

Den 27. maj 2004 afgav jeg min endelige rapport om min inspektion den 23. februar 2004 af Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus.

I rapporten udtalte jeg kritik vedrørende nærmere angivne forhold. Jeg anmodede endvidere om udtalelser og oplysninger vedrørende bestemte forhold.

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus har gennem Vejle Amt, Psykiatريفvaltningen, fremsendt afdelingens udtalelse af 6. juli 2004 som jeg modtog med Vejle Amt, Psykiatريفvaltningens brev af 1. september 2004.

Vejle Amt, Psykiatريفvaltningen, har i brevet af 1. september 2004 anført at Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus' udtalelse af 6. juli 2004 har været behandlet på Sundhedsudvalgets møde den 11. august 2004. Der er ikke i brevet tilføjet eller i øvrigt fremsat bemærkninger til det som afdelingen har oplyst i udtalelsen af 6. juli 2004. Jeg går således ud fra at Vejle Amt i det hele kan henholde sig til det som afdelingen har oplyst – uanset at dette ikke fremgår udtrykkeligt.

Jeg skal herefter udtale følgende:

Ad punkt 3.2.2. Fælleslokaler

Flere patienter gav under inspektionen udtryk for at rygerdagligstuerne oftest er røgfylde da der ryges meget på afdelingen. Det blev oplyst at udsugningen i rygerummene er ineffektiv da den blot fører luften ind på gangene, ikke ud af huset. I den endelige rapport henstillede jeg til afdelingen at undersøge mulighederne for at sikre tilstrækkelig (egentlig) udsugning i rygelokalerne. Jeg bad afdelingen underrette mig om hvad undersøgelserne gav anledning til.

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus har i udtalelse af 6. juli 2004 oplyst at afdelingen pr. 1. august 2004 har indført rygeforbud for personalet i arbejdstiden. Dette er bl.a. sket som led i Vejle Amts skærpede rygepolitik der efter det oplyste fører til totalt rygeforbud for ansatte pr. 1. januar 2006.

Afdelingen har endvidere oplyst at det er blevet indskærpet at patienter kun må ryge i rygerum med udsugning. Hvis dette ikke kan etableres i de nuværende rygeopholdsstuer, tages spørgsmålet op med Vejle Amt.

Jeg forstår det oplyste således at afdelingen er ved at undersøge mulighederne for at sikre tilstrækkelig (egentlig) udsugning i rygelokalerne, og at afdelingen vil tage spørgsmålet op med amtet hvis det viser sig ikke at være muligt i de eksisterende lokaler. Jeg går derfor ud fra at der findes en fornuftig løsning, og jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I opholdsstuen for ikke-rygere på afsnit O2 var på tidspunktet for inspektionen en skinne til et tv, mens selve tv'et var til reparation.

Jeg gik ud fra at tv'et var genopsat efter reparationen.

Afdelingen har oplyst at tv'et er genopsat efter reparation.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.2.4. Aktiviteter

På afsnit O2 besigtigede jeg ergoterapien. Det blev oplyst at der er problemer med udluftningen i ergoterapien i forbindelse med aktiviteter som involverer maling, lim, træ mv., bl.a. fordi vinduerne i lokalet er flugtsikrede og dermed ikke blot kan åbnes på vid gab. Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at afdelingen havde anmodet amtets tekniske forvaltning om at finde en løsning på problemet, men at der

endnu ikke forelå et endeligt svar på afdelingens henvendelse. Jeg forstod at også bedriftssundhedstjenesten var involveret i sagen.

Jeg bad amtet oplyse hvilke skridt der er taget med henblik på en løsning af problemet.

Afdelingen har herom oplyst at der er etableret kontakt til teknisk afdeling med henblik på etablering af punktudsugning.

Jeg tager det oplyste til efterretning, idet jeg går ud fra at etablering af punktudsugning løser problemerne i lokalet.

Ad punkt 5.1. Overbelægning

I forbindelse med spørgsmålet om overbelægning (placering af to patienter på en enestue) udtalte jeg bl.a. at hvis dette ikke kan undgås, bør de største af afdelingens stuer benyttes til dobbeltbelægning, og stuer der benyttes til dobbeltbelægning, bør møbleres herefter, således at begge patienter (i hvert fald) tilbydes et skab der kan aflåses.

Jeg henstillede til afdelingen at sørge for aflåselige klædeskabe til de patienter som i forbindelse med overbelægning placeres midlertidigt på stuerne. Jeg bad afdelingen om underretning herom.

Afdelingen har oplyst at afdelingen har bedt teknisk afdeling fremstille nogle mobile, men låsbare klædeskabe som patienter kan benytte i tilfælde af overbelægning.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet

På det indledende møde viste ledelsen nogle statistiske oversigter over antallet af tvangsforanstaltninger mv. anvendt på afdelingen i 2002 og 2003. Det fremgik af oversigten for 2002 at der havde været et tilfælde af ”døraflåsning” samt et tilfælde af ”aflåsning af yderdøre”. Ledelsen oplyste at der kun kunne være tale om aflåsning af afdelingens yderdøre (som beskyttelsesforanstaltning) idet patienterne (som også nævnt i den endelige rapport) aldrig låses inde på deres sengestuer, men ledelsen kunne ikke umiddelbart redegøre for hvorfor de to tilfælde var opført på hver sin linje i statistikken.

Jeg anførte i den endelige rapport at der umiddelbart kunne være tale om at der i 2002 var et tilfælde af fysisk magtanvendelse i form af døraflåsning efter psykiatrilovens § 17 og et tilfælde af aflåsning som beskyttelsesforanstaltning efter § 18, og dette kunne være forklaringen på at de to tilfælde er opført adskilt. For god ordens skyld bad jeg dog afdelingen oplyse nærmere herom.

Afdelingen har oplyst at afdelingen kun benytter sig af aflåsning af yderdøre i sjældne tilfælde, og på den baggrund at det ovenstående tilfælde beror på en fejlregistrering. Afdelingen benytter sig efter det oplyste kun af døraflåsning som beskyttelsesforanstaltning (”§ 18 sv.t. ny § 23”).

Jeg har noteret mig at der er tale om en fejlregistrering. Jeg bemærker at jeg går ud fra at afdelingens henvisning skal forstås som en henvisning til psykiatrilovens § 18 og tvangsbekendtgørelsens § 23 vedrørende døraflåsning som beskyttelsesforanstaltning.

Ad punkt 5.3. Adgang til frisk luft

Det fremgik af det informationsmateriale til patienterne på afsnit O1 som jeg modtog forud for inspektionen (”Velkommen til afdeling O1”), under afsnittet ”Husregler” at der for enkelte patienters vedkommende af behandlingsmæssige grunde kan være tale om begrænset udgangstilladelse.

Jeg bad afdelingen oplyse hvilke patienter der er tale om, og herunder under hvilke betingelser udgangen fra afsnittet kan begrænses.

Herom har afdelingen oplyst at begrænsning i udgang af behandlingsmæssige årsager (i forbindelse med langsom udslusning) kan *aftales* [afdelingens fremhævelse] med enkelte patienter. Afdelingen har samtidig oplyst at bemærkningerne i informationsfolderen vedrørende afdeling O1 bliver fjernet og flyttet til instruks indeholdende de begrænsninger der ikke er bestemt af psykiatriloven.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Jeg beder afdelingen sende mig en kopi af den reviderede instruks når denne foreligger.

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

Efter § 3, stk. 2, i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (som ændret ved lov nr. 377 af 6. juni 2002) skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden. I den endelige rapport bad jeg afdelingen oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

Afdelingen har herom oplyst at alle patienter vejledes ved indlæggelsessamtale eller ved efterfølgende samtaler om formålet med indlæggelse og behandling, og at vejledningen tilrettelægges efter den enkelte patients aktuelle tilstand.

Jeg har noteret mig det oplyste. Idet jeg går ud fra at vejledningen sker efter behov, foretager jeg ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning

Jeg bad afdelingen overveje at få adgangen til visitation indarbejdet i afdelingens instruks om de begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven. Jeg bad afdelingen underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Afdelingen har oplyst at visitationsadgangen nu bliver indarbejdet i afdelingens instruks om de begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven. I instruksens indarbejdes ligeledes afdelingens forbud mod mobiltelefoner med kamera.

Jeg har noteret mig det oplyste. Som nævnt ovenfor (pkt. 5.3.) har jeg bedt afdelingen om at sende mig en kopi af den reviderede instruks når den foreligger.

Jeg bemærker at visitation af patienters person kan være et byrdefuldt indgreb i patienternes integritet. Hjemmel hertil kan på en psykiatrisk afdeling efter omstændighederne findes i anstaltsanordningen, og der kan være grund til at præcisere og nedfælde reglerne herfor.

Jeg henviser til inspiration til de regler der gælder for indsatte og varetægtsarrestanter i lov om fuldbyrdelse af straf mv. § 60 og i bekendtgørelse nr. 826 af 26. juli 2004 om undersøgelse af indsattes person og opholdsrum i kriminalforsorgens institutioner samt den tilhørende vejledning nr. 68 af 19. juli 2004.

Ad punkt 5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

I den endelige rapport er anført følgende:

”§ 3, stk. 4-5, i lovekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien 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.'

Adspurgt oplyste ledelsen at afdelingen ikke udarbejder mange udskrivnings- eller koordinationsplaner, men at afdelingen generelt gør meget for at holde kontakt med patienterne efter udskrivning. Efter det oplyste havde afdelingen i 2002 lavet to udskrivningsplaner, men ingen koordinationsplaner.

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

Efter § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde en pligt til at udarbejde en koordinationsaftale.

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som 'uanbringelige', 'marginaliserede' eller 'dobbelt udstødte').

Med disse bemærkninger må jeg på det foreliggende grundlag gå ud fra at afdelingen udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.

Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet."

Hertil har afdelingen oplyst at afdelingen udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver dette.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Afdelingen har i udtalelsen af 6. juli 2004 generelt vedrørende min gennemgang af de modtagne tilførsler til tvangsprotokollen anført følgende:

”Psykiatrisk afdeling erkender de konstaterede fejl og mangler ved udfyldelse af tvangsprotokoller.

Normalt gennemgås disse af overlæge i forbindelse med den kvartalsvise indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Psykiatrisk afdeling har indskærpet overfor alle relevante parter (læger og plejepersonale), at korrekt udfyldelse af protokoller skal foregå.

Herudover foranstalles kvartalsvis undervisning af lægerne ligeledes for at sikre korrekt udfyldelse.

Det forventes, at den aftalte elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen vil sikre helt korrekt udfyldelse.”

Jeg har taget afdelingens erkendelser af de konstaterede fejl og mangler ved udfyldelse af tvangsprotokollerne til efterretning og i øvrigt noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.2. Tvangsbehandling

I rubrikken ”Art og omfang” (tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 2) skal ifølge bilaget til vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin. Den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

Indholdet af tvangsbehandlingen var angivet i alle tilfælde på nær et. Det drejede sig om skemaet vedrørende beslutning om anvendelse af ECT-behandling den 23. oktober 2003. Det fremgik ikke af skemaet om/at behandlingen blev iværksat, men den 9. december 2003 blev der truffet beslutning om ophør – samtidig med at patienten blev udskrevet.

Jeg udtalte at det er beklageligt at indholdet af tvangsbehandlingen i dette tilfælde ikke var angivet. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har oplyst at tvangsbehandling (ECT ved tvang) ikke blev benyttet.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke videre vedrørende spørgsmålet.

I den endelige rapport er anført følgende:

”I 2 tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (begge medicinering) angivet med to alternative indgivelsesmåder, f.eks. formuleret således: ’T. Cisordinol dråber 20 mg x 1 alternativ Inj. Cisordinol 10 mg i.m. + 5 mg Akineton im.’ (beslutning om tvangsmedicinering af 7. november 2003).

Jeg har i rapport af 15. april 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 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, f.eks. 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.'

Jeg beder Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus om en tilsvarende udtalelse.

Jeg beder (samtidig) afdelingen oplyse hvorvidt den pågældende patient i de 2 tilfælde (beslutninger om tvangsmedicinering af 14. august og 7. november 2003) modtog medicinen som tablet eller som injektion de henholdsvis 5 og 13 gange hvor medicinen ifølge skemaerne blev givet."

Afdelingen har hertil anført at afdelingen efter mindste middels-princippet opfatter peroral tvangsbehandling som mindre indgribende end injektionsbehandling. Afdelingen har oplyst at afdelingen ordinerer injektion som alternativ hvilket giver vagthavende læge mulighed for i ekstraordinært opkørte situationer at sikre den fortsatte medikamentelle behandling.

Vedrørende det første tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering den 14. august 2003) har afdelingen oplyst at der i alle fem situationer er givet mikstur Cisordinol. Vedrørende det andet tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering den 7. november 2003) har afdelingen oplyst at der i alle 13 situationer er givet tabletbehandling.

Jeg forstår det af afdelingen oplyste således at der ikke er frit valg mellem de to alternative ordinationer, men at injektioner kun anvendes i ekstraordinært opkørte situationer.

Med henvisning til mine bemærkninger i den endelige rapport (som gengivet ovenfor) vedrørende principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, henstiller jeg til afdelingen at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform det skal forsøges først. Jeg beder afdelingen underrette mig om hvad overvejelserne fører til.

Jeg har noteret mig det oplyste om i hvilken form patienterne i de omtalte tilfælde modtog medicinen.

I 4 af de undersøgte skemaer var angivet ”fastholden” eller lignende i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I de øvrige 6 tilfælde var der ikke angivet noget i rubrikken.

Jeg gik ud fra at dette betød at der ikke var behov for at anvende magt i de pågældende tilfælde.

Afdelingen har bekræftet denne antagelse.

Afdelingen har ligeledes bekræftet min antagelse om at beslutningen om tvangsmedicinering i tre omtalte tilfælde (vedrørende tvangsmedicinering hvor dato ikke var angivet) ikke blev effektueret.

Jeg har noteret mig disse bekræftelser af mine antagelser.

I to tilfælde (vedrørende beslutning om tvangsmedicinering af 14. oktober 2003 og vedrørende beslutning om ECT-behandling af 23. oktober 2003) var der ikke anført datoer til angivelse af at tvangsbehandlingen fandt sted. I begge tilfælde var datoen for ophør af beslutningen anført som samme dato som den pågældende patient blev udskrevet – henholdsvis 35 og 37 dage efter iværksættelsesbeslutningen.

Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Vedrørende beslutningen om tvangsmedicinering har afdelingen oplyst at det fremgår af epikrisen at der initialt blev gennemført tvangsmedicinering med Cisordinol, men at dette på grund af manglende effekt blev ændret til Risperdal. Afdelingen har samtidig oplyst at tvangsprotokollen ikke er tilført disse oplysninger, men nu vil blive korrigeret.

Vedrørende beslutningen om tvangsbehandling med ECT har afdelingen oplyst at beslutningen ikke førte til ECT-behandling. Afdelingen kan ikke angive hvorfor ophøret først skete den 9. december 2003 (udskrivningsdatoen).

Vedrørende beslutningen om tvangsmedicinering må jeg forstå det afdelingen har oplyst, således at afdelingen er af den opfattelse at det burde fremgå af tvangsprotokollen at patienten overgik til et andet præparatet under behandlingen, og at afdelingen nu korrigerer tvangsprotokollen. Jeg er enig med afdelingen i at tvangsprotokollen bør afspejle de faktiske forhold.

Vedrørende beslutningen om tvangsbehandling med ECT har jeg noteret mig at beslutningen ikke førte til ECT-behandling, og at afdelingen ikke kan oplyse hvorfor dato for ophør af beslutningen er anført som samme dato som den pågældende patient blev udskrevet.

Med henvisning til det netop anførte vedrørende de to konkrete tilfælde og til afdelingens generelle beklagelse af fejl og mangler i tvangsprotokollerne foretager jeg ikke yderligere vedrørende disse forhold.

Datoen for beslutningen om ophør var angivet i alle tilfælde. I et tilfælde (beslutning af 28. november 2003) lå ophørsdatoen 12 dage efter den anførte udskrivelsesdato.

Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har hertil oplyst at ophørsdatoen naturligvis er en fejlregistrering.

Jeg tager det oplyste til efterretning og foretager ikke yderligere vedrørende dette forhold.

Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

Jeg bad 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 har herom oplyst at personalet kun i ekstremt opkørte situationer kan fikse en patient uden tilstedeværelsen af den vagthavende læge. Lægen skal tilkaldes umiddelbart herefter og skal være på afdelingen inden for minutter.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

I tilfældet vedrørende beslutning om døraflåsning truffet den 15. november 2003 var begrundelsen for beslutningen angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende "Farlighed".

I den endelige rapport er herefter anført følgende:

"Hjemmel for døraflåsning findes i tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, 2. punktum, hvorefter der over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, kan anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. På Sundhedsstyrelsens ske-

ma 3 findes ingen begrundelsesrubrikker som umiddelbart svarer til bestemmelsens betingelser. I bilaget til vejledningen er det anført at døraflåsning kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, 'hvorfor det i så tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser'."

Jeg bad herefter afdelingen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til aflåsning af døre, herunder hvilke døre som aflåses, og under hvilke omstændigheder. Ved en fejl henviste jeg i den endelige rapport til tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, 2. pkt., i stedet for psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt.

Hertil har afdelingen oplyst:

"Døraflåsning af yderdør forekommer kun på åben afdeling. I de allerfleste tilfælde er der tale om aflåsning efter § 18 (ny § 23) vedrørende beskyttelsesforanstaltning af patienter. I disse tilfælde drejer det sig altid om ældre, forvirrede patienter (måske demente), som ikke kan tage vare på sig selv uden for afdelingen.

I tilfælde af at døraflåsning skal foregå efter § 17 overflyttes patienten i stedet til lukket afdeling."

Jeg har noteret mig det oplyste og beklager at jeg ved en fejl i den endelige rapport henviste til tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, 2. pkt., i stedet for psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt.

Som jeg bemærkede ovenfor under punkt 5.2., går jeg ud fra at afdelingens henvisning skal forstås som en henvisning til psykiatrilovens § 18 og tvangsbekendtgørelsens § 23 vedrørende døraflåsning som beskyttelsesforanstaltning.

Ad punkt 6.4. Beskyttelsesfiksering

Ved modtagelsen af kopierne fra tvangsprotokollen fik jeg oplyst at der ikke var vedlagt skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering idet beskyttelsesfiksering ikke benyttes på afdelingen.

Jeg forstod det oplyste således at afdelingen benytter beskyttelsesfiksering i det omfang dette er nødvendigt, men at det ikke var sket i en længere periode forud for inspektionen. For god ordens skyld bad jeg afdelingen af- eller bekræfte dette.

Afdelingen har hertil oplyst at det er korrekt at afdelingen gennem en længere periode ikke har haft behov for beskyttelsesfiksering.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Opfølgning

Jeg beder afdelingen om at sende den underretning jeg har bedt om under pkt. 6.2., tilbage gennem Vejle Amt. Jeg afventer samtidig afdelingens fremsendelse af den reviderede instruks (jf. pkt. 5.3. og 5.7.).

Underretning

Denne opfølgingsrapport sendes til Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus, Vejle Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og til afdelingens patienter.

Lennart Frandsen
Inspektionschef