

Den 30. august 2005 afgav jeg min endelige rapport om min inspektion den 20. april 2005 af Psykiatrisk Afdeling P, Universitetsafdeling Odense.

I rapporten anmodede jeg om udtalelser og oplysninger vedrørende bestemte forhold.

Psykiatrisk Afdeling P har fremsendt udtalelse af 13. januar 2006 med bilag til Fyns Amt, Psykiatriaafdelingen, hvorfra jeg med brev af 17. januar 2006 modtog en samlet besvarelse.

Fyns Amt, Psykiatriaafdelingen, har i brevet af 17. januar 2006 ikke anført yderligere bemærkninger til besvarelsen udarbejdet af Psykiatrisk Afdeling P. Jeg går således ud fra at Fyns Amt i det hele kan henholde sig til det som afdelingen har oplyst.

Jeg har endvidere fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet med e-mail modtaget brev af 2. marts 2006 med bemærkninger til et enkelt punkt i rapporten.

Jeg skal herefter udtale følgende:

Ad punkt 3.2.1. Sengestuer

I lighed med mine bemærkninger under inspektionen, bemærkede jeg i den endelige rapport at hospitalssengene og særlig deres placering midt i stuerne efter min opfattelse giver sengestuerne et meget hospitalspræget indtryk. 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 sen-

getæpper på sengene. Jeg bad afdelingen overveje hvorledes sengestuerne i forbindelse med en igangværende ombygning – i takt med at de ombyggede afsnit tages i brug – kunne indrettes, så de fik en venligere atmosfære. Jeg bad afdelingen om at underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Herom har afdelingen i sin udtalelse af 13. januar 2006 anført følgende:

”Psykiatrisk afdeling P bærer præg af at være en akutafdeling, der behandler svært psykisk syge mennesker, men samtidig er der på de enkelte afsnit en kort gennemsnitlig liggetid. De mange og skiftende patienter er medvirkende til, at sengestuerne får et hospitalspræg.

I forbindelse med den igangværende ombygning, arbejdes på at gøre fællesarealer og sengestuer mere imødekommende ved en ny indretning, opmaling af lokaler, nye gardiner og opslagstavler, som kan benyttes individuelt. Moderne kunstnerisk udsmykning i form af foto og plakater inddrages i byggesagen.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad 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.

Afdelingen har oplyst at samtlige indlagte patienter ved afslutning af byggesagen ultimo 2007 vil have enestue.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.2.2. Fælleslokaler

Jeg udtalte at standarden på opholdsstuenes indretning er meget varierende. Nogle opholdsstuer er mere hyggelige end andre. Jeg bad derfor afdelingen observere forskellene og overveje hvorledes de mindst hyggelige opholdsstuer

kunne indrettes bedre således at dette kan ske senest samtidig med ibrugtagningen efter ombygningen.

Afdelingen har i udtalelsen af 13. januar 2006 anført at nogle af opholdsstuerne i de akutte afsnit fremstår meget nedslidte hvilket er præget af den meget forskellige funktion – og dermed ”plejetyngde” – som afsnittene har. Afdelingen har bl.a. påbegyndt en ompolstring af alle møbler i alle sengeafsnit. Herudover vil gardiner blive udskiftet til et mere moderne design. Det er afdelingens opfattelse at byggesagen også i øvrigt vil påvirke alle afsnit i en positiv retning.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg udtalte at der på inspektionstidspunktet flere steder var meget synlige kalkaflejringer på gulvene i de fælles baderum. I det det også af § 71-tilsynets rapport fremgik at der på vægge og gulve var mange meget synlige kalkaflejringer, og at rummene hverken syntes særlig godt vedligeholdt eller særlig grundigt rengjort, bad jeg afdelingen oplyse hvilke tiltag afdelingen tog i anledning af § 71-tilsynets bemærkninger.

Afdelingen har i udtalelsen af 13. januar 2006 oplyst at der er rettet henvendelse til Rengøringsafdelingen med henblik på at få afhjulpet problemet med de konstaterede kalkaflejringer. Rengøringsafdelingen vil i forbindelse med hovedrengøring foretage det nødvendige.

Jeg har noteret mig at problemerne med kalkaflejringer vil blive løst og foretager derfor ikke videre vedrørende dette spørgsmål.

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

Jeg bad afdelingen oplyse hvorvidt det forekommer at det skærmede afsnit på P8 er aflåst mens den øvrige del af afsnittet fungerer som åbent afsnit. Såfremt det er tilfældet, bad jeg afdelingen oplyse hvorledes en sådan døraflåsning registreres.

Afdelingen har hertil anført følgende:

”Da det nuværende sengeafsnit P8 blev indrettet i 2000, var der tale om en midlertidig placering og foranstaltning med en minisektion med 4 lukkede sengepladser. Det har i midlertidigt vist sig uhenigtsmæssigt med de små og ringe fysiske forhold i den lille lukkede enhed, hvorfor vi [afdelingen; min bemærkning] ikke benytter den enhed som lukket afsnit. Yderdøren til P8 låses heller ikke, men ved anvendelse af tvang, foregår det alene ved anvendelse af ulåste døre og fast vagt. Afsnittet er imidlertid flyttet til nye lokaler, i september 2005, og vilkårene for patienter i de 4 lukkede sengepladser er væsentligt forbedret, idet disse separat kan aflåses/skærmes fra det øvrige afsnit. Det er imidlertid fortsat sådan, at afsnittets yderdør ikke aflåses.”

Jeg forstår det oplyste sådan at de 4 lukkede sengepladser aflåses fra det øvrige afsnit når dette er nødvendigt. Jeg beder derfor igen afdelingen oplyse hvorledes en sådan døraflåsning registreres. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger i den endelige rapport vedrørende begrebet ”afdeling” i psykiatriloven og etablering af en lille (sær)afdeling (skærmet afsnit) (punkt 5.2.).

Som anført i rapporten beder enkelte patienter af tryghedsgrunde selv 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 giver udtryk for ønsket herom, skal fikseringen umiddelbart bringes til ophør.

Jeg bad afdelingen om at sende mig en kopi af denne instruks.

I denne forbindelse har afdelingen oplyst at det fremgår af afdelingens vagtinstruks fra maj 2005, side 111, at ”Skemaet (tvangsprotokolskema nr. 3) giver mulighed for registrering af ’frivillig bæltefiksering’ ved patienter, der af trykshedsgrunde selv beder om at dette. En sådan fiksering skal afbrydes når patienten anmoder om dette.”

Jeg har modtaget et eksemplar af afdelingens vagtinstruks.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Som anført i rapporten oplyste ledelsen under inspektionen at patienterne altid modtages af en læge ved indlæggelsen. Det fremgår videre 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 bad afdelingen oplyse hvordan denne (videre) vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2, finder sted.

I udtalelsen af 13. januar 2006 har afdelingen herom oplyst følgende:

”Frivilligt indlagte patienter modtages i psykiatrisk skadestue, hvor der optages journal af læge før indlæggelse. Tvangsindlagte patienter modtages direkte i lukket afsnit, hvor de modtages af læge. Alle indlagte patienter har således samtale med læge i umiddelbar tilknytning til indlæggelsen, hvor denne vejledning gives under hensyntagen til patientens tilstand og den lejlighedsvis anspændte situation.

Alle patienter ”gennemgås”, (journal og observationer fra det forudgående døgn gennemgås, og der finder ny samtale sted), ved stuegang dagen efter, hvor der yderligere informeres under hensyntagen til patientens tilstand.

Ved gennemgang dagen efter eller senest første hverdag efter indlæggelse, udfærdiges behandlingsplan efter gældende retningslinjer, hvor der systematisk tages stilling til bl.a. diagnose, udredning og behandling. I den udstrækning patientens tilstand tillader det, udarbejdes behandlingsplan sammen med patienten, der tilbydes kopi af denne.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Jeg bemærkede i min endelige rapport at jeg gik 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.

Hertil har afdelingen oplyst at det (naturligvis) er muligt at skifte kontaktperson i tilfælde af at alliancen mellem patient og kontaktperson er utilfredsstillende. Der tages dog også hensyn til om det er fagligt og behandlingsmæssigt hensigtsmæssigt at skifte kontaktperson.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

I den endelige rapport opretholdt jeg den anbefaling jeg var kommet med under inspektionen om at afdelingen udfærdiger skriftlige regler vedrørende de begrænsninger der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen og som ikke er bestemt af psykiatriloven. Ledelsen havde under inspektionen erklæret sig enig i at der burde være sådanne regler og oplyst at ville overveje spørgsmålet nærmere. Jeg bad afdelingen om at underrette mig om hvad overvejelserne har resulteret i.

Herom har afdelingen oplyst at afdelingen efterfølgende har rekvireret gældende instruks af januar 2004 fra Psykiatrisk afdeling, Horsens Sygehus, vedrø-

rende de begrænsninger der ikke er bestemt af psykiatriloven. Afdelingen har herefter holdt et møde med de involverede afsnit hvor det med udgangspunkt i denne instruks blev diskuteret hvilke lokale forhold der tilsiger ændringer i forhold til denne. Afdelingen har oplyst at en lokal instruks er under udarbejdelse og at denne påregnes at foreligge i løbet af få måneder. Det er afdelingens forventning at der kun vil blive tale om mindre justeringer i forhold til instruksen fra Horsens.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg beder afdelingen sende mig en kopi af instruksen når denne foreligger.

I fortsættelse af det anførte i den endelige rapport, bemærker jeg at der i et vist omfang er taget højde for sådanne indgreb i arbejdet med revisionen af psykiatriloven. Det fremsatte lovforslag til ændring af psykiatriloven (lovforslag nr. 140 af 25. januar 2006) indeholder således i § 1, nr. 5, følgende bestemmelse til indsættelse efter bestemmelsen i den gældende lovs § 2:

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

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

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

I bemærkningerne til forslaget er der om denne bestemmelse bl.a. anført følgende:

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

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

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

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

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

Ad punkt 5.9. Forplejning

Som det fremgår af den endelige rapport, har afdelingen et verserende projekt (”Kost og motion”) hvori der deltager diætister, og hvor der er fokus på motion og kost. Jeg bad afdelingen oplyse nærmere om projektet.

I den forbindelse har afdelingen som bilag til udtalelsen af 13. januar 2006 vedlagt et eksemplar af folderen ”Forebyggelse af vægtøgning hos skizofrene patienter i antipsykotisk behandling – en vejledning for behandlere” og hæftet ”Livsstilsændringer for overvægtige”. Herudover har jeg modtaget kopi af en artikel fra Lægemagasinet (nr. 5, 2002) med overskriften ”Vægtøgning hos skizofrene patienter behandlet med antipsykotika” og en kopi af checkliste som bruges ved kostsamtaler i forbindelse med kostprojektet.

Jeg har læst materialet med interesse. Jeg foretager ikke mere vedrørende forplejningen.

Ad punkt 5.16. Patientindflydelse

Jeg anmodede afdelingen om at sende mig en kopi af de bestemmelser som afdelingen havde udfærdiget eller ville udfærdige i medfør af § 1 i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Medmindre det fremgår af disse bestemmelser, anmodede jeg afdelingen om at oplyse hvor ofte der afholdes møder med patienterne i de enkelte afsnit.

Herom har afdelingen anført følgende:

”I Psykiatrisk afdeling P lægger vi meget vægt på alliancen med patienterne i behandlingen. Vi har således påbegyndt et stort anlagt Allianceprojekt, hvor patientforløbet for skizofrene patienter følges nøje, således at bestemte standarder skal opnås. Som led i dette, er der nedsat en auditgruppe bestående af medarbejdere fra afdeling P og fra socialpsykiatrien uden for sygehuset. I denne alliancegruppen deltager 4 patienter, 3 pårørende samt 3 repræsentanter for patientorganisationer. Gruppen mødes jævnligt og diskuterer patientforløb og overholdelse af de fastlagte standarder.

Beskrivelse af allianceprojektet med beskrevne brugersynsvinkler vedlægges.”

Udtalelsen er vedlagt ”Alliance Nyt”, marts 2005, nr. 1.

Det beskrevne Allianceprojekt kan efter min opfattelse ikke gøre det ud for bestemmelser om patienternes indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på afdelingen under indlæggelse, jf. bekendtgørelsens § 1. Jeg henviser herved bl.a. til at projektet efter sit indhold alene vedrører skizofrene patienter og at der med ”generelle forhold” i bestemmelsen også sigtes til mere dagligdags forhold end behandlingsforløb og samarbejdet med socialpsykiatrien. På denne baggrund går jeg ud fra at afdelingen udfærdiger bestemmelser i medfør af bekendtgørelsens § 1.

Jeg er opmærksom på at bekendtgørelsen vil bortfalde hvis det fremsatte lovforslag til ændring af psykiatriloven vedtages (se ovenfor punkt 5.7.).

Idet afdelingen ikke har oplyst hvor ofte der holdes møder med patienterne i de enkelte afsnit, gentager jeg min anmodning herom.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Jeg bad 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 var 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 var samtidig opmærksom på at der på de to modtagne skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering udtrykkeligt er anført at foranstaltningerne er registreret elektronisk (”reg. elektronisk”).

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

Hertil har afdelingen i udtalelsen anført følgende:

”Afdelingen anvender fortsat papirskemaer til den umiddelbare registrering ved tvangsanvendelse. Oplysningerne fra papirskemaerne indberettes til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem senest 10 dage herefter, og ved et ’flueben’ markeres det, at overførslen til det elektroniske system er foretaget.”

Afdelingens udtalelse var vedlagt (anonymiserede) udskrifter af de elektroniske skemaer 1-4. Afdelingen har samtidig oplyst at afdelingen ikke anvender personlige alarmer, pejlesystemer og særlige dørlåse.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg bad for god ordens skyld afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen.

Om indhentelse af overlægens stillingtagen har afdelingen bl.a. anført følgende:

”Praksis i afdelingen er, at disse ’sanktioner’ udføres på første hverdag efter den pågældende beslutning, således at det længst tænkelige tidsrum fra beslutning til sanktionering er i forbindelse med en påske.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg udtalte endvidere at det efter min opfattelse er beklageligt at der i et tilfælde (vedrørende en tvangstilbageholdelse den 17. marts 2005 (efter påske)) gik 12 dage før overlægen tog stilling til tvangstilbageholdelsen. Jeg bad afdelingen om en udtalelse om baggrunden herfor. Jeg bad om en tilsvarende udtalelse i dette tilfælde for så vidt angik det forhold at datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelserne på 3. og 10. dagen var anført som værende sket samme dag og samme dag som overlægens stillingtagen til tvangstilbageholdelsen.

Afdelingen har i sin udtalelse beklaget at der i den konkrete sag gik 12 dage mellem tvangstilbageholdelse og overlægevurdering, og anført at dette ikke er i overensstemmelse med afdelingens praksis.

Afdelingen oplyser videre at det således også er journalført under revurderingen foretaget af overlægen den 29. marts 2005 at ”det bemærkes i øvrigt, at der ved fejltagelse ikke er foretaget overlægesanktionering af hverken tvangstilbageholdelse eller 3. dagsvurdering, hvilket altså gøres d.d.” Afdelingen har i øvrigt beskrevet patienten og forløbet i forbindelse med tvangstilbageholdelsen nærmere.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

For god ordens skyld bad jeg afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis i forbindelse med indhentelse af overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

Afdelingen har ikke i udtalelsen af 13. januar 2006 besvaret dette særskilt.

Uanset at afdelingen ikke særskilt har besvaret denne anmodning, går jeg (dog) ud fra at afdelingens praksis vedrørende dette forhold svarer til den praksis afdelingen har beskrevet ovenfor vedrørende indhentelse af overlægens stillingtagen. Jeg foretager ikke videre vedrørende dette forhold.

Ad punkt 6.2. Tvangsbehandling

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

cinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion.

Jeg bad 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.

Afdelingen oplyser at den pågældende patient én gang modtog tvangsbehandlingen i form af injektion mens patienten i de øvrige tilfælde modtog behandlingen som tabletter. Afdelingen har i udtalelsen beskrevet behandlingsforløbet nærmere.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg noterede mig at afdelingen ved angivelse af ordinationsmåden i skemaerne anfører at anvendelse af injektion skal ske ”subsidiært”, og jeg anførte at jeg derfor ikke foretog videre vedrørende spørgsmålet om ordinationsformen. Jeg gik dog ud fra at afdelingen vil overveje at fastsætte retningslinjer om udfyldelse af tvangsprotokollen – såfremt dette ikke allerede er sket – således at der ikke senere opstår tvivl herom.

Hertil har afdelingen anført følgende:

”Afdelingen har anset formuleringen ’subsidiært’ for entydig, altså det, ’der træder i stedet for’ det principale, her den mindre indgribende foranstaltning eller det mindste middel. Desuden anses problemstillingen omkring det mindste middels princip for at være så velkendt og indarbejdet på afdelingen, at vi til nu ikke har fundet det nødvendigt med særskilte retningslinjer.

Vi vil dog tage Ombudsmandsinstitutionens opfordring til efterretning, og indføre konkrete retningslinjer i afdelingens vagtinstruks, hvor det mindste middels princip i forvejen er gennemgået på s. 85-86.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg anmodede endvidere afdelingen om at oplyse årsagen til at der (på det fortsatte skema) var foretaget overstregning af de anførte behandlinger.

Afdelingen har oplyst at den pågældende patient fra den 8. december 2004 til den 9. juni 2005 kontinuerligt var omfattet af beslutning af tvangsbehandling. Patienten blev den 1. april 2005 overflyttet til åbent afsnit og havde fast udgang i aftentimerne. Patienten var således ikke til stede på tidspunktet for aftenstuegang. Samtidig havde patienten givet udtryk for ikke at ville have medicinen om formiddagen grundet en sløvende effekt. Patienten havde derfor i en periode fået medicin omfattet af beslutning om tvangsbehandling uden at der var læge tilstede. Da den lægelige underskrift på tvangsprotokollen fejlagtigt indikerer at der havde været læge tilstede, er denne efterfølgende overstreget.

Afdelingen har videre anført følgende:

”Det drejer sig om en problemstilling, vi ikke har nogen klar praksis omkring eller svar på. Det fremgår af psykiatriloven, at der skal være læge til stede ved tvangsbehandling, men det forekommer ikke rimeligt, at dette skal medføre ulempe for patienten ved at behandling så kun kan foregå på bestemte tidspunkter. Samtidig er det ikke praktisk muligt at sikre tilstedeværelse af læge på et hvilket som helst tidspunkt, der kunne passe patienten. Ud fra en betragtning om at tvangen skal være så skånsom som mulig, har vi i det konkrete tilfælde valgt, at fravige bestemmelsen om læges tilstedeværelse. De fremgår dog af journal og kardex, at behandlingen i perioden er opretholdt.”

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går ud fra at afdelingen har vurderet at der var behov for at opretholde beslutningen om tvangsbehandling. Jeg har ikke fundet grundlag for at udtale mig om fraværet af en læge under medicineringen.

Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

Jeg bad afdelingen oplyse hvorvidt dette skulle forstås således at det involverende personale kommer fra det 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.

Herom har afdelingen anført følgende:

”Afdelingens rutine er, at det involverede personale fra tilkaldende afsnit anføres med navn, herunder eventuelt kun med fornavn, hvis dette er tilstrækkeligt for at sikre identificering. Det er dette personale, der sammen med læge styrer selve fikseringssituationen. Eventuelt tilkaldt personale fra andre afsnit, der har en assisterende rolle, figurerer ofte kun ved angivelse af det afsnit, de kommer fra. Dette bemærkes, at der ved alarmering kan være 10-15 personer samlet, og at alle navne således ikke kan anføres på tvangsprotokolskemaet.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad med henvisning til psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. pkt., 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 tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Afdelingen er ikke i udtalelsen af 13. januar 2006 fremkommet med en sådan redegørelse.

Jeg gentager derfor min anmodning.

Om ophørstidspunkt anførte jeg i den endelige rapport bl.a. følgende:

”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 (eller 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.”

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 2. marts 2006 bl.a. anført følgende:

”Sundhedsstyrelsen har oplyst, at den elektroniske indberetning af tvangsindgreb giver mulighed for at indberette dato for ophør/beslutning om ophør på alle tvangsforanstaltninger – undtagen indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand. Sidstnævnte er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning på injektionen på få sekunder.

Det er dog muligt at opgøre antallet af enkelt-indgivelser af beroligende medicin i løbet af f.eks. et døgn eller en uge, idet tvangen indberettes særskilt med påbegyndt dato og klokkeslæt.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

7. Opfølgning

Jeg beder afdelingen om at sende mig de oplysninger mv. jeg har bedt om under punkt 5.2., 5.7., 5.16. og 6.3. tilbage gennem Fyns Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.

8. Underretning

Denne rapport sendes til Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling, Fyns Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter.