatrisk afdeling. Det er ledelsens opfattelse at politiet tager anmeldelser alvorligt, men at sagerne sjældent bliver til mere end anmeldelser fordi det involverede personale af forskellige grunde ikke ønsker at vidne mod patienten.

Dette fremgår også af den tidligere omtalte folder "Sikkerhedsorganisationen". Heri er det også anført at en indstilling/anmeldelse bør indeholde oplysninger om eventuelle vidner til episoden, at vidner angives som havende adresse på afdelingen, og at det er muligt at have en bisidder med under hele forløbet. Folderen indeholder også bl.a. afsnit om alarmberedskab, brug af alarm, forebyggelse af vold, håndtering af vold.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.14. Opbevaring af journaler

Afdelingens patientjournaler befinder sig på kontorerne i de enkelte afsnit. Kontorerne er aflåst når de ikke er bemandet, og det er kun det faste personale der har nøgle til kontorerne.

Afdelingen forventer at indføre elektronisk patientjournal i foråret 2006. Det blev oplyst at der på den somatiske del af universitetshospitalet påbegyndes et pilotprojekt med elektronisk patientjournal i september 2005.

Jeg går ud fra at hvert afsnit opbevarer journalerne for egne patienter, og at det kun er det relevante personale på afdelingen der har adgang (nøgle) til de kontorer hvor journalerne opbevares.

5.15. Handicaptilgængelighed

Afdelingen er som tidligere nævnt indrettet i en etplansbygning – med undtagelse af ambulatoriet. Der er indrettet handicaptoilet og -bad på alle afdelingens afsnit, og der er brede døre og ingen dørtrin. Kørestolsbrugere kan således færdes i afdelingen. Ledelsen oplyste at afdelingen har enkelte kørestolsbrugende patienter.

Uanset at afdelingen ikke er handicapegnet overalt, giver forholdene mig ikke anledning til bemærkninger.

5.16. 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 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:

”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.”

Afdelingen har ikke noget patientråd. Det blev oplyst at der afholdes møder med patienterne i de enkelte afsnit.

Jeg anmoder afdelingen om at sende mig en kopi af de bestemmelser som afdelingen har udfærdiget (eller udfærdiger) i medfør af bestemmelsen i bekendtgørelsens § 1. Medmindre det fremgår af disse bestemmelser, anmoder jeg afdelingen om at oplyse hvor ofte der afholdes møder med patienterne i de enkelte afsnit.

5.17. 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 afdelingen modtaget 10 behandlingsplaner for patienter på afdelingen.

Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.

5.18. Euforiserende stoffer og alkohol

Det fremgår af de enkelte afsnits husordener at alkohol og euforiserende stoffer ikke er tilladt på hospitalets område.

Ledelsen er bekendt med at der i perioder findes euforiserende stoffer mv. på afdelingen, og at det er et problem der optræder hyppigere i dag end for bare 5 år siden. Problemet optræder i bølger og afhænger af hvilke patienter der er indlagt. Det er ledelsens erfaring at patienter medbringer stoffer mv. ved indlæggelsen eller efter ophold udenfor afdelingen, men at stoffer mv. også kan bringes ind på afdelingen af besøgende og gennem vinduerne. På denne baggrund visiteres patienter som tidligere nævnt ved indlæggelsen. Det er ikke ledelsens opfattelse at patienter er økonomisk afhængige af andre patienter, men for at imødegå sådan afhængighed er det i husordenen for afsnit P5 fastsat at det ikke er tilladt at låne eller købe fx cigaretter, tøj eller lignende patienterne imellem.

En af de patienter jeg talte med under inspektionen, oplevede det som ubehageligt at være indlagt sammen med medpatienter der var misbrugere hvad enten det var af alkohol, narkotika eller andet. Det var den pågældendes opfattelse at misbrug giver en dårlig stemning på et afsnit, og at det er ubehageligt at få narkotika tilbudt.

Som jeg talte med den pågældende om under samtalen, er dette formentligt et uløseligt problem da der er mange misbrugere med psykiatriske problemer.

Ledelsen er som nævnt ikke ubekendt med problemet. Afdelingen accepterer ikke misbrug under indlæggelse og forsøger at holde et eventuelt misbrug nede, men erkender at problemet findes. Ledelsen pegede udover ovennævnte på at misbrug for så vidt også er behandlingskrævende.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg henviser til pkt. 5.7. ovenfor vedrørende visitation mv.

5.19. Rekruttering af personale

Afdelingen har ikke problemer med rekruttering af plejepersonale og øvrigt tværfagligt personale. Alle ledige stillinger besættes med faguddannet personale. Det blev oplyst at der kan være vanskeligt at besætte en vagtstilling, men at der ikke er ubesatte stillinger. For så vidt angår lægerne, oplever afdelingen de samme problemer som mange andre steder i landet. Der er således ubesatte stillinger, især mangler afdelingen yngre læger og forventer at dette forværres inden for det nærmeste 1½ år. Afdelingen forsøger at afhjælpe manglen ved at rekruttere udenlandske læger. På tidspunktet for inspektionen havde afdelingen således fx en russisk læge ansat, men afdelingen har også læger fra andre lande ansat. Afdelingen er opmærksom på de problemer der kan opstå som følge af kulturforskelle og sprogbarrierer.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Afdelingen oplyste at der ikke er særlige problemer med sygefravær på afdelingen. Jeg forstod af det gennemsnitlige sygefravær ligger under 5 %, og at afdelingen har oplevet en faldende tendens gennem de seneste par år.

Afdelingen fungerer som klinisk uddannelsessted for medicinstuderende, sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistentelever, ergoterapeutstuderende, mv. og varetager videre- og efteruddannelse af læger og sygeplejersker.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-37 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 og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, stk. 1, 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 omhandlede tilfælde af beskyttelsesfiksering og de i §§ 38-39 omhandlede tilfælde 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. bekendtgørelsen § 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligesom indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholder oplysninger om patientens navn og cpr-nr. 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 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 indberette elektronisk til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det af sundhedsstyrelsen udarbejdede elektroniske indberetningsprogram. Indberetning af tvangsforanstaltninger der er iværksat inden påbegyndelsen af den elektroniske indberetning, skal som hidtil ske på papirkemaer. Når en afdeling har påbegyndt elektronisk indberetning, er det ikke muligt at gå tilbage til indberetning på papirkemaer.

Med ikrafttrædelse af vejledningen – og tvangsbekendtgørelsen – den 1. januar 2005 er det således blevet 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 fem 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 foreløbigt indberettes på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede blanket.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang for den pågældende afdeling til at læse alle indtastede oplysninger og disse oplysninger, kan printes 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 personalets navn eller initialer, 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 personalets navn eller initialer, jf. også ovenfor. Når blanketten ud-

skrives, 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 i tvangsbekendtgørelsen nævnte oplysninger skal tilføres tvangsprotokollerne, mens andre relevante oplysninger for patientbehandlingen skal fremgå af patientjournalen.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorledes afdelingens procedure for registrering af tvangsanvendelse og indberetning til Sundhedsstyrelsen er, herunder hvorvidt afdelingen fortsat umiddelbart anvender de tidligere papirskemaer der herefter indtastes i sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem, og om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen er sket. Jeg er opmærksom på at der på langt hovedparten af de modtagne skemaer er sat "flueben" ved de forskellige oplysningsfelter, og at dette tyder på at oplysningerne efter noteringen på skemaet har været anvendt – antageligt i forbindelse med en elektronisk registrering/indberetning. Jeg er samtidig opmærksom på at der på de to modtagne skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering udtrykkeligt er anført at foranstaltningerne er registreret elektronisk ("reg. elektronisk").

Jeg beder samtidig afdelingen om – til illustration/orientering – at sende mig en kopi af en udfyldt og udprintet udgave af hver af de fem elektroniske blanketter samt skema til indberetning af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse.

De skemaer jeg har modtaget, er alle kopier af de tidligere papirskemaer, men da de oplysninger der skal tilføres til tvangsprotokollen, fremgår af tvangsbekendtgørelsen har jeg valgt at gennemgå det modtagne materiale uden at afvente afdelingens oplysninger om proceduren for den elektroniske indberetning.

Jeg går (foreløbig) ud fra at afdelingen anvender de tidligere papirskemaer, og at det er oplysningerne fra disse skemaer der (efterfølgende) indtastes i det elektroniske system.

Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger 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

Jeg har modtaget i alt 15 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, heraf 11 vedrørende tvangsindlæggelse, samtidig omfattende 6 tilførsler om tvangstilbageholdelse, og 4 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse – med eller uden forudgående tvangsindlæggelse (som vil fremgå af andre (papir)skemaer). Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 1. oktober 2004 til den 28. marts 2005. 5 tilførsler (skemaer) vedrører frihedsberøvelser iværksat i 2004, men der er i disse tilfælde sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om et fortsat skema, så de registreringer der er foretaget på disse skemaer er foretaget i 2005 (efterprøvelse, ophør mv.).

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema/blanket 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det ved afkrydsning (markering) 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.

Dette er sket i alle 15 tilfælde. 11 frihedsberøvelser er begyndt som tvangsindlæggelse og 4 er begyndt som tvangstilbageholdelse.

Efter sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (ovennævnte bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger). Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

Der er i alle tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5).

I 7 af de 11 tilfælde af tvangsendlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsendlæggelsen er sket af helbredsmæssige grunde og i 4 tilfælde på grund af farlighed. I 3 af de 4 tilfælde hvor frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket af helbredsmæssige grunde og i et tilfælde på grund af farlighed.

Tvangsendlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. 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 tvangsendlæggelse 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 tvangsendlæggelser (tvangsendlæggelsesbekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsendlæggelsesbekendtgørelsen 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 de modtagne skemaer – og i den elektroniske blanket.

I alle 15 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 5 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen. I 4 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen, og i 3 tilfælde har overlægen taget stilling 2 dage efter iværksættelsen. I 2 tilfælde har overlægen taget stilling 3 dage efter iværksættelsen, og i det sidste tilfælde ligger overlægens stillingtagen 12 dage efter iværksættelsen.

I de 6 tilfælde hvor overlægens stillingtagen er angivet som senere end dagen efter iværksættelsen vedrører de 5 frihedsberøvelser iværksat i en weekend (fredag-søndag) hvor overlægen har taget stilling den følgende mandag. Det sidste tilfælde hvor overlægens stillingtagen ligger 12 dage efter iværksættelsen, vedrører en tvangstilbageholdelse den 17. marts 2005 hvor overlægen tog stilling den 29. marts 2005 (efter påske). Overlægen tog samme dag stilling til de obligatoriske efterprøvelser efter 3 og 10 dage – se herom nedenfor.

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.

Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende de konkrete tilfælde hvor der er gået 1-3 dage fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen, men for god ordens skyld beder jeg dog afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen.

Det er efter min opfattelse beklageligt at der i det sidste tilfælde gik 12 dage før overlægen tog stilling til tvangstilbageholdelsen. Jeg beder afdelingen om en udtalelse om baggrunden herfor. Jeg henviser i øvrigt til min anmodning nedenfor vedrørende den obligatoriske efterprøvelse.

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 (Sikringsafdelingen) 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 rubrikken "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

Det fremgik af sundhedsstyrelsens tidligere vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis frihedsberøvelsen fortsatte ind i det næste kvartal. Det gjaldt dog ikke tidligere efterprøvelser.

I alle tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det i skemaerne angivne sket (senest) på det i loven angivne tidspunkt.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de i loven angivne tidspunkter, henviser jeg til dommen i UfR 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 foretaget notat om den foretagne efterprøvelse.

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

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde på nær 2 angivet som samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter. I de 2 tilfælde er datoen angivet til henholdsvis 2 dage og 9 dage efter. Der er tale om den ovenfor omtalte tvangstilbageholdelse iværksat den 17. marts 2005 hvor datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelserne på 3. og 10. dagen er angivet som værende sket den samme dag (den 29. marts 2005 – efter påske) og samme dato som overlægens stillingtagen til iværksættelsen af tvangstilbageholdelsen.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om dette tilfælde, herunder om baggrunden for at overlægen tog stilling til iværksættelsen og de to efterprøvelser den samme dag.

I alle tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. Datoen for overlægens stillingtagen er i alle tilfælde undtagen ét angivet som ophørsdagen. I det sidste tilfælde er rubrikken til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen ikke udfyldt (en tvangsindlæggelse den 7. januar 2005 som ophørte den 27. januar 2005).

Jeg er ikke bekendt med om der i den elektroniske blanket findes et felt til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

Jeg foretager mig ikke noget i det konkrete tilfælde, men for god ordens skyld beder jeg dog afdelingen om at oplyse nærmere herom, herunder om afdelingens praksis i forbindelse med indhentelse af overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 4 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling hvoraf 2 skemaer vedrører den samme patient og den samme beslutning om tvangsbehandling. Tilførslerne (skemaerne) vedrører alle beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 29. november 2004 til den 8. december 2004, men der er i alle tilfælde sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om et fortsat skema – så de registreringer der er foretaget på de modtagne skemaer, er foretaget i 2005 (i et enkelt tilfælde er det alene udskrivelsesdatoen der er i 2005).

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

Ifølge sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema/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.

Hvert af de modtagne skemaer vedrører kun én tvangsform. Der er tale om 4 tilfælde af medicinering, hvoraf de 2 som nævnt vedrører den samme beslutning om tvangsbehandling af den samme patient.

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 tvangsbe-

handling 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 og for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde, og datoen for overlægens stillingtagen er på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen. I alle tilfælde er navnet på den ordinerende overlæge også angivet.

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).

Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde.

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.

Indholdet af tvangsbehandlingen er angivet i alle tilfælde. I alle tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (medicinering) angivet med to subsidiære indgivelsesmåder, således at ordineringen lyder på tabletter-subsidiært injektion.

Således som skemaerne er udfyldt, går jeg ud fra at injektion kun skal gives hvis patienten nægter at tage tabletter fx fordi patienten ikke vil samarbejde, og jeg går ud fra at de behandlende læger er ikke er i tvivl om at det skal forstås på denne måde. Jeg går således ud fra at afdelingen altid anvender mindste-middel-princippet (også) ved tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt den pågældende patient i de tilfælde der er angivet på de to skemaer, modtog medicinen per oral eller som injektion de gange hvor medicinen ifølge skemaerne blev givet.

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 udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.

Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin 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 tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

På denne baggrund har jeg i min rapport af 31. maj 2005 vedrørende min inspektion af psykiatrisk afdeling på Hvidovre Hospital henstillet til afdelingen at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyl-

delsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først.

Jeg har noteret mig at afdelingen ved angivelse af ordinationsmåden i skemaerne anfører at anvendelse af injektion skal ske "subsidiært", og jeg foretager mig derfor ikke videre vedrørende spørgsmålet om ordinationsformen. Jeg går dog ud fra at afdelingen vil overveje at fastsætte retningslinjer herfor – såfremt dette ikke allerede er sket - således at der ikke senere opstår tvivl herom.

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

I de 4 modtagne skemaer er angivet "nødvendig fastholden" i rubrikken om tilladt magtanvendelse.

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

Navnet på den tilstedeværende læge er angivet i alle tilfælde hvor der er angivet dato for tvangsbehandlingen.

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 på 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 en dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2, og at en beslutning om tvangsbehandling der aldrig iværksættes, skal annulleres.

I 2 tilfælde er der ikke sket notering af at tvangsmedicineringen har fundet sted. Det drejer sig om beslutning om tvangsbehandling af 29. november 2004 (der er ophørt den 30. december 2004) og beslutning om tvangsbehandling af 8. december 2004 (der er ophørt den 7. januar 2005). I disse 2 tilfælde er datoen for ophør noteret som henholdsvis 31 og 30 dage efter datoen for beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling.

Jeg går ud fra at det i de 2 førstnævnte tilfælde ikke har været nødvendigt at anvende tvang efter at beslutningen om tvangsbehandling blev taget. Jeg bemærker dog at jeg går ud fra at afdelingen er opmærksom på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffet beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at afdelingen i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.

De 2 skemaer som vedrører samme patient (hvor af det ene er en fortsættelse af det andet) er der (på det fortsatte skema) foretaget overstregning af handlingerne foretaget fra den 19. marts til den 31. marts 2005.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse årsagen til at der er foretaget overstregning af de anførte handlinger.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Det er anført i 2 af de 4 tilfælde.

Jeg går ud fra at der ikke ved overgangen til det nye kvartal (april 2005) er truffet beslutning om ophør af tvangsbehandlingen, men at (eventuelle) tilførsler til tvangsprotokollen fortsætter på et nyt (papir)-skema.

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

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol – skema 3. Jeg modtog i alt 15 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Hvert af de modtagne (papir-)skemaer har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De 15 modtagne skemaer omhandler i alt 31 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 10 tilfælde af anvendelse af bælte, 7 tilfælde af anvendelse af remme, 3 tilfælde af fastholdelse og 11 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin. Heraf er der 10 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og/eller indgivelse af beroligende medicin.

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dåraflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en "bullit" i "Bælte".

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1 fremgår det i, 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.

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 dø-raflåsning 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 de 7 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen blev truffet i 3 tilfælde, dagen efter i 2 tilfælde, og i de sidste 2 tilfælde har overlægen taget stilling 3 dage efter beslutningen blev truffet. Navn på den ordinerende læge er angivet, så jeg går ud fra at denne læge traf beslutningen i overlægens fravær, og at overlægen senere tog stilling til beslutningen. I de 2 sidstnævnte tilfælde tog overlægen stilling til anvendelsen af remmene henholdsvis samme dag som anvendelsen ophørte og 2 dage efter ophøret.

Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til min anmodning ovenfor under punkt 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.

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.

I alle tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet i tilfælde af tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin (i 5 tilfælde ved angivelse af initialer). For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, er navnet (i 7 tilfælde ved initialer) på den tilstedeværende læge (tillige) angivet i alle tilfælde. I alle tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

Jeg går ud fra at personalets initialer og fornavne er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har deltaget i tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I alle tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet, de fleste gange alene ved fornavn. I flere tilfælde er der i rubrikken til angivelse af navnene på det tilstedeværende personale – ud over navne – angivet betegnelser for afdelingens afsnit fx P3 eller P5.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt dette skal forstås således at det involverende personale kommer fra den eller de angivne afsnit, eller om der er tale om at yderligere personale fra de anførte afsnit har deltaget i tvangsfikseringen eller anvendelsen af fysisk magt.

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

Det er i ét tilfælde noteret at fikseringen var frivillig. Der er noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

Det blev – som anført ovenfor under punkt 5.2. – under inspektionen oplyst at enkelte patienter af trykshedsgrunde selv beder om at blive fikseret. Ledelsen oplyste at der foreligger en instruks på afdelingen om at sådanne frivillige fikseringer kan benyttes, men kun så længe patienten selv ønsker det. Når patienten beder om det, skal fikseringen umiddelbart bringes til ophør.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse om praksis med hensyn til at imødekomme anmodninger om frivillig fiksering. Vedrørende instruks henviser jeg til min anmodning herom ovenfor under punkt 5.2.

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 ledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsendgribets 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 i tvangsprotokollen ske tilførsel af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til afkrydsning (markering) heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand eller frivillig bæltefiksering.

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.

Der er i alle tilfælde sket afkrydsning af rubrikkerne for tvangsindgrebets art samt for indgrebets begrundelse. Der er kun afkrydset en begrundelse for hvert indgreb.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4 og 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 fastholden og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde af fiksering og i 2 tilfælde af fastholdelse og ét tilfælde af beroligende medicin er ophørstidspunkt angivet.

I 10 tilfælde vedrørende beroligende medicin er der alene angivet et iværksættelsestidspunkt og tilsvarende i ét tilfælde af fastholdelse.

I den foreløbige rapport anførte jeg herefter at jeg ikke foretog noget vedrørende disse 11 tilfælde hvor der ikke er anført ophørstidspunkt, men angav at jeg gik ud fra at afdelingen er opmærksom på at dette skal angives i den elektroniske indberetning.

Hertil har afdelingen i brev af 28. juli 2005 anført at det ikke er muligt at angive ophørstidspunkt i den elektroniske indberetning.

Det fremgår af tvangsbekendtgørelsens §§ 35 og 36 (nr. 4) at tidspunktet for indgrebs iværksættelse og ophør skal anføres i tvangsprotokollen. Dette gælder tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

I Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 er det – vedrørende blanket 3 Fiksering og fysisk magtanvendelse – angivet at tidspunktet for iværksættelse og ophør skal angives med dato og klokkeslæt. I sundhedsstyrelsen tidligere vejledning (af 20. december 2002) var der herefter en tilføjelse om at der alene skulle angives iværksættelsestidspunkt når det drejede sig om fysisk magtanvendelse og beroligende medicin. Denne tilføjelse er ikke medtaget i den gældende vejledning (elle bekendtgørelse).

Jeg forstår det af afdelingen oplyste således at der ikke i den elektroniske blanket kan ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, men også for så vidt angår fastholdelse.

Jeg beder Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse er korrekt.

Jeg foretager mig ikke noget mere i de konkrete tilfælde.

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4. Jeg har modtaget 2 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering ordineret henholdsvis den 19. januar 2005 (stofbælte eller lignende) og den 20. januar 2005 (skridtsele i stol). Det er som anført ovenfor på disse 2 skemaer udtrykkeligt anført at foranstaltningerne er registreret elektronisk.

Det er på begge (papir-)skemaer afkrydset at det drejer sig om det første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning.

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 el.lign., aflåsning af yderdør eller andet.

Dette er sket i begge tilfælde.

Det enkelte skema/blanket 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 lignende eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives. Jeg

er ikke bekendt med hvorvidt der er et felt til angivelse heraf i den elektroniske blanket.

Begge skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse.

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

Dette er sket i begge tilfælde.

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. Ifølge brugervejledningen er disse to felter "fritekstfelter" hvori der kan skrives efter behov (max 100 karakterer).

Dette er sket i begge tilfælde.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 37, nr. 6.

Ifølge skemaet vedrørende ordinationen af 19. januar 2005 om anvendelse af stofbælte eller lignende fremgår det at anvendelsen ophørte to dage efter at anvendelsen blev besluttet.

Ifølge skemaet vedrørende ordinationen af 20. januar 2005 om anvendelse af skridtsele i stol skete vurderingen efter tre dage den 24. januar 2005, dvs. en dag for sent.

Beslutningen blev igen vurderet på 10. dagen, og der blev på 18. dagen truffet beslutning om ophør.

Det er beklageligt at efterprøvelsen efter 3 dage skete en dag for sent.

Både (papir-)skemaerne og den elektroniske blanket indeholder et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

Skemaerne er, som det fremgår, begge påført ophørsdato.

7. Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt afdelingsledelsen om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Fyns Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.

8. Underretning

Denne endelige rapport sendes til Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling, Fyns Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter. Jeg har, som nævnt, desuden sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet en kopi af denne rapport.



Lennart Frandsen
Inspektionschef