



Årsberetning 2016

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

1. Forord.....	5
2. Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn (PKN).....	7
3. 1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2016.	7
4. 1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver	7
5. 2. Antal sager og sagsfordeling	8
6. 2a. Antal sager	9
7. 2b. Sagernes fordeling på de enkelte PKN afdelinger	10
8. 2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	11
9. 2d. Antal afgørelser	11
10. 3. Sagsbehandlingstiden	13
11. 4. Antal mødedage, mødested m.v.	14
12. 4a. Antal mødedage.....	14
13. 4b. Mødedagenes fordeling mellem regionerne.....	15
14. 5. Mødedeltagelse	16
15. 5a. Mødedeltagelse for læger	16
16. 5b. Mødedeltagelse for patienter	17
17. 5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	18
18. 6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten	19
19. 6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på regionerne	20
20. 6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb	21
21. 6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb	21
22. 7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	22
23. 7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	23
24. 7b. Indbringelse for domstolene	24
25. Afsnit II: Principielle problemstillinger	26
26. Afsnit III: Principielle afgørelser	42
27. A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	42
28. 1. Tvangsindlæggelse	42
29. 1a) Krav til lægeerklæringen.	42
30. 1b) Er der tale om en frivillig indlæggelse?	43
31. 1c) Det er en læge der skal tage beslutningen om tvangsindlæggelse af en patient – en medicinstuderendes vurdering er ikke tilstrækkelig.....	43
32. 1d) Uenighed mellem den indlæggende og den modtagende læge.	44
33. 1e) Der er et lovmæssigt krav om en selvstændig undersøgelse foretaget af den modtagende læge	44
34. 1f) De materielle betingelser for tvangsindlæggelse	46
35. 2. Tvangstilbageholdelse	46
36. 2a) Beslutning om tvangstilbageholdelse skal træffes af en læge.....	46
37. 2b.1) Fortsat tvangstilbageholdelse. Det var ikke tilstrækkeligt, at det i journalen blev anført, at patientens tilstand var uændret.....	47
38. 2b.2) Fortsat tvangstilbageholdelse, hvor det blev beskrevet, at affekten var klinget af.....	48
39. Manglende rettidig revurdering	48
40. 2c) Der forelå alene tvangsprotokol, men ingen journaloplysninger i forbindelse med revurdering.	48
41. Tvangsfiksering	49

42. 1. Iværksættelse:.....	49
43. 1.1 Tvangsfiksering var påbegyndt før patienten blev indlagt.....	49
44. 1.2 Var faren fra patienten stadigvæk aktuel?.....	49
45. 1.3 Truende patient.....	50
46. 1.4 Retten forholder sig konkret til mindstemiddelprincippet.....	51
47. 2. Opretholdelse.....	52
48. 2.1 Hvis det af journalen fremgår, at patienten var rolig og ikke længere var truende?	52
49. 2.2.1 Ved overflytning fra et psykiatrisk center til et andet.....	52
50. 2.2.2 Retten afprøver den del af tvangsfikseringen, som patienten havde fået medhold i.....	54
51. 2.2.3 Udstrækning af rettens prøvelsesadgang bestemmes som udgangspunkt af de nedlagte påstande.....	55
52. 3. Revurderingerne.....	56
53. 3.1 Mindstemiddelprincippet ikke overholdt. Det var ikke tilstrækkeligt at skrive patienten var truende, der skulle gøres optegnelser om mindstemiddelprincippet.....	56
54. 3.2. Første revurdering gennemføres efter få timer.....	56
55. 3.2.1 Hvis første bæltetilsyn ikke foretages efter 2-4 timer.....	56
56. 3.2.2. Første tilsyn foretaget 9½ time efter iværksættelsen.....	57
57. 3.2.3. Første tilsyn foretaget efter 11 timer efter iværksættelsen ad tvangsfikseringen.....	58
58. Anvendelse af remme:	58
59. 4. Anvendelse af remme forudsætter overlæge godkendelse og særskilt begrundelse.....	58
60. 5. Tvangsbehandling.....	59
61. 5.a. Tvangsbehandling – dosis	59
62. 5.b. Tvangsbehandling – motivation	63
63. 5.c. Tvangsbehandling – depot.....	66
64. 5.d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger.....	70
65. 5.e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning	71
66. 5.f. Tvangsbehandling – ECT-behandling	74
67. 5.g. Somatisk tvangsbehandling.....	75
68. 6. Beroligende medicin.....	75
69. 7. Anvendelse af fysisk magt	78
70. 8. Personlig skærmning.....	79
71. B. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn.....	80
72. 1. Tvangsbehandling.....	80
73. A. Med hensyn til det primære præparat:	81
74. B. Med hensyn til det subsidiære præparat:	82
75. Ad A 1: Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul, da der er tale om en betænkningstidsregel.....	82
76. Ad A 2: Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval - herunder orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger.	85
77. Ad A 4: Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationssskema.	86

78. Ad A 5: Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.	87
79. Ad A 6: Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.	89
80. Ad A 7: Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk er anført for initialdoser og sædvanlige doser.	90
81. Ad A 9: Og tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.	93
82. Ad 2 B 1 Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk, jf. ovenfor.	112
83. Indgivelse af beroligende middel med magt.	114
84. Ad 2: Mindste middels princippet.	118
85. Ad 4.: Identitet mellem det tilbudte og det givne præparat/dosis.	127
86. Anvendelse af fysisk magt.	131
87. Personlig skærmning.	133
88. Bilag.	137
89. Bilag 1 - Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center.	137
90. Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværger (bv).	139
91. Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværger (bv) hver for sig.	140
92. Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2016.	141
93. Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2016.	142
94. Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2016.	144
95. Bilag 6 – Høringssvar fra Regionerne.	146

Forord

Det Psykiatriske Patientklagenævn afgiver hermed sin fjerde årsberetning i henhold til § 39 i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven).

Det Psykiatriske Patientklagenævn var indtil 28. november 2016 ressortmæssigt placeret i Statsforvaltningen og blev ved kongelig resolution af 28. november 2016 overført til Erhvervsministeriet, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn blev en del af Nævnenes Hus i Viborg.

Behandlingen af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn er i 2016 blevet varetaget af følgende fem PKN afdelinger: København, Odense, Aabenraa, Aalborg og Aarhus. Sekretariatsfunktionen vil i juni 2017 blive overført til Nævnenes Hus i Viborg, dog således at der oprettes en afdeling i København.

Et af hovedformålene med årsberetningen er at give et samlet overblik. Hovedtallene fra de fem regioner er angivet i afsnit I.

Ud over den generelle gennemgang af diskussion om praksis vedrørende tvang i psykiatrien samt de statistiske oplysninger på landsplan, tjener beretningen til formidling af viden om Det Psykiatriske Patientklagenævns arbejde både til en bredere offentlighed og mere specifikt til de implicerede psykiatriske centre/hospitaler. Det er sekretariatets indtryk, at årsberetningen indgår i arbejdet på de psykiatriske centre/hospitaler og bliver anvendt i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

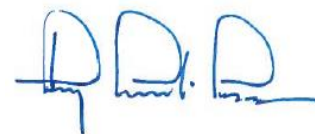
Beretningen er udarbejdet i overensstemmelse med det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinjer af 7. januar 2004 og omfatter tallene fra Nævnets arbejde i de fem regioner. Det er muligt at sammenholde tallene for årene 2014, 2015 og 2016, ligesom det er muligt at få et helhedsindtryk af Nævnets samlede virksomhed i de fem regioner.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

- Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn: om Nævnets virksomhed
- Afsnit II: Principielle problemstillinger
- Afsnit III: Principielle afgørelser fra : - Det Psykiatriske Patientklagenævn
- Det Psykiatriske Ankenævn



Christian Lützen
Direktør



Henning Lund-Sørensen
Kommitteret

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn (PKN)

Denne årsberetning vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed i 2016.

Efter § 34 i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven) er der ved Statsforvaltningen oprettet et Psykiatrisk Patientklagenævn bestående af en direktør som formand samt to medlemmer. De to medlemmer bliver beskikket af Sundheds- og Ældreministeren efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Lægeforeningen skal så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri. Sundheds- og Ældreministeren har beskikket et antal medlemmer samt et antal ligestillede stedfortrædere for medlemmerne.

Direktøren kan bemyndige ansatte ved institutionen til at fungere som formænd for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2016.

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand var direktør Helle Haxgart ved Statsforvaltningen indtil sagsområdet ved kongelig resolution af 28. november 2016 overgik til Nævnenes Hus i Viborg, hvorefter direktør Christian Lützen blev formand for Nævnet.

Nævnets øvrige sammensætning i Statsforvaltningens afdelinger i landet fremgår af vedlagte bilag nr. 4. Det skal bemærkes, at der i bilaget ikke skelnes mellem medlemmer og stedfortrædere i Det Psykiatriske Patientklagenævn, idet disse er ligestillede.

Årsberetningen er udarbejdet af kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Lars Orthmann, fuldmægtig Line Høgh, fuldmægtig Rasmus Larsen og kontorassistent Charlotte Frandsen.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2016 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, aflåsning af døre i afdelingen, tvangsbehandling, fysisk magtanvendelse, beroligende medicin, personlig skærmning, tvungen opfølgning efter udskrivning og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med indlæggelser på de psykiatriske hospitaler/centre i de fem regioner.

Det Psykiatriske Patientklagenævns sager er klager fra patienter, der under indlæggelse på psykiatriske afdelinger har været undergivet en af de ovenfor anførte former for tvang. Klagerne sendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn enten ved patientrådgivers mellemkomst eller ved mundtligt fremsatte klager over for det psykiatriske hospital/centers personale, der så formidler klagen videre. I enkelte tilfælde er det patienten selv, som retter henvendelse til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten er indlagt. I mødet deltager sædvanligvis overlægen/den behandlende læge på afdelingen, patienten og patientrådgiveren samt andre relevante medarbejdere på den pågældende psykiatriske afdeling. Efter mødet træffer Det Psykiatriske Patientklagenævn sin afgørelse, der tilstræbes udsendt samme dag eller næstfølgende dag.

2. Antal sager og sagsfordeling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 7. januar 2004 "Retningslinjer for udarbejdelse af årsberetninger for de psykiatriske patientklagenævn". Retningslinjerne indeholder en fastlæggelse af "sagsbegrebet" og "afgørelsesbegrebet".

En "sag" er defineret som en patients klage, der er optaget som et punkt på Det Psykiatriske Patientklagenævns dagsorden på et bestemt møde. Det gælder, uanset om klagen indeholder flere klagepunkter. Hvis en patient klager flere gange i løbet af året, vil der være tale om flere sager – se nedenfor pkt. 2.a og b.

En "afgørelse" er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb. Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering af ét tvangsindgreb kan dog i nogle tilfælde føre til, at der træffes to afgørelser vedrørende dette ene tvangsindgreb – se nedenfor pkt. 2.c og pkt. 6.

Det typiske er, at en klage over ét indgreb medfører én afgørelse, men der kan være tilfælde, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn eksempelvis vurderer, at iværksættelse af tvangsindgrebet kan godkendes, men ikke tvangsindgrebets opretholdelse. I så fald vil klagen over ét indgreb statistisk føre til to afgørelser. Herved undgås registrering af delafgørelser i form af delvis godkendelse og delvis tilsidesættelse.

Træffer Nævnet afgørelse vedrørende flere ensartede tvangsindgreb, fx fem tvangsfikseringer, tæller nævnsafgørelsen statistisk som fem afgørelser.

Med hensyn til "tilbagekaldte sager" bemærkes, at der her ofte er tale om sager, som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnsmødet, og hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn således allerede har brugt tid på at udsende og forberede sagen. Det har i 2016 drejet sig om 9% af samtlige indkomne sager.

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2014	%	2015	%	2016	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	1679	100	1611	100	1649	100
- antal tilbagekaldte sager	181	11	147	9	143	9
- antal afviste sager	60	6	30	2	50	3
= antal sager med realitetsafgørelse	1438	86	1434	89	1456	88

Fra 2015 til 2016 er antallet af indkomne sager i kalenderåret steget med 38 sager fra 1611 sager i 2015 til 1649 sager i 2016, svarende til en stigning på 2,36%. Over en tre årig periode fra 2014 til 2016 er antallet af indkomne sager i kalenderåret dog faldet med 30 sager fra 1679 sager i 2014 til 1649 sager i 2016, svarende til en nedgang på 1,79%.

I 2015 og 2016 har antallet af tilbagekaldte sager udgjort 9% af det samlede antal indkomne klager. Over en tre årig periode fra 2014 til 2016 er antallet af tilbagekaldte klager faldet med 38 sager fra 181 sager i 2014 til 143 sager i 2016, svarende til en nedgang på 20,99%.

Fra 2015 til 2016 er antallet af afviste sager steget med 20 sager fra 30 sager i 2015 til 50 sager i 2016. Procentvis udgør antallet af afviste sager dog kun 2% i 2015 og 3% i 2016. Over en tre årig periode fra 2014 til 2016 er antallet af afviste sager faldet med 10 sager fra 60 sager i 2014 til 50 sager i 2016, mens den procentvise andel af afviste sager er halveret fra 6% i 2014 til 3% i 2016.

I perioden fra 2014 til 2016 er antallet af sager med en realitetsafgørelse relativt konstant, idet tallene alene svinger fra 86% til 89%. Det vil sige, at ca. 9 ud af 10 sager ender med en realitetsafgørelse.

Over en tre årig periode fra 2014 til 2016 er antallet af realitetsbehandlede sager steget med 18 sager fra 1438 sager til 1456 sager, svarende til en stigning på 1%.

2b. Sagernes fordeling på de enkelte PKN afdelinger

Det bemærkes i den forbindelse, at PKN afd. København er sammenfaldende med Region Hovedstaden, at PKN afd. Ringkøbing og Aarhus er sammenfaldende med Region Midtjylland, at PKN afd. Aalborg er sammenfaldende med Region Nordjylland, at PKN afd. Nykøbing var sammenfaldende med Region Sjælland, og at PKN afd. Odense og Aabenraa er sammenfaldende med Region Syddanmark.

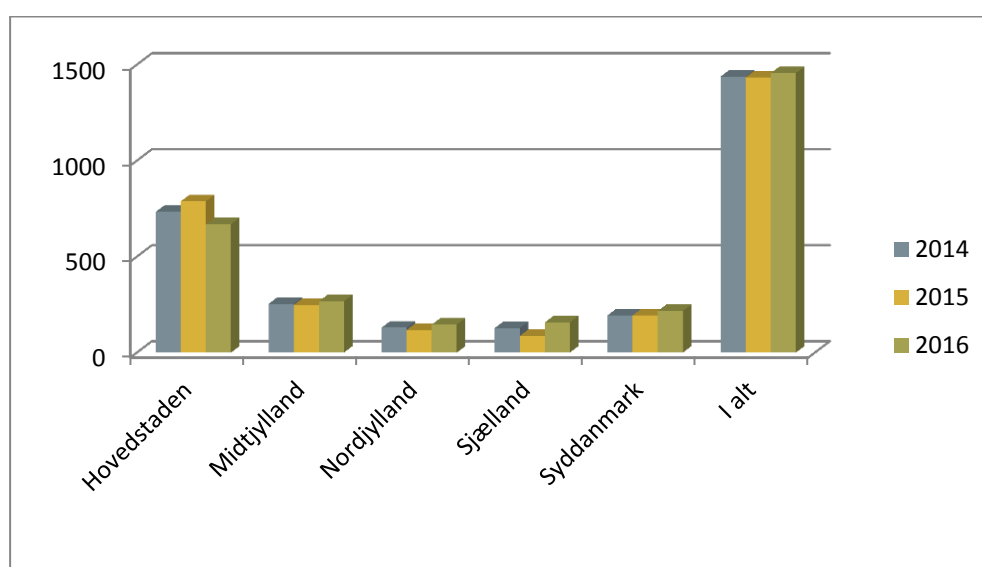
Selvom PKN afd. Nykøbing blev fusioneret med PKN afd. København pr. oktober 2015, vil denne og fremtidige årsberetninger af hensyn til Region Sjællands brug af årsberetningen fortsat indeholde information om sager, der knytter sig til hospitaler inden for Region Sjællands område, idet PKN afdelingerne fremover er erstattet af Regions betegnelser i statistik skemaerne.

Skema 2

Sagernes fordeling på de 5 regioner

Region	Sager i alt			Tilbagekaldte/ Afviste			Realitetsbehandlede		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Hovedstaden	829	871	747	96	83	78	733	788	669
Midtjylland	297	280	308	43	32	41	254	248	267
Nordjylland	154	135	172	24	17	26	130	118	146
Sjælland	144	92	169	17	6	12	127	86	157
Syddanmark	255	233	253	61	39	36	194	194	217
I alt	1679	1611	1649	241	177	193	1438	1434	1456

Grafisk fremstilling af antallet af realitetbehandlede klagesager:



Udvikling i antal realitetsbehandlede klager fra 2014 til 2016 opdelt på regioner:

	Procentvis ændring fra 2014-2016	Faktiske tal Ændring fra 2014-2016
Region		
Hovedstaden	- 9	- 64
Midtjylland	+ 5	+ 13
Nordjylland	+ 12	+ 16
Sjælland	+ 24	+ 30
Syddanmark	+ 12	+ 23
I alt	+ 1	+ 18

Over en treårig periode fra 2014 til 2016 er der i hele landet sket en stigning på 1% i antallet af realitetsbehandlede sager.

Fordelt på regioner er der sket en stigning i antallet af realitetsbehandlede sager i Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark, mens der er sket et fald i antallet af realitetsbehandlede sager i Hovedstaden.

2c. Sagerne fordeling på det enkelte hospital/center

Der henvises til bilag 1.

2d. Antal afgørelser

Med hensyn til definition af en "afgørelse" henvises til pkt. 2 ovenfor.

Skema 3

Antal afgørelser i Nævnet de seneste tre år

Region	2014	2015	2016
Hovedstaden	1356	1606	1163
Midtjylland	457	508	500
Nordjylland	171	184	217
Sjælland	229	118	282
Syddanmark	378	444	445
I alt	2591	2860 (2634)*	2607

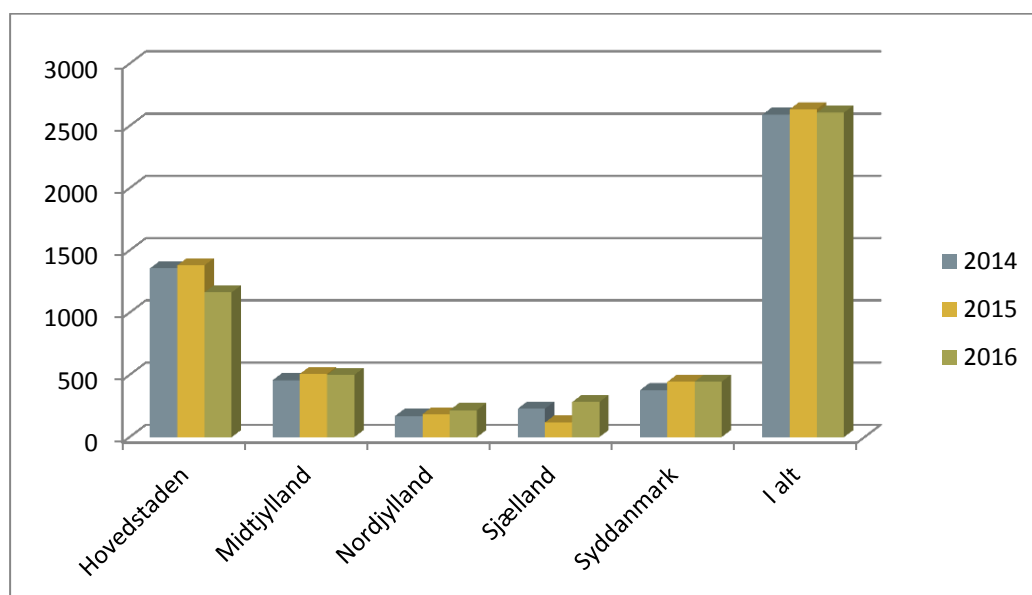
**uden en ekstraordinær sag med 226 afgørelser*

Fra 2015 til 2016 er antallet af afgørelser faldet med 253 afgørelser fra 2860 afgørelser i 2015 til 2607 afgørelser i 2016, svarende til et fald på 9%.

Billedet er dog ikke helt retvisende, idet nævnet i København i 2015 ekstraordinært behandlede en sag med 226 afgørelser. Hvis der ses bort fra denne sag, vil der ikke være sket et så markant fald i antallet af afgørelser, idet faldet så alene udgør 27 afgørelser, svarende til en nedgang på 1%. Antallet af afgørelser ligger således relativt konstant på omkring 2600 afgørelser om året.

Til sammenligning har den samlede tvangsanvendelse i Danmark gennem flere år ligget på omkring 25.000 tilfælde hvert år, og Nævnet får således kun ca. 10% af den samlede tvangsanvendelse i Danmark til prøvelse. På den anden side er der dog tale om en prøvelsespopulation af en størrelse, der formentlig kan give et overordnet billede af, hvordan den samlede tvangsanvendelse forholder sig til Psykiatrilovens bestemmelser.

Grafisk fordeling i antallet af afgørelser fra 2014 til 2016:



Udviklingen i antal afgørelser fra 2014 til 2016 opdelt på regioner:

	Procentvis ændring fra 2014-2016	Faktiske tal Ændring fra 2014-2016
Region		
Hovedstaden	- 14	- 193
Midtjylland	+ 9	+ 43
Nordjylland	+ 27	+ 46
Sjælland	+ 23	+ 53
Syddanmark	+ 18	+ 67
I alt	+ 1	+ 16

Fordelt på regioner er der sket en stigning i antallet af afgørelser i Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark, mens der er sket et fald i antallet af afgørelser i Hovedstaden.

Der henvises til bemærkningerne under punkt 2.b om den enkelte PKN afd. set i forhold til de fem regioner.

3. Sagsbehandlingstiden

Det Psykiatriske Patientklagenævn skal efter Psykiatrilovens § 36, stk. 3 træffe afgørelse snarest muligt. Er der ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal klageren underrettes om grunden hertil. Ved klager over tvangsbehandling, hvor klagen er tillagt opsættende virkning og klager over iværksættelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, skal Det Psykiatriske Patientklagenævn træffe afgørelse inden syv hverdage efter klagens modtagelse. Ved udtrykket hverdage forstås mandage til fredage, bortset fra helligdage. Nævnet lægger afgørende vægt på at efterleve denne tidsfrist.

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2014	2015	2016
<i>Antal dage</i>	<u>9</u>	<u>10 (17)*</u>	<u>10</u>

*med den ekstraordinære sag med 226 afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sagstyper har i 2016 været 10 dage. Nævnet holder sig dermed under resultatmålet på maksimalt 14 dages sagsbehandlingstid.

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af institutionens sagstyringsprogram, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor nævnet modtager klagen, og indtil nævnet afsender afgørelsen til patienten. I den målte sagsbehandlingstid indgår således også lørdage samt søn- og helligdage.

Der gives én afgørelseskode pr. indgreb.

Det betyder, at en sag med mange koder, som typisk tager længere tid at behandle, kommer til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativ retning. Dette var tilfældet i 2015, da nævnet i København behandlede en ekstraordinær sag med 226 afgørelser, som betød, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid incl. denne sag blev 17 dage som angivet i parentes. Hvorimod den gennemsnitlige sagsbehandlingstid uden denne sag var 10 dage, hvilket isoleret set var under resultatmålet på maksimalt 14 dages sagsbehandlingstid.

4. Antal mødedage, mødested m.v.

4a. Antal mødedage

Skema 5

2 Samlet antal mødedage de seneste tre år

	2014	2015	2016
Antal mødedage	524	617	581

Oversigt over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage:

Det Psykiatriske Patientklagenævn	Mødedage	Psykiatrisk Center / hospital
København: mail adr.: pknkobenhavn@statsforvaltningen.dk	Mandage	PC Nordsjælland og B&U, PC Ballerup, Sct. Hans og Roskilde Øst
	Tirsdage	PC Glostrup og B&U, PC Amager, Vordingborg og Slagelse
	Onsdage	PC København, B&U og PC Frederiksberg
	Torsdage/(fredage)	Bornholm
Odense: mail adr.: pknodense@statsforvaltningen.dk	Variabel mødedag	Odense, Svendborg og Middelfart
Aabenraa: mail adr.: pknaabenraa@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Esbjerg, Kolding, Vejle, og Aabenraa
Århus: mail adr.: pknaarhus@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Risskov og B&U, Randers og Horsens
	Onsdage	Viborg, Herning og B&U og Holstebro
Ålborg: mail adr.: pknaalborg@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Aalborg, Brønderslev, Thy/Mors og Frederikshavn

Mødematerialet bliver sendt fra de psykiatriske hospitaler/centre til de lokale PKN afdelinger, der udsender klagen med bilag og mødeindkaldelse til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt til de relevante psykiatriske hospitaler/centre med henblik på, at hospitalerne/centre sørger for videregivelse til patienten og lægerne. Samtidig er nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne pr. mail eller telefon blevet orienteret om mødetidspunktet. Dette skulle give både nævnsmedlemmer og patientrådgivere tid til at sætte sig grundigt ind i sagen samtidig med, at der også tidsmæssigt er mulighed for, at patientrådgiveren kan aflægge besøg hos patienten inden mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Møderne i 2016 er som alt overvejende hovedregel blevet afholdt på de psykiatriske hospitaler/centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske hospital/center. Det hænder dog, at patienter, især fra de lukkede afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 – 45 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af, at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres situation og som følge af mange klagepunkter. Herved kan der, da der

ofte er flere møder på flere hospitaler/centre, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen, eller det kan indebære, at der på forhånd afsættes mere end 30 minutter til mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2016 afholdt 581 mødedage. Ved én mødedag forstås afholdelse af møder i alle de sager, der er opført på én dagsorden – også selvom møderne afholdes på forskellige hospitaler/centre. Nedenfor er vist antallet af mødedage i de seneste tre år.

4b. Mødedagenes fordeling mellem regionerne

Skema 6

Mødedagenes fordeling på regioner

Region	Antal mødedage 2014	Antal mødedage 2015	Antal mødedage 2016
Hovedstaden	154	250	180
Midtjylland	109	137	121
Nordjylland	68	48	48
Sjælland	54	41	75
Syddanmark	139	141	157
Møder i alt	524	617	581

Fordelt på regioner er der fra 2015 til 2016 sket et fald i antallet af mødedage i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens der er sket en stigning i antallet af mødedage i Region Sjælland og Region Syddanmark, og i Region Nordjylland har antallet af mødedage været det samme.

Stedlig kompetence

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes som hovedregel på det psykiatriske hospital/center, som klagen relaterer sig til.

Der har udviklet sig følgende praksis med hensyn til patienter, der flytter til et andet psykiatrisk hospital/center:

1. Hvis patienten flytter til et andet hospital/center inden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsessted, afholder den pågældende PKN-afdeling nævnsmødet på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.
2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første hospital/center, hvor patienten var indlagt, afholder PKN-afdeling i den nye region nævnsmødet på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.

Fremgangsmåden ligger i forlængelse af lovbestemmelsen om, at Patientklagenævnet kommer til patienten på det psykiatriske hospital, hvor patienten er indlagt.

Ad. 1. Hvis patienten flytter til et andet hospital inden for regionen, kommer Patientklagenævnet til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center indkaldes til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt.

Ad. 2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen, kommer det stedlige Patientklagenævn til møde på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet fra det første hospital/center indkaldes også til mødet.

Sekretariatet beder i denne situation den nye patientrådgiver om at varetage patientens interesse i relation til tvangsanvendelsen på det første hospital/center.

Hvis patienten undtagelsesvis ikke har fået beskikket en patientrådgiver på det andet hospital/center, vil sekretariatet anmode det andet hospital/center om at beskikke en ad hoc patientrådgiver til patienten.

5. Mødedeltagelse

I Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser er anført, hvorvidt der har deltaget læge, patient og patientrådgiver/bistandsværge i behandlingen af en sag på nævns-mødet. Hvis en patientrådgiver/bistandsværge ikke har deltaget i mødet, er det i afgørelsen anført, hvorvidt der er meldt afbud, eller om der er tale om en udeblivelse uden afbud.

5a. Mødedeltagelse for læger

Den læge, der har besluttet det tvangsindgreb, der klages over, skal i medfør af § 9 i bekendtgørelse om forretningsordenen for Det Psykiatriske Patientklagenævn så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i Nævnet.

I 2016 har der, som i tidligere år, været lægelig deltagelse ved stort set alle nævns-møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger i regionerne

Region	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Hovedstaden	724	787	658	9	15	11	99	98	98
Midtjylland	252	248	265	2	7	2	99	97	99
Nordjylland	127	118	145	3	2	1	98	98	99
Sjælland	108	81	146	19	5	11	85	94	93
Syddanmark	193	191	215	1	7	2	99	96	99
I alt	1406	1425	1429	47	36	27	98	98	98

I 2016 har der været afholdt 1429 møder med lægedeltagelse og 27 møder uden lægedeltagelse, svarende til en gennemsnitlig deltagelsesprocent på 98%. Fordelt på regioner svinger deltagelsesprocenten i 2016 fra 93% til 98%. Alle regioner har således haft en høj deltagelsesprocent for læger i 2016, dog skiller Region Sjælland sig ud.

5b. Mødedeltagelse for patienter

Patienten har i medfør af Psykiatrilovens § 36, stk. 2, ret til mundtligt at forelægge sagen for Nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i Nævnet afgørende taler herfor, kan Nævnet dog bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i mødet.

I 2016 er ingen patienter blevet udelukket – hverken helt eller delvist – i at deltage i nævnsmødet. Det er nævnets praksis, at der skal tungtvejende grunde til for at udelukke patienter fra nævnsmødet, idet nævnsmødet netop må anses for patientens møde.

I 2016 har der været afholdt 1126 møder med patientdeltagelse og 330 møder uden patientdeltagelse, svarende til en gennemsnitlig deltagelsesprocent på 77%. Fordelt på regioner svinger deltagelsesprocenten i 2016 fra 73% til 79%. Alle regioner har således en forholdsvis høj deltagelsesprocent for patienter i 2016.

Set over en treårig periode fra 2014 til 2016 er den gennemsnitlige deltagelsesprocent for patienter dog faldet fra 82% i 2014 til 77% i 2016 uden, at der kan gives en nærmere forklaring derpå.

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter i regionerne

Region	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Hovedstaden	624	660	530	109	142	139	85	82	79
Midtjylland	208	179	201	46	76	66	82	70	75
Nordjylland	107	91	106	23	29	40	82	76	73
Sjælland	84	60	122	43	26	35	66	70	78
Syddanmark	149	161	167	45	37	50	77	81	77
I alt	1172	1151	1126	266	310	330	82	79	77

Alle patienter får en skriftlig indkaldelse til at deltage i mødet, og i alle sager har personalet opfordret patienten til at give møde.

Baggrunden for patienternes fravær i mødet kan typisk være manglende ønske om at møde, eller at patienten vurderes at være for dårlig til at møde. Det hænder, at patienter ikke møder, hvis den pågældende patient inden mødet er blevet udskrevet. Hvis der er behov derfor – af hensyn til patienten – afholdes mødet på selve afdelingen i stedet for i det mødelokale på hospitalet/centret, hvor mødet sædvanligvis afholdes. Der gøres en indsats både fra patientrådgiverens, hospitalets og fra Nævnets side i forhold til at motivere patienten til at møde op til nævnsmødet.

Nævnet tager den forholdsvis høje mødeprocent som et udtryk for, at patienterne er interesseret i at komme til at tale deres sag for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Der skal ikke herske tvivl om, at sekretariatet anser den høje fremmødeprocent for patienter som positivt, idet det klart er patientens møde, når Patientklagenævnet afholder møder på hospitalet/centret.

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Patientrådgiveren har i medfør af Psykiatrilovens § 36, stk. 2 ret til mundtligt at forelægge sagen for Nævnet og skal så vidt muligt give møde i nævnsmødet. Bistandsværgeren skal i medfør af bekendtgørelsen om bistandsværger § 8, stk. 2 ligeledes bistå patienten med at udforme eventuelle klageskrivelser samt yde bistand ved behandlingen af sagen. Der er således en klar forskel på mødepligten for patientrådgivere og bistandsværger.

I nedenstående tabel er anført antallet af sager i PKN afdelingerne, som henholdsvis patientrådgiverne og bistandsværgerne har deltaget/ikke deltaget i.

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere (Ptr.)/bistandsværger (Bv.) i regionerne

Region	Deltaget					Ikke deltaget				
	2014	2015		2016		2014	2015		2016	
		Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.		Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.
Hovedstaden	686	702	36	602	21	47	38	26	33	13
Midtjylland	227	214	10	234	7	27	25	6	17	9
Nordjylland	115	107	2	126	8	15	9	2	11	1
Sjælland	106	76	4	127	13	21	4	2	10	7
Syddanmark	169	148	23	171	17	25	20	7	24	5
I alt	1303	1247	75	1260	66	135	96	43	95	35

Region	Deltagelsesprocent				
	2014	2015		2016	
		Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.
Hovedstaden	94	95	58	95	62
Midtjylland	89	90	63	93	44
Nordjylland	88	92	50	92	89
Sjælland	83	95	67	93	65
Syddanmark	87	88	77	88	78
I alt	91	93	64	93	65

Tallene for 2014 er udtryk for den samlede mødedeltagelse for patientrådgivere og bistandsværger i 2014.

I 2015 begyndte Det Psykiatriske Patientklagenævn i stedet at opgøre mødedeltagelsen for henholdsvis patientrådgivere og bistandsværger separat, fordi der var stor forskel på mødeprocenten mellem de to grupper.

I 2016 har deltagelsesprocenten for patientrådgivere været 93% og for bistandsværger 65%. Deltagelsesprocenten har således været fortsat høj for patientrådgivere og igen noget lavere for bistandsværger.

Resultatet viser forskellen mellem en lovbestemt mødepligt for patientrådgivere og fraværet af en lovbestemt mødepligt for bistandsværgerne. Bistandsværgerne skal kun aflægge besøg hos klienten, når der er behov herfor og har ingen mødepligt, når der afholdes møde i Det Psykiatriske Patientklagenævn. Patientrådgiverne skal mindst aflægge besøg hos patienten én gang om ugen og i øvrigt efter behov og "skal så vidt muligt deltage i møderne i Det Psykiatriske Patientklagenævn".

Nævnet vil have fokus på patientrådgiveres/bistandsværgers fremmødeprocent, idet det er af væsentlig betydning for patienten, at patientrådgiveren/bistandsværgeren møder sammen med patienten. Nævnet vil fortsat varsle patientrådgiveren/bistandsværgeren, så snart tidspunktet for sagens behandling i nævnet kendes i håb om, at dette giver patientrådgiveren/bistandsværgeren bedre mulighed for planlægning i forhold til eventuelt erhvervsarbejde.

Nævnet opfordrer til stadighed patientrådgivere til at prioritere deres hverv som patientrådgiver, samt til at overveje om hvervet som patientrådgiver kan kombineres med deres erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

Sekretariatet er fortsat opmærksomt på, at lovgivningens krav om korte sagsbehandlingstider og indkaldelse til møder med kort varsel bevirker, at det kan være forbundet med praktiske vanskeligheder for patientrådgiverne/bistandsværgerne at komme til samtlige møder.

Det bemærkes, at hvervet som patientrådgiver bortfalder, når tvangsindgrebet bringes til ophør, men at patientrådgiveren skal bistå i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, før beskikkelsen ophører, eller iværksættes samtidig jf. psykiatrilovens § 28.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Ifølge § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn kan Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes foretaget med urette. En klage over et tvangsindgreb afgøres normalt ved enten en godkendelse eller en tilsidesættelse af den besluttede tvangsforanstaltning (én afgørelse), men kan også indebære både en godkendelse og en tilsidesættelse, f.eks. godkendelse af iværksættelsen af en tvangsindlæggelse, men tilsidesættelse af den fortsatte tvangsindlæggelse. I sidstnævnte tilfælde tælles statistisk to afgørelser. Ligeledes kan der i en sag være klaget over gentagne tvangsfikseringer. Hver enkelt tvangsfiksering er statistisk beregnet som én afgørelse, også selvom de indgår i samme sag. Der tælles således mindst én afgørelse for hvert påklaget tvangsindgreb.

Nedenstående tabeller viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2014 til 2016 har været påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

Med hensyn til tvangsfikseringer bemærkes særligt, at opgørelsen er foretaget samlet. Afgørelserne indeholder derfor såvel tvangsfikseringer, hvor der alene er anvendt bælte såvel som de tilfælde, hvor der både er anvendt bælte og en eller flere hånd- og/eller fodremme.

6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på regionerne

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

Region	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Hovedstaden	1356	1606	1163	1089	1180	939
Midtjylland	457	508	500	401	410	417
Nordjylland	171	184	217	148	150	161
Sjælland	229	118	282	188	99	231
Syddanmark	378	444	445	303	298	346
I alt	2591*	2860**	2607***	2129	2137	2094

* heraf 50 afgørelser = 2% med dissens

** heraf 109 afgørelser = 4% med dissens

*** heraf 113 afgørelser = 4% med dissens

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter

Region	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Hovedstaden	267	426	223	20	27	19
Midtjylland	56	98	83	12	19	17
Nordjylland	23	34	57	13	18	26
Sjælland	41	19	51	18	16	18
Syddanmark	75	146	99	20	33	22
I alt	462	723	513	18	25	20

Ovenstående tabel har altid påkaldt sig stor interesse. Omgørelsesprocenterne i 2016 varierer fra 17% til 26%. Variationen er således væsentlig mindre end i 2015, hvor omgørelsesprocenten varierede fra 16% til 33%. Nævnet har med tilfredshed konsta-

teret, at den samlede omgørelsesprocent er faldet med 5% point og dermed nærmer sig et normalt omgørelsesniveau for et nævn.

Fordelt på regioner er omgørelsesprocenten fra 2015 til 2016 faldet i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens den er steget i Region Nordjylland og Region Sjælland, uden der kan gives en nærmere forklaring derpå.

6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb

Skema 12

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Tvangsindlæggelse	458	426	436	437	405	416
Tvangstilbageholdelse	650	668	621	618	633	587
Tilbageførsel	2	4	2	2	4	2
Tvangsfiksering	342	373	246	259	240	205
Beskyttelsesfiksering	1	1	0	0	1	0
Aflåsning af døre i afdelingen	4	12	10	3	10	10
Tvangsbehandling, medicinsk	580	636	668	415	482	510
Tvangsbehandling, ECT	1	0	2	1	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	38	2	15	38	2	9
Fysisk magtanvendelse	49	130	65	40	77	36
Beroligende medicin	435	577	508	293	261	293
Personlig skærmning	14	7	6	13	2	4
Tvungen opfølgning	17	18	26	14	16	20
Andet	0	6	2	0	4	2
I alt	2591	2860	2607	2133	2137	2094

6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb

Skema 13

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Tvangsindlæggelse	21	21	20	5	5	5
Tvangstilbageholdelse	32	35	34	5	5	5
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	83	133	41	24	36	17
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	0	100	0

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Aflåsning af døre i afdelingen	1	2	0	33	25	0
Tvangsbehandling, medicinsk	165	154	158	22	28	24
Tvangsbehandling, ECT	0	0	2	0	0	100
Tvangsbehandling, legemlig	0	0	6	19	0	40
Fysisk magtanvendelse	9	53	29	21	18	45
Beroligende medicin	142	316	215	16	33	42
Personlig skærmning	1	5	2	11	7	33
Tvungen opfølgning	3	2	6	6	18	23
Andet	0	2	0	20	0	0
I alt	458	723	513	15	18	20

Skema 13 viser antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter for alle typer tvangsindgreb. I sagens natur vil områder med få afgørelser lettere kunne bevirke spring i omgørelsesprocenterne, uden at dette giver anledning til særskilte bemærkninger.

Omgørelsesprocenten for tvangsfiksering er faldet fra 36% i 2015 til 17% i 2016. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. tvangsfikseringer faldet fra 373 afgørelser 2015 til 246 afgørelser i 2016. Dette må tages som udtryk for, at de nye skærpede regler for tvangsfiksering, som trådte i kraft pr. 1. juni 2015, er ved at vinde indpas, idet omgørelsesprocenten nærmer sig et acceptabelt niveau.

Omgørelsesprocenten for tvangsbehandling er faldet fra 28% i 2015 til 24% i 2016. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. tvangsbehandling steget fra 636 afgørelser i 2015 til 668 afgørelser i 2016. Omgørelsesprocenten overstiger dog fortsat de 10-15%, der sædvanligvis opfattes som et acceptabelt omgørelsesniveau for et nævn.

Omgørelsesprocenten for beroligende medicin er steget fra 33% i 2015 til 42% i 2016. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. beroligende medicin faldet fra 577 afgørelser i 2015 til 508 afgørelser i 2016. Set over en 3 årig periode er omgørelsesprocenten steget støt fra 16% i 2014 til 42% i 2016. Nævnet finder, at dette hænger sammen med, at nævnet har fulgt op på, at Det Psykiatriske Ankenævn løbende har skærpet praksis på området.

Omgørelsesprocenten for fysisk magt er steget fra 18% i 2015 til 45% i 2016. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. fysisk magt faldet fra 130 afgørelser i 2015 til 65 afgørelser i 2016. Set over en treårig periode er omgørelsesprocenten faldet fra 2014 til 2015 og mere end fordoblet fra 2014 til 2016. Nævnet finder, at dette hænger sammen med, at nævnet har fulgt op på, at Det Psykiatriske Ankenævn løbende har skærpet praksis på området.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølg-

ning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1, sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af beroligende middel med magt, personlig alarm- og pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer uafbrudt mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan af patienten og hospitalsmyndigheden påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2016 blev 308 ud af 1341 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene, svarende til en ankeprocent på 23%, og 319 ud af 1266 nævnsafgørelser indbragt for Det Psykiatriske Ankenævn, svarende til en ankeprocent på 25%. Den samlede ankeprocent i 2016 var 24% sammenlignet med 2015 og 2014, hvor den var henholdsvis 17% og 15%. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Skema 14

Antal klager

	2014			2015			2016		
	Antal afg.	Antal Anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %
Tvangsindlæggelse	458	98	21	426	93	22	436	96	22
Tvangstilbageholdelse	650	124	19	668	127	19	621	147	24
Tilbageførsel	2	1	50	4	0	0	2	0	0
Tvangsfiksering	342	38	11	373	43	12	246	55	22
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afd.	4	2	50	12	1	8	10	2	20
Tvangsbehandling, med.	580	114	20	636	118	19	668	161	24
Tvangsbehandling, ECT	1	0	0	0	0	0	2	1	50
Tvangsbehandling, legeme	38	0	0	2	1	50	15	3	20
Fysisk magtanvendelse	49	2	4	130	12	9	65	14	22

	2014			2015			2016		
Beroligende medicin	435	15	3	577	85	15	508	137	27
Personlig skærmning	14	1	7	7	0	0	6	3	50
Tvungen opfølgning	17	7	41	18	4	22	26	8	31
Andet	0	0	0	6	0	0	2	0	0
I alt	2591	401	15	2860	484	17	2607	627	24

Skemaet viser, at antallet af klager/anker over nævnets afgørelser er steget fra 401 klager/anker i 2014 til 627 klager/anker i 2016. Ankeprocenten er således over en tre-årig periode steget fra 15% i 2014 til 24% i 2016 uden, at der kan gives nogen nærmere forklaring derpå, men det er bemærkelsesværdigt, at ankeprocenten for afgørelser til retten stort set er identisk med ankeprocenten for afgørelser til Det Psykiatriske Ankenævn.

7b. Indbringelse for domstolene

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland samt aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2016 har byretterne stadfæstet 176 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I ét tilfælde blev Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse tilsidesat, og i 63 tilfælde blev sagen frafaldet af patienten.

Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de sidste tre år.

Skema 15

Afgørelser fra retten

	2014	2015	2016
Stadfæstet	118	163	176
Tilsidesat *	0	1	1
Frafaldet af patient	73	37	63
I alt	191	201	240

* Angår kun retsafgørelser, hvor hele Nævnets afgørelse ændres af retten

Skemaet omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2016 inklusiv afgørelser truffet af nævnet før 2016.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af beroligende medicin med magt samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer uafbrudt mere

end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan af patienten eller de psykiatriske hospitaler/centre påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2016 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 118 af Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelser. 48 afgørelser er blevet ændret eller hjemvist, og ingen klager er blevet frafaldet.

Skema 16

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2014	2015	2016
Stadfæstet	45	51	118
Ændret/hjemvist *	31	26	48
Frafaldet	7	1	0
I alt	83	78	166

* Angår kun ankeafgørelser, hvor hele Nævnets afgørelse ændres af Ankenævnet

Skemaet omfatter afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn modtaget i 2016 inklusiv afgørelser truffet af nævnet før 2016.

Det bemærkes, at de forholdsvis mange ændrede afgørelser især relaterer sig til Det Psykiatriske Ankenævns stadig skærpede praksis med hensyn til tvangsbehandling med medicin og beroligende medicin. Se afsnit 6b.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Sekretariatet har i dette afsnit indsat et svar fra Sundheds- og Ældreministeriet på en række principielle spørgsmål. Ministeriets svar af 29. marts 2016 er optrykt i dette afsnit af årsberetningen.
2. Sekretariatet fandt i 2016 anledning til at præcisere bistan sværgeres forpligtelser i forhold til deres klienter. Sekretariatets brev af 15. april 2016 er optrykt i dette afsnit.
3. Sekretariatet afgav i 2016 høringssvar til Social- og Indenrigsministeriet om udkast til lov om behandling af behandlingsafvisende inhabile somatiske patienter.
Høringssvaret af 27. maj 2016 er optrykt i dette afsnit af årsberetningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Ellebjergvej 52
2450 København SV

Dato: 29. marts 2016
Enhed: Psykiatri og
Lægemiddelpolitik
Sagsbeh.: SUMBGB
Sagsnr.: 1601328
Dok. nr.: 4455

Sendt pr. mail til: HELUSO@statsforvaltningen.dk

Kære Henning Lund-Sørensen

Du har som kommitteret for Det Psykiatriske Patientklagenævn (PKN) rettet henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet ved mail af henholdsvis den 18. marts 2015 og 27. november 2015, ligesom du på et møde afholdt mellem PKN og ministeriet den 19. november 2015 har ridset en række problemstillinger op, som du gerne vil have ministeriets bemærkninger til.

PKN's afgørelser

I din henvendelse af 18. marts 2015 har du henvist til § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn (bekendtgørelse nr. 1339 af 2. december 2010 senest ændret ved bekendtgørelse nr. 1108 af 11. september 2015). Det fremgår af bestemmelsen, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser kan gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette. Du efterlyser i den forbindelse, hvad det indebærer, at en tvangsindlæggelse er foretaget med urette.

Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, at:

"Nævnets afgørelse kan gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette, f.eks. fordi lovens betingelser for dets foretagelse ikke er opfyldt. Hvis klagen ikke kun omfatter indgrebet som sådant, men også er rettet mod den eller de medicinalpersoner, der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, vil nævnet samtidig kunne tage stilling til, om der f.eks. er grundlag for at udtale kritik over for de(n) pågældende."

Tvangsindlæggelse

I din henvendelse af 27. november 2015 har du rejst spørgsmålet om, hvornår en patient er tvangsindlagt. Henvendelsen er sket på baggrund af, at en ledende overlæge er af den opfattelse, at en patient, der indlægges, må anses for indlagt, allerede når overlægen fx i telefonen får oplæst den indlæggende læges erklæring, og at overlægen derefter godkender, at patienten på den baggrund kan indlægges.

Du har i en henvendelse til den ledende overlæge den 27. november 2015 henvist til, at der i forbindelse med en tvangsindlæggelse er et helt fundamentalt princip om en to-læge-prøvelse. Denne prøvelse forudsætter, at to læger har foretaget en egenhændig undersøgelse af patienten. Dette fortolker du således, at prøvelsen af betingelserne forudsætter dels en prøvelse af, hvorvidt den indlæggende læges erklæring er fyldestgørende, dels en selvstændig vurdering af patientens tilstand. Du har endvidere i henvendelsen af 27. november 2015 konkluderet, at tvangsindlæggelsen finder fysisk sted på hospitalet, efter at den modtagende læge har undersøgt patienten med henblik på indlæggelse.

Bestemmelsen i § 9 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien vedrører den psykiatriske afdelings modtagepligt.

Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien vedrørende fremgangsmåden i forbindelse med den frihedsberøvelse, der består i tvangsindlæggelse, at det er overlægen på den modtagende afdeling, der træffer den endelige afgørelse om, hvorvidt patienten skal modtages som tvangsindlagt. Overlægen er ikke bundet af det skøn, som den attestudstedende læge (den indlæggende læge) og i et vist omfang politiet har udøvet.

Det fremgår endvidere af lovbemærkningerne, at overlægen ved modtagelsen af patienten på den psykiatriske afdeling træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og hvorvidt patienten bør modtages til behandling for sin sygdom.

Af "Tvang i psykiatrien Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med kommentarer"¹ side 72-73 fremgår det blandt andet:

"Overlægen skal påse, at papirerne er behørigt udfyldt, og at de deri angivne oplysninger er tilstrækkelige til at begrunde tvangsindlæggelse. Overlægen vil ofte være henvist til at lægge den indlæggende læges oplysninger uprøvet til grund. En nøjere udredning af patientens tilstand vil normalt kræve nogen tids observation. Overlægen kan befinde sig i en situation, hvor han/hun er nødt til at modtage patienten som tvangsindlagt for at kunne konstatere, om betingelserne herfor har været til stede."

¹ 1. udgave, 1. oplag 1991

Det fremgår endvidere:

"Afviser overlægen at modtage patienten, har der under afhentningen og indtransporten til sygehuset for så vidt foreligget en frihedsberøvelse, der har hvilet på politiets beslutning om at iværksætte tvangsendlæggelsen."

Endelig fremgår det af Principbetænkning om tvang i psykiatrien², side 489:

"Overlægens ansvar for at modtage patienten som tvangsendlagt kan gøres gældende under en klage over selve tvangsendlæggelsen og dermed efterfølgende under en retssag ført i henhold til retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Et eventuelt erstatningskrav kan fremsættes og pådømmes under samme sag, jfr. Retsplejelovens § 469, stk. 6. Et eventuelt civilretligt ansvar for den indlæggende læge må derimod gøres gældende under en almindelig erstatningssag anlagt ved byret eller landsret afhængig af erstatningskravets størrelse."

Det er med henvisning hertil Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at tvangsendlæggelsen først er effektueret ved overlægens stillingtagen til afgørelsen om tvangsendlæggelse i forbindelse med modtagelsen af patienten på den psykiatriske afdeling.

Tvangsbehandling

I forbindelse med mødet mellem Statsforvaltningen og Sundheds- og Ældreministeriet den 19. november 2015 nævnte du, at en for stor del af PKN's afgørelser om tvangsmedicinering blev omgjort af Det Psykiatriske Ankenævn.

Reglerne om tvangsmedicinering fremgår af § 12 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015). Det følger af § 12, stk. 2, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Af lovbemærkninger til lov nr. 331 af 24. maj 1989 fremgår det:

"Ved afprøvede lægemidler forstås præparater, der er velkendte og som findes optaget i Sundhedsstyrelsens specialitetsregister, jf. Lægeforeningens medicinfortegnelse og lægemiddelkataloget. Sædvanlig dosering betyder, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er angivet i lægemiddelfortegnelsen, samt det der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser - megadoser - vil således være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen overlægen ikke kender. Ved tvangsmedicinering bør der altid være en læge til stede. Medicinering må ikke foregå skjult for patienten ved medicintilsætning til mad og drikke eller sammen med andre præparater, som patienten er vant til at tage."

Af betænkning nr. 1109/1987³ side 62 fremgår det endvidere:

² Betænkning nr. 1068/1986

³ Afsluttende udtalelse vedrørende udformning af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1109/1987).

"Det er overlægen, der afgør, om der skal foretages tvangsbehandling, herunder hvilken form for behandling, der skal anvendes, hvilke præparater, der skal benyttes, om magt skal kunne anvendes, hvis det viser sig nødvendigt, samt hvornår fornyet vurdering skal ske. Da der altid skal være en læge til stede, når der foretages tvangsbehandling, påhviler det denne læge på konferencer m.v. løbende at indhente overlægens beslutninger om, hvor længe tvangsbehandling i givet fald skal fortsætte, hvilket hver gang skal noteres i tvangsprotokollen."

Af bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger fremgår af § 4, stk. 3, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med markedsføringstilladelsen. Det fremgår endvidere af bestemmelsens stk. 5, at brug af ekstraordinært store doser ikke må finde sted.

Det fremgår af vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, at behandling med antipsykotiske lægemidler som udgangspunkt ikke må overstige de doser, der er angivet i produktresumeeet. Enkelte patienter har efter en konkret vurdering behov for at blive behandlet med højere doser.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at hvis det er nødvendigt at give medicin med tvang efter psykiatriloven, skal lægen vurdere hvilket lægemiddel og i hvilken dosis, det er nødvendig for, for at patienten kan opnå den ønskede effekt. Lægen skal tage udgangspunkt i, hvilken behandling, der tidligere har haft effekt. Lægen skal efterfølgende tage stilling til justering af dosis. Såfremt en tilstrækkelig medicinering ikke kan opnås, må lægen afstå fra medicinsk behandling med tvang.

Du har endvidere oplyst, at Det Psykiatriske Ankenævn har ændret to af PKN's afgørelser med henvisning til, at afgørelserne ikke indeholdt oplysninger om, at dosis skulle gives af flere gange. Du har oplyst, at denne praksis har medført, at PKN inden et nævnsmøde må have sikret sig, at tvangsbeslutningen følger de retningslinjer, som udstikkes i pro.medicin, herunder også om dosis skal fordeles på flere gange.

Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 708 af 25. juni 2006 om betænkningstiden i forbindelse med tvangsbehandlingen:

"Motivationsperioden er den tid, der går fra lægens første forsøg på at indhente patientens informerede samtykke til en konkret behandling, herunder forsøg på at motivere patienten til at modtage behandling, og til det tidspunkt, hvor den behandlingsansvarlige overlæge træffer beslutning om iværksættelse af denne behandling uden patientens samtykke, eller hvor patienten giver sit samtykke til behandlingen."

Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at den forsøgte motivation skal journalføres.

Af § 3 i bekendtgørelse om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger⁴ fremgår det, at der ved tvangsbehandling skal ske tilførsel i tvangsprotokollen af patientens navn og cpr. nr., behandlingens art og omfang,

⁴ Bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010

begrundelsen for tvangsbehandlingen, navnet på den ordinerende overlæge og navnet på den tilstedeværende læge.

Det fremgår endvidere af § 15 i bekendtgørelsen, at tilførsler i tvangsprotokollen er journalpligtige, jf. § 21 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Det fremgår endvidere, at der ved udfærdigelse af tvangsprotokoller i journalen skal henvises til, at der er indført notat i tvangsprotokollen, ligesom tvangsprotokollen skal tilføres journalen.

I vejledning nr. 9713 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner fremgår det vedrørende tvangsbehandling:

"I rubrikken "art og omfang" angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsmåde og eventuel bivirkningsmedicin. Ved dosisændringer og præparatændringer fortsættes på samme tvangsskema, men ændringen skal fremgå af journalen, ligesom behandlingsforløbet skal fremgå nærmere i journalen."

Henset til at Det Psykiatriske Ankenævn afgør sine sager på et skriftligt grundlag, herunder oplysningerne i journal og tvangsprotokol er det ministeriets vurdering, at det er af afgørende betydning for ankenævnets arbejde, at journaler og tvangsprotokoller er udfyldt korrekt.

Tvangsbehandling og tvungen opfølgning efter udskrivning

Du har på mødet mellem ministeriet og Statsforvaltningen den 19. november 2015 fremhævet, at medicineringen i forbindelse med en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning efter § 13 d i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien har givet anledning til fortolkningstvivil for så vidt angår spørgsmålet om, hvem der er rette ankeinstans (domstolene eller Det Psykiatriske Ankenævn).

Du har i den forbindelse udleveret to afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn vedrørende problemstillingen.

Sag 1:

I den ene sag havde overlægen den 30. april 2014 truffet beslutning om tvangsbehandling med depotbehandling hver 14. dag. PKN godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Sagen blev indbragt for Det Psykiatriske Ankenævn, som ændrede PKN's afgørelse. Ankenævnet anførte, at tvangsbehandling efter § 12 kun kan ske i forhold til indlagte patienter. Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at der den 30. april 2014 blev truffet beslutning om tvungen opfølgning og i denne sammenhæng beslutning om tvangsbehandling med depotbehandling. Det fremgik endvidere af sagen, at **udskrivning var forestående** [min fremhævning]. Ankenævnet var den opfattelse, at den beslutning, der blev truffet den 30. april 2014 om depotbehandling ikke var en beslutning om tvangsbehandling efter § 12, men en beslutning om tvangsbehandling som led i den samtidige beslutning om tvungen opfølgning.

Sag 2:

I sag nr. 2 godkendte ankenævnet PKN's afgørelse om tvangsbehandling. Overlægen havde den 6. februar 2014 truffet beslutning om depotbehandling hver 3. uge. Den 6. februar 2014 traf overlægen endvidere beslutning om tvungen opfølgning efter

udskrivning. Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at der ved beslutningen om tvangsbehandling ikke var tale om en beslutning om medicinering som led i en samtidig truffet beslutning om tvungen opfølgning, men derimod en separat beslutning om tvangsbehandling efter psykiatrilovens § 12. . Ankenævnet lagde til grund, at der ikke var tale om en nær forestående udskrivelse [min fremhævning], idet det fremgik af journalen, at patienten forud for beslutningen om tvangsbehandlingen var tvangstilbageholdelig, og at det fremgik af lægeerklæringen, at varigheden af behandlingen af den pågældende var vurderet til forsat uger til måneder.

Det fremgår af § 37 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at PKN skal indbringe sine afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvang på Sikringsafdelingen og aflåsning af døre i afdelingen for retten.

PKN's afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af beroligende middel med magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen kan derimod ankes til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. § 38 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010, at formålet med bestemmelsen om tvungen opfølgning efter udskrivning § 13 d er at sikre, at det bliver muligt at fastholde de sværest psykisk syge patienter, det inden for rammerne af den hidtidige lovgivning ikke har været muligt at fastholde i den nødvendige, medicinske behandling efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af lovens § 13 d, stk. 2, at en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning fra den psykiatriske afdeling alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen. Af bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010 fremgår det, at indholdet af beslutningen alene kan gå ud på, at patienten skal behandles medicinsk. Andre tvangsforanstaltninger kan ikke anvendes i forbindelse med tvungen opfølgning efter udskrivning.

Af § 13 d, stk. 4 fremgår det, at der ved den medicinske behandling i forbindelse med tvungen opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler, for hvilke overlægen kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depotform. Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010, at udgangspunktet er, at depotpræparater i videst muligt omfang undgås på indlagte patienter. For patienter, der forventes at overgå til tvungen opfølgning efter udskrivning, kan det dog være indiceret at anvende depotpræparater i den sidste del af indlæggelsen inden udskrivelsen.

Det fremgår desuden af bemærkningerne, at der kan klages over overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, overlægens efterfølgende beslutning om politiets afhentning af patienten og overlægens beslutning om forlængelse af tvungen opfølgning efter udskrivning. Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at PKN skal indbringe sine afgørelser herom for retten.

Endelig fremgår det af bemærkningerne:

"Klager over en beslutning om tvangsbehandling efter de gældende lovs kapitel 4 om tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3.

Idet tvungen opfølgning efter udskrivning indebærer en tvangsbehandling er det med forslaget sikret, at også klager over tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, gives opsættende virkning."

Ministeriet har været i telefonisk kontakt med sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn, som har oplyst, at man ikke har kendskab til fortilfælde vedrørende denne problemstilling.

Det er sekretariatets vurdering, at tvangsbehandling alene kan finde anvendelse, hvis patienten er indlagt. Det er vurderingen, at der ikke er tale om anvendelse af mindste middelprikkippet i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, hvis en patient står overfor en udskrivning i forbindelse med en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning.

Sekretariatet har imidlertid oplyst, at såfremt domstolene ikke vil tage stilling til medicineringen i forbindelse med en tvungen opfølgning efter udskrivning, kan klagen vedrørende den sundhedsfaglige del indbringes for klagecentret i Styrelsen for Patientsikkerhed. Klagecentret vil herefter foretage en vurdering af, om disciplinærnævnet vil kunne tage stilling til klagen.

Ministeriet håber, at indholdet af nærværende brev kan bidrage til en afklaring af evt. fortolkningstvivil i forbindelse med Statsforvaltningens administration af reglerne i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Med venlig hilsen

Birgitte Gram Blenstrup

Kære bistandsvæрге

Dato: 15-04-2016

Der har lige været slået stillinger som bistandsværgere op i Midtjylland.

**Det Psykiatriske
Patientklagenævn**

I stillingsannoncen var det klart tilkendegivet at ansøgerne skulle være bosat i Midtjyllandsområdet.

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Imidlertid fik sekretariatet en ansøgning fra en person, der var bosiddende i Københavnsområdet.

Sekretariatet spurgte derfor den pågældende ansøger om ansøgningen var alvorligt ment henset til stillingsannoncens klare tilkendegivelse om bopælskrav.

Sagsnummer.: 2016 - 4678

SAGSBEHANDLER:

HLS

Telefon: 7256 6880

Sekretariatet fik følgende svar fra den pågældende ansøger:

EAN-Nr. 5798000362222

skriv til os via borger.dk

www.statsforvaltningen.dk

"Jeg søger om at blive bistandsvæрге, på baggrund af en bekendt der har anbefalet mig det, og denne person siger at lokationen ikke gør nogen forskel, da personlige besøg ikke vil forekomme så tit, men blot telefon samtaler, det er derfor jeg har ansøgt."

ÅBNINGS- OG TELEFONTIDER

findes på

www.statsforvaltningen.dk/kontakt

Sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn må tage afstand fra den opfattelse af bistandsværgernes mødepligt, der her gives udtryk for.

Ifølge bekendtgørelsen om bistandsværgere "skal bistandsværgen snarest muligt efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Besøg ud over første besøg finder sted efter behov."

Besøg skal naturligvis forstås som et egentligt besøg, hvor bistandsværgen fysisk kommer hen til klientens bopæl.

Desuden skal bistandsværgen "til stadighed holde sig i forbindelse med klienten". Det kan ske ved mails eller ved telefonsamtaler ol.

Problemet ligger i at det ovennævnte udsagn lægger op til en opfattelse af, at det er tilstrækkeligt at holde sig i telefonisk kontakt med klienten. Det er det ikke.

Det er vigtigt, at bistandsværgen løbende vurderer behovet for at aflægge besøg hos klienten og er parat til at imødekomme klientens behov for et besøg.

Det duer ikke med en forhåndsopfattelse af at "personlige besøg ikke forekommer så tit". Personlige besøg skal forekomme så tit klientens behov tilsiger det. Nogle gange vil det være tit og andre gange kan der gå længere tid mellem de enkelte besøg.

Der er således tale om en behovsbestemt mødepligt for bistandsværgen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, consisting of three stylized, overlapping 'D' shapes followed by a horizontal line.

Henning Lund-Sørensen

Social - og Indenrigsministeriet

Fuldmægtig Kristian Dalsgaard

Koncernstyring

I. Indledning

Dato: 27-05-2016

Social – og Indenrigsministeriet har ved mail af 24. maj 2016 anmodet om høringsvar på udkast til forslag til lov om behandling af behandlingsafvisende inhabile somatiske patienter senest den 27. maj 2016 kl. 12.00.

**Det Psykiatriske
Patientklagenævn**

Statsforvaltningen vil i dette høringsvar nævne en række problemstillinger, som Statsforvaltningen gerne ser afklaret ved en uddybning af lovteksten, af lovbemærkningerne eller i de efterfølgende bekendtgørelser.

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Sagsnummer.: 2016 - 41774

SAGSBEHANDLER:

HLS

I det fremadrettede arbejde med dette nye lovkompleks vil det være hjælpsomt, hvis de anførte spørgsmål er afklaret, således at fortolkningstvivel i videst muligt omfang undgås.

Telefon: 7256 6880
EAN-Nr. 5798000362222
skriv til os via borger.dk
www.statsforvaltningen.dk

I besvarelsen er der sondret mellem bemærkninger, der har med selve lovteksten at gøre, og bemærkninger, der karaktermæssigt mere hører hjemme i lovbemærkningerne eller i en forretningsorden for Det Somatiske Patientklagenævn.

ÅBNINGS- OG TELEFONTIDER
findes på

www.statsforvaltningen.dk/kontakt

II. Bemærkninger til lovteksten

1. Vedr. § 13, stk. 1.: Det vil være hensigtsmæssig, hvis det kunne undgås, at der blev udpeget "stedfortrædere". Psykiatrilovens anvendelse af "stedfortrædere" for nævnsmedlemmer er historisk betinget og har i det senere forløb givet anledning til kritik fra Folketingets Ombudsmand, fordi stedfortræderne i nogle statsamter blev anvendt på lige fod med de "egentlige" nævnsmedlemmer. I forbindelse med nedlæggelsen af statsamterne blev det derfor i forretningsordenen for Det Psykiatriske Pa-

tientklagenævn præciseret, at der udpeges et antal ligestillede stedfortrædere. Men konstruktionen med "egentlige" nævnsmedlemmer og ligestillede stedfortrædere er i bedste fald overflødig og giver i stedet anledning til almindelig forvirring, når nye medlemmer/stedfortrædere skal udpeges - er der nu tale om, at den pågældende skal indtræde som nyt nævnsmedlem eller som ny stedfortræder. Problemet er især relevant, når både et nævnsmedlem og en stedfortræder afdør fra nævnet på samme tid. Hvis man i dag i psykiatrien skulle indføre en ordning for nævnsmedlemmernes benævnelse, ville man givetvis ikke indføre en ordning med både nævnsmedlemmer og stedfortrædere. Problemet kan løses, hvis § 13, stk. 1, omformuleres til: "Sundheds- og ældreministeriet beskikker desuden et antal ligestillede medlemmer."

2. Når klagen angår tandlægefaglige spørgsmål kan det måske overvejes:
 - enten at erstatte det lægelige nævnsmedlem med et tandlægefagligt nævnsmedlem, som forinden må være udpeget af Sundheds- og Ældreministeren efter indstilling fra Tandlægeforeningen,
 - eller at supplere nævnet med et tandlægefagligt nævnsmedlem med tilføjelse om, at formandens stemme er udslagsgivende i tilfælde af stemmelighed.
3. Vedr. § 14: Ordene "efter anmodning fra patienten" kunne, henset til at patienten netop ikke anses i stand til at fremsætte en egentlig anmodning, med fordel erstattes af: "hvis patienten i ord eller handling modsætter sig".
4. Vedr. § 15, stk. 4 : hvor det er anført at „ Sundheds- og ældreministeriet fastsætter en forretningsorden for Det Somatiske Patientklagenævn.”
Statsforvaltningen skal foreslå, at dette ændres til at "Sundheds- og ældreministeriet bemyndiges til efter forhandling med Det Somatiske Patientklagenævn at fastsætte forretningsorden". Dette vil svare til den fremgangsmåde, som forretningsorden for Det Somatiske Ankenævn skal fastsættes på.
5. Vedr. § 17, stk. 2: I kapitel 6 om Det Somatiske Ankenævn er i § 17, stk. 2 nævnt, at "Det Somatiske Patientklagenævn kan forelægge en sag for Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Retslægerådet." Der må være tale om en lapsus -også fordi det ikke umiddelbart er gennemførligt inden for den tidsramme, hvor Det Somatiske Patientklagenævn skal træffe afgørelse.
6. Vedr. § 19: Ordene "skal efter anmodning fra patienten" kunne i stil med ovennævnte tilkendegivelser eventuelt erstattes med

”skal hvis patienten i ord eller handling ønsker det eller hvis patientens pårørende ... anmoder om det, indbringe sine afgørelser for retten ...”

7. Vedr. § 20: Loven angiver at skulle træde i kraft den 1. juli 2017.

En ikrafttræden af et helt nyt lovkompleks lige op til sommerferien skaber ikke umiddelbart de optimale betingelser for en god start.

For det første er det vigtigt, at Statsforvaltningen efter lovens vedtagelse får god tid til at forberede implementeringen, der både omfatter beskikkelse af nævnsmedlemmer efter indstilling fra Danske Patienter og fra Lægeforeningen, hvor der erfaringsmæssigt må påregnes god tid.

For det andet anser Statsforvaltningen det for vigtigt, at der forud for lovens ikrafttræden iværksættes en oplysningskampagne om indholdet i den nye lov.

Hvis ikrafttræden udskydes til eksempelvis søndag den 1. oktober 2017 tages der således højde for eventuelle problemer i vedtagelsesfasen, der kan udskyde vedtagelsestidspunktet. Man undgår endvidere problemer med implementering i en sommerferieperiode, og man lægger dermed op til, at årsberetninger fra Det Somatiske Patientklagenævn kommer til at følge kalenderåret, idet første årsberetning i givet fald vil omfatte perioden fra 1. oktober 2017 til 31. december 2018.

III. Bemærkninger til lovbemærkningerne

1. Ad. side 8, 6. afsnit: I afsnittet er anført, at det kan dreje sig om ”diagnosticering og behandling”, og senere hedder det i lovbemærkningerne at ”demente med kraftigt vægttab og kronisk diaré, som bør undersøges for alvorlig sygdom ...”.

Disse udsagn lægger op til, at der selvstændigt kan klages over ”diagnosticering” og ”undersøgelse”, der sker med henblik på afklaring af behandlingsbehovets karakter og omfang.

Hvis denne tolkning er korrekt, ville det være hensigtsmæssigt med en eksplicit oplysning herom i lovbemærkningerne.

2. Ad. side 9, afsnit 4, hvor det er anført, at ”forslaget sikrer patienten den fornødne retssikkerhed og giver myndighederne en mulighed for at følge op på administrationen af ordningen i praksis.” Hvis sætningen om at ”følge og følge op” angår Det Somatiske Patientklagenævn, må det nærmere indhold gerne præciseres.
3. Ad. side 12: Sundhedslovens § 19 giver hjemmel til øjeblikkelig behandling i akutte situationer, hvor behandlingsbehovet er hastende.

Statsforvaltningen går ud fra, at patienten ikke kan indbringe spørgsmålet om, hvorvidt betingelserne for anvendelse af § 19 var opfyldt for Det Somatiske Patientklagenævn.

4. Ad. side 15, 3 afsnit, hvor der henvises til norsk ret:
 - a. Efter den norske lovgivning gælder det jf. denne lovs § 4 A-5, at beslutning om helsehjælp kun træffes for indtil ét år af gangen. Er en tilsvarende tidsgrænse overvejet indført i Danmark? Eller kan den indirekte læses ud af lovbemærkningerne?
 - b. Beslutning om undersøgelse og behandling omfatter efter den norske bestemmelse også den pleje og omsorg, som er nødvendig for at gennemføre undersøgelsen og behandlingen.

I forlængelse af ovennævnte pkt. III,1 går den norske lovgivning således et skridt videre ved at udstrække området til også at omfatte pleje og omsorg, som er en nødvendig forudsætning for både undersøgelsen og behandlingen.

Det må anses som en relevant afgrænsning af det accessoriske princip. Medmindre andet anføres i lovbemærkningerne, må det imidlertid lægges til grund at pleje og omsorgs aspektet ikke er genstand for prøvelse i Det Somatiske Patientklagenævn - heller ikke, selvom der kan siges at være tale om accessoriske ydelser til selve behandlingen. Det kan med fordel præciseres i lovbemærkningerne.

5. Ad. side 18, 2 afsnit, nederst hvor det anføres, at "tilslutning fra patienten opnås ved, at patienten ikke gør modstand i ord eller handling."

Hvordan harmonerer dette udsagn med de almindelige regler for passivitet, der normalt ikke kan konstituere, at indgrebet i denne situation anses for frivilligt?

Skal problemstillingen ses i sammenhæng med sundhedslovens § 18, vil der være brug for en uddybende præcisering i lovbemærkningerne.

Statsforvaltningen har desuden følgende opklarende spørgsmål:

- a. Hvis man lægger til grund, at patienterne i dag bliver behandlet, men "uden brug af tvang".

- Hvordan og hvem sikrer, at man får differentieret denne praksis, så den stemmer overens med tankegangen i loven? Eller med andre ord: Hvem orienterer lægerne og tandlægerne om det nye nævn og dets praksis?
- b. Kan der kun klages over en enkelt tvangsbehandling? Eller kan der også klages over længere behandlingsforløb?
 - c. Kan der kun klages over forestående behandlinger og altså ikke over behandlinger, der allerede er gennemført?
 - d. Kan man forestille sig en opfølgende klage for eksempel på baggrund af bivirkninger? Eller er der kun klageadgang, hvis der er tale om opfølgende behandling?
 - e. Anses en re-operation for et nyt tvangsindgreb? Eller anses det som en opfølgning på den tidligere tvangsbeslutning?
 - f. Ved en operation efterfulgt af medicinsk behandling er der her krav om, at tvangsbeslutningen skal opdeles? Eller kan nævnet tage stilling til begge dele på én gang? Eller skal det konkret vurderes, om medicineringen skal afvente udfaldet af operationen?
 - g. Det lægges til grund, at der kun kan klages over tvangsbeslutninger truffet af den behandlingsansvarlige læge eller tandlæge, og at der således ikke kan klages over behandlingsbeslutninger truffet af andre fagkategorier, eksempelvis jordmødre.
 - h. Jo flere eksempler på tvangsmæssig behandling, der angives i lovbemærkninger jo bedre.
 - i. Skal den behandlingsansvarlige læge/tandlæge nærmere dokumentere, at patienten er varigt inhabil? Eller er det tilstrækkeligt, at det anføres i lægeerklæringen, hvorefter nævnet kan lægge dette til grund? Der spørges således her ind til dybden i nævnets prøvelsespligt.

IV. Forslag og ønsker til bekendtgørelser, herunder en forretningsorden for Det Somatiske Patientklagenævn

1. Det fremgår ikke hvilke retlige reaktionsmuligheder Det Somatiske Patientklagenævn har. Hvis dette ikke fastlås i lovteksten, bør det eksplicit af lovbemærkningerne fremgå, at nævnets forretningsorden fastlægger, hvilke retlige reaktionsmuligheder Det Somatiske Ankenævn har, herunder muligheden for at udtale kritik.
2. Det bør præciseres, at afgørelser fra Det Somatiske Patientklagenævn træffes på skriftligt grundlag.

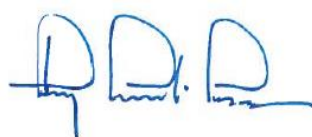
3. Det må afklares, om nævnsmøderne i særlige situationer kan afholdes som telefonmøder.
4. Det må i bekendtgørelsen være oplyst, at møderne i Det Somatiske Patientklagenævn afholdes i tilknytning til sekretariatsfunktionen, der placeres i København.
5. Der skal ske en afklaring af nævnsmedlemmernes honorering:
 - kun sagshonorar – ikke fremmødehonorar
 - kørselsgodtgørelse til høj takst
 - sagshonorar også når sagerne tilbagekaldes med mindre end tre hverdags varsel

Det bemærkes, at dette hørings svar ikke forholder sig til lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser, idet disse oplysninger afventer vurdering af finansieringsbehovet.

6. Skal Det Somatiske Patientklagenævn have mulighed for at udtale kritik af behandlingsbeslutningen? af personalet?
7. Af hensyn til sikring af en hurtig og effektiv sagsbehandling bør det præcist oplyses, hvilke dokumenter der skal indsendes med klagen. Af samme grund bør det overvejes direkte i bekendtgørelsen at oplyse om processuel skadevirkning, hvis mødematerialet ikke fremsendes i tilknytning til fremsendelsen af klagen. Dette kan dog være betænkeligt, idet en eventuel processuel skadevirkning vil ramme patienten, der måske har brug for lægehjælp. Men findes der andre sanktioner, der kan bringes i anvendelse til sikring af det fornødne oplysningsgrundlag?
8. Det ville være hjælpsomt, hvis der i bekendtgørelsen blev præciseret noget om motiveringens indhold og udstrækning jf. § 4, stk. 2 og om den løbende vurdering, der lægges op til i § 4, stk. 3.

Afslutningsvis kan Statsforvaltningen oplyse, at Statsforvaltningen ser frem til at påtage sig denne nye opgave, og at Statsforvaltningen med tilførsel af de nødvendige ressourcer ser sig i stand til at løfte opgaven til gavn for patienterne.

Med venlig hilsen



Henning Lund-Sørensen
Kommitteret

Afsnit III: Principielle afgørelser

A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

1. Tvangsindlæggelse

1a) Krav til lægeerklæringen.

Efterfølgende opringning til patienten kan ikke forlænge 7 dages fristen.

Nævnet godkendte ikke en tvangsindlæggelse, da den indlæggende læge ikke havde foretaget undersøgelsen af patienten med henblik på indlæggelse.

Ifølge psykiatrilovens § 7, stk. 2 må tvangsindlæggelse kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, der hviler på den indlæggende læges egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelse.

Patienten havde været til konsultation den 20. juni 2016, men det fremgik ikke, om patienten i den forbindelse var gjort opmærksom på, at konsultationen skete med henblik på en mulig indlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde til grund, at der reelt ikke var gennemført nogen undersøgelse af patienten med henblik på indlæggelse. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der var gået mere end syv dage fra konsultationen blev foretaget til patienten blev tvangsindlagt.

Nævnet henviste til, at fristen i psykiatrilovens § 7, stk. 3, skulle regnes fra undersøgelsens afslutning og ikke fra erklæringens udfærdigelse, jf. således Psykiatrirret, af Helle Bødker Madsen, DJØF 2013, s. 88.

Nævnet bemærkede endvidere, at den indlæggende læge den 22. juni 2016 havde underskrevet en erklæring om, at have foretaget en undersøgelse af patienten med henblik på indlæggelse, men nævnet fandt ikke, at en efterfølgende telefonisk henvendelse til patienten hverken kunne gøre det ud for en egentlig undersøgelse, eller kunne forlænge syv dages fristen.

Nævnet henviste til, at undersøgelsen skulle være aktuel, og lægen ikke kunne støtte sig til observationer og oplysninger, der vedrørte tidligere undersøgelser. Der var således krav om en aktuel undersøgelse som betingelse for en tvangsindlæggelse, jf. psykiatrilovens § 7, stk. 2, hvorefter tvangsindlæggelsen kun må gennemføres på grundlag af lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelse og under overholdelse af fristerne i psykiatrilovens § 7, stk. 3, jf. UfR 2011.2121 V, samt Psykiatrirret, af Helle Bødker Madsen, DJØF 2013, s. 87.

Nævnet fandt derfor, at der i relation til tvangsindlæggelsen var tilsidesat en væsentlig retssikkerhedsgaranti, der skulle sikre, at den indlæggende læge foretog en reel undersøgelse med henblik på indlæggelse, ligesom patienten skulle orienteres om såvel undersøgelsens formål som at undersøgelsen følges op af en tvangsindlæggelse inden for den fastsatte frist på 7 dage.

1b) Er der tale om en frivillig indlæggelse?

Nævnet afviste at behandle en klage over, at patienten var blevet tvangsindlagt den 14. december 2015, idet nævnet vurderede, at patienten var blevet frivilligt indlagt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen af 14. december 2015 blev overtalt til indlæggelse af overlægen, som ledsagede patienten til den psykiatriske skadestue med henblik på indlæggelse, idet det i journalen var anført: "Det lykkedes til sidst at overtale patienten til, at psykologen og lægen kunne ledsage patienten til psykiatrisk indlæggelse".

Nævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af indlæggelsesnotatet den 14. december 2015, at patienten var informeret, og at patienten samtykkede, idet det var anført: "Pt. er informeret om ovenstående og samtykker til dette".

Nævnet vurderede derfor, at der forelå et informeret samtykke i forbindelse med indlæggelsen. Det blev derfor anset for godtgjort i journalen, at patienten blev frivilligt indlagt, og derfor blev klagen afvist, men nævnet tilføjede, at det havde været ideelt, hvis det i journalen havde været anført mere præcist, hvad patienten var blevet informeret om.

Det var nævnets vurdering, at de oplysninger, som patienten fremkom med på mødet, ikke i den foreliggende situation kunne føre til et andet resultat.

1c) Det er en læge der skal tage beslutningen om tvangsindlæggelse af en patient – en medicinstuderendes vurdering er ikke tilstrækkelig.

Nævnet anså det ikke for godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 9, stk. 2 og § 4 a for at tvangsindlægge patienten var opfyldt, idet beslutningen om at tvangsindlægge patienten var truffet af en medicinstuderende og ikke af en autoriseret læge.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen for den 6. september 2016 ført kl. 14.50, at indlæggessamtalen med patienten blev foretaget af en medicinstuderende, og at beslutningen om indlæggelse blev truffet af den medicinstuderende uden at blive fulgt op af overlægens egenhændige undersøgelse af patienten.

Nævnet oplyste, at det fremgår af psykiatrilovens § 9, stk. 2, at det er overlægen som skal træffe afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt. Af Psykiatrilovens § 4 a fremgår, at bestemmelsen i bl.a. § 9, stk. 2 ikke er til hindring for, at en beslutning i overlægens fravær kan træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Det var således nævnets vurdering, at beslutningen om at tvangsindlægge patienten skulle have været foretaget enten af en autoriseret læge på afdelingen på grundlag af en undersøgelse af patienten fulgt op af en overlæge godkendelse, eller af overlægens egenhændige undersøgelse af patienten.

Selv om de materielle betingelser for tvangsindlæggelse var beskrevet som opfyldt, blev selve beslutningen om tvangsindlæggelse ikke truffet af en autoriseret læge. Der

var hermed svigtet en væsentlig retsgaranti. Det var en skærpende omstændighed, at patienten ikke tidligere var kendt i psykiatrien. Nævnet kunne på denne baggrund ikke godkende tvangsindlæggelsen.

1d) Uenighed mellem den indlæggende og den modtagende læge.

Nævnet godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsindlæggelse af patienten.

Nævnet noterede sig, at den indlæggende læge i de gule papirer gav udtryk for, at patientens tilstand ganske kunne sidestilles med sindssygdom. De gule papirer blev ifølge journalnotatet efterfølgende godkendt af overlægen.

Nævnet lagde imidlertid lagt afgørende vægt på, at den modtagende læge, der afholdt indlæggelsessamtalen vurderede, at patienten på dette tidspunkt ikke var psykotisk. På trods af dette blev patienten alligevel tvangsindlagt.

Nævnet bemærkede, at det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien vedrørende fremgangsmåden i forbindelse med den frihedsberøvelse, der består i tvangsindlæggelse, at det er overlægen på den modtagende afdeling, der skal træffe den endelige afgørelse om, hvorvidt patienten skal modtages som tvangsindlagt. Overlægen er ikke bundet af det skøn, som den attestudstedende læge (den indlæggende læge) og i et vist omfang politiet har udøvet.

Det fremgår endvidere af lovbemærkningerne, at overlægen ved modtagelsen af patienten på den psykiatriske afdeling træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og hvorvidt patienten bør modtages til behandling for sin sygdom.

Nævnet bemærkede desuden, at det er Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at en tvangsindlæggelse først er effektueret ved overlægens stillingtagen til afgørelsen om tvangsindlæggelse i forbindelse med modtagelsen af patienten på den psykiatriske afdeling.

Nævnet fandt det kritisabelt, at det alene fremgik, at overlægen havde godkendt de gule papirer, og at det således ikke fremgik, om overlægen havde godkendt selve beslutningen om tvangsindlæggelsen foretaget af reservelægen.

1e) Der er et lovmæssigt krav om en selvstændig undersøgelse foretaget af den modtagende læge

Patienten blev tvangsindlagt efter, at den modtagende læge havde undersøgt patienten med henblik på indlæggelse.

Nævnet vurderede, at der ikke var oplysninger i journalen, der kunne begrunde, at det ville have været uforsvarligt ikke at indlægge patienten med henblik på behandling, fordi patienten var sindssyg eller i en tilstand, der kunne ligestilles med sindssyge, og fordi patienten ville kunne få det betydeligt og afgørende bedre ved behandling.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at der på tidspunktet for tvangsindlæggelsen var en god kontakt, at patientens psykomotoriske tempo var normalt, at der var normal mimik og sprogbrug samt at patientens stemningsleje var neutralt.

Nævnet lagde også vægt på, at patienten ikke fremstod objektivt psykotisk – patienten var dog indimellem lidt usammenhængende, når patienten prøvede at forklare forskellige ting, og patienten kom let til at gå ud af en tangent, der ikke umiddelbart havde relevans for det stillede spørgsmål.

Nævnet bemærkede i den forbindelse, at kriteriet "tilstande, der ganske måtte ligestilles med sindssygdom" skulle undergives en restriktiv fortolkning, jf. Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen: *Tvang i Psykiatrien*, side 57-58: "Betingelserne for at slutte analogt fra den foreliggende tilstand til sindssygdom skal opfylde kravene til en fuldstændig tilstands analogi – ofte kendetegnet ved, at den foreliggende tilstand ikke lader sig skelne fra sindssygdom".

Nævnet fandt på den baggrund, at det ikke var tilstrækkeligt, at overlægen – som det fremgik af journalnotat af 6. juni 2015 – alene havde "godkendt de røde papirer", og på den baggrund tog stilling til beslutningen om tvangsindlæggelse, jf. § 4 a.

"To-læge prøvelsen" måtte efter nævnets opfattelse indebære, at endnu en læge – enten den modtagende læge eller overlægen – foretog en konkret undersøgelse af patienten. Denne undersøgelse kunne i sagens natur ikke være mindre grundig end den undersøgelse, som den indlæggende læge foretog, idet det er den modtagende læge, der har kompetencen til at foretage tvangsindlæggelsen, og idet den modtagende læge ikke er bundet af det skøn, som den indlæggende læge har foretaget.

Ud fra denne betragtning kunne det således ikke anses som tilstrækkeligt til opfyldelse af "to-læge-prøvelsen", at overlægen alene havde truffet beslutning om en tvangsindlæggelse på baggrund af den indlæggende læges erklæring.

Overlægen skulle enten have haft både den indlæggende og den modtagende læges vurderinger, eller den indlæggende læges og sin egenhændige undersøgelse som grundlag for at træffe beslutning om tvangsindlæggelse.

To-læge-prøvelsen var således, efter nævnets opfattelse, ikke til hinder for, at overlægen på baggrund af dels den indlæggende læges erklæring og dels på baggrund af den modtagende læges journalførte vurdering, tog stilling til tvangsindlæggelsen alene på baggrund af disse skriftlige vurderinger, men uden selv at have foretaget en egen undersøgelse af patienten.

Det blev bemærket, at tvangsindlæggelse fysisk finder sted på hospitalet efter, at den modtagende læge har undersøgt patienten med henblik på indlæggelse.

Vedrørende det forhold, at det af journalnotat af 5. juni 2016 fremgik: "Pt. indlæg. i modtagelsen og tilbageholdes på 24-timers reglen" bemærkede nævnet, at der ikke i psykiatrilovens § 10, stk. 3, 1. pkt. var hjemmel til at foretage tvangsindlæggelse med henblik på observation.

Reglen i § 10, stk. 3, 1. pkt. finder desuden ikke anvendelse på patienter, der er tvangsindlagte – her finder reglen i § 10, stk. 3, 2. pkt. anvendelse, men kun inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse havde fundet sted.

1f) De materielle betingelser for tvangsindlæggelse

Nævnet lagde vægt på, patientens egen læge havde været på hjemmebesøg, og beskrevet, at patienten led af en paranoid psykose, og siden 14 års alderen havde udvist adfærdsændringer i form af tiltagende social isolation samt udbrud af aggressiv adfærd og paranoide forestillinger (dissensafgørelse).

Nævnets flertal vurderede, at det ikke med sikkerhed var beskrevet, at det ville have været uforsvarligt ikke at indlægge patienten med henblik på behandling, fordi patienten var sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles med sindssyge, og fordi patienten ville kunne få det betydeligt og afgørende bedre ved behandling. Nævnet godkendte derfor ikke overlægens beslutning om at tvangsindlægge patienten.

Nævnets flertal vurderede, at der alene forelå vurderinger af, at patienten havde såkaldte negative symptomer på skizofreni, hvilket vil sige, der er tale om fraværet af en række normale funktioner.

De negative symptomer omfattede f.eks. nedsat initiativ, manglende engagement, afladning af følelseslivet, social tilbagetrækning, kontaktfattigdom og indsynken i sig selv, hvilket kunne føre til ringe sociale færdigheder. Flertallet bemærkede, at når der bliver beskrevet negative symptomer, bør der fremgå eksempler på hvordan dette kommer til udtryk, som f.eks. at patienten er meget længe om at tage tøj på etc. Nævnets flertal var på baggrund af oplysningerne i journalen i tvivl om, hvorvidt disse vurderinger var baseret på oplysninger fra patientens familie eller baseret på baggrund af observationer i afdelingen.

2. Tvangstilbageholdelse

2a) Beslutning om tvangstilbageholdelse skal træffes af en læge.

Ved overflytningen fra et psykiatrisk center til et andet, blev patienten tvangstilbageholdt på det sidst nævnte hospital. Ifølge journalen på det modtagende hospital blev patienten vurderet af en medicinstuderende, der fandt, at patienten var svært psykotisk med en fuldstændig manglende sygdomserkendelse, svært tankeforstyrret og i en tilstand af anspændthed og gardering.

Overlægen godkendte i forbindelse med samtale og egenhændig undersøgelse af patienten den efterfølgende dag, beslutningen om at tvangstilbageholde patienten og vurderede, at patienten var svært akut psykotisk med bl.a. meget kraftige forfølgelsesmæssige samt selvhenførende vrangforestillinger, bl.a. mente patienten, at være blevet kidnappet til at blive indlagt på afsnittet.

Nævnet fandt på denne baggrund, at de materielle betingelser i psykiatrilovens § 5 for at tvangstilbageholde patienten på det modtagende hospital var opfyldt, men Nævnet fandt imidlertid også, at tvangstilbageholdelsen var ulovlig i perioden fra iværksættel-

sen af tvangstilbageholdelsen og til det tidspunkt hvor overlægen selvstændigt havde vurderet patienten den efterfølgende dag. Nævnet lagde vægt på, at journalnotatet vedrørende tvangstilbageholdelsen ikke var udfærdiget af en autoriseret læge, men af en medicinstuderende, og at overlægen først den efterfølgende dag godkendte tvangstilbageholdelsen. Det var nævnets vurdering, at beslutningen om tvangstilbageholdelse burde have været foretaget af en autoriseret læge på afdelingen, jf. ordlyden i psykiatrilovens 10, stk. 1 sammenholdt med § 4 a eller af overlægen efter en egenhændig undersøgelse af patienten.

Det var vigtigt for nævnet at påpege, at fremgangsmåden i psykiatrilovens § 4 a ikke kunne anvendes i denne sag, når det ikke var en autoriseret læge, der havde truffet beslutningen om tvangstilbageholdelse. Overlægen skulle derfor selv efter en egenhændig undersøgelse træffe beslutning, hvilket ikke kunne udskydes, men skulle ske straks, idet § 4 a ikke kunne anvendes, når den autoriserede læge var erstattet af en medicinstuderende.

Imidlertid havde overlægen først truffet beslutning dagen efter den 3. august 2016 om, at patienten var tvangstilbageholdt på behandlingsindikation, og tvangstilbageholdelsen havde derfor været ulovlig fra den 2. august 2016 til den 3. august 2016.

2b.1) Fortsat tvangstilbageholdelse. Det var ikke tilstrækkeligt, at det i journalen blev anført, at patientens tilstand var uændret.

På nævnsrådet trak patienten sin klage over iværksættelsen af tvangstilbageholdelsen tilbage. Patienten ønskede alene at klage over den nugældende tvangstilbageholdelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke overlægens beslutning om fortsat at tvangstilbageholde patienten.

Nævnet vurderede, at betingelserne for fortsat at tvangstilbageholde patienten ikke var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at det i journalen alene var anført at tvangstilbageholdelsen blev opretholdt, da patientens tilstand blev beskrevet som uændret. Patienten var meget forvirret under samtalen. Det blev beskrevet, at patienten talte uafbrudt, men dog kunne afbrydes. Der var ingen talepres og talestrøm. Patientens stemningsleje var præget af hurtige skift, hvor patienten pludselig talte meget højt, og fremstod meget anspændt og rystede en del på hænderne. Der var et lille "obs" for abstinenser, da patienten havde taget både hash og kokain. Pludselig kløede patienten sig på armen og på brystet. Patienten havde ingen sygdomsindsigt, da patienten benægtede at have diagnosen paranoid skizofreni, men tog imod antipsykotika. Det blev vurderet, at det ville være uforsvarligt ikke at tvangstilbageholde patienten.

Nævnet bemærkede, at ovennævnte udsagn og vurderinger ikke gav den fornødne sikkerhed for at godtgøre, at patienten var psykotisk med et behandlingsbehov, der ikke kunne håndteres ambulant eller ved frivillig indlæggelse.

Nævnet konklusion var, at tvangstilbageholdelsen straks skulle ophæves.

2b.2) Fortsat tvangstilbageholdelse, hvor det blev beskrevet, at affekten var klinget af.

Nævnet godkendte selve iværksættelsen af tvangstilbageholdelsen, men ikke dens udstrækning.

Patienten blev indlagt den 29. april 2016. Tvangstilbageholdelsen blev bragt til ophør den 2. maj 2016, da affekten var klinget fuldstændigt af, og patienten accepterede at være frivilligt indlagt.

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at der havde været grundlag for at opretholde tvangstilbageholdelsen frem til den 2. maj 2016, idet der slet ikke forelå oplysninger i journalen om patientens tilstand i perioden fra iværksættelsen og frem til ophævelsen.

Nævnet fandt ikke, at sygeplejenotaterne fra den 30. april 2016 og 1. maj 2016 kunne føre til et andet resultat.

Manglende rettidig revurdering

2c) Der forelå alene tvangsprotokol, men ingen journaloplysninger i forbindelse med revurdering.

Nævnet godkendte den fortsatte tvangstilbageholdelse frem til den 28. juli 2016, hvor tvangen blev ophævet. Nævnet fandt imidlertid, at frihedsberøvelsen ikke var lovlig i perioden fra den 29. april 2016 til den 27. maj 2016.

Nævnet noterede sig, at det fremgik af tvangsprotokollen, at tvangen blev revurderet den 29. april 2016 og at beslutningen tillige blev overlæge godkendt.

Nævnet noterede sig imidlertid, at der ikke forelå journalnotater herom.

Nævnet måtte derfor foretage en konkret bevisafvejning for at komme frem til, om patientens tilstand reelt blev revurderet den 29. april 2016, herunder om betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse var opfyldte.

Nævnet fandt ud fra en konkret, skønsmæssig vurdering ikke, at det er godtgjort, at patientens tilstand blev revurderet den 29. april, sådan som den rettelig skulle, jf. psykiatrilovens §§ 4a og 21, stk. 2, idet der ikke forelå journalnotater herom. Det forhold, at det fremgik af tvangsprotokollen, at patientens tilstand blev revurderet, var således ikke tilstrækkeligt, idet Nævnet ikke alene ud fra tvangsprotokollen havde mulighed for at påse, om patienten opfyldte betingelserne for fortsat frihedsberøvelse, da der ikke forelå beskrivelser af patientens psykiske tilstand.

Frihedsberøvelsen var derfor ikke lovlig i perioden fra den 29. april til den 27. maj.

Andre sager med manglende rettidige revurderinger:

Det er blevet kritiseret og tvangstilbageholdelsen var kendt ulovlig.

Tvangsfiksering

Den 1. juni 2015 blev der indført nye bestemmelser om tvangsfiksering i psykiatriloven. Nævnet skal henvise til sin årsberetning fra 2015, hvor der på side 35-39 er et Notat om de nye regler om tvangsfiksering.

1. Iværksættelse:

1.1 Tvangsfiksering var påbegyndt før patienten blev indlagt.

Af journalnotat forud for iværksættelsen af tvangsfikseringen fremgik det af konklusionen, at patienten blev vurderet psykotisk og til fare for sig selv (og andre), og derefter blev indlagt på røde papirer. Det fremgik desuden, at patienten forud for de røde papirer var blevet lagt i bælte, fodrem og håndrem i nødværge på grund af svær udadreagerende adfærd. Dette var ifølge journaloplysningerne godkendt af bagvagten.

Nævnet bemærkede, at nævnet ikke kunne tage stilling til, om betingelserne for iværksættelse af tvangsfiksering med bælte og remme havde været opfyldt, idet dette tvangsindgreb var foretaget forud for patientens indlæggelse.

Nævnet bemærkede, at som udgangspunkt omfattede psykiatrilovens bestemmelser alene personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, jf. psykiatrilovens § 1.

Det betød, at lovens regler om tvang, ikke kunne anvendes på personer der opholdt sig andre steder, end på et psykiatrisk hospital.

Nævnet bemærkede, at anvendelse af psykiatrilovens §§ 14, stk. 2 og 15, stk. 2 således forudsatte, at patienten var frihedsberøvet på det pågældende tidspunkt.

1.2 Var faren fra patienten stadigvæk aktuel?

Jævnfør Patientklagenævnets afgørelse samt dom afsagt den 30. september 2016 (Retten i Roskilde).

I en konkret sag, var patienten kl.11.45 kommet ud fra sit værelse, hvor det blev beskrevet som umuligt at tale med patienten, der samtidig meddelte, ikke længere at ville rette sig efter Retspsykiatriens nazimetoder. Patienten kom med yderst forhånende udtalelser over for personalet, også deciderede trusler, idet patienten truede med at angribe, hvis personalet så meget som nærmede sig. Patienten blev med stort besvær, overtalt til at gå ned på sin stue.

50 minutter senere (kl. 12. 35) kom politiet, og patienten blev beordret til at følge med til bæltestuen. Patienten efterkom denne anmodning efter kort betænkningstid og gik fredeligt på stuen.

Patienten kom på ny med forhånende udtalelser samtidig med, at patienten gav udtryk for, ikke at kunne forstå, at når patienten var fredelig, hvorfor det var nødvendigt, at patienten så skulle lægges i bælte.

Et flertal af Det Psykiatriske Patientklagenævns medlemmer godkendte overlægens beslutning om, at iværksætte tvangsfiksering.

Mindretallet (formanden) fandt, at selvom der i journalen ført kl. 11.45 den 2. december 2015 var beskrevet en såvel konkret som aktuel fare, så var denne fare som den var beskrevet i journalen kl. 12.35 den 2. december 2015 ikke længere aktuel på tidspunktet for bæltefikseringen. Der blev lagt vægt på, at patienten frivilligt fulgte med politiet, dels oplysningerne om, at patienten var fredelig, og det kunne derfor ikke udelukkes, om mindre indgribende foranstaltninger kunne have haft samme effekt som bæltefikseringen.

Dom afsagt den 30. september 2016 (Retten i Roskilde).

Overlægens beslutning om tvangsfiksering af patienten var lovlig.

Byrettens dom havde følgende ordlyd "Selv om det ikke fremgik udtrykkeligt af journalen af 2. december 2015, kl.11.45, hvorfor mindre indgribende foranstaltninger ikke kunne anses som tilstrækkelige, findes der på denne baggrund og efter beskrivelsen i journalnotatet, overlægens supplerende erklæring af 18. december 2015 og hans oplysninger under Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling af sagen ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens vurdering af, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, for at tvangsfiksere patienten var opfyldte, og at tvangsfikseringen med bælte og rem var det mindst indgribende middel, der i situationen kunne anvendes. Der var herved også lagt vægt på, at patienten havde været udsat for skærmning i tiden op til episoden, og at patienten ved en efterfølgende samtale gav udtryk for, at det kunne være gået rent galt, hvis personalet havde grebet fat i patienten forud for bæltefikseringen og uden, at politiet var til stede.

1.3 Truende patient.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse samt dom afsagt den 5. september 2016.

Patienten var indlagt på Sikringen efter at have begået drab. Det fremgår, at patienten om morgenen var svært opkørt og scorede 5 på BVC (Brøset Violence Checklist). Ifølge journalen var patienten højtråbende, truende og udsældende og slog på døren. Lægen vurderede, at patienten tydeligvis foretog forberedelse til kamp. Det var endvidere lægens vurdering, at patientens sindstilstand var farlig for andre.

Nævnet godkendte tvangsfikseringen, med den begrundelse at andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse blev indbragt for retten, der afsagde dom den 5. september 2016, hvoraf det fremgik, at betingelserne for at iværksætte tvangsfiksering var opfyldt, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 2, jf. § 4. Retten lagde herved navnlig vægt på, at patienten scorede 5 på Brøset Violence Checklist (BVC), og at patienten op til tvangsfikseringen havde udvist tiltagende aggressiv og truende adfærd, som igennem en til to uger var forsøgt behandlet, sammenholdt med, at der måtte anvendes fem plejepersonaler til at pacificere patienten, og at to af disse kom til skade i forbindelse hermed som følge af patientens adfærd.

1.4 Retten forholder sig konkret til mindstemiddelprincippet.

Jævnfør Patientklagenævnets samt dom afsagt den 30. september 2016 (Retten i Roskilde):

Samme sag, som den der blev beskrevet under punkt 1.2.

For så vidt angår mindstemiddelprincippet i forbindelse med iværksættelsen, vurderede nævnets flertal, at kravet om mindst indgribende foranstaltning i patientens tilfælde havde været opfyldt.

Nævnets flertal lagde i den forbindelse vægt på, at patienten var forsøgt talt til ro, og havde været udsat for en lavere observations grad end skærmning de forudgående dage. Overlægen havde på nævnsmødet tilkendegivet, at patienten ikke kunne anses som sindssyg, men anbragt på den Retspsykiatriske afdeling i henhold til aktivering af dom, og patienten var derfor ikke i de optimale rammer. Medicin ville derfor ikke kunne hjælpe patientens tilstand, og det ville derfor ikke have haft nogen effekt, at tilbyde patienten akut beroligende medicin. Nævnets mindretal (formanden) fandt dog ikke, at der i journalen eller overlægeerklæringen var anført særskilt begrundelse for, hvorfor mindre indgribende foranstaltninger i det konkrete tilfælde, ikke kunne finde anvendelse.

Patientklagenævnets afgørelse blev indbragt for retten, der fandt, at overlægens beslutning om tvangsfiksering med bælte og fodrem af patienten var lovlig.

Fra rettens begrundelse i forbindelse med dommen fremgår det, at patienten ikke under indlæggelsen havde vist tegn på sindssygdom, og derfor modtog patienten ikke medicin eller anden specifik psykiatrisk behandling mod en sindslidelse. Patienten var derimod præget af en svær personlighedsforstyrrelse af dyssocial type med meget højt aggressionsniveau.

Efter bevisførelsen lagde retten endvidere til grund, at patienten frem mod iværksættelsen af tvangsfiksering under udgang havde været misbrugende af hash og metamfetamin, og at beroligende stoffer som benzodiazepiner derfor ikke kunne anvendes, da de ikke var hensigtsmæssige for en misbruger.

Retten lagde efter journaloplysningerne og overlægens supplerende erklæring til grund, at der forud for iværksættelse af tvangsfikseringen havde været flere episoder, hvor patienten havde optrådt truende over for flere af afdelingens personale, hvor patienten verbalt og fysisk havde lavet udfald mod dem.

Selv om det ikke fremgår udtrykkeligt af journalen på tidspunktet for iværksættelsen, hvorfor mindre indgribende foranstaltninger ikke kunne anses som tilstrækkelige, var det på denne baggrund og efter beskrivelsen i journalnotatet, overlægens supplerende erklæring af 18. december 2015, og overlægens oplysninger under Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling af sagen ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens vurdering af, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, for at tvangsfiksere patienten var opfyldte, og at tvangsfikseringen med bælte og rem 14, stk. 2, nr. 1, for at tvangsfiksere patienten var opfyldte, og at tvangsfikseringen med bælte og rem var det mindst indgribende middel, der i situationen kunne anvendes.

Der er herved også lagt vægt på, at patienten havde været udsat for skærmning i tiden op til episoden, og at patienten ved en efterfølgende samtale gav udtryk for, at det kunne være gået rent galt, hvis personalet havde grebet fat i patienten forud for bæltefikseringen og uden, at politiet var til stede.

2. Opretholdelse

Det skal efter nogle få timer (2-4) i journalen godtgøres, hvorfor det anses for væsentligt at opretholde tvangsfikseringen under henvisning til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.

Da reglen i Psykiatrilovens § 14, stk. 3 er en undtagelsesbestemmelse, vil den af Nævnet blive fortolket indskrænkende og restriktivt.

2.1 Hvis det af journalen fremgår, at patienten var rolig og ikke længere var truende?

Patientklagenævnets afgørelse samt dom afsagt den 19. april 2016 af Østre Landsrets 23. afdeling.

Patienten var ved tilsyn om morgenen dagen efter iværksættelsen af fikseringen beskrevet som rolig, og det var endvidere beskrevet, at patienten havde været rolig og fattet hele natten, hvor patienten ikke havde sovet. Det blev endvidere beskrevet, at patienten ikke længere var truende eller kværunderende. Patienten fandt det urimeligt at være tvangsfikseret, da patienten ikke vidste hvorfor, patienten var lagt i bælte.

Nævnet godkendte, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte, men i lyset af ovennævnte udsagn godkendte Nævnet ikke den tidsmæssige udstrækning af fikseringen, idet nævnet fandt, at fikseringen burde have været ophævet den efterfølgende dag (dagen efter iværksættelsen) senest ved middagstid. Byretten stadfæstede ved (byretten i Odense, ved domme af 2. juni dom af 2. juni 2014).

Sagen blev anket til landsretten, der navnlig henholdte sig til indholdet af retslægerådets udtalelse, hvorefter den tidsmæssige udstrækning fra iværksættelsen af fikseringen havde været nødvendig. Landsretten fandt endvidere, at betingelserne for den fortsatte tvangsfiksering frem til to dage efter iværksættelsen havde været opfyldt. Landsretten godkendte således udstrækning i en længere periode end Nævnet og byretten.

2.2.1 Ved overflytning fra et psykiatrisk center til et andet.

Denne sag drejer sig om en tvangsfiksering der varede uafbrudt på to forskellige psykiatriske centre, da patienten i bæltefikseret tilstand blev overflyttet fra et psykiatrisk center til et andet. Hvilke krav stilles der til opretholdelsen heraf, på et nyt psykiatrisk center?

I denne sag godkendte Patientklagenævnet, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte i 6 dage, og at der foruden bælte havde været anvendt håndremme og fodremme på det første psykiatriske center.

Patienten havde angrebet en ansat, med knytnæveslag mod ansigtet, og da lægen forsøgte at få fat i patientens arm, angreb patienten lægen.

Efter patienten havde været fikseret med bælte i 6 dage, blev patienten herefter i bæltetikseret tilstand overflyttet til et andet psykiatrisk center.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten var blevet overført fra et psykiatrisk center til et andet i bælte og med 4 remme, da patienten havde været vedvarende konkret truende med at ville slå personalet ihjel samt de betjente, der skulle overflytte patienten, og at risikoen for at patienten udsatte personalet for væsentlig og nærliggende fare var overhængende i en grad, at det var nødvendigt at fortsætte fikseringen indtil den overhængende fare ikke længere var til stede.

Vedrørende den bæltetiksering der fandt sted på det psykiatriske center som patienten ankom til, godkendte Nævnet, at patienten vedblev med at være tvangsfikseret med bælte, håndremme og en fodrem, men Nævnet godkendte ikke udstrækningen af fikseringen. Nævnet kunne alene godkende, at fikseringen herefter varede nogle få timer.

Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte havde været i længere tid end nødvendigt. Nævnet fandt, at der efter ankomsten til det nye psykiatriske center burde have været foretaget en lægelig vurdering af behovet for opretholdelse af fikseringen efter få timer, ligesom det var nævnets vurdering, at denne manglende vurdering havde skabt en formodning om, at betingelserne for fortsat fiksering efter få timer ikke var opfyldt.

Nævnet bemærkede, at det er en afgørende betingelse, at faren, der nødvendiggjorde fikseringen, måtte anses for væsentlig under hele fikseringen. Faren skulle være konkret, aktuel og påviselig. Samtidig skulle det første tilsyn på det andet psykiatriske center foretages efter få timer, og det skulle i journalen godtgøres, hvorfor det blev anset for væsentlig at opretholde tvangsfikseringen under henvisning til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed. Se Psykiatrilovens § 14, stk. 3.

Nævnet bemærkede, at det ikke i journalen var tilstrækkeligt at anføre, at patienten var udadreagerende, vredladet og truende eller anspændt, uden nærmere angivelse af, på hvilken måde patienten var udadreagerende, vredladet og truende eller anspændt. På tilsvarende vis var det for at opretholde en fiksering ikke tilstrækkeligt, at det alene fremgik, at patienten ikke kunne samarbejde eller indgå aftaler.

Første bæltetilsyn efter ankomsten til det nye psykiatriske center blev foretaget cirka 12 timer efter ankomsten i fikseret tilstand. Det fremgår videre af journalen, at patienten ved tilsynet havde været venlig i kontakten, men at patienten var springende i sin tankegang, og næsten sovende, og at lægen på grund af patientens tidligere personfarlige adfærd samt psykotiske tilstand valgte at opretholde fikseringen til den følgende morgen, hvor ny vurdering ville finde sted.

Nævnet fandt på den baggrund, at fikseringen havde været opretholdt med urette fra det tidspunkt hvor der var gået få timer efter iværksættelsen (læs opretholdelse af fikseringen på det psykiatriske center patienten ankom til) af fikseringen.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse blev påklaget til byretten (Byretten i Esbjerg, dom afsagt den 29. juni 2016), der stadfæstede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i det omfang, Patientklagenævnet havde godkendt tvangsfikseringen, men ændrede nævnets afgørelse i det omfang, Patientklagenævnet ikke havde godkendt den fortsatte tvangsfiksering.

Vedrørende tvangsfikseringen foretaget på det første psykiatriske center fandt Retten under alle omstændigheder efter en konkret vurdering ikke, at en eventuel formel overtrædelse henset til de meget udførlige journaltilførsler kunne medføre, at tvangsfikseringen havde været ulovlig.

Vedrørende den opretholdte tvangsfiksering på det nye psykiatriske center bemærkede retten, at tilsynet ud over at være tilført tvangsprotokollen også burde have været tilført journalen. Retten bemærkede endvidere, at retten var enig med Patientklagenævnet i, at det i journaltilførslerne skulle konkretiseres hvilken opførsel, der dannede grundlag for, at vurderingen af farligheden opretholdes. Disse forhold kunne dog efter en samlet konkret vurdering, herunder den af overlægen afgivne forklaring, ikke medføre, at den formelle overtrædelse bevirkede, at fikseringen ikke havde været lovlig. Retten lagde afgørende vægt på, at tilsynet var ført i tvangsprotokollen, og at der var tale om et længerevarende forløb med løbende detaljerede beskrivelser i journalen, herunder beskrivelsen af patientens tilstand umiddelbart inden overførslen til det nye psykiatriske center og af patientens tilstand ved ankomsten hertil, samt at fikseringen ifølge tvangsprotokollen på ny blev vurderet samme aften kl. 22.00.

Nævnet skal bemærke, at der er tale om en noget særegen afgørelse. Patienten ankede, da to tvangsfikseringer var godkendt af Patientklagenævnet, bortset fra det sidste døgn. Regionen nedlagde påstand om at også det sidste døgn skulle godkendes - og fik medhold.

2.2.2 Retten afprøver den del af tvangsfikseringen, som patienten havde fået medhold i.

Dom afsagt den 14. april 2016.

Det Psykiatriske Patientklagenævn, godkendte overlægens beslutning om, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte og remme i fire timer, men ikke den efterfølgende udtrækning af 6 dages varighed.

Denne afgørelse blev indbragt for retten.

Nævnet fandt ikke, at der ved tilsynet var gjort optegnelser om mindste middels princippet, der i denne sammenhæng drejede sig om, hvorvidt andre mindre indgribende indgreb kunne anvendes med samme effekt som en tvangsfiksering og bemærkede i øvrigt, at dette ej heller var gjort ved revurderingerne. Det forhold, at der ved den tredje revurdering var gjort optegnelser herom, kunne ikke føre til et andet resultat.

Retten stadfæstede nævnets afgørelse med hensyn til såvel iværksættelse og udstrækning.

2.2.3 Udstrækning af rettens prøvelsesadgang bestemmes som udgangspunkt af de nedlagte påstande.

Patientklagenævnets afgørelse samt dom afsagt den 11. juli 2016.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte og med remme i 10½ time. Nævnet godkendte dog ikke den fortsatte tvangsfiksering med bælte og med remme i yderligere 9 timer.

Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte og remme havde varet i længere tid end nødvendigt.

I begrundelsen for nævnets afgørelse fremgik det, at nævnet fandt, at betingelserne for den fortsatte tvangsfiksering ikke havde været opfyldt efter 10½ times fiksering.

Nævnet havde konstateret, at det fremgik af journalen, at patienten sov ved begge de forsøgte tilsyn, herunder havde patienten sovet uafbrudt, efter patienten var blevet lagt i bælte.

Det første lægelige tilsyn blev derfor først gennemført efter 10½ time midt om natten. Det var beskrevet i journalen i forbindelse med tilsynet, at patienten var uforstående over for, at skulle ligge i bælte. Patienten havde haft urinafgang i sengen, og der blev indgået aftale om, at patienten blev løsnet fra bælte og remme, så sengetøjet kunne skiftes. Patienten ønskede at komme ud i rygegården imens, men dette blev ikke imødekommet. Patienten blev vurderet fortsat latent aggressiv og bagatelliserende i forhold til de trusler, patienten var fremkommet med tidligere. Tvangsfiksering med bælte og remme blev opretholdt.

Nævnet lagde ved afgørelsen om, at betingelserne for den fortsatte tvangsfiksering ikke var opfyldt efter 10½ time vægt på, at der ved ovenstående oplysninger i forbindelse med tilsynet ikke var beskrevet en sådan konkret, påviselig og aktuel fare, at det kunne anses for godtgjort, at hensynet til andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsagde en fortsat opretholdelse af tvangsfikseringen, jævnfør psykiatrilovens § 14, stk. 3.

Patienten indbragte nævnets afgørelse for retten. Regionen nedlagde påstand om stadfæstelse af afgørelse om tvangsfiksering i det omfang sagen var påklaget af patienten. Retten fulgte den nedlagte påstand.

Af byrettens dom fremgik det "Efter indholdet af de afgivne lægeerklæringer samt beskrivelserne i patientens journal, tiltrædes af de af Det Psykiatriske Patientklagenævn anførte grunde, at tvangsfiksering i den omhandlede periode var nødvendig for at afværge at patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.,,

3. Revurderingerne

Opretholdelse af en bæltefiksering forudsætter, at det udførligt beskrives, hvori den konkrete og aktuelle fare består, samt hvorfor der ikke kan anvendes mindre indgribende foranstaltninger såsom f.eks. personlig skærmning.

3.1 Mindstemiddelprincippet ikke overholdt. Det var ikke tilstrækkeligt at skrive patienten var truende, der skulle gøres optegnelser om mindstemiddelprincippet.

Patientklagenævnets afgørelse samt dom (Retten i Aalborg) afsagt den 14. april 2016: Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte og remme havde varet i længere tid end nødvendigt. Nævnet havde lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten ved det lægelige tilsyn fortsat var udadreagerende og udskældende. Patienten ville slås og råbte af reservelægen.

Det lægelige tilsyn havde dermed, efter nævnets opfattelse, forholdt sig tilstrækkeligt til ordlyden i bestemmelsen i psykiatrilovens § 14, stk. 3 hvorefter "hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger det" er afgørende for, om bæltefikseringen kan opretholdes. Nævnet fandt imidlertid ikke, at der ved tilsynet var gjort optegnelser om mindste middels princippet, der i denne sammenhæng drejede sig om, hvorvidt andre mindre indgribende indgreb kunne anvendes med samme effekt som en tvangsfiksering. Nævnet bemærkede i øvrigt, at dette ej heller var gjort ved revurderingerne af de efterfølgende tilsyn. Det forhold, at der ved den fjerde revurdering var gjort optegnelser herom, kunne ikke føre til et andet resultat. Nævnet kunne på denne baggrund ikke godkende tvangsfikseringens eller remmenes opretholdelse efter tilsynet ført 4 timer efter iværksættelsen af fikseringen.."

Patientklagenævnets afgørelse blev anket til byretten, der den 14. april 2016 afsagde dom.

Det fremgår af dommen: "Beslutningen om, at patienten fra den i 4 timer havde været tvangsfikseret med bælte og remme blev fundet lovlig. Beslutningen om at opretholde tvangsfikseringen efter 4 timer blev fundet ulovlig".

3.2. Første revurdering gennemføres efter få timer (som udgangspunkt 2-4). Dog skal patienten aldrig vækkes for, at der kan gennemføres en revurdering. I givet fald udskydes revurderingen til umiddelbart efter, at patienten er vågnet. Det er vigtigt, at hospitalet fra og med første revurdering eksplicit forholder sig til det strengere bæltefikseringskrav i psykiatrilovens § 14, stk. 3, hvorefter opretholdelse af en tvangsfiksering forudsætter at, hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsigter dette. Gennemføres vurderingen ikke indenfor den fastsatte tidsfrist kan tvangsfikseringen som udgangspunkt ikke opretholdes.

3.2.1 Hvis første bæltetilsyn ikke foretages efter 2-4 timer

Patientklagenævnets afgørelse samt dom afsagt den 30. september 2016 (Retten i Roskilde):

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte i lidt over 4 dage, og at der foruden bælte havde været anvendt en fodrem i samme tidsrum. Afgørelsen var truffet af et flertal af nævnets medlemmer.

Patientklagenævnets afgørelse blev anket til byretten, der den 30. september 2016 afsagde dom.

Byretten afsagde dom, hvorefter overlægens beslutning om tvangsfiksering med bælte og fodrem var lovlig. Retten fandt, at opretholdelsen af denne tvangsfiksering efter knapt 11 timer var ulovlig.

I byrettens dom blev det beskrevet, at det anførte i journalen, overlægens supplerende erklæring og overlægens oplysninger under Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling samt lægens forklaringer imidlertid ikke gav det nødvendige sikre grundlag for at fastslå, at der til stadighed var en nærliggende og væsentlig risiko for, at patienten uden denne tvangsfiksering ville udsætte andre for fare.

Retten lagde således vægt på, at det ikke fremgik klart af bevisførelsen, hvordan patienten optrådte truende, hvad patienten konkret truede med, eller hvorfor der løbende var et sikkert grundlag for at vurdere, at der fortsat var en væsentlig risiko for en målrettet fysisk aggression mod andre.

Retten udtalte videre at "det fremgår heller ikke i nødvendigt omfang af journalnotaterne, at det blev vurderet, om der var andre og mindre indgribende foranstaltninger, som kunne være tilstrækkelige, og det fremgik hverken af disse notater eller af den øvrige bevisførelse, hvorfor der var bestemte grunde til ikke på et tidligere tidspunkt at forsøge at løsne patienten fra tvangsfikseringen".

På baggrund af de skærpede krav, der efter reglerne måtte stilles, blev det herefter ikke på tilstrækkelig sikker måde fundet godtgjort, at opretholdelsen af tvangsfikseringen af patienten var nødvendig efter knapt 11 timers bæltfiksering.

3.2.2. Første tilsyn foretaget 9½ time efter iværksættelsen.

Dom afsagt den 5. september 2016 betingelserne for at iværksætte tvangsfiksering havde været opfyldt.

Patienten blev først tilset igen 9½ time efter iværksættelsen af tvangsfikseringen. Det fremgår af lægenotatet fra tilsynet, at patienten hverken havde spist eller drukket i dagens løb og heller ikke havde sovet før iværksættelse af tvangsfiksering.

Patienten havde heller ikke samarbejdet om indtag af medicin. Det fremgik endvidere, at patienten ikke ønskede at svare på lægens spørgsmål ved tilsynet, men gentog den samme sætning igen og igen på andet sprog end dansk, og havde vigende og flakende blikkontakt. Det var lægens vurdering, at patienten var særdeles ustabil og til akut og nærliggende fare for andre, såfremt patienten blev løsnet, og at det derfor var nødvendigt, at patienten forblev fikseret.

Nævnet kritiserede, at der ikke umiddelbart efter at patienten vågnede, blev gennemført et fornyet første tilsyn efter § 14, stk. 3, således at lægens vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen i længere tid end nogle få timer, kunne basere sig på en konkret og aktuel vurdering af patientens tilstand.

Nævnet vurderede dog ud fra en samlet og konkret betragtning af oplysningerne noteret ved iværksættelsen af tvangsfikseringen, overlægens notering kort efter iværksættelsen og lægens notering ved det første reelle tilsyn kl. 18.15 vurderet, at betingelserne for fortsat fiksering med bælte og remme havde været tilstede, uanset at der først blev gennemført et reelt første tilsyn efter psykiatrilovens § 14, stk. 3 ca. 9½ timer efter fikseringen blev iværksat.

Nævnets afgørelse blev anket til byretten, der ved dom afsagt den 5. september 2016 stadfæstede nævnets afgørelse.

3.2.3. Første tilsyn foretaget efter 11 timer efter iværksættelsen ad tvangsfikseringen.

Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte og remme havde været i længere tid end nødvendigt.

Nævnet havde noteret sig, at det første tilsyn først blev foretaget efter ca. 11 timer efter iværksættelsen af tvangsfikseringen.

Der var ikke i journalen oplysninger om, at patienten havde været sovende, hvorfor det havde været nødvendigt at udsætte revurderingen.

Nævnet fandt på den baggrund ikke, at betingelserne for at opretholde tvangsfikseringen var opfyldte.

Anvendelse af remme:

4. Anvendelse af remme forudsætter overlæge godkendelse og særskilt begrundelse.

Nævnet godkendte ikke, at der blev anvendt remme ved iværksættelsen og lagde herved vægt på, at der ikke i journalen var anført en begrundelse for, hvorfor det var nødvendigt at anvende remme, jf. § 22, stk. 5 i BEK nr. 1338 af 02/12/2010 som ændret ved BEK nr. 1107 af 11/09/2015.

Nævnet noterede sig, at der ved "tilføjelsen" foretaget i journalen dagen efter, heller ikke var anført en begrundelse for anlæggelsen af remme.

Nævnet noterede sig, at der var anført en begrundelse ved det efterfølgende tilsyn, men dette var efter nævnets opfattelse ikke tilstrækkeligt til at nævnet kunne godkende anlæggelse af remmene.

5. Tvangsbehandling

5.a. Tvangsbehandling – dosis

Konkret begrundelse i journal for behandling med Zyprexa i dosisinterval, der oversteg sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Overlægen traf den 1. april 2016 beslutning om dosisøgning af tablet Zyprexa 5-10 mg dagligt, således at patienten samlet skulle "tvangsbehandles med tablet Zyprexa 25-30 mg dagligt."

Patientklagenævnet lagde til grund, at patienten fra den 29. marts 2016 til og med den 1. april 2016 var motiveret for medicinsk behandling med dosisøgning af tablet Zyprexa 5-10 mg dagligt, således at patienten samlet skulle tvangsbehandles med tablet Zyprexa 25-30 mg dagligt.

Patientklagenævnet fandt, at patienten havde haft en passende betænkningstid til at overveje sit samtykke til behandlingen.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at den medicin, som patienten skulle behandles med var et afprøvet lægemiddel med færrest mulige bivirkninger, men at dosis oversteg sædvanlig dosering. Det fremgår af www.pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet Zyprexa er 5-10 mg 1 gang dagligt, og at vedligeholdelsesdosis er 5-20 mg dagligt. Det kan dog, i særlige tilfælde, være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet.

Patientklagenævnet henviste til Ankenævnets praksis, hvorefter det i journalen konkret skal begrundes, såfremt der ordineres en dosis, som går ud over sædvanlig dosering som angivet i www.promedicin.dk, og at patienten er informeret om, at den ordinerede dosis går ud over sædvanlig dosis.

Ved vurderingen af dosis lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten ifølge journal af 29. marts 2016 havde været i behandling med Zyprexa i dosis 20 mg i over to uger, hvor der ikke var set yderligere bedring af tilstanden. Ifølge journalen blev patienten vurderet "i klar bedring", men virkningen var "utilstrækkelig". Patienten var "stadig produktivt psykotisk med selvhenførende vrangforestillinger og vage persekutoriske vrangforestillinger med mindre udtalte formelle tankeforstyrrelser, vaghed og omstændelighed." Patienten havde "ingen sygdomsindsigt." Der var ifølge journalen "ingen uacceptable bivirkninger til nuværende dosis Olanzapin", og med henblik på at opnå remission af symptomer var der "indikation for dosisøgning til Olanzapin 30 mg."

Patientklagenævnet lagde endvidere lagt vægt på, at patienten ifølge journal af 29. marts 2016 blev tilbudt tablet 5 mg Olanzapin ud over 20 mg, hvilket patienten afviste. Patienten blev ifølge journalen informeret om dosisøgning 25 mg til maksimalt 30 mg, og at dette var ud over standard dosis på 20 mg. Patienten blev informeret om formål for dosisøgning samt virkning og bivirkninger.

Patientklagenævnet lagde endelig lagt vægt på, at patienten ifølge journal af 1. april 2016 var orienteret om behovet for medicinering med Olanzapin i en dosis ud over de sædvanlige 20 mg, nemlig i en dosis fra 25 mg til 30 mg.

Overlægens beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der oversteg sædvanlig dosis, opfyldte således kravet om "konkret begrundelse" og blev derfor godkendt.

Behandling med tablet Risperdal i dosisintervallet 2-10 mg dagligt var konkret begrundet.

Overlægen traf den 16. juni 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Risperidon 2 mg dagligt med mulighed for øgning til 10 mg dagligt."

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen fra den 13. juni 2016 til og med den 16. juni 2016, at patienten dagligt var blevet motiveret for medicinsk behandling med tablet Risperidon 2 mg dagligt med mulighed for øgning til 10 mg dagligt.

Patientklagenævnet bemærkede, at initial dosis ved behandling med tablet Risperdal ifølge www.pro.medicin.dk er 2 mg dagligt, stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt, og at der vil sjældent være behov for doser over 10 mg. Maksimal dosis er 16 mg dagligt, fordelt på 1-2 doser.

Patientklagenævnet vurderede, at den medicin, patienten skulle behandles med, var et afprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosis oversteg sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Patientklagenævnet bemærkede, at såfremt der træffes beslutning om en dosis, der ligger over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, skal dette særskilt begrundes i forbindelse med beslutningen, hvilket tillige skal journalføres i forbindelse med beslutningen. Det skal desuden fremgå af journalen, at patienten er informeret om, at dosis ligger over sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Patientklagenævnet lagde vægt på tvangsprotokolskema 2 af 16. juni 2016, hvoraf det fremgik, at baggrunden for den højere dosis var, at patienten tidligere havde været i behandling med Risperidon op til 10 mg med fortsat resterende psykotiske symptomer. Det fremgik af journalen i forbindelse med motivation for medicinsk behandling, at patienten var orienteret om dette.

Patientklagenævnet opfattende forholdet således, at da der ved den tidligere behandling med tablet Risperdal op til 10 mg fortsat havde været psykotiske symptomer, ville sædvanlig vedligeholdelsesdosis på 4-6 mg dagligt ikke være tilstrækkelig behandling af patientens tilstand. Der var således givet en konkret begrundelse for den besluttede dosis, og overlægens beslutning blev godkendt.

Fravigelse af sædvanlig dosering op til 6 mg for tablet Risperdal ved beslutning om behandling med Risperdal i dosisintervallet 1-8 mg dagligt forudsætter en konkret begrundelse. Ingen særlig begrundelse.

Overlægen traf den 15. april 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Risperdal med mulighed for øgning afhængig af effekt og bivirkninger til maksimalt 8 mg dagligt, og hvis det ikke er muligt med injektion Serenase 5 mg med mulighed for øgning afhængig af effekt og bivirkninger til maksimalt 5 mg 4 gange dagligt."

Ifølge www.pro.medicin.dk, som var gældende på beslutningstidspunktet, burde initial dosis ved behandling med tablet Risperdal på grund af risiko for hypotension være 1 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt. Der ville sjældent være brug for doser over 10 mg. Maksimal dosis var 16 mg dagligt fordelt på 1-2 doser dagligt. Ved behandling med injektion Serenase gives højst 20 mg dagligt. 5 mg kunne gives i.m. hver til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at der var truffet beslutning om dosering med tablet Risperdal, som oversteg sædvanlig dosering.

Patientklagenævnet bemærkede, at der ved beslutning om tvangsbehandling som udgangspunkt skal anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. En højere dosis end den sædvanlige forudsætter, at behovet herfor er konkret velbegrunderet. Overlægen havde slet ikke angivet nogen særlig begrundelse for, at patienten skulle have behov for at blive behandlet med tablet Risperdal op til 8 mg. Dertil kom, at patienten ikke var kendt i psykiatrisk regi, herunder at det var beskrevet, at patienten tidligere havde været i antipsykotisk behandling. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

Behandling af patient med sukkersyge, som kræver iagttagelse af særlige forholdsregler, og hvor dosis oversteg sædvanlig dosering, som derfor ikke kunne godkendes.

Overlægen traf den 20. september 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Olanzapin 25 mg stigende til maksimalt 30 mg dagligt, afhængig af virkning og bivirkninger."

Patienten var på tidspunktet for overlægens beslutning allerede i behandling med tablet Olanzapin 20 mg dagligt, idet Patientklagenævnet havde godkendt en tidligere beslutning om, at patienten kunne tvangsbehandles med tablet Olanzapin i dosisintervallet 5-20 mg dagligt. Henset til manglende effekt ved behandling med tablet Olanzapin 20 mg dagligt vurderede overlægen, at der var behov en dosisøgning.

Patientklagenævnet fandt at betingelserne for at tvangsbehandle var opfyldt. Kravet om mindste middel var opfyldt i forhold til motivation og betænkningstid. Patientklagenævnet fandt ligeledes, at der var givet en konkret begrundelse for dosis ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, herunder at patienten måtte antages at være informeret om dette forhold.

Det afgørende spørgsmål i sagen var imidlertid, at patienten var kendt med type 2 diabetes (ikke-insulinkrævende). Patientklagenævnet henviste til www.pro.medicin.dk, hvor det vedrørende Olanzapin/Zyprexa er anført, at der på grund af risiko for svær hyperglykæmi (for højt blodsukker) bør ske en løbende vurdering af patienten, og at

det især gælder patienter med diabetes eller diabetesdisposition. Der var ifølge journalen slet ikke foretaget nogen blodprøver under patientens behandling med Olanzapin. Patienten ønskede ikke at medvirke til blodprøver.

Uanset at lægerne ved nævnsmødet oplyste, at de havde været opmærksomme på patientens diabetes, fandt Patientklagenævnet ikke, at patienten kunne behandles med Olanzapin i doser ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, når behandling med det pågældende præparat krævede iagttagelse af særlige forsigtighedsregler overfor patienter med diabetes, og der ikke var taget nogen blodprøver, som et led i den løbende vurdering af patienten.

Patientklagenævnet kunne således ikke på det foreliggende grundlag godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin i dosisintervallet 25-30 mg.

Beslutning om tvangsbehandling med Leponex op til 600 mg blev ikke godkendt

Overlægen traf den 9. december 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Leponox 12,5 mg stigende op til 600 mg."

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen, at patienten var motiveret for medicinsk behandling med tablet Leponox 12,5 mg stigende op til 600 mg.

Ved vurderingen af hvorvidt der var tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger henviste Patientklagenævnet til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb fra 2015. Det fremgår af disse retningslinjer, at Clozapin (Leponex) er det eneste antipsykotiske lægemiddel, der har en markant bedre effekt sammenlignet med de øvrige markedsførte lægemidler. Clozapin har imidlertid potentielt alvorlige bivirkninger, hvorfor lægemidlet ikke anbefales som førstevalgsbehandling. Behandling med Clozapin anbefales til patienter med skizofreni, der ikke har haft tilstrækkelig effekt at behandling med mindst to anden generations antipsykotiske lægemidler i tilstrækkelig dosering og af tilstrækkelig varighed. Patientklagenævnet henviste endvidere til Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer i klaringsrapport nr. 5, 1998, vedrørende behandling med antipsykotisk medicin, hvor det fremgår, at Leponex (Clozapin) som udgangspunkt ikke bør anvendes til tvangsbehandling, og at Leponex i sjældne tilfælde kan have alvorlige bivirkninger i form af påvirkning af antallet af hvide blodlegemer. Endelig henviste Patientklagenævnet til praksis fra Det Psykiatriske Ankenævn, hvorefter det kun i særlige tilfælde kan være relevant at anvende Leponex som tvangsbehandling, eksempelvis hvor der er tale om en svært psykotisk patient, og hvor mindst to andre antipsykotiske præparater har været forsøgt uden tilstrækkelig effekt.

Patientklagenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at beslutningen om behandlingen med Leponex var i overensstemmelse med kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler.

Vedrørende Leponex lagde Patientklagenævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten havde været velbehandlet med tablet Leponex, som patienten dog over en længere periode havde været i nedtrappet dosis på, og at patienten under indlæggelsen havde været i behandling med Leponex, dog uden at patienten ville medvirke til den dosisøgning, som lægerne vurderede nødvendig. Leponex var for patientens vedkommende et præparat, hvor virkning og bivirkninger var kendte, ligesom der ikke var beskrevet væsentlige bivirkninger af behandlingen.

Patientklagenævnet henviste til medicinfortegnelsen www.pro.medicin.dk, hvorefter der ved behandling af skizofreni med tablet Leponex initialt anvendes 12,5 mg 1-2 gange 1. dag, 25-50 mg eventuelt fordelt på 2 doser 2. dag. Hvis denne dosis tåles, kan dosis øges langsomt med 25-50 mg ad gangen med 1-3 dages interval, indtil der i løbet af 2-3 uger er nået en dosis på op til 300 mg dagligt. Om nødvendigt kan dosis øges yderligere med 50-100 mg med 1 uges interval. Maksimal dosis er 900 mg dagligt. Plasmakoncentrationsmålinger bør foretages. Døgndoser over 200 mg bør fordeles på 2 doser.

Patientklagenævnet fandt imidlertid ikke, at der er truffet beslutning om tvangsbehandling med et lægemiddel i sædvanlig dosering, idet Leponex blev ordineret med en maksimal døgndosis, der gik ud over 300 mg, som i www.pro.medicin.dk er angivet som højeste sædvanlige dosis.

Patientklagenævnet henvist i den forbindelse til Det Psykiatriske Ankenævns praksis, hvorefter den højeste sædvanlige vedligeholdelsesdosis for tablet Leponex er 300 mg. Såfremt det anses nødvendigt med en dosis ud over 300 mg, kræver det en konkret begrundelse.

Patientklagenævnet bemærkede også, at det ikke fremgik af beslutningen om tvangsbehandling, at døgndoser over 200 mg ville blive fordelt på to doser. Der var således truffet beslutning om tvangsbehandling med Leponex i usædvanlig dosisadministration.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på www.pro.medicin.dk.

Det var således Patientklagenævnet opfattelse, at det ikke af journalen konkret fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på www.pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligesom det ikke fremgik, at patienten konkret var informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel konkret begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 9. december 2016. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

5.b. Tvangsbehandling – motivation

Betænkningstid svarende til 2 døgn og 1 time blev godkendt henset til patientens farlighed.

Overlægen traf den 7. september 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Serenase 5 mg stigende til maksimalt 20 mg fordelt på 2 doser

afmålt efter effekt og bivirkninger, og hvis det ikke er muligt med injektion Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 20 mg dagligt fordelt på 2 doser målt efter effekt og bivirkninger.”

Det fremgik af journalen, at patienten fra den 5. september 2016 til den 7. september 2016 blev motiveret for behandling med tablet Serenase 5 mg stigende til maksimalt 20 mg fordelt på 2 doser målt efter effekt og bivirkninger. Det svarede til en motivationsfase på 2 døgn og 1 time.

Patientklagenævnet anførte med henvisning til psykiatrilovens § 12, stk. 5, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke. Patientklagenævnet henviste endvidere til § 3, stk. 3 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed bl.a. skal lægge vægt på sygdommens varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbudet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang samt patientens forpinthed mv.

Patientklagenævnet fandt betænkningstiden på 2 døgn og 1 time for passende, idet patienten siden indlæggelsen den 27. august 2016 flere gange havde været i voldsom affekt og været personfarlig, og idet patienten i to situationer havde været så personfarlig, at det havde været nødvendigt at tvangsfiksere patienten. Overlægens beslutning om tvangsbehandling opfyldte således kravet om mindst indgribende foranstaltning og blev derfor godkendt.

Ingen diskrepans mellem journal og motivationsskema, da journalen indeholdt oplysninger om det tilbudte præparat og oplysninger om motivation for en evt. dosisstigning.

Overlægen traf den 29. marts 2016 beslutning om, at en patient skulle ”tvangsbehandles med tablet Abilify 10 evt. stigende til maksimalt 15 mg, og hvis det ikke er muligt med injektion Serenase 5 mg.”

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten fra den 24. marts 2016 til den 29. marts 2016 var motiveret for medicinsk behandling med tablet Abilify 10 stigende til maksimalt 15 mg, og at patienten mindst en gang i motivationsfasen var blevet informeret om det subsidiære præparat injektion Serenase 5 mg.

Patientklagenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at journalen indeholdt oplysning om, at patienten var tilbudt tablet Abilify 10 mg, og oplysning om, at patienten samtidig var motiveret for en evt. stigning fra 10 til 15 mg. Det var herefter ikke afgørende, at motivationsskemaet efter sin ordlyd alene indeholdt oplysninger om det præparat og den dosis, der var tilbudt. Der forelå dermed ikke nogen diskrepans mellem journal og motivationsskema.

Patientklagenævnet fandt med henvisning til www.pro.medicin.dk, at der var truffet beslutning om dosering svarende til de anbefalede doser, og overlægens beslutning om tvangsbehandling kunne derfor godkendes.

Betænkningstid, hvor patient har taget den tilbudte medicin, medregnes ikke i motivationsperioden. Patienten var således reelt motivet i 0 dage forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Overlægen traf den 21. marts 2016 beslutning om at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Risperidon 1 mg med mulighed for øgning til 4 mg dagligt, og hvis det ikke er muligt med injektion Serenase 5 mg dagligt med mulighed for øgning til 10 mg dagligt."

Patientklagenævnet anførte med henvisning til psykiatrilovens § 12, stk. 5, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst 3 dage. Af bemærkningerne til loven fremgår det, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingstiden er til fare for patientens liv eller helbred. Patientklagenævnet henviste endvidere til § 3, stk. 3 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed bl.a. skal lægge vægt på sygdommens varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbudet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang samt patientens forpinthed mv. I betænkningstiden skal patienten dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

I den konkrete sag blev patienten motiveret for behandling tablet Risperidon 1 mg med mulighed for øgning til 4 mg dagligt den 18., 19., 20. og 21. marts 2016. Beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 21. marts 2016. Henset til at patienten tog imod medicinen den 18., 19., 20. og 21. marts 2016 kunne denne betænkningstid ikke medregnes i motivationsperioden. Overlægens beslutning blev således truffet efter 0 dages motivation. Overlægens beslutning om tvangsbehandling opfyldte således ikke kravet om mindst indgribende foranstaltning og blev derfor ikke godkendt.

Betænkningstid svarende til 1 døgn kunne ikke godkendes.

Overlægen traf 13. april 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Olanzapin 5 mg stigende i forhold til effekt og bivirkninger til maksimalt 30 mg dagligt, og hvis det ikke er muligt med injektion Olanzapin 10 mg dagligt i højst 3 dage, tertiært med injektion Serenase 5 mg 2 gange dagligt."

Det fremgik af journalen, at patienten fra den 12. april 2016 til den 13. april 2016 blev motiveret for behandling tablet Olanzapin 5 mg stigende i forhold til effekt og bivirkninger til maksimalt 23 mg dagligt, og hvis det ikke er muligt med injektion Olanzapin 10 mg dagligt i højst 3 dage, tertiært med injektion Serenase 5 mg 2 gange dagligt. Det svarede til en motivationsfase på 1 døgn. Det fremgik tillige af journalen af 13. april 2016, at overlægen besluttede at forkorte motivationsperioden, idet patienten blev vurderet at være til fare for sig selv eller andre.

Patientklagenævnet henviste endvidere til § 3, stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske

afdelinger, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingstiden er til fare for patientens liv eller helbred.

Patientklagenævnet fandt, at patienten ikke fik en passende betænkningstid til at overveje sit samtykke til behandlingen. Det var Patientklagenævnets vurdering, at patienten var syg og forpint, men at en udsættelse af behandlingen, således at patienten kunne have fået en passende betænkningstid, ikke ville have medført fare for patientens liv. Overlægens beslutning om tvangsbehandling opfyldte således ikke kravet om mindst indgribende foranstaltning og kunne allerede af den grund ikke godkendes.

5.c. Tvangsbehandling – depot

Depotbehandling blev godkendt i tilfælde, hvor injektionspræparat ikke kunne skaffes.

Overlægen traf den 10. marts 2016 beslutning om, at en patient, som var over 65 år, skulle "tvangsbehandles med Abilify Maintena 400 mg hver 4. uge."

Patientklagenævne anførte med henvisning til § 5 i bekendtgørelse nr. 1838 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesmedicin ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Mindste middels princippet indebærer endvidere, at tvangsbehandling med injektion er mere indgribende end tvangsbehandling med tablet, og at behandling med depotmedicin er den mest indgribende behandlingsform. Der skal derfor være særlige grund for at vælge depotbehandling.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det var væsentligt for patienten at komme i en stabil antipsykotisk behandling med henblik på at undgå svingninger i sin tilstand, hvor patienten på grund af medicinsvigt blev svært psykotisk og måtte genindlægges.

Patientklagenævnet, der i en afgørelse 3 uger før havde godkendt overlægens beslutning af 15. februar 2016 om behandling med tablet Olanzapin, subsidiært med injektion Abilify, lagde endvidere vægt på, at patienten ikke ville tage tablet Olanzapin og derfor dagligt blev behandlet med injektion Abilify. Det blev i den forbindelse også tilagt betydning, at den daglige injektionsbehandling indebar "en særdeles indgribende magtanvendelse" overfor patienten, idet det var beskrevet, at indgivelse af medicinen skete under fysisk og verbal protest.

Endelig lagde Patientklagenævnet vægt på oplysning om, at det ikke var muligt at skaffe præparatet Abilify i injektionsform, og at der havde været god effekt af behandling med Abilify.

Patientklagenævnet fandt således, at overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotmedicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at der var truffet beslutning om dosering svarende til den anbefalede dosis Abilify Maintena. Overlægens beslutning blev derfor godkendt.

Depotbehandling forudsætter en særlig begrundelse, hvor der blandt andet kan være argumenteret med, at mulighederne for behandling med enten tablet eller injektion er udtømte.

Overlægen traf den 19. maj 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med injektion Abilify Maintena 400 mg i.m. hver 4. uge."

Patientklagenævnet anførte med henvisning til § 5 i bekendtgørelse nr. 1838 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesmedicin ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Mindste middels princippet indebærer endvidere, at tvangsbehandling med injektion er mere indgribende end tvangsbehandling med tablet, og at behandling med depotmedicin er den mest indgribende behandlingsform.

I den konkrete sag lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten ifølge lægeerklæringen i sagen havde haft talrige kontakter til psykiatrisk skadestue, og at patienten havde været indlagt seks gange i løbet de sidste to år. Patienten havde senest være indlagt i perioden februar – april 2016. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten under en tidligere indlæggelse havde været i behandling med injektion Abilify Maintena 400 mg i.m. hver 4. uge, og at dette havde en god effekt på patientens tilstand. Der blev også lagt vægt på, at patienten havde været indlagt mange gange på samme afdeling, og at afdelingen havde stort kendskab til patienten. Patientklagenævnet lagde tillige vægt på, at patienten blev genindlagt efter længere indlæggelse, hvor der var blevet behandlet med depot.

Patientklagenævnet kritiserede, at det ikke fremgik tydeligere af journalen, hvorvidt det ikke havde været muligt at fastholde patienten i en tabletbehandling, eller hvorvidt patienten havde giftfrygt, eller hvorvidt patienten havde angst for sprøjter, således at daglige injektion derfor ville være forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse og derfor ville kunne være angstprovokerende.

Uanset den utilstrækkelige journalføring om ovennævnte forhold tillagde Patientklagenævnet det dog en vis betydning, at det af såvel lægeerklæringen som af overlægens oplysninger ved nævnsrådet fremgik, at patienten havde giftfrygt, ligesom overlægen ved nævnsrådet oplyste, at der var en meget dårlig behandlingsalliance, at patienten ved indlæggelse i september 2015 havde nægtet at tage tabletter, hvorfor det havde været nødvendigt at give injektioner med deraf følgende fysisk magtanvendelse, og at det ikke havde været muligt at fastholde patienten i tabletbehandling, hvorfor depotbehandling var mest hensigtsmæssig.

Patientklagenævnet fandt således ud fra en samlet vurdering, at overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotmedicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at der var truffet beslutning om anvendelse af den anbefalede dosis Abilify Maintena. Overlægens beslutning blev derfor godkendt.

Depotbehandling var ikke nærmere begrundet i journalen, og begrundelsen i lægeerklæring var ikke tilstrækkelig.

Overlægen traf den 20. april 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med Zypadhera depot 300 mg hver 2. uge."

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at der var truffet beslutning om dosering svarende til den anbefalede dosis Zypadhera depot.

Patientklagenævnet anførte med henvisning til § 5 i bekendtgørelse nr. 1838 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesmedicin ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Det følger også af mindste middels princippet, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt er et mere indgribende middel end tabletbehandling. Det er nævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt er den mest indgribende behandlingsform. Der skal derfor være særlige grunde for at vælge depotbehandling.

Patientklagenævnet lagde i den konkrete sag vægt på, at der ikke i journalen forud for beslutning om behandling med Zypadhera depot var anført nogen nærmere begrundelse for, at patienten skulle behandles med depotpræparat.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at det i lægeerklæringen som begrundelse for behandling med depot alene var anført, at patienten så kun behøvede at få en injektion hver 2. uge. Det var imidlertid ikke oplyst, at patienten skulle være bange for sprøjter, herunder at daglig indgivelse af injektion Zyprexa 10 mg var forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse. Det blev tværtimod på nævnsrådet oplyst, at patienten hver gang afviste den tilbudte tablet, hvorefter patienten lagde sig klar til at få en sprøjte. Det fremgik heller ikke af journalen i forbindelse med beslutning om behandling med Zypadhera depot, at andre injektionspræparater havde været overvejet, herunder hvorfor disse præparater ikke var formålstjenelige i den konkrete sag.

Uanset der var truffet beslutning om dosering svarende til den anbefalede dosis Zypadhera, jf. www.pro.medicin.dk, fandt Patientklagenævnet det således ikke dokumenteret, at der ikke var andre mindre indgribende behandlingsformer end behandling med depotpræparat, ligesom der ikke forelå særlige konkrete grunde for at vælge depotbehandling. Overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotmedicin kunne således ikke godkendes.

Depotbehandling af patient med sukkersyge, hvor præparat kræver iagttagelse af særlige forholdsregler og hvor dosis oversteg sædvanlig dosering, kunne ikke godkendes.

Overlægen traf den 19. september 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med depot Xeplion 150 mg hver 4. uge."

Patienten var på tidspunktet for overlægens beslutning allerede i behandling med depot Xeplion 75 mg hver 4. uge, idet Patientklagenævnet havde godkendt en tidligere beslutning om, at patienten kunne tvangsbehandles med depot Xeplion 75 mg hver 4. uge.

Henset til manglende effekt ved behandling med depot 75 mg hver 4. uge vurderede overlægen, at der var behov for en dosisøgning. Patientklagenævnet fandt at betingelserne for at tvangsbehandle var opfyldt. Kravet om mindste middel var opfyldt i forhold til motivation og betænkningstid.

Patientklagenævnet fandt ligeledes ud fra en konkret vurdering, at overlægens beslutning om at tvangsbehandle med depotmedicin opfyldte kravet om mindste middel. I den forbindelse lagde Patientklagenævnet vægt på, at lægen på baggrund af tidligere historik med gentagne tvangsindlæggelser, tvangsbehandlinger og efterfølgende afbrudt ambulans behandling, medicinsvigt og forværring af psykisk tilstand havde vurderet det nødvendigt at starte behandling med tidligere afprøvet depotpræparat. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde været i behandling med Xeplion depot, og at patienten havde tålt dette præparat. Der blev endelig lagt vægt på, at det ikke havde været muligt at fastholde patienten i en tabletbehandling.

Patientklagenævnet fandt dog ikke ud fra journaloplysningerne, at patienten var blevet informeret om, at der med depot Xeplion 150 mg hver 4. uge blev ordineret en dosis, som går ud over sædvanlig dosis, og Patientklagenævnet kunne heller ikke se, at patienten havde fået en begrundelse for, hvorfor hospitalet mente, at patienten skulle have en dosis, der overstiger sædvanlig dosis.

Et yderligere spørgsmål i sagen, som Patientklagenævnet forholdt sig til, var, at patienten var kendt med insulinkrævende diabetes. Patientklagenævnet henviste i den anledning til www.pro.medicin.dk, hvor det vedrørende behandling med Xeplion er anført, at patienter med diabetes eller diabetesdisposition på grund af risiko for svær hyperglykæmi (for højt blodsukker) regelmæssigt bør have kontrolleret blodsukker.

Patientklagenævnet fandt på baggrund af journal og blodprøver, at patienten trods intensiv behandling med insulin ikke havde en tilfredsstillende regulering af sin diabetes (type 2-diabetes). I den forbindelse lagde Patientklagenævnet vægt på de stærkt forhøjede værdier af blodglukose (hyperglykæmi) under hele indlæggelsen. Patientklagenævnet bemærkede yderligere, at der til god kontrol af diabetes desuden hørte undersøgelse af Hæmoglobin A1c, som er et udtryk for den gennemsnitlige koncentration af glukose i blodet de seneste 3-8 uger før prøvetagning. Analysen bruges til behandlingskontrol af diabetikere. Den seneste kontrol af patientens Hæmoglobin A1c var ifølge laboratoriesvar dateret den 18. december 2012, og den viste da stærk forøgelse af værdien - 13,2 % mod normalt ca. 6,0 %. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at nedsat nyrefunktion er en kendt komplikation til diabetes, men at der ikke var foretaget nogen måling af kreatinin i blodet med henblik på kontrol af nyrefunktion.

Uanset der ifølge journal fremlagt ved nævnsmødet var sendt henvisning til endokrinologisk afdeling med henblik på tilsyn vedrørende regulering af insulin, fandt Patientklagenævnet ikke, at patienten kunne behandles med depot Xeplion i doser ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, når patientens diabetes var reguleret som ovenfor beskrevet.

Patientklagenævnet kunne således ikke på det foreliggende grundlag godkende overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med depot Xeplion 150 mg hver 4. uge.

Injektionsbehandling kan ikke være subsidiær i forhold til depotbehandling.

Overlægen traf den 29. september 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med injektion Cisordinol depot 200 mg hver 14. dag, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg dagligt med mulighed for øgning til 2 x 9,75 mg dagligt."

Patientklagenævnet fandt ikke, at beslutningen opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4.

Patientklagenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at den trufne beslutning var uklart formuleret i forhold til det subsidiære præparat. Det fremgik af beslutningen, at den primære behandling var injektion depot Cisordinol depot 200 mg hver 14. dag, og at den subsidiære behandling var injektion Abilify 9,75 mg dagligt med mulighed for øgning til 2 x 9,75 mg dagligt. Patientklagenævnet måtte efter ordlyden forstå det på den måde, at såfremt patienten ikke ville modtage behandling med depot Cisordinol, agtede hospitalet at give patienten daglig injektion med Abilify 9,75 mg med mulighed for øgning til 2 x 9,75 mg. Da injektion depot Cisordinol måtte anses at være en mere indgribende behandling end daglig injektionsbehandling med Abilify, fandt Patientklagenævnet, at beslutningen ikke opfylder kravet om, at den primære behandling skulle være den mindst indgribende foranstaltning. Hertil kom, at det under nævnsmødet blev oplyst, at behandling med injektion Abilify ikke var aktuel på det pågældende tidspunkt, og således ikke burde have været en del af beslutningen. Patientklagenævnet fandt derfor, at det var uklart, hvad patienten var blevet informeret om og motiveret for, herunder hvad der var truffet beslutning om.

Patientklagenævnet kunne på denne baggrund ikke godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling.

5.d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger

Beslutning om tvangsbehandling med Abilify kunne ikke godkendes, idet det kort tid forud for beslutningen var konstateret, at der ikke havde været effekt af Abilify, ligesom patienten ifølge de lægelige oplysninger havde bivirkninger af Abilify.

Overlægen traf den 31. oktober 2016 beslutning om, at en patient, som var over 65 år, skulle "tvangsbehandles med tablet Abilify 5 mg stigende til 15 mg, og hvis det ikke var muligt med injektion Abilify 9,75 mg."

Patientklagenævnet fandt med henvisning til www.pro.medicin.dk, at der var truffet beslutning om dosering svarende til de anbefalede doser, men at betingelsen om tvangsbehandling med færrest mulige bivirkninger ikke var opfyldt.

Patientklagenævnet lagde i den forbindelse vægt på, det i et journalnotat af 14. oktober 2016 fremgik, at patienten kun oplevede delvis forbedring ved behandling med aripiprazol i form af, at patientens megalomane vrangforestillinger, paranoide symptomer og eufori aftog. Det fremgik tillige af journalnotatet, at patienten havde bivirkninger af behandlingen med Abilify, idet han blev mere og mere trist. Det var i journalnotatet vurderingen, at det var nødvendigt at starte behandling med anden anti-psykotisk medicin. Af udskrivelsesnotat af 19. oktober 2016 fremgik det, at behandling med Abilify blev seponeret på grund af manglende bedring, og af behandlingsplan af 20. oktober 2016 fremgik det, at Abilify blev seponeret på grund af utilstrækkelig effekt. Endelig fremgik det af journal af 24. oktober 2016, at der blev begyndt en motivationsfase for behandling med Serenase, men det fremgik hverken af journal eller af lægeerklæring, hvorfor denne motivationsfase ikke blev færdiggjort.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at journalen ikke indeholdt oplysninger om baggrunden for, at der var valgt Abilify, når det kort tid forinden var konstateret, at der ikke var tilstrækkelig effekt heraf, ligesom patienten havde bivirkninger ved behandling med Abilify.

Patientklagenævnet kunne på denne baggrund ikke godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling med Abilify.

5.e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning

Patientklagenævnet godkendte, at klage ikke var tillagt opsættende virkning, idet det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte andre for nærliggende fare.

Overlægen traf den 21. marts 2016 beslutning om, at en patient, som var over 65 år, skulle "tvangsbehandles med tablet Risperidon 1 mg evt. stigende til maksimal dosis 5 mg 1 gang dagligt, og hvis det ikke er muligt med injektion Serenase 1 mg i.m. evt. stigende til maksimal dosis 5 mg i.m. dagligt."

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten fra den 16. marts 2016 til og med den 21. marts 2016 var motiveret for medicinsk behandling med tablet Risperidon 1 mg evt. stigende til maksimal dosis 5 mg 1 gang dagligt, og patienten mindst en gang i motivationsfasen var blevet informeret om det subsidære præparat injektion Serenase 1 mg i.m. evt. stigende til maksimal dosis 5 mg i.m. dagligt.

Ifølge www.pro.medicin.dk på tidspunktet for overlægens beslutning var initial dosis ved behandling med tablet Risperidon på grund af risiko for hypotension 1 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt. Maksimal dosis var 16 mg dagligt. Hos ældre (over 65 år) og ved nedsat nyre- og leverfunktion var initialdosis 0,5 mg 2 gange dagligt. Ved behandling med injektion Serenase var dosis højst 20 mg dagligt. 5 mg kan gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Patientklagenævnet fandt med henvisning www.pro.medicin.dk, at Risperidon startdosis på 1 mg lå ud over den sædvanlige startdosis på 0,5 mg 2 gange dagligt for ældre (over 65 år). I den konkrete sag var dog afgørende for Patientklagenævnet, at den samlede daglige startdosis var uændret. Patientklagenævnet lagde i den forbindelse særlig vægt på, at overlægen både i journalen i forbindelse med beslutning om tvangsbehandling og på nævnsrådet begrundede startdosis på 1 mg med henvisning til patientens kropsbygning og med henvisning til, at det havde vist sig, at patienten havde størst effekt af at en startdosis på 1 mg frem for 0,5 mg 2 gange dagligt. Henset til at begrundelsen eksplicit var angivet i journalen, kunne beslutningen godkendes.

Patientklagenævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt inden, Patientklagenævnet traf afgørelse. Patientklagenævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte andre for nærliggende fare. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at patienten ifølge journalen den 24. marts 2016 havde jagtet personalet rundt om et bord. Patienten var forsøgt skærmet på sin stue, men patienten barrikaderede i stedet for sin stue, hvor patienten var bevæbnet med en stol. Det endte med, at politiet måtte tilkaldes, og at patienten fik akut beroligende i form af injektion Stesolid. Patientklagenævnet lagde endvidere, at patienten ifølge journalen den 25. marts 2016 stadigvæk fremstod noget anspændt uden dog at have været direkte truende, og at lægen på grund af patientens uforudsigelige udadreagerende adfærd vurderede, at det var nødvendigt at starte den medicinske tvangsbehandling uden opsættende virkning.

Patientklagenævnet godkendte, at patientens klage over beslutning om tvangsbehandling ikke var tillagt opsættende virkning.

Overlægen traf den 14. april 2016 beslutning om, at en patient skulle "tvangsbehandles med Abilify smeltetablet 10 mg dagligt stigende til max 15 mg dagligt afhængig af virkning og bivirkninger, og hvis det ikke er muligt injektion Zyprexa 5 mg x 1 i.m. dagligt."

Patientklagenævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt, før at nævnet traf afgørelse i sagen, idet Patientklagenævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte andre for nærliggende fare. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at patienten var svært paranoidt tolkende, anspændt og forpint, ligesom patienten havde udtalt, at patienten ville slå et personale ihjel med henblik på at komme i fængsel og dermed slippe for indlæggelse og medicin. Det blev endvidere vurderet, at der var en øget risiko for vold, og at patienten direkte var til fare for andre, bl.a. havde det været nødvendigt at bæltefikse patienten, idet patienten efter det oplyste havde kæmpet mod personalet, sparket, spyttet personalet i ansigtet og prøvet at kradse.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende, at patientens klage over beslutning om tvangsbehandling ikke blev tillagt opsættende virkning.

Overlægen traf den 6. maj 2016 afgørelse om, at en patient skulle "tvangsbehandles med tablet Abilify 10 mg grundet svært psykopatologisk billede og farlighed stigende til maksimalt 30 mg dagligt afhængig af effekt og eventuelle bivirkninger, sædvanlig

vedligeholdelsesdosis 15 mg, og hvis det ikke muligt injektion Serenase 5 mg stigende til maksimalt 20 mg dagligt.”

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten fra den 3. maj 2016 til og med den 6. maj 2016 var motiveret for medicinsk behandling med tablet Abilify 10 mg stigende til maksimalt 30 mg dagligt afhængig af effekt og eventuelle bivirkninger, sædvanlig vedligeholdelsesdosis 15 mg, og at patienten mindst en gang i motivationsfase var informeret om det subsidiære præparat i form af injektion Serenase 5 mg stigende til maksimalt 10 mg dagligt.

Med henvisning til www.pro.medicin.dk, hvorefter dosis ved behandling med tablet Abilify sædvanligvis er 10-15 mg 1 gang dagligt og vedligeholdelsesdosis 15 mg 1 gang dagligt, maksimalt 30 mg dagligt, fandt Patientklagenævnet, at den medicin, patienten skulle behandles med, er et afprøvet lægemiddel, men at dosis var højere end sædvanlig vedligeholdelsesdosis, der er 15 mg dagligt, men ikke gik over maksimaldoseringsen på 30 mg dagligt.

Patientklagenævnet lagde konkret vægt på, at patienten siden den 27. april 2016 havde modtaget tablet Abilify 10 mg, og at patienten ikke havde ønsket, at denne dosis skulle øges. Patientklagenævnet lagde samtidig vægt på overlægens beskrivelse i journalen, hvor det fremgik, at patienten ikke responderede tilstrækkeligt på Abilify 10 mg, men at patienten havde fået en tiltagende farlig adfærd og var meget forpint, ligesom patienten jævnligt havde modtaget beroligende medicin med tvang.

Patientklagenævnet lagde samtidig på, at patienten konkret var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, og at overlægen vurderede, at sædvanlig vedligeholdelsesdosis ikke ville være tilstrækkeligt til at behandle patienten. Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med tablet Abilify op til 30 mg.

Vedrørende opsættende virkning henviste Patientklagenævnet til psykiatrilovens § 32, stk. 3, hvorefter klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Det var efter Patientklagenævnets vurdering ikke dokumenteret i journalen, at der på klagetidspunktet forelå en nærliggende eller aktuel fare for patientens liv eller helbred, ligesom Patientklagenævnet heller ikke fandt, at det var dokumenteret i journalen, at patienten udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at overlægen i journal af 23. maj 2016 ikke havde udfærdiget notat om klagens modtagelse, men havde noteret, at patienten i flere dage blev fulgt af personalet med henblik på, at patienten ikke blamerede sig, forstyrrede medpatienter eller udsatte sig selv eller andre for farlig adfærd. Overlægen henviste til, at patienten tidligere under indlæggelsen havde hældt vand i en stikkontakt.

Patientklagenævnet lagde samtidig vægt på, at det den 26. maj 2016 var noteret i journalen, at der var modtaget patientklage, at overlægen i notat af 26. maj 2016 i forbindelse med revurdering af frihedsberøvelse ikke havde noteret noget om den modtagne klage, samt at overlægen i notat af 27. maj 2016 havde noteret, at patienten havde klaget over "den pågående tvangsbehandling og frihedsberøvelse, undertegnede vil udfærdige lægeerklæring i weekenden til brug for behandling i Patientklagenævnet", men at der herudover ikke blev taget stilling til betydningen af patientens klage.

Patientklagenævnet henledte opmærksomheden på, at det først var når en patient klagede over en beslutning om tvangsbehandling, at overlægen skulle tage stilling til, om klagen skulle have opsættende virkning. Overlægen skulle således ikke på beslutningstidspunktet for tvangsbehandlingen have meddelt patienten, at en klage ikke ville få opsættende virkning, idet patienten endnu ikke havde klaget. Overlægen skulle derfor straks efter modtagelsen af patientens klage have taget stilling til spørgsmålet om opsættende virkning.

Patientklagenævnet var opmærksom på bemærkningen i overlægens erklæring af 31. maj 2016: "Grundet hendes psykotiske tilstand og farlighed har patientens ønske om at klage ikke haft opsættende virkning på iværksættelse af behandling, til behandlet i patientklagenævnet. Patienten har først den 23.5. ønsket at klage over den pågående tvangsbehandling, som på daværende tidspunkt heller ikke blev tillagt opsættende virkning i forhold til den pågående behandling, grundet patientens svære produktive psykotiske tilstand, farlighed og høje trusselsniveau."

Patientklagenævnet fandt dog ikke, at dette kunne føre til en ændret afgørelse, idet denne vurdering ikke var noteret på klagetidspunktet og begrundet i journalen. Patientklagenævnet fandt samtidig anledning til at bemærke, at det heller ikke efter Patientklagenævnets vurdering var godtgjort, at patienten var til nærliggende og aktuel fare for sig selv.

Patientklagenævnet fandt, at overlægen burde have holdt en pause i tvangsbehandlingen, straks da overlægen modtog patientens klage over beslutningen om tvangsbehandling. Pausen i tvangsbehandlingen burde være fortsat til, Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen. Behandlingen kunne genoptages, hvis Patientklagenævnet godkendte beslutningen af 6. maj 2016 om tvangsbehandling.

5.f. Tvangsbehandling – ECT-behandling

ECT-behandling blev tilsidesat, idet det ikke var godtgjort, at patienten befandt sig i en aktuel eller potentiel livstruende situation.

En patient klagede over, at han i en periode på 26 dage havde fået 14 behandlinger med ECT.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne i psykiatrilovens § 12 for tvangsbehandling med ECT ikke var opfyldt.

Patientklagenævnet henviste i den forbindelse til psykiatrilovens § 12, stk. 3, hvorefter behandling med elektrostimulation kun måtte iværksættes, hvis patienten opfyldte betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Hertil kom, at psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip skulle iagttages, således at behandling med elektrostimulation ikke måtte anvendes, såfremt mindre indgribende behandlingsmetoder var tilstrækkelige.

Patientklagenævnet henviste endvidere til bemærkningerne til psykiatriloven, hvoraf det fremgår, at ECT givet med tvang kan overvejes ved tilstanden akut delir. Denne tilstand kunne bl.a. opstå som komplikation i forbindelse med en psykisk lidelse. En udtalt manitilstand kunne således udvikle sig til akut delir. Det akutte delir kunne være præget af hallucinationer, søvnløshed og bevægelsesuro. I løbet af kort tid kunne der komme høj feber, væskemangel og afmatning, og patienten kunne meget hurtigt dø, hvis behandling ikke blev iværksat. Hvis et akut delir udviklede sig i livstruende retning, kunne der være indikation for ECT-behandling. I enkelte tilfælde kunne en svær depression udvikle sig og blive livstruende. Patienten kunne være meget stærkt eller akut selvmordstruet eller i en så apatisk tilstand, at der var risiko for livsvigtige funktioner f.eks. på grund af manglende indtagelse af føde og væske. I sådanne situationer kunne ECT givet under tvang overvejes.

Patientklagenævnet fandt det ud fra oplysningerne i sagen ikke godtgjort, at patienten på tidspunktet for beslutning om behandling med ECT befandt sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Det fremgik af journalen, at patienten var svært psykotisk, at patienten var verbalt og fysisk truende, at patienten var uden realitetssans, og at patienten var fortvivlet. Det fremgik af journalen, at patienten spiste og drak sufficient. Der forelå imidlertid ikke oplysninger om, at patienten var i en delirøs tilstand, eller at der på anden måde var fare for patientens liv.

Patientklagenævnet kunne på dette grundlag ikke godkende den iværksatte ECT-behandling, da patienten ikke befandt sig i en livstruende tilstand.

5.g. Somatisk tvangsbehandling

Ingen afgørelser til omtale i årsberetningen.

6. Beroligende medicin

Det fremgik ikke af journalen, i hvilken dosis der var tilbudt tablet Zyprexa, og injektion Zyprexa 10 mg kunne derfor ikke godkendes.

Patienten var ifølge journalen hurtigkørende, vred og forpint af din tilstand. Ligeledes var patienten grænseoverskridende overfor medpatienter, som patienten opsøgte på stuerne.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at personalet ifølge journalen havde forsøgt at berolige patienten og at korrigere patientens adfærd, at patienten var blevet tilbudt beroligende medicin, hvilket patienten ikke ønskede at tage imod. I stedet blev patienten ifølge journalen mere ophidset, låste sig inde på værelset, og smækkede døren i hovedet på personalet, da personalet bad om at komme ind til patienten for at berolige patienten, ligesom patienten tilkendegav, at patienten ikke ville tale med personalet.

Patientklagenævnet vurderede, at den medicin, patienten blev behandlet med, var et afprøvet lægemiddel, men Patientklagenævnet fandt imidlertid ikke, at mindste midtels princippet var opfyldt for så vidt angår den medicin, som patienten blev tilbudt og den medicin, som patienten blev givet med tvang.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det i journalen ikke var dokumenteret, at patienten forud for indgivelsen af injektion Zyprexa 10 mg blev tilbudt frivilligt at tage samme præparat og dosis som tablet. Patientklagenævnet lagde vægt på, at det i notatet om indgivelsen af den beroligende medicin alene var angivet, at patienten blev tilbudt "medicin", og at det i et efterfølgende notat udarbejdet af anden læge samme dag kl. 11.30 var angivet, at patienten forinden indgivelsen af injektion Zyprexa som beroligende middel, var tilbudt smelttablet Zyprexa, som patienten ikke kunne samarbejde om. Det var ikke angivet, hvilken dosis patienten blev tilbudt. Som udgangspunkt skal der være overensstemmelse mellem den medicin, som en patient tilbydes til frivillig indtagelse og den medicin, der efterfølgende gives som beroligende middel med magt.

Patientklagenævnet henviste endelig til Det Psykiatriske Ankenævns praksis, hvorefter injektion Zyprexa 10 mg svarer til en højere dosis end tablet Zyprexa 10 mg.

Patientklagenævnet godkendte således ikke beroligende medicin i form af injektion Zyprexa 10 mg.

Samlet døgn dosis beroligende medicin oversteg sædvanlig dosering.

Patienten havde ifølge journalen om aftenen udtalt sig nedladende om personalemedlemmer med anden hudfarve, og plejepersonalet havde bedt patienten om ikke at komme med sådanne udtalelser i afdelingen, hvilket patienten opfattede som en trussel og ikke ville finde sig i. Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten herefter blev tiltagende diskussionslysten, vredladen og kommanderende og bad om en lægesamtale, og at patienten ved lægesamtalen blev beskrevet svær at grænsesætte, tiltagende højttalende, vredladende, diskuterende og tiltagende urolig.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at der fremgik af journalen, at det ikke var muligt at tale patienten til ro, at patienten var forsøgt grænsesat, men herefter blev endnu mere vredladen og diskuterende, at patienten blev forsøgt skærmet til sin stue, hvilket patienten ikke accepterede, idet patienten stod i døråbningen og var diskuterende og kommanderende. Ligeledes lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse inden det blev givet med tvang.

Patientklagenævnet fandt, at det var mindste middel i den konkrete situation at give patienten beroligende medicin med tvang.

Patientklagenævnet vurderede dog, at kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering ikke var opfyldt. Der blev herved lagt vægt på, at patienten tidligere på dagen havde modtaget sin faste medicin i form af Olanzapin 10 mg.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at initialdosis ved behandling med tablet Olanzapin ifølge medicinfortegnelsen www.pro.medicin.dk er 5-10 mg 1 gang dagligt, fortrinsvis ved sengetid. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det

kan dog i særlige tilfælde være nødvendigt og forsvarligt at øge døgn dosis op til højst 40 mg i døgnnet.

Eftersom patienten kl. 17.15 havde fået sin sædvanlige medicin i form af 10 mg tablet Olanzapin, fandt Patientklagenævnet, at indgivelsen af beroligende medicin med tvang samme dag kl. 20.40 i form af tablet Olanzapin 20 mg sammenlagt oversteg sædvanlig dosering for tablet Olanzapin, som ifølge medicinfortegnelsen www.pro.medicin.dk er 20 mg i døgnnet. Patientklagenævnet fandt således, at den samlede dosis tablet Olanzapin oversteg den sædvanlige dosering på 20 mg, uden at der i journalen var angivet en konkret begrundelse herfor.

Patientklagenævnet godkendte derfor ikke beroligende medicin i form af smeltetablet Olanzapin 20 mg.

Patienten fik injektion Serenase 5 mg og injektion Stesolid 10 mg. Manglende overensstemmelse mellem de tilbudte og de givne præparater.

Patienten var ifølge journalen urolig og højtråbende på gangen, ligesom patienten havde forulempet medpatienter. Endelig havde patienten ikke sovet i tre dage.

Patientklagenævnet lagde med henvisning til journalen vægt på, at patienten var forsøgt beroliget ved samtale, at patienten var forsøgt skærmet på sin stue, men at patienten pressede sig forbi personalet og gik ud på gangen, hvor patienten var højtråbende. Patientens var også tilbudt medicin til frivillig indtagelse.

Patientklagenævnet lagde imidlertid til grund, at der ikke var overensstemmelse mellem den medicin, som patienten blev tilbudt, og den medicin, som patienten fik med tvang. Ved afgørelsen lagde Patientklagenævnet vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten ikke ville tage tablet Oxapax samt 1 tablet Zolpidem, som det tidligere på aftenen var aftalt med patienten. Det fremgik af journalen, at patienten nægtede at tage medicinen og "patienten opfordres til at tage medicinen flere gange, men nægter at tage medicin flere gange. I henhold til mindste middels princip forsøges i først omgang at tilbyde pt. tabl. Oxapax samt Zolpidem. Dette afviser patienten af flere omgange. Da patienten har været højtråbende og forulempet medpatienter og ikke har kunnet samarbejde til at tage sin medicin har det været nødvendigt at give tvangsmedicin, så patienten har kunnet falde til ro."

Patientklagenævnet fandt det på den baggrund ikke dokumenteret, at patienten forud for indgivelse af injektion Serenase 5 mg og injektion Stesolid 10 mg var tilbudt at tage disse præparater frivilligt. Da det samtidig fremgik af journalen, at patienten var tilbudt to andre præparater, fandt Patientklagenævnet, at patienten ikke kunne forventes at være bekendt med hvilke præparater, som patienten ville blive givet.

Patientklagenævnet godkendte således ikke beroligende medicin i form af injektion Serenase 5 mg og injektion Stesolid 10 mg.

Situation eskalerede efter at patienten blev tilbudt tablet Zyprexa 10 mg til frivillig indtagelse. Injektionsdosis på Zyprexa 10 mg blev herefter godkendt.

Patientklagenævnet vurderede, at patienten, før patienten fik beroligende medicin, var meget urolig, og at det – som situationen udviklede sig – var nødvendigt, at patienten blev bragt til ro, for at patienten kunne få det bedre.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten i journalen blev vurderet opkørt og truende. Patienten var forpint af sin tilstand, og patienten gik hen mod personalet og fremstod samtidig truende i sit kropssprog, ligesom kontakten med patienten udelukkende var på patientens præmisser.

Patientklagenævnet vurderede, at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Patientklagenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen var forsøgt talt til ro og blev forsøgt skærmet, og der blev givet injektion Zyprexa 10 mg efter at der var blevet tilbudt tablet Zyprexa 10 mg.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten i forbindelse med tilbud om frivillig indtagelse blev latent truende, gik meget tæt på overlægen og stirrede overlægen i øjnene i så lang tid, at dette i kombination med kvaliteten af blikkontakten klart blev opfattet som truende med det resultat, at personale blev tilkaldt fra andre afdelinger. Lægen valgte herefter at give injektion Zyprexa 10 mg som mindre indgribende foranstaltning, idet indtrykket herefter umiddelbart ellers tilsagde bæltefiksering.

Patientklagenævnet fandt det herved dokumenteret, at situationen var eskaleret efter tilbud om tablet Zyprexa 10 mg, og Patientklagenævnet kunne derfor godkende, at patienten fik injektion Zyprexa 10 mg, som svarer til en højere dosis end den tilbudte tablet Zyprexa 10 mg. Patientklagenævnet fandt med henvisning til medicinfortegnelsen, www.pro.medicin.dk, at dosis ikke oversteg sædvanlig dosering.

7. Anvendelse af fysisk magt

Fem tilfælde hvor anvendelse af fysisk magt ikke blev godkendt med henvisning til at kravet mindste middels princip ikke var opfyldt.

I det første tilfælde var patienten ifølge journalen svært opkørt og selvskadende, ligesom patienten slog sig selv i hovedet med sine arme og råbte og skreg.

I det andet tilfælde var patienten ifølge journalen forpint og selvskadende, ligesom patienten havde skåret sig på underarmen med glasskår.

I det tredje tilfælde var patienten ifølge journalen svært opkørt og selvskadende, ligesom patienten slog sig selv hårdt med knytnæver på benet og i ansigtet.

I det fjerde tilfælde var patienten ifølge journalen svært opkørt og selvskadende, ligesom patienten slog sig selv hårdt over benene og sparkede sig selv. Patienten var tillige forpint af stemmehøring, der opfordrede patienten til selvskade.

I det femte tilfælde var patienten ifølge journalen svært opkørt og selvskadende, ligesom patienten slog sig selv og var forpint af stemmehøring, der opfordrede patienten til selvskade.

Patienten var i de fem tilfælde tilbudt beroligende medicin og/eller forsøgt talt til ro.

Patientklagenævnet fastslog, at beroligende medicin i praksis anses for mindre indgribende end fastholdelse og fiksering, og at fastholdelse anses for mindre indgribende end fiksering. Hvis der imidlertid er tilkendegivelse fra patienten om, at patienten oplever fastholdelse som mere indgribende end fiksering, må der kræves tungtvejende grund af lægelige karakter for ikke at følge patientens tilkendegivelse herom. Der blev henvist til psykiatrilovens § 3, stk. 4, hvorefter patienten i forbindelse med indlæggelsessamtalen skal høres om evt. tilkendegivelser i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale.

Patientklagenævnet fandt efter en konkret vurdering, at anvendelse af fysisk magt i de fem tilfælde ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, og Patientklagenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten havde tilkendegivet over for personalet, at patienten oplevede fastholdelse som mere indgribende end bæltefiksering. Selvom forhåndstilkendegivelsen ikke fremgik af behandlingsplanen, så fremgik det af oplysning fra plejepersonalet ved nævnsmødet, at plejepersonalet var bekendt med, at patienten foretrak bæltefiksering frem for fastholdelse.

Patientklagenævnet fandt således, at det ikke var mindste middel i den fem tilfælde at fastholde patienten, men at patienten burde have været fikseret.

8. Personlig skærmning

Ingen afgørelser til omtale i årsberetningen.

B. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

Ankenævnet har ændret flere af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser og har herunder bl.a. vedrørende tvangsbehandling slået fast, at motivation skal foretages forud for og dagligt op til beslutningen om tvangsbehandling, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, der starter forfra, når patienten igen afviser behandling, at der skal motiveres for hele den primære behandling, der senere træffes beslutning om, herunder eventuelt dosisinterval, at patienten mindst én gang i motivationsperioden bliver orienteret om det subsidiære præparat, herunder eventuelt dosisiinterval, at patienten skal informeres, hvis dosis går ud over sædvanlig dosis, og at dette skal begrundes og journalføres. Ankenævnet har ved afgørelserne taget stilling til, om patienten har haft mulighed for at drøfte tvangsbehandlingen med sin patientrådgiver, og har i sager, hvor betænkningstiden har strakt sig over to døgn fundet, at patienten havde haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med patientrådgiveren. Ankenævnet har således godkendt en betænkningstid på to døgn og derover. Ankenævnet har i flere afgørelser gjort en bemærkning om, at tvangsprotokollen skal indeholde nøjagtig og korrekt dato for iværksættelse af tvangsbeslutningen, ligesom der i journalen også bør henvises til tvangsprotokollen. Ligeledes har Ankenævnet bemærket, at hele tvangsbeslutningen inkluderende det subsidiære præparat skal fremgå af tvangsprotokollen, og der skal være henvisning i journalen til tvangsprotokollen. Ankenævnet har også påpeget, at tvangsprotokollen for den påklagede tvangsbehandling er nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvang opfylder psykiatrilovens betingelser herfor, da det er ved udfyldelse af tvangsprotokollen, at der bliver taget endelig stilling til den samlede beslutning om tvangsbehandling.

1. Tvangsbehandling

Det fremgår af § 3 i psykiatriloven, at behandling på en psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke.

I lovens § 1, stk. 3 er det præciseret, at der ved tvang i denne lov forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling.

Hvis det ikke er muligt at opnå patientens informerede samtykke, kan det blive nødvendigt at træffe beslutning om tvangsbehandling. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldt, jf. psykiatrilovens § 12.

Det fremgår af § 12, stk. 1, jf. § 10, at tvangsbehandling kun må anvendes, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed. I de klagesager, som Ankenævnet har behandlet, har Ankenævnet fundet, at alle patienterne har opfyldt denne betingelse, hvorfor der ikke vil blive redegjort nærmere herfor.

Øvrige betingelser, der stilles for motivering og beslutning om at tvangsbehandle, er følgende:

A. Med hensyn til det primære præparat:

1. Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul, da der er tale om en betænkningstidsregel.
2. Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval - herunder orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger.
3. Der skal være identitet mellem det præparat og den/det dosis/dosisinterval, der motiveres for og det præparat og det dosis/dosisinterval, der træffes beslutning om.
4. Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationsskema.
5. Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.
6. Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.
7. Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk er anført for initialdoser og sædvanlige doser.

Ved doser, der overstiger sædvanlig dosering skal patienten oplyses herom, og der skal gives en særskilt begrundelse, som skal journalføres i relation til beslutningen om tvangsbehandling.
8. Der skal motiveres helt op til beslutningsdagen.
9. Og tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

B. Med hensyn til det subsidiære præparat:

1. Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk, jf. ovenfor.
2. Patienten skal mindst én gang i motivationsforløbet være orienteret om dosis, eventuelt dosisinterval samt formål, virkninger og eventuelle bivirkninger af det subsidiære præparat.

Ad A 1: Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul, da der er tale om en betænkningstidsregel.

En betænkningstid på 1 døgn, 21 timer og 5 minutter var ikke passende

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn gav følgende begrundelse for at godkende en betænkningstid på under to døgn:

”Patienten var dermed tilbudt medicin gennem 1 døgn, 21 timer og 5 minutter, før der den 30. september 2016 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Zyprexa 5 mg stigende til 20 mg afhængig af effekt og bivirkninger og subsidiært injektion Zyprexa 2,5 mg stigende til 10 mg.

Nævnet bemærker (ovennævnte bekendtgørelses § 3, stk. 3 (bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 som senest ændret ved bekendtgørelse nr. 1107 af 11. september 2015 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger)), at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet skal lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, din ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt din forpinthed m.v.

Nævnet har ud fra en konkret vurdering fundet, at en betænkningstid på 1 døgn, 21 timer og 5 minutter i dit tilfælde har været en passende betænkningstid for, at patienten kunne overveje dit samtykke til behandlingen.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at overlægen har vurderet, at patienten har en symptomtung akut skizofreni med et højt angst- og stressniveau, og at patienten er forpint. Overlægen skønner, at det er nødvendigt, at patienten snarest muligt får iværksat behandling for at øge sandsynligheden for en væsentlig bedring i din tilstand, ligesom overlægen vurderer, at såfremt behandling ikke påbegyndes snarest, vil det kunne medføre væsentlig forværring også på længere sigt, og at det muligvis vil blive vanskeligere at behandle dig jo længere tid der går, før der bliver iværksat en sufficient antipsykotisk behandling. Hertil kommer, at patienten under hele indlæggelsen har været afvisende over for at modtage behandling med antipsykotisk medicin og fastholdt, at patienten ikke er psykisk syg.”

På Det Psykiatriske Patientklagenævns møde oplyste overlægen på forespørgsel om grunden til den korte betænkningstid følgende:

”Overlægen tilføjede, at årsagen til den korte betænkningstid, der var under tre døgn bl.a. var, at din tilstand var blevet dårligere, og der havde været overvejelser om ikke at give din klage opsættende virkning.”

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt, at patienten burde have haft en betænkningstid på over 2 døgn, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret i længere tid.

Ankenævnet var opmærksomt på, at patienten tidligere havde været motiveret for præparatet i et andet dosisinterval, som var blevet underkendt af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det var dog Ankenævnets opfattelse, at dette ikke var tilstrækkeligt til at medføre, at motivation for et andet dosisinterval kunne forkortes unødigt, medmindre dette var konkret begrundet i patientens tilstand og fremgik af journalen.

Ankenævnet ændrede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

En betænkningstid på 1 døgn, 20 timer og 27 minutter var passende

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsmedicinering forudsætter at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred.

Af § 3, stk. 5, fremgår at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at den forsøgte motivation skal journalføres. Af § 3, stk. 4, fremgår hertil, at patienten så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Det fremgår af § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet skal lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpintthed m.v.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det var en konkret vurdering, hvor lang betænkningstiden skulle være, og at bestemmelsen hverken forhindrede overlægen i at give patienten en kortere eller længere betænkningstid end tre dage.

Ankenævnet havde ikke fundet grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 1 døgn, 20 timer og 27 minutter var passende for patienten, da det

fremgik af journalen, at patienten var uden sygdomsindsigt og afvisende overfor medicinering.

Ankenævnet havde hertil lagt vægt på, at patientens aktuelle medicin ikke havde medført en bedring i patientens tilstand, hvorfor det i flere tilfælde havde været nødvendigt at fastholde og bæltefiksure patienten hvilket stressede og belastede patienten.

Patienten fik i betænkningstiden mulighed for at drøfte beslutningen om tvangsbehandling med sin patientrådgiver.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at bekendtgørelsens § 3, stk. 1, stk. 3, stk. 4 og stk. 5, var opfyldt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til betænkningstiden.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn vil drøfte indholdet af de to ovennævnte afgørelser med Det Psykiatriske Ankenævn.

En betænkningstid på 4 døgn og 55 minutter var passende

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling, herunder havde Det Psykiatriske Patientklagenævn fundet, at betænkningstiden var passende.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 4 døgn og 55 min var passende for patienten.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var ambivalent over for den medicinske behandling, og at patienten ifølge oplysningerne ikke fremstod så forpint, at det var uforvarligt at give patienten en betænkningstid på 4 døgn og 55 min.

Ligeledes frembød patienten ikke fare for sig selv eller andre, og det var ikke nødvendigt i betænkningstiden at anvende andre former for tvang.

Ankenævnet tiltrådte det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

En betænkningstid på 3 døgn og 23 timer var for lang

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling, herunder havde Det Psykiatriske Patientklagenævn fundet, at betænkningstiden var passende.

Ankenævnet fandt grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 3 døgn og 23 timer var passende for patienten, da det fremgik af journalen, at patienten var vurderet farlig for sine omgivelser samt i fare for at udvikle deliri-

um. Patienten var således tvangsfikseret i hele motivationsfasen og fik desuden dagligt indgivet beroligende middel med magt, hvorfor ankenævnet vurderede, at betænkningstiden var unødigt lang.

Ankenævnet fandt på den baggrund ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til betænkningstiden.

Ankenævnet ændrede derfor Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Indtagelse af medicin under protest i motivationsfasen anses for tvangsbehandling

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke taget stilling til, at patienten ifølge motivationsarket den 25. oktober 2015 havde modtaget tabletet Risperdal 1 mg i forbindelse med, at patienten var blevet motiveret herfor.

Ifølge journalen samme dag kl. 13.30 havde patienten forklaret, at denne ikke ønskede at være på afdelingen, og at patienten ville forlade den, hvis ikke patienten var indlagt, ligesom patienten ikke ønskede den medicin, patienten havde taget for første gang imod sin vilje samme dag.

Den 26. oktober 2015 fremgik det af journalen, at patienten dagen inden havde taget 1 mg Risperdal under protest, idet patienten havde forstået, at patienten ellers ville modtage medicinen i form af injektion med tvang. Patienten oplyste, at patienten fortsat ikke ønskede at tage medicinen.

Ankenævnet oplyste, at såfremt en patient var af den opfattelse, at der var indledt tvangsbehandling, var det ankenævnets opfattelse, at det skulle sikres, at patienten blev bragt ud af sin vildfarelse, og hvis dette ikke bliver gjort, måtte medicineringen betragtes som tvangsbehandling, uanset der reelt ikke var truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet lagde på denne baggrund til grund, at patienten blev tvangsbehandlet med Risperdal 1 mg den 25. oktober 2015.

Det var ankenævnets opfattelse, at der forud for tvangsbehandlingen den 25. oktober 2015 ikke blev taget stilling til, hvorvidt psykiatrilovens bestemmelser vedrørende akut tvangsbehandling på daværende tidspunkt var opfyldte.

Ankenævnet fandt under de omstændigheder, at tvangsbehandlingen af patienten den 25. oktober 2016 var i strid med psykiatriloven.

Ad A 2: Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval - herunder orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger.

Der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der træffes beslutning om, og det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet – motivation ikke tilstrækkelig konkret og entydig, hvis der motiveres for tablet

Olanzapin 10 mg op til max. 20 mg, samtidig med at det oplyses, at dosisintervallet går fra 5 til 20 mg

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10 mg x 1 dagligt. Potentiel dosisinterval 5-20 mg dagligt, afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg x 1 dagligt.

Ankenævnets oplyste, at der skulle motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende blev truffet beslutning om. Det skulle fremgå af journalen, at der var motive ret for hele dosisintervallet.

Ankenævnet bemærkede, at patienten ifølge motivationsskemaet blev motiveret for tablet Olanzapin 10 mg x 1 dagligt, potentielt i dosisintervallet 5-20 mg dagligt, afhængig af effekt og bivirkninger fra den 29. august 2016 til den 2. september 2016.

Ankenævnet bemærkede videre, at der er uoverensstemmelse imellem journalen for så vidt angik den 31. august 2016, idet det fremgik af journalen, at patienten alene blev motiveret for tablet Olanzapin 10 mg.

Det var herefter ankenævnets opfattelse, at det alene var perioden fra den 1. september 2016 kl. 11.25 til den 2. september 2016 kl. 11, der kunne betragtes som reel betænkningstid.

Ankenævnet oplyste, at patienten skulle tilbydes en konkret og entydig behandling.

Det var dog ankenævnets vurdering, at motivationen i perioden fra den 1. september 2016 kl. 11.25 til den 2. september 2016 kl. 11, ikke var tilstrækkelig konkret og entydig, idet der blev motiveret for tablet Olanzapin 10 mg op til 20 mg, samtidig med at patienten blev oplyst, at dosisintervallet gik fra 5 til 20 mg.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt klart for patienten, hvilken dosis patienten ønskedes behandlet med.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der er truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ad A 4: Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationsskema.

Diskrepans mellem motivationsark og journal

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 23. november 2015 om tvangsbehandling med tablet Risperdal 5 mg med eventuel stigning til 9 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. dagligt.

Det fremgik af journalen, at patienten var blevet motiveret for tvangsbehandling dagligt fra den 19. november 2015 kl. 10 til den 23. november 2015 kl. 15.15, hvor der

blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 5 mg med eventuel stigning til 9 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen den 19. november 2015, at patienten var blevet motiveret for tablet Risperdal 5 mg med eventuel stigning til 9 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. dagligt. Senere samme dag fremgik det af journalen, at patienten blev tilbudt 5 mg Risperdal, hvilket patienten ikke ønskede. Patientten modtog herefter 4 mg som led i tvangsbehandling.

Den 20. november 2015 fremgik det af journalen, at patienten modtog 4 mg Risperdal som led i tvangsbehandling, og at patienten blev tilbudt yderligere 1 mg, hvilket patienten afviste.

Den 21. november 2015 fremgik det af journalen, at patienten modtog 4 mg Risperdal som led i tvangsbehandling, og at patienten samtidig blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling.

Den 22. november 2015 fremgik det af journalen, at patienten modtog 4 mg Risperdal som led i tvangsbehandlingen, og at patienten blev tilbudt yderligere 1 mg, hvilket patienten afviste.

Ankenævnet fandt det herefter ikke godgjort, at patienten blev motiveret for hele dosisintervallet i perioden fra den 19. til den 22. november 2015, på trods af, at det fremgik af motivationsarket, at patienten blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 19. til den 22. november 2015.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var diskrepans mellem motivationsarket og den øvrige journal, om hvad der blev motiveret for.

Det var på denne baggrund ankenævnets vurdering, at perioden fra den 19. til den 22. november 2015 ikke kunne betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 23. november 2015.

Ankenævnet lagde herved lagt vægt på, at det ikke kunne antages at have været tilstrækkeligt klart for patienten, hvilken dosis der blev motiveret for.

Ankenævnet fandt heller ikke, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred.

Ankenævnet fandt således, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til betænkningstiden.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A 5: Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.

Der skal i motivationsperioden konsekvent være motiveret for hele behandlingen

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 16. juni 2016 om behandling med injektion Xeplion 150 mg dag 1 og 100 mg dag 2, herefter 75 mg hver 4. uge justeret efter effekt og bivirkninger i intervallet 75 mg hver 3.-5. uge.

Motivationen den 13. juni 2016

Det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for behandling med Xeplion 150 mg dag 1 og 100 mg dag 2, herefter 75 mg hver 4. uge justeret efter effekt og bivirkninger i intervallet 75 mg hver 3.-5. uge, og at patienten skulle motiveres herfor i 3 dage.

Motivationen den 14. juni 2016

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for behandling med Xeplion 150 mg dagligt.

Ankenævnet havde imidlertid videre bemærket, at det fremgik af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at overlægen på mødet oplyste, at der var tale om en skrivefejl i journalen, idet behandling med Xeplion foregik ved, at der blev givet 150 mg dag 1. Endelig havde ankenævnet bemærket, at det fremgik af journalen, at patienten var afvisende i kontakten, og at patienten ved ethvert forsøg på kontakt bestemt lukkede sin dør.

Motivationen den 15. juni 2016

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for behandling med Xeplion initialt 150 mg. Det fremgik videre, at der blev påført data på motivationsskemaet.

Ankenævnet havde hertil bemærket, at det fremgik af motivationsskemaet, at patienten blev motiveret for Xeplion 150 mg, på 8. dagen 100 mg, herefter 75 mg hver 4. uge, justeret efter effekt og bivirkninger.

Motivationen den 16. juni 2016

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af motivationsskemaet, at patienten blev motiveret for Xeplion 150 mg.

Ankenævnet havde videre bemærket, at det fremgik af journalen, at patienten gennem de sidste 4 dage var motiveret for tidligere afprøvet præparat i form af Xeplion, og at patienten var informeret om, at det skulle gives initialt som injektion Xeplion 150 mg, på 8. dagen Xeplion 100 mg og herefter vedligeholdelsesdosis på 75 mg hver 4. uge, justeret efter virkning og bivirkninger i intervallet 75 mg hver 3.-5. uge. Patienten havde fået udleveret skriftligt materiale om præparatet, da patienten havde afbrudt motivationen vedvarende under lægesamtalerne.

Samlet konklusion vedrørende motivationen

Det var ankenævnets vurdering, at det ikke havde fremstået tilstrækkeligt klart for patienten, hvilken behandling patienten blev motiveret for, idet patienten ikke konsekvent blev motiveret for hele behandlingen, herunder justeringen af vedligeholdelsesdosis efter effekt og bivirkninger.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at patienten reelt ikke blev givet betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 16. juni 2016.

Ankenævnet fandt ikke, at bekendtgørelsens § 3, stk. 1 (bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger), var opfyldt, da patienten reelt ikke blev givet betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 16. juni 2016.

Ankenævnet bemærkede, at klagen blev tillagt opsættende virkning, ligesom det ikke fremgik af journalen, at der var tale om en akut situation.

Det var herefter ankenævnets vurdering, at der ikke forelå en akut situation, hvor udsettelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A 6: Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.

Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Af journalen for den 23. juni 2016 fremgik, at patienten i forbindelse med motivationen valgte at tage medicinen. Patienten sagde "kom bare med den, jeg skal nok lade være med at slå medicinen ud af din hånd." Det fremgik videre, at patienten virkede rolig og samarbejdsvillig, men at det var meget uvist, om patienten havde holdt medicinen i sig, da patienten tidligere havde snydt med den akut beroligende medicin, patienten havde fået.

Det var ankenævnets opfattelse, at patienten indtog den tilbudte medicin frivilligt den 23. juni 2016 på trods af, at det var uvist, om patienten holdt den i sig.

Det var videre ankenævnets opfattelse, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, således at den tidligere motivation ikke medregnes, såfremt patienten på ny afviser at modtage medicin.

Det var herefter ankenævnets opfattelse, at da patienten igen afviste behandlingen den 24. juni 2016, blev motivationen startet på ny, hvorfor patienten alene blev motiveret den 24. juni 2016, om end patienten blev motiveret tre gange denne dag, inden der kl. 18.15 blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ovenfor var lagt til grund, at patienten alene blev motiveret den 24. juni 2016, og at der ikke forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen var til fare for patientens liv eller helbred.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ad A 7: Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk er anført for initialdoser og sædvanlige doser.

Anbefalinger af dosis for de enkelte præparater fremgår af medicinfortegnelsen på www.pro.medicin.dk. Om den besluttede dosis er sædvanlig skal blandt andet vurderes ud fra patientens alder og ud fra administrationsmåde. Når en patient er over 65 år, betragtes denne som ældre. Endvidere skal baggrunden for at ordinere en enkelt-dosis, der går ud over sædvanlig dosis, som angivet på pro.medicin.dk, oplyses i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling, og patienten skal informeres herom. Det er ikke tilstrækkeligt, at begrundelsen fremgår af tvangsprotokollen eller af lægeerklæringen.

Ikke godkendt højere dosis end sædvanlig dosis

Eksempel 1:

Abilify op til 30 mg ikke godkendt – ikke tilstrækkeligt godtgjort, at sædvanlig vedligeholdelsesdosis ikke ville være tilstrækkelig

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Abilify 10 mg dagligt eventuelt stigende til 30 mg dagligt, alternativt injektion Abilify 9,75 mg dagligt eventuelt stigende til 9,75 mg x 2 dagligt

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosering på tablet Abilify op til 30 mg gik udover det, der pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering ved tabletbehandling.

Ankenævnet havde bemærket, at det fremgik af journalen, at baggrunden for at gå ud over sædvanlig dosering var, at patienten var paranoid, psykotisk og forpint.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at det var tilstrækkelig godtgjort, at sædvanlig vedligeholdelsesdosis ikke ville være tilstrækkelig til behandling af patientens psykiske tilstand.

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke fremgik oplysninger af journalen om, at patienten havde behov for store doser antipsykotisk medicin, ligesom der ikke fremgik oplysninger om, at patienten tidligere havde været forsøgt behandlet med tablet Abilify i sædvanlig dosis uden tilstrækkelig effekt.

Ankenævnet tiltrådte derfor Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om ikke at godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Eksempel 2:

Olanzapin op til 30 mg ikke godkendt – svær psykotisk tilstand ikke tilstrækkelig konkret begrundelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10-30 mg, subsidiært injektion Serenase 5-10 mg.

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosering med tablet Olanzapin op til 30 mg gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at der blev truffet beslutning om en dosis ud over den sædvanlige på grund af patientens svære psykotiske tilstand.

Det var dog ankenævnets vurdering, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort og konkret begrundet i journalen, at der var behov for at træffe en beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin på op til 30 mg dagligt på baggrund af patientens tilstand, og at sædvanlig vedligeholdelsesdosis ikke ville være tilstrækkelig.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten tidligere havde modtaget behandling med tablet Olanzapin.

Ankenævnet godkendte derfor ikke beslutningen om tvangsbehandling og ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Godkendelse af højere dosis end sædvanlig dosis end sædvanlig dosis

Eksempel 1:

Abilify op til 30 mg godkendt

Der Psykiatriske Patientklagenævn (flertal) havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Abilify 10-30 mg.

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosering på tablet Abilify 10-30 mg ikke var sædvanlig, idet det fremgik af pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis var 10-15 mg.

Det var Ankenævnets opfattelse, at det af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik udover den på pro.medicin.dk angivne sædvanlig dosis.

Ankenævnet lagde vægt på, at overlægen begrundede den usædvanlige dosis med, at patienten ikke havde haft tilstrækkelig effekt af den hidtidige behandling med injektion Abilify i en dosering på 9,75 mg en gang dagligt.

Ankenævnet bemærkede videre, at patienten havde været forsøgt behandlet med denne dosis igennem cirka to måneder uden tilstrækkelig effekt.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at det fremgik, at patienten konkret var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik udover sædvanlig dosis.

Ankenævnet fandt herefter ud fra en konkret vurdering, at den besluttede dosis var sædvanlig for patienten, idet det var overlægens vurdering, at det ville blive nødvendigt – og forsvarligt – at øge døgn dosis af tablet Abilify op til højst 30 mg i døgnet, idet der ikke havde været tilstrækkelig effekt af injektion Abilify 9,75 mg.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Olanzapin op til 40 mg godkendt – tidligere erfaring – patienten var ryger og i en akut fase

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 10-40 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10-20 mg dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at den besluttede dosering på op til 40 mg gik ud over det, der på pro.medicin var angivet som sædvanlig dosis.

Ankenævnet bemærkede videre, at det af journalen fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik udover den på pro.medicin.dk angivne sædvanlig dosis.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering, at den besluttede dosis var sædvanlig for patienten, idet det var nødvendigt – og forsvarligt – at øge døgn dosis op til højst 40 mg i døgnet.

Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling fremgik, at der blev ordineret en dosis op til 40 mg dagligt på grund af tidligere erfaring med, at det var nødvendigt at anvende højere dosis end sædvanlig dosis på 20 mg. Dette skyldtes, at patienten var ryger og dermed omsatte medicinen hurtigere, ligesom patienten var i en akut fase og var tiltagende aggressiv.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Olanzapin op til 20 mg med god effekt på tilstanden, men med hurtigt tilbagefald efter ophør af medicineren.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at det var dokumenteret i journalen, at patienten blev informeret om, der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der gik ud over den dosering, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Olanzapin op til 40 mg godkendt – tidligere erfaring – patienten var en meget høj mand

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa med startdosis 10 mg dagligt stigende til maksimal dosis 40 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase startende med 2 mg i.m. stigende til maksimalt 20 mg i.m. dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af skizofreni med tablet Zyprexa, anvendtes initialt 5-10 mg 1 gang dagligt, fortrinsvis ved sengetid. Vedligeholdelsesdosis var sædvanligvis 5-20 mg daglig. Det kunne dog, i særlige tilfælde, være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af psykoser med injektion Serenase, anvendtes højst 20 mg dagligt. 5 mg kunne gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at Zyprexa og Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer var almindelige for patienten.

Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling fremgik, at der blev ordineret op til 40 mg Zyprexa dagligt, idet patienten tidligere havde modtaget tablet Zyprexa 40 mg dagligt uden bivirkninger og med en delvis god virkning, ligesom patienten var en meget høj mand.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at der primært blev besluttet tvangsbehandling med tablet og subsidiært med injektion.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A 9: Og tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

Dosis ved mani (Olanzapin) – fordeling af dosis på flere doser (Abilify)

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10 mg dagligt, stigende afhængigt af virkning samt bivirkninger, med plan om 15 mg på andet døgn og til maksimal dosis på 20 mg på tredje døgn. Alternativt injektion Olanzapin 5 mg i.m. første døgn, som øges til 10 mg i.m. på andet og tredje døgn. Injektionerne skal stoppes efter 3 døgn, hvorefter der skal anvendes injektion Abilify 7,5 mg i.m. med mulighed for øgning til 15 mg i.m.

Patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af svær mani.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af mani med tablet Olanzapin, anvendtes initialt som monoterapi 15 mg 1 gang dagligt. Det kunne dog være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Ved behandling med injektion Olanzapin, anvendtes initialdosis

5-10 mg 1 gang i.m. Dosis kunne gentages efter 2 timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter tre dage burde der skiftes til oral behandling.

Ankenævnet kunne videre oplyse, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling med injektion Abilify, anvendtes sædvanligvis initial dosis 9,75 mg dagligt i.m. Dosis kunne gentages efter behov efter mindst 2 timer. Højt tre injektioner dagligt og højt 30 mg aripiprazol dagligt.

Ankenævnet havde bemærket, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10 mg dagligt, stigende afhængigt af virkning samt bivirkninger, men med plan om 15 mg på andet døgn og til maksimal dosis på 20 mg på tredje døgn.

Ankenævnet havde endvidere bemærket, at der blev truffet beslutning om tertiær behandling med injektion Abilify 7,5 mg i.m. med mulighed for øgning til 15 mg i.m.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at Olanzapin og Abilify var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde herved lagt vægt på, at for så vidt angik tablet Zyprexa blev der ordineret en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis, som i henhold til pro.medicin.dk er op til 15 mg ved behandling af mani.

For så vidt angår injektion Abilify blev der ordineret op til 15 mg uden angivelse af, at dosis i henhold til pro.medicin.dk skulle fordeles på flere doser.

Ankenævnet lagde endvidere lagt vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis og dosisadministration, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Dosis ved behandling af ældre

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling af 75 årig patient med tablet Risperdal 0,5 - 3 mg dagligt afhængig af virkninger og bivirkninger, subsidiært med injektion Zyprexa 2,5 - 5 mg i.m. dagligt, mere subsidiært med injektion Serenase 2,5 - 5 mg i.m. dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosering for tablet Risperdal for ældre er initialt 0,5 mg 2 gange dagligt. Dosis kunne justeres med 0,5 mg 2 gange dagligt til normalt 1-2 mg 2 gange dagligt.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosering ved injektion Zyprexa var initialt sædvanligvis 5-10 mg i.m. For ældre 2,5-5 mg i.m.

Ankenævnet kunne endvidere oplyse, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved injektionsvæske Serenase blev der givet højst 20 mg dagligt. 5 mg kunne gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt. Desuden forsigtighed til ældre - bl.a. pga. øget risiko for ortostatisk hypotension.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at Risperdal, Zyprexa samt Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at den besluttede dosisadministration, for så vidt angik tablet Risperdal, gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosisadministration, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

Det var således ankenævnets opfattelse, at det ikke af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosisadministration, der gik ud over det på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Den højere dosisadministration kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Kombination af 2 forskellige antipsykotika

Det var nødvendigt at kombinere to forskellige antipsykotika for at opnå tilstrækkelig effekt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Cisordinol 10-40 mg samt tablet Clozapin (Leponex) 12,5 mg-500 mg, subsidiært injektion Serenase 5 mg-10 mg.

Ankenævnet fandt med henvisning til pro.medicin.dk, at Cisordinol og Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer var almindelige.

For så vidt angik Clozapin (Leponex) oplyste ankenævnet, at det fremgår af Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer (klaringsrapport nr. 5, 1998) for behandling med antipsykotisk medicin, at Leponex (Clozapin) som udgangspunkt ikke

bør anvendes til tvangsbehandling, samt at Leponex i sjældne tilfælde kan have alvorlige bivirkninger i form af påvirkning af antallet af hvide blodlegemer.

Det fremgik af journalen, at baggrunden for at ordinere en dosis Clozapin (Leponex), der gik udover sædvanlig dosering på op til 300 mg var, at patienten havde haft nogen virkning af stigning til Leponex 300 mg, hvorfor grænsen skulle sættes til 500 mg. Det fremgik af lægeerklæringen, at patienten tidligere havde været i behandling med Cisordinol 40 mg dagligt, hvilket havde sparsom effekt. Der blev herefter kombineret med Leponex 300 mg dagligt, hvorefter der var en bedre effekt. Grundet den begrænsede effekt, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med Leponex op til 500 mg med henblik på at mindske patientens forpintethed og psykotiske symptomer.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det fremgik tilstrækkelig tydeligt af journalen, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik udover den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten havde haft det rimeligt på 40 mg Cisordinol og 300 mg Leponex.

Ankenævnet oplyste, at det kunne være nødvendigt at kombinere to forskellige anti-psykotika for at opnå tilstrækkelig effekt.

Ankenævnet fandt, at beslutningen om at behandle patienten med Clozapin (Leponex) i kombination med Cisordinol konkret opfyldte kravet om sædvanlige lægemidler i sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at det konkret fremgik af journalen, at patienten havde været forsøgt behandlet med flere forskellige antipsykotiske præparater, men at patienten ikke havde opnået at være velbehandlet på disse præparater.

Endvidere lagde ankenævnet vægt på, at patienten havde opnået nogen effekt ved behandling med Cisordinol 40 mg og Clozapin (Leponex) 300 mg i kombination, ligesom patienten var svært præget af sine psykotiske symptomer.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Vedrørende information om dosis ud over sædvanlig dosis nævnte ankenævnet, at det var dokumenteret i journalen, at patienten blev forsøgt mundtligt informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Cisordinol, Clozapin (Leponex) samt Serenase, og fik udleveret skriftlig information.

Da patienten var motiveret for hele dosisintervallet af Clozapin (Leponex), og da det fremgik af journalen, at patienten var forsøgt informeret om virkning og bivirkninger ved præparatet, lagde ankenævnet herved til grund, at patienten var forsøgt informeret om, at der var tale om en dosis, der gik ud over den dosering, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Afprøvede lægemidler - markedsføringstilladelse

Det fremgår af § 4 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 som ændret ved bekendtgørelse nr. 1107 af 11. september 2015 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ifølge stk.2 forstås der ved afprøvede lægemidler præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Peratsin er ikke godkendt ved en markedsføringstilladelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med Peratsin.

Ankenævnet oplyste, at Peratsin ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og således ikke blev markedsført i Danmark.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at Sundhedsstyrelsen havde udstedt en generel udleveringstilladelse vedrørende Peratsin til Regionspsykiatrien xxx, hvoraf det fremgik, at "tilladelsen bortfalder, hvis præparatet eller et tilsvarende præparat markedsføres".

Det fremgik videre, at tilladelsen var gyldig til den 18. februar 2018.

Endelig fremgik det, at Sundhedsstyrelsen hertil havde udtalt, at dette udsagn skulle forstås således, at Peratsin kun kunne anvendes, hvis der ikke var alternative præparater på markedet.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af lægemiddellovens § 29, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen, efter ansøgning, i særlige tilfælde kunne tillade salg eller udlevering i begrænset mængde af lægemidler, som ikke var omfattet af en markedsføringstilladelse eller ikke blev markedsført i Danmark (udleveringstilladelse). Af stk. 2 fremgik det, at Sundhedsstyrelsen kunne knytte vilkår til udleveringstilladelsen og kunne tilbagekalde en tilladelse, hvis disse vilkår ikke blev overholdt eller der optrådte alvorlige problemer med lægemidlets kvalitet, sikkerhed eller virkning, herunder alvorlige bivirkninger.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler.

Nævnet lagde herved vægt på, at Peratsin ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og at præparatet ikke blev markedsført her i landet.

Det var ankenævnets opfattelse, at det forhold, at Regionspsykiatrien xxx af Sundhedsstyrelsen havde fået en generel udleveringstilladelse vedrørende Peratsin i henhold til § 29 i lægemiddelloven, ikke ændrede på, at præparatet ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7.

Det var herefter videre ankenævnets opfattelse, at Peratsin ikke kunne anvendes til tvangsbehandling, idet der ikke var tale om et afprøvet lægemiddel i psykiatrilovens forstand.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om behandling ved tvangsernæring

Det fremgår af § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 som ændret ved bekendtgørelse nr. 1107 af 11. september 2015 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne for tvangsbehandling, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Eksempel 1:

Tvangsernæring godkendt 0 dages betænkningstid godkendt - klage ikke tillagt opsættende virkning godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsernæring, og at klagen ikke var givet opsættende virkning.

Overlægens beslutning om tvangsernæring og væske efter skema vedrørte – fire måltider dagligt med Nutrison Energy med initialt 125 ml pr. måltid, med øgning efter 2-3 dage til ½ A-kost (225 ml), atter øgning efter 2-3 dage til ¾ A-kost (325 ml), og derefter øgning til fuld A-kost udregnet efter vægt og højde.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det var uforsvarligt ikke at behandle patienten, da udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en tilstand, der kunne sidestilles med psykose. Der var dårlig kontakt – både formelt og emotionelt. Patienten var grådlabil og fremstod forpint og havde tydeligvis ikke forståelse for sin alvorlige tilstand, selvom patienten var svært undervægtig.

Ankenævnet fandt videre, at det var nødvendigt at tvangsernære patienten for at redde dennes liv eller undgå alvorlig risiko for dennes liv eller helbred, idet patienten havde et BMI på under 13 og blev beskrevet som træt og afkræftet.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient forud for en beslutning om tvangsernæring som udgangspunkt, i det omfang forholdene tillod det, burde have lagt en detaljeret kostplan med henblik på vægtøgning. Såfremt patienten ikke tog på i vægt, burde patienten have tilbudt sondeernæring til frivillig indtagelse, når forholdene tillod det.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 0 døgn var passende for patienten, da det fremgik af journalen, at pa-

tienten var i en livstruende tilstand på grund af undervægt. Patienten havde således et BMI under 13 og kunne ikke tåle yderligere vægttab.

Ankenævnet fandt således, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Nutrison Energy anvendtes til patienter med nedsat appetit, utilstrækkelig næringsindtagelse ved underernæring eller til patienter med øget energibehov. Det kunne anvendes som fuldgældig ernæring samt som supplerende ernæring, og var egnet som eneste ernæring. Nutrison Energy skulle doseres individuelt i henhold til beregnet behov. 1500 ml dækkede det daglige behov for vitaminer og mineraler.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Nutrison Energy var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel til behandling af underernæring, herunder som fuldgældig ernæring, ligesom den besluttede dosering var almindelig.

Ankenævnet fandt herefter, at betingelserne for tvangsernæring var opfyldte.

Ankenævnet godkendte, at patientens klage over tvangsernæring med sonde ikke blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde et BMI under 13, og at patientens tilstand derved var udsat for væsentlig fare.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsernæring samt at klagen ikke var tillagt opsættende virkning.

Eksempel 2:

Tvangsernæring godkendt 0 dages betænkningstid godkendt - klage ikke tillagt opsættende virkning godkendt – kaliummangel kan være livstruende

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsernæring, og at beslutningen ikke blev tillagt opsættende virkning

Patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af anoreksia nervosa, og var svært underernæret med et BMI på 15,7 og med kaliummangel. Patienten mente ikke selv, at der var problemer eller vanskeligheder og ønskede ikke at tage på eller reducere antal af opkastninger.

Ankenævnet oplyste, at opkastninger medførte tab af kalium.

Ankenævnet fandt ligeledes, at tvangsernæring var nødvendig, idet en undladelse heraf ville medføre en alvorlig risiko for patientens liv og helbred, idet patienten havde svært nedsat koncentration af kalium. Kaliumværdi var målt til 2,4.

Det var ankenævnets opfattelse, at en patient forud for beslutning om tvangsernæring som udgangspunkt, i det omfang forholdende tillod det, burde have lagt en detaljeret kostplan med henblik på vægtøgning. Såfremt patienten ikke tog på i vægt, burde patienten have tilbudt sondeernæring til frivillig indtagelse, når forholdene tillod det.

Patienten havde fået lagt en kostplan, hvorefter patienten skulle indtage 1900 kcal i døgnet, som man i perioden fra den 8. til den 26. oktober 2015 forsøgte at få patienten til at følge.

Den 26. oktober 2015 kl. 14.00 blev patienten motiveret for at følge sin kostplan.

Patienten blev informeret om, at der alternativt ville blive truffet beslutning om sondeernæring med tvang med 250 ml x 3, på grund af tilstanden, herunder den lave kaliumværdi.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen den 26. oktober 2015, at patienten selv foreslog indtag af kaliumtabletter med henblik på at bringe kaliumværdien op. Samme dag kl. 14.50 blev patienten orienteret om, at patienten skulle spise aftensmad efter sin kostplan og ellers ville patienten få sondeernæring om nødvendigt med tvang i form af 250 ml x 3 til en begyndelse.

Samme dag kl. 16.00 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med sondeernæring 250 ml x 3, med mulighed for øgning til 400 ml x 3.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 2 timer var passende, da det fremgik af journalen, at patienten på trods af, at patienten ikke var spisevægrende, spiste svingende og at patienten ikke ønskede at tage på. Patienter fulgte således ikke sin kostplan og fortsatte med at kaste op, og det havde ikke været muligt med mindre indgribende foranstaltninger at afværge opkastningerne. Patienter havde de sidste tre uger op til beslutningen om tvangsbehandling tabt sig cirka 1 kg om ugen, og patientens BMI var således nede på 14,6.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at patientens indhold af kalium i blodet var så lavt, at patienten var på grænsen til en indlæggelse i somatisk regi.

Ankenævnet fandt således, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til betænkningstiden.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen eller tvangsprotokollen, hvilket ernæringspræparat, der var blevet ordineret.

Ankenævnet havde dog videre bemærket, at det fremgik af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at overlægen på mødet oplyste, at der var tale om Nutrison Multi Fibre 250 ml x 3, med mulighed for øgning til 400 ml x 3.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Nutrison Multi Fibre var et ernæringspræparat til voksne til anvendelse i sonde. Præparatet anvendtes blandt andet ved nedsat appetit, utilstrækkelig næringsindtagelse eller ved underernæring. Det kunne anvendes som fuldgyldig ernæring samt supplerende ernæring. Præparatet doseredes i henhold til beregnet behov. 1500 ml dækkede det daglige behov for vitaminer og mineraler.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af produktresumeeet, at Nutrison Multi Fibre indeholdt 201 mg kalium per 100 ml.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde konkret lagt vægt på, at Nutrison Multi Fibre indeholder kalium.

Ankenævnet godkendte, at klagen over tvangsernæring med sonde ikke blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde et BMI på 14,6 og dertil led af svær kaliummangel, og at patientens helbred derved var udsat for væsentlig fare.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om depotbehandling

Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 som ændret ved bekendtgørelse nr. 1107 af 11. september 2015, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender.

Det følger også af mindste middels princippet, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt er et mere indgribende middel end tabletbehandling. Det er Nævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt er den mest indgribende behandlingsform. Der skal derfor være særlige grunde for at vælge depotbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten lider af giftfrygt/frygt for sprøjter, eller at brugen af daglige injektioner vil være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse. De særlige grunde skal være konkrete og journalføres.

Nedenstående eksempler viser, at tvangsbehandling med depotmedicin kræver en konkret og relevant begrundelse, og at det ikke er tilstrækkeligt kun at henvise til, at patienten tidligere har fået depotmedicin med god effekt.

Begrundelse for godkendelse af depot

Eksempel 1:

Depotmedicin forudsætter en særlig begrundelse - Det er en forudsætning for tvangsbehandling med depot, at det er godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller injektion ikke er mulig

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 28. december 2015 om tvangsbehandling med injektion Serenase Dekanoat 50 mg evt. stigende til 300 mg hver 3.-4. uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Serenase Dekanoat i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen allerede pågik en godkendt tvangsbehandling med tablet Serdolect, subsidiært Abilify injektion. Denne behandling blev påbegyndt den 1. december 2015, hvorefter patienten dagligt nægtede tabletindtagelse, hvorfor det havde været nødvendigt at give tvangsbehandlingen i form af daglige injektioner i en måned. Fra den 22. december 2015 havde det desuden været nødvendigt at fastholde patienten i forbindelse med indgivelsen. Ankenævnet fandt det således godtgjort, at tvangsbehandling med tablet ville være umulig, ligesom brugen af daglige injektioner ville være forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten var velkendt i psykiatrien, havde været forsøgt behandlet med diverse antipsykotika med manglende effekt eller uacceptable bivirkninger til følge, herunder var patienten begyndt at få bivirkninger af injektion Abilify. Patienten havde desuden været indlagt flere gange på grund af medicinsvigt.

Endelig lagde Ankenævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Serenase injektion som beroligende middel, i hvilken forbindelse patienten havde tålt præparatet.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Patienten var velkendt, havde ikke tilstrækkelig effekt af forudgående behandling peroralt med samme præparat og havde tidligere haft god effekt af behandling med præparatet i depotform

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion Cisordinol Depot (Dekanoat) 100 mg eventuelt stigende til 400 mg hver 2. til 4. uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at behandlingen med injektion Cisordinol Depot opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var velkendt i psykiatrisk regi og havde været indlagt flere gange grundet medicinsvigt.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten igennem fire uger havde været behandlet med dråber Cisordinol uden tilstrækkelig effekt på patientens tilstand.

Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Cisordinol Depot med god effekt på tilstanden, således at patienten i en årrække med depotbehandling ikke havde haft nogen indlæggelser.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Patienten var velkendt, kunne ikke fastholdes i tabletbehandling, blev opkørt i forbindelse med indtagelse af medicinen og havde tidligere med god effekt været behandlet med Zyprexa

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion Zypadhera 300 mg hver 14. dag.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at injektion Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var velkendt i psykiatrisk regi. Patienten kunne ifølge journalen ikke fastholdes i tabletbehandling, ligesom patienten blev opkørt i forbindelse med indtagelse af medicinen. Videre lagde ankenævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zyprexa med god effekt på tilstanden.

Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Cisordinol Depot med god effekt på patientens tilstand, således at patienten i en årrække med depotbehandling ikke havde haft nogen indlæggelser.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 4:

Patienten var velkendt, havde giftfrygt, og der var flere fejlslagne forsøg med behandling i tabletform

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion depot Xeplion 150 mg, efter otte dage 100 mg injektion og derefter 75 mg injektion hver fjerde uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at injektion Xeplion i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var velkendt på afdelingen og havde haft talrige indlæggelser på grund af medicinsvigt. Der var endvidere beskrevet flere fejlslagne forsøg på behandling med antipsykotisk medicin i tabletform, ligesom patienten led af giftfrygt.

Ankenævnet fandt det herefter godtgjort, at tvangsbehandling med tablet ville være uden betydende effekt, og således kun til belastning for patienten.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med injektion Xeplion depot med god effekt på tilstanden, således at patienten blev mindre forpint.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om Leponex

Tvangsbehandling med Leponex godkendt – der var kun god effekt ved behandling med Leponex – herunder godkendt, selv om det ikke fremgik af beslutningen om tvangsbehandling, at døgndoser over 200 mg burde fordeles på 2 doser. Patienten var blevet informeret herom i motivationsperioden, ligesom overlægen på mødet med Det Psykiatriske Patientklagenævn præciserede, at døgndoser over 200 mg ville blive fordelt på to doser.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med mikstur Leponex 12,5 mg to gange dagligt stigende med 25 mg hver anden dag til maksimalt 300 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer (klaringsrapport nr. 5, 1998) for behandling med antipsykotisk medicin, at Leponex (Clozapin) som udgangspunkt ikke måtte anvendes til tvangsbehandling, samt at Leponex i sjældne tilfælde kunne have alvorlige bivirkninger i form af påvirkning af antallet af hvide blodlegemer.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det kun i særlige tilfælde kunne være relevant at anvende Leponex om tvangsbehandling, eksempelvis hvor der var tale om en svært psykotisk patient, og hvor flere andre antipsykotiske præparater havde været forsøgt uden tilstrækkelig effekt.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at beslutningen om at behandle med Leponex var i overensstemmelse med kravet om sædvanlige lægemidler.

Ankenævnet lagde vægt på, at det konkret fremgik af journalen, at patienten tidligere havde været behandlet med flere forskellige antipsykotiske præparater, herunder Leponex, og at der kun var god effekt ved behandlingen med Leponex.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at til behandling af skizofreni med Leponex anvendes 1. dag 12,5 mg 1-2 gange dagligt, 2. dag 25-50 mg eventuelt fordelt på to doser. Hvis denne dosis tåles, kan dosis øges langsomt med 25-50 mg ad gangen med 1-3 dages interval, indtil der i løbet af 2-3

uger er opnået en dosis på op til 300 mg dagligt. Om nødvendigt kan dosis øges yderligere med 50-100 mg med 1 uges interval. Maksimal dosis er 900 mg dagligt. Plasmakoncentrationsmålinger bør foretages. Døgndoser over 200 mg bør fordeles på to doser.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af beslutningen om tvangsbehandling, at døgndoser over 200 mg burde fordeles på 2 doser.

Ankenævnet bemærkede dog videre, at man på Det Psykiatriske Center var opmærksom på, at døgndoser over 200 mg burde fordeles på 2 doser, hvilket patienten også var blevet informeret om i motivationsperioden, ligesom overlægen på mødet med Det Psykiatriske Patientklagenævn præciserede, at døgndoser over 200 mg ville blive fordelt på to doser.

Ankenævnet fandt på den baggrund ud fra en konkret vurdering, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Leponex er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom den besluttede dosering var almindelig.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Leponex med god effekt på tilstanden.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om ECT

Det fremgår af § 12, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at tvangsbehandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Livstruende akut tilstand i form af delir

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling med "ECT først en bloc, herefter efter effekt og bivirkninger. Endvidere nødvendige forundersøgelser, inklusiv blodprøver og EKG samt generel anæstesi ved indgreb".

Ankenævnet bemærkede, at patienten ikke blev motiveret for behandling med ECT, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at patienten var svært psykotisk, og at det fremgik af journalen, at patienten frembød en så svær psykotisk tilstand, at patienten var uden evne til på nogen måde at føre en samtale, endsige indgå et informeret samtykke. Endvidere befandt patienten sig i en akut tilstand i form af delir.

Det var videre Ankenævnets vurdering, at den valgte behandlingsform med ECT måtte anses for at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det måtte anses for umuligt at behandle

patientens psykotiske tilstand tilstrækkeligt, herunder udviklingen af en potentielt livstruende tilstand, uden anvendelse af ECT.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var forsøgt behandlet med dels Clozapin, som vurderedes til at være det mest potente antipsykotiske middel, i relevant dosis, suppleret med Cisordinol Acutard samt haloperidol og benzodiazepin i form af Stesolid. Til trods herfor var der ikke observeret nogen bedring i patientens tilstand, og der var således ikke umiddelbart andre medikamentelle behandlingsmuligheder, som ville kunne forventes at kunne bryde og behandle patientens tilstand.

Ankenævnet lagde hertil vægt på, at ECT var kendt som den eneste effektive behandling ved risiko for udvikling af en potentiel livstruende delirøs tilstand.

Det fremgik af § 4, i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved tvangsmedicinering skulle anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det var ankenævnets opfattelse, at de samme krav gjaldt ved tvangsbehandling med ECT.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af ECT-vejledningen fra Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, at det ved behandling af delirøse tilstande kunne være nødvendigt i den hyperakutte fase at give ECT bilateralt dagligt i de første 2-3 dage (en bloc) for at afbryde den potentielt livstruende tilstand hurtigst muligt.

Ankenævnet kunne videre oplyse, at der typisk ordineredes tre behandlinger ad gangen, og oftest skulle der gives 10 behandlinger. Det var dog meget individuelt, og det kunne eksempelvis variere fra 5-18 behandlinger. Efter en bloc behandlingen, som altså var dagligt i 2-3 dage, overgik man til at give ECT tre gange om ugen, hvor der sædvanligvis var planlagt faste behandlingsdage på de psykiatriske afdelinger. Det var ikke muligt på forhånd at beslutte, hvor mange behandlinger, der skulle gives. Det var noget, der løbende skulle evalueres.

Det var ankenævnets opfattelse, at beslutningen om ECT skulle forstås således, at der efter de tre behandlinger (en bloc) fortsattes med sædvanligt behandlingsinterval, som var tre gange ugentligt, dog med løbende vurdering af, hvorvidt den ønskede effekt var opnået, og/eller om der var tilkommet bivirkninger, som eventuelt kunne være uacceptable.

Ankenævnet fandt herefter, at beslutningen om tvangsbehandling af patienten med ECT opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede behandlingsformer med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at ECT en bloc anvendtes ved behandling i forbindelse med risiko for udvikling af for eksempel akut delir, for at bryde tilstanden og opnå en hurtig effekt. Ligeledes ville der være behov for derefter at fortsætte behandlingen tre gange ugentligt, indtil den ønskede effekt var opnået.

Ankenævnet fandt det desuden berettiget, at patientens klage ikke blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en potentiel livstruende tilstand.

Nævnet lagde herved vægt på, at patienten befandt sig i en svær psykotisk delirøs tilstand, som det var af stor vigtighed at få brudt.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Særligt om udstrækning af tvangsbehandling

Eksempel 1:

Patienten var fortsat behandlingskrævende

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde den 19. januar 2015 godkendt overlægens beslutning om fortsat tvangsbehandling.

Den 20. oktober 2015 godkendte Det Psykiatriske Patientklagenævn overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Clozapin 12,5 mg x 2 justeret efter effekt og bivirkninger til max 100 mg x 1 dagligt og, hvis det ikke er muligt injektion Abilify 9,75 mg i.m. 1 gang dagligt.

Ankenævnet godkendte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om fortsat tvangsbehandling.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af psykiatrilovens § 4, stk. 4, at tvang ikke måtte anvendes i videre omfang, end hvad der var nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Dette indebar, at der skulle ske en begrænsning af den tidsmæssige udstrækning af en tvangsforanstaltning til det absolut nødvendige.

Ifølge psykiatrilovens § 21 har overlægen til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke bliver anvendt i videre omfang end nødvendigt.

Ankenævnet oplyste, at man normalt forventede, at behandling med antipsykotisk medicin viste optimal effekt i løbet af 1,5 til cirka 3 mdr.

Ankenævnet henviste til, at det fremgik af den kommenterede psykiatrilov, at "det næppe har noget formål at udstrække en tvangsbehandling ud over 2 måneder, jf. § 21, stk. 1". Henvisningen til lovens § 21, stk. 1 betød, at det var overlægen, der i tilfælde af en klage over fortsat tvangsbehandling skulle sandsynliggøre, at tvangsbehandlingen samt udstrækningen heraf havde været nødvendig og dermed i overensstemmelse med mindste middels princippet i § 4, stk. 4.

Af Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer fra 1998 om behandling med antipsykotika fremgik følgende om udstrækningen af en tvangsbehandling: "Der er ikke fastsat grænser for, hvor længe en tvangsbehandling må finde sted, men i henhold

til tidligere anførte principper for terapistyring vil det være relevant at gennemføre en egentlig "medikamentel antipsykotisk kur". Det ville sige, at patienten burde behandles i en periode efter remission af de positive psykotiske symptomer. Selvom langvarig behandling ville være formålstjenlig, burde man dog ikke, når der var tale om tvang, udstrække denne periode udover et par måneder efter remission af positive psykotiske symptomer."

Ankenævnet fandt ikke, at det var muligt at angive et præcist tidsrum for den lovlige udstrækning af en tvangsbehandling. I Ankenævnets vurdering af udstrækningens lovlighed ville der bl.a. blive taget hensyn til, at der gik et tidsrum, i hvilken dosis af præparatet blev justeret op til et niveau, hvor en behandlingseffekt måtte antages at indfinde sig.

Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, idet patienten fortsat var behandlingskrævende. Patienten havde således alene været behandlet i 1 måned og 3 uger, og den fulde virkning af behandlingen var endnu ikke opnået.

Ankenævnet tiltrådte derfor Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Fortsat tvangsbehandling godkendt, da der var en vis effekt af behandlingen. Patienten havde alene været i behandling med en øget dosis i 12 dage

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling, men havde efterfølgende ikke godkendt beslutningen om fortsat tvangsbehandling.

Ankenævnet oplyste, at man normalt forventede, at behandling med antipsykotisk medicin viste optimal effekt i løbet af 1½ til cirka 3 måneder.

Det fremgik således af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler, at der ofte var begyndende effekt af antipsykotisk medicin inden for en uge, men at den fulde effekt af behandlingen først kunne vurderes efter flere uger til måneder.

Endvidere fremgik følgende af den kommenterede psykiatrilov til § 12, stk. 1 og 2, om udstrækningen af tvangsbehandling; "...det har næppe noget formål at udstrække en tvangsbehandling ud over 2 måneder, jf. § 21, stk. 1". Henvisningen til lovens § 21, stk. 1, betød, at det var overlægen, der i tilfælde af en klage over fortsat tvangsmedicinering skulle sandsynliggøre, at tvangsansøgningen samt udstrækningen heraf havde været nødvendig og dermed været i overensstemmelse med mindste middels princip.

Af Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer fra 1998 om behandling med antipsykotika fremgik følgende om udstrækningen af en tvangsbehandling: "Der er ikke fastsat grænser for, hvor længe en tvangsbehandling må finde sted, men i henhold til tidligere anførte principper for terapistyring vil det være relevant at gennemføre en egentlig "medikamentel antipsykotisk kur". Det vil sige, at patienten bør behandles i

en periode efter remission af de positive psykotiske symptomer. Selvom langvarig behandling ville være formålstjenlig, bør man dog ikke, når der er tale om tvang, udstrække denne periode ud over et par måneder efter remission af positive psykotiske symptomer.”

Det var således ikke muligt at angive et præcist tidsrum for den lovlige udstrækning af en tvangsbehandling. I ankenævnets vurdering af udstrækningens lovlighed ville der blandt andet blive taget hensyn til, at der gik et tidsrum, i hvilken dosis af præparatet blev justeret op til et niveau, hvor en behandlingseffekt måtte antages at indfinde sig.

Det fremgik af sagens oplysninger, at patienten havde været i behandling med tablet Cisordinol igennem cirka 2,5 måneder. Patienten havde været behandlet med 8 mg igennem cirka 2 måneder, og havde under behandlingen klaget over bivirkninger. Den 3. september 2015 blev det forsøgt med en dosisøgning til 10 mg, idet patienten fortsat frembød vrangforestillinger og ikke kunne tage afstand fra hverken tidligere eller nuværende trusler på en overbevisende måde.

Ankenævnet var opmærksomt på, at patienten i sin udtalelse til sagen havde anført, at patienten fik bivirkninger af Cisordinol i form af hovedpine, koncentrationsbesvær, muskelømhed, ømhed i hoften og træthed samt manglende evne til at læse og skrive.

Ankenævnet oplyste, at de væsentligste bivirkninger ved behandling med Cisordinol var ”øget appetit”, med overvægt til følge, parkinsonistiske bivirkninger, akatisi, som var en stærk indre uro, der gør, at man havde svært ved at stå stille, tardive dyskinesier og dystonier, som især opstod efter mange års behandling med især de ældre antipsykotiske midler og bestod i ændrede spændinger i bestemte muskelgrupper i kroppen og ansigtet. Derudover kunne der forekomme træthed og koncentrationsbesvær ved de fleste antipsykotiske lægemidler i høj dosis. Hovedpine var ikke almindeligt, men kunne hos nogle opstå sekundært til træthed på grund af for eksempel muskelspændinger.

Ankenævnet havde bemærket, at patientens bivirkninger var blevet vurderet og observeret løbende under behandlingen, og at der ikke var beskrevet væsentlige objektive bivirkninger i journalen.

Ankenævnet oplyste, at det ikke kunne undgås, at der kunne forekomme visse bivirkninger ved behandling med antipsykotiske lægemidler.

Patienten havde endvidere i sin udtalelse til sagen anført, at tvangsbehandling ikke var mindste middel, idet patienten flere gange havde lagt op til samtaler, hvorfor der burde være forsøgt med samtaleterapi i stedet for tvangsbehandling.

Ankenævnet oplyste, at patienter, der led af kværlantforrykthed, typisk ikke kunne behandles med samtaleterapi, fordi patienten konstant opfattede kontakt som verbale angreb eller baghold. Samtaleterapi forudsatte, at patienten i en vis udstrækning kunne forstå og indstille sig på terapeutens forståelse af i hvert fald dele af verdenen, og sammenhængende og modsætningerne heri.

Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, idet patienten var i en tilstand, hvor effekten af medicinsk behandling var langsomt indsættende, ligesom patienten fortsat led af vrangforestillinger og ikke kunne tage afstand fra sine tidligere og nuværende trusler på en overbevisende måde.

Ankenævnet havde hertil lagt vægt på, at det var beskrevet i journalen, at patienten havde en vis effekt af behandlingen, at patienten alene havde været i behandling med en øget dosis igennem 12 dage, og at patienten formentlig kunne opnå en større frihed under behandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om behandling af legemlig lidelse

En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan tvangsbehandles, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Det følger af psykiatrilovens § 13.

Kirurgisk intervention med ustabil bækkenfraktur i generel anæstesi inkluderede nødvendig opfølgning/perioperative tiltag i form af blodprøver, røntgen, kateter, drop og om nødvendigt matrikelsonde

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling med kirurgisk intervention med ustabil bækkenfraktur i generel anæstesi inkluderet nødvendig opfølgning/perioperative tiltag i form af blodprøver, røntgen, kateter, drop og om nødvendigt ventrikelsonde den 30. november 2015 var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, da udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Ankenævnet fandt videre, at patientens befandt sig i en tilstand, som udsatte patientens liv og helbred for væsentlig fare.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var sprunget ud fra en altan fra en 1. sals lejlighed under et ferieophold i Spanien. Patienten vedkendte, at patienten så det som en løsning for at tage sit eget liv for dermed at redde sin egen sjæl. Patienten beskrev, at patienten blev påvirket af "negative energier i kroppen", som patienten mente kom fra andre planeter. Da patienten fortsat var præget af de samme psykotiske forestillinger, forelå der en overhængende risiko for, at patienten atter kunne opleve sig styret til at foretage sig potentielt livstruende handlinger.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at det ustabile brud kun kunne behandles med en operation i universel anæstesi.

Ankenævnet fandt videre, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten flere gange blev forsøgt motiveret for at modtage behandlingen med kirurgisk intervention for ustabil bækkenfraktur i generel anæstesi frivilligt, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at kirurgisk intervention i generel anæstesi inkluderede nødvendig opfølgning/perioperative tiltag i form af blodprøver, røntgen, kateter, drop og om nødvendigt ventrikelsonde er en almindeligt anvendt og velafprøvet behandling til brug for en ustabil bækkenfraktur.

Ankenævnet oplyste, at det af § 32, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien fremgik, at en klage over beslutning om tvangsbehandling havde opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet tiltrådte, at patientens klage ikke blev tillagt opsættende virkning, idet omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv og helbred for væsentlig fare.

Nævnet lagde herved vægt på, at manglende behandling ville medføre stor risiko for patientens førlighed og medføre risiko for indre blødninger.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Genoptagelse

Om der er grundlag for at genoptage en sag afhænger af, om der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som må antages at kunne medføre en ændret bedømmelse af sagen. Det skal forstås således, at der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da der blev truffet afgørelse i sagen. Disse nye oplysninger skal tillige være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat.

Ny lægeerklæring gav 7 år efter afgørelsen ikke anledning til genoptagelse af denne

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist at genoptage en sag fra 2009, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn blandt andet havde godkendt en beslutning om tvangsbehandling samt indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at der var fremkommet nye oplysninger, der kunne give anledning til en anden vurdering af sagen, herunder partssagkyndig erklæring af 7. juni 2016 fra specialist i psykiatri.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt herefter ikke grundlag for at antage, at lægeerklæringen af 2. januar 2009 ikke kunne lægges til grund for afgørelsen af 9. januar 2009.

Patienten klage over afgørelsen til ankenævnet.

Ankenævnet oplyste, at patienten som begrundelse for sin anmodning om genoptagelse havde anført, at lægeerklæringen af 2. januar 2009 indeholdt falske og opdigtede oplysninger, og havde samtidig vedlagt en ny erklæring af 7. juni 2016 fra specialist i psykiatri.

Det var ankenævnets opfattelse, at det forhold, at en part var uenig i det faktum, som Det Psykiatriske Patientklagenævn havde lagt til grund eller den bevisafvejning, som Det Psykiatriske Patientklagenævn foretog, ikke i sig selv kunne føre til genoptagelse af en sag. Uenighed vedrørende faktuelle forhold eller vurderinger var ikke at betragte som nye, faktuelle oplysninger, der kunne føre til en genoptagelse.

Det var på denne baggrund ankenævnets vurdering, at det forhold, at patienten var uenig i vurderingen af lægeerklæringen af 2. januar 2009, ikke var at betragte som nye, væsentlige oplysninger, der kunne begrunde en genoptagelse af sagen.

Videre var det ankenævnets vurdering, at det forhold, at en anden speciallæge i psykiatri havde vurderet patientens tilstand samt oplysningerne i journalen anderledes 7 år senere, ikke var at betragte som nye væsentlige oplysninger, der kunne begrunde en genoptagelse af sagen.

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ad 2 B 1 Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk, jf. ovenfor.

Information om subsidiært præparat i motivationstiden skal være klar og tydelig

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg to gange dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen den 9. marts 2016, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg to gange dagligt. Det fremgik imidlertid af tvangsprotokollen, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg op til to gange dagligt. Det fremgik ikke af afgørelsen af 14. marts 2016, om der under sagsbehandlingen i Det Psykiatriske Patientklagenævn fremkom

opklarende oplysninger om, hvad der reelt blev truffet beslutning om i relation til det subsidiære præparat.

Endelig bemærkede ankenævnet, at patienten ifølge journalen den 6. marts 2016 blev orienteret om påtænkt tvangsbehandling med subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg to gange dagligt.

Ifølge motivationsskemaet blev patienten imidlertid informeret om subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg op til to gange dagligt. Ifølge journalen den 7. marts 2016 blev patienten informeret om subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg to gange dagligt.

Ifølge journalen og motivationsskemaet blev patienten den 8. marts 2016 orienteret om subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg op til to gange dagligt. Endelig blev patienten ifølge journalen den 9. marts 2016 orienteret om subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg to gange dagligt.

Ankenævnet lagde afgørende vægt på oplysningerne i tvangsprotokollen, og havde derfor lagt til grund, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med subsidiært præparat i form af injektion Zyprexa 10 mg op til to gange dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 4, stk. 1, i psykiatriloven, at tvang ikke måtte benyttes, før der var gjort, hvad der var muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgik det, at der ved informeret samtykke forstås et samtykke, der var givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skulle, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skulle gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skulle omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling blev iværksat. Informationen skulle være mere omfattende, når behandlingen medførte nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det var ankenævnets opfattelse, at informationen skulle indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der var en mulighed for, at tvangsbehandlingen blev iværksat med det subsidiære præparat.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at der var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 9. marts 2016.

Ankenævnet lagde herved lagt vægt på, at informationen til patienten vedrørende det subsidiære præparat i betænkningstiden varierede, hvorfor det ikke kunne have været klart for patienten hvilken dosis patienten ville modtage, hvis tvangsbehandlingen blev iværksat med det subsidiære præparat.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

AD 2 B 2 Patienten skal mindst én gang i motivationsforløbet være orienteret om dosis, eventuelt dosisinterval samt formål, virkninger og eventuelle bivirkninger af det subsidiære præparat.

Der skal informeres om virkning og bivirkning af det subsidiære præparat

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Det var ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skulle informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det var videre ankenævnets opfattelse, at informationen skulle indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der var en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat.

Det fremgik af journalen, at patienten i betænkningstiden blev motiveret for den primære tvangsbehandling. Patienten blev informeret om den påtænkte behandling og bivirkningerne ved denne, og at der som alternativ ville blive givet injektion Serenase 2,5-5 mg dagligt, afhængig af virkning og bivirkninger.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved det subsidiære præparat, men alene ved det primære præparat.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet bemærkede, at den information, man i en situation som den aktuelle var forpligtet til at give vedrørende behandlingen med det subsidiære præparat, kunne være relativ enkel. Det var således tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Indgivelse af beroligende middel med magt

I følge psykiatrilovens § 17, stk. 2 kan lægen bestemme, at en patient om fornødent med magt skal have et beroligende middel, såfremt det er af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

Mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal de anvendes.

Hvis der skal gives beroligende medicin med magt, skal det ske med afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

Oversigten over de krav, der stilles til indgivelse af beroligende medicin med magt, er følgende:

1. Betingelserne for indgivelse af beroligende medicin med magt skal være opfyldt:

- Det skal være nødvendigt, at bringe en meget urolig patients tilstand til ro med henblik på bedring af dennes tilstand.

2. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger (mindste middels princippet)

- Begrænse, korrigere patientens adfærd

- Forsøge at talepatienten til ro

- Tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse

3. Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

4. Der skal være identitet mellem tilbudt præparat og dosis og indgivet præparat og dosis.

Ad1: Betingelserne for beroligende medicin

Søvnmangel udgjorde ikke en urolig tilstand i forhold til beroligende medicin

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt ikke, at indgivelsen af et beroligende middel med magt opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2.

Ankenævnet oplyste indledningsvist, at det fremgik af psykiatrilovens § 17, stk. 2, at hvis det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af "Tvang i psykiatrien - Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med kommentarer af Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen" (Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1991, 1. udgave), side 100, at indgivelse af beroligende middel med magt blandt andet kunne være "... påkrævet af helbredsgrunde, idet en bedring af patientens tilstand i visse tilfælde forudsætter, at han falder i søvn.

Det fremgik videre, at tvangsmedicinering, hvor medicinen blev givet som led i behandlingsplanen, kun kunne ske "... i henhold til § 12 efter overlægens ordination, hvorimod det, den vagthavende læge havde hjemmel til at gøre i henhold til § 17, stk. 2, alene var helt akut i enkeltstående tilfælde at benytte et beroligende middel som den mindst indgribende foranstaltning, der var egnet til at løse det foreliggende problem."

Ankenævnet anførte i afgørelsen, at det fremgik af journalen, at patienten var i en manisk tilstand med massivt talepres og springende tankegang. Patienten havde ikke

sovet om natten og havde kun sovet nogle få timer i foregående døgn efter patienten havde fået indgivet akut beroligende medicin.

Det blev, på grund af patientens manglende nattesøvn gennem flere døgn samt patientens maniske og forpinte tilstand besluttet at indgive beroligende middel med magt, idet patienten nægtede at indtage medicinen frivilligt.

Efterfølgende fremgik det af journalen, at patienten ikke faldt til ro af medicinen, og således endnu ikke havde sovet kl. 14.40. Det blev besluttet, at patienten skulle tilbydes p.n. medicin løbende i løbet af dagen, og såfremt patienten ikke tog imod medicinen, måtte det om aftenen vurderes, om der igen var behov for akut beroligende medicin for at bryde tilstanden.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 29. august 2016 kl. 11.40 var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at indgivelsen af det beroligende middel alene var begrundet i patientens maniske og forpinte tilstand samt patientens manglende nattesøvn.

Ankenævnet var opmærksomt på, at manglende søvn forværrer en manisk tilstand, hvorfor det var af stor helbredsmæssig betydning at opnå søvn, og at det fremgik af den kommenterede psykiatrilov, at indgivelse af beroligende middel med magt kunne være påkrævet af helbredsgrunde.

Det var dog ankenævnets opfattelse, at indgivelse af beroligende middel med magt alene kunne anvendes i akutte tilfælde, og ikke kunne anvendes som en mere systematisk behandling af den maniske tilstand.

Ankenævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten dagen inden havde fået indgivet beroligende middel med magt, hvorefter patienten havde sovet, og at det blev angivet i journalen, at det senere samme dag måtte overvejes, om der igen skulle indgives beroligende medicin for at bryde tilstanden.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at der blev planlagt indgivelse af beroligende middel for at bryde tilstanden, og ikke som følge af en akut urolig situation.

Ankenævnet havde i øvrigt bemærket, at det fremgik af behandlingsplanen fra den 29. august 2016, at det var planen at opstarte patienten i medicinsk behandling for den maniske tilstand. Det fremgik under vurdering af effekt af behandlingen, at der var givet akut beroligende medicin to gange, og at opstart af tvangsbehandling derfor måtte overvejes.

Det var herefter ankenævnets vurdering, at det ikke var godtgjort i journalen, at der var tale om en akut urolig tilstand, der nødvendiggjorde indgivelse af beroligende middel med magt, men snarere behandling af patientens maniske tilstand.

Nævnet har hertil lagt vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at der var nærliggende fare for, at patienten ville udvikle delirium.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at nævnet ikke kunne godkende den beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, der blev truffet den 29. august 2016 kl. 11.40.

Psykotisk urotilstand – katatoni – betingelser for beroligende medicin og kravet om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af et beroligende middel med magt opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var beskrevet i

en psykotisk urotilstand med tankespærring og tegn på katatoni, idet patienten var tilbage trukket i kontakten og kun havde sovet sparsomt samt havde været spise- og drikkevægrende de foregående døgn, ligesom denne sad stivnet i fosterstilling.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af bogen "Tvang i Psykiatrien, Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien", med kommentarer af Poul Dahl Jensen og Jørgen Poulsen, udgivet af Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1991, side 100, i en kommentar til Psykiatrilovens § 17, at adgangen til at anvende beroligende middel, kunne ske med henblik på, at få en meget urolig patient bragt til ro. Dette kunne dels være påkrævet af helbredsgrunde, idet en bedring af patientens tilstand forudsatte, at patienter faldt i søvn, og det kunne efter omstændighederne være et mindre vidtgående indgreb at give beroligende middel om fornødent med magt, end at fastholde en patient igennem et ikke helt kort tidsrum eller at bæltefikse patienten.

Ankenævnet kunne hertil oplyse, at katatoni var et produktivt psykotisk symptom, hvor patienten enten kunne være stivnet og ikke kunne bevæge sig og tale eller kunne have gentagne formålsløse bevægelser eller være ekstrem overaktiv. Tilstanden kunne blive livstruende, idet patienterne ikke spiste og drak tiltrækkeligt, ligesom deres puls, blodtryk og temperatur kunne stige. Tilstanden blev behandlet med antipsykotika eller ECT.

I de lægelige oplysninger var det anført, at patienten ikke modsatte sig injektionen, men at patienten heller ikke syntes at billige dette.

Ankenævnet lagde, på baggrund af de foreliggende oplysninger, til grund, at patienten befandt sig i en psykotisk urotilstand, hvor patienten på grund af sin katatoni ikke var i stand til at tage stilling til behandlingen.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde herunder vægt på, at det fremgik af tvangsprotokollen, at patienten havde været svært forpint, søvnløs samt spiste og drak vægrende det seneste døgn op til indgivelsen, ligesom patienten havde siddet stivnet i fosterstilling i en stol, og ikke kunne tage stilling til, hvorvidt patienten ønskede at modtage beroligende medicin. Da der var tale om en psykotisk urotilstand, og ikke en motorisk urotilstand, fandt ankenævnet ikke, at der burde være forsøgt yderligere mindre indgribende tiltag, forinden indgivelsen af beroligende middel.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad 2: Mindste middels princippet

En patient skal efter mindste middels princippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttet at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse, ligesom det skal journalføres, at man forsøges har forsøgt at skærme patienten og at tale patienten til ro. Dette skal sikre, at mindre indgribende foranstaltninger uden held har været forsøgt anvendt.

Mindste middels princippet var ikke opfyldt

Mindste middels princippet var ikke opfyldt, da patienten ikke var forsøgt begrænset og korrigeret

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt ikke, at indgivelsen af et beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivilligt indtagelse.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten var forsøgt begrænset og korrigeret.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at mindste middels princippet var opfyldt og kunne derfor ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

**

Mindste middels princippet var konkret opfyldt

Ankenævnet har i flere tilfælde vurderet, at mindste middels princippet konkret var opfyldt.

Eksempel 1:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at tale patienten til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen opkørt og med truende adfærd over for både personale og medpatienter.

Forinden indgivelsen af det beroligende middel med magt var patientens aktiviteter forsøgt begrænset og korrigeret, og patienten havde fået tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Det var ankenævnets vurdering, at det ikke var muligt at tale patienten til ro, idet ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten ikke var korrigerbar, og desuden havde talepres.

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Eksempel 2:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – psykotisk urotilstand

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten havde ifølge journalen fremført trusler mod personalet og havde herefter lagt sig fladt på gulvet i fællesmiljøet, hvor patienten var kataton og angav ikke at kunne mærke sin krop. Indledningsvis var patienten med lukkede øjne og slap i begge arme og ben. Patienten opfordrede personalet til at stikke sig med en kniv og sagde "tramp mig i hovedet", idet patienten angav, at det var for, at patienten skulle mærke sin krop. Patienten var grinende og samt udkældende på personalet, idet patienten sagde, "I må ikke grine af mig, det er en del af min sygdom".

Forinden indgivelsen af det beroligende middel med magt var patientens aktiviteter forsøgt begrænset og korrigeret, og patienten havde fået tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Det fremgik ikke af journalen, at men forinden indgivelsen havde forsøgt at tale patienten til ro.

Ankenævnet lagde dog til grund, at patienten befandt sig i en psykotisk urotilstand, hvor patienten var forpint, og ikke en motorisk urotilstand, hvorfor ankenævnet ikke fandt, at der burde have været forsøgt yderligere mindre indgribende tiltag, forinden indgivelsen af beroligende middel.

Ankenævnet tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Eksempel 3:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at tale patienten til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen opkørt og svært truende.

Forinden indgivelsen af det beroligende middel med magt var patientens aktiviteter forsøgt begrænset og korrigeret ved, at patienten af politiet blev bragt til sin stue, og patienten havde fået tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at personalet ikke forinden indgivelsen havde forsøgt at tale patienten til ro.

Ankenævnet fandt dog ud fra en konkret vurdering, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten ved forsøg på samtale blev yderligere truende, hvorfor ankenævnet vurderede, at det ikke var muligt at tale patienten til ro.

Ankenævnet tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Eksempel 4:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at tale patienten til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen voldsomt udadreagerende og svært opkørt. Patienten var bæltefikseret, idet patienten havde slået og bidt personalet. Patienten vred sig så meget rundt i sengen, så patienten på et tidspunkt risikerede at vælte sengen og få den over sig.

Ankenævnet fandt, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere, da patienten var bæltefikseret.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at forsøge at tale patienten til ro, da patienten ifølge journalen skreg uafbrudt af sine lungers fulde kraft, og da patienten havde fået tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Eksempel 5:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at begrænse og korrigere

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten havde umiddelbart efter en bæltefiksering fået indgivet 20 mg Zyprexa som beroligende medicin med magt, idet patienten på dette tidspunkt lå opkørt i bæltet og angav at ville skyde alle, så snart patienten fik fat i et skydevåben.

Det var Ankenævnets vurdering, at det ikke var muligt at begrænse patientens aktiviteter yderligere, da patienten var bæltefikseret.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen, at personalet havde forsøgt at tale patienten til ro eller at tilbyde denne beroligende medicin til frivillig indtagelse efter bæltefikseringen.

Det var imidlertid Ankenævnets opfattelse, at der på baggrund af beskrivelsen af patienten i journalen ikke var grundlag for yderligere forsøg på mindre indgribende foranstaltninger.

Ankenævnet lagde vægt på, at patientens tilstand syntes at forværres, på trods af at patienten var bæltefikseret. Patienten var således fortsat opkørt og truende, ligesom det var lykkedes denne at få fat på en fjernbetjening til sengen og smadre den ind i sengekanten.

Ankenævnet fandt herefter, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 6:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at begrænse og korrigere

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten følte sig ifølge journalen overvåget i en grad, at patienten ikke kunne sove tilstrækkeligt og fremstod urolig samt forpint og var i risiko for at udvikle delir.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen, at det blev forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at man forinden havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde denne beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere, og at patienten var i risiko for at udvikle delir.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 7:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – eskalerende situation, ikke tid til at tilbyde beroligende medicin

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen urolig, truende og højtråbende og optrådte udadreagerende. Patienten var gået tættere og tættere på personalet, så de havde følt en nærliggende fare for at blive slået.

Forinden indgivelsen af det beroligende middel med magt var patientens forsøgt talt til ro, og patientens aktiviteter var forsøgt begrænset og korrigeret ved at fastholde patienten på sengen.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at der ikke havde været tid til at tilbyde patienten beroligende medicin på grund af den eskalerende situation, hvor patienten blev tiltagende urolig og truende og til fare for personalet.

Ankenævnet fandt det godtgjort, at det henset til den eskalerende situation, ikke var muligt at tilbyde patienten medicin til frivillig indtagelse forinden indgivelsen.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 8:

Mindste middels princippet for beroligende medicin var opfyldt efter en konkret vurdering – ikke muligt at tilbyde beroligende medicin

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen urolig og opkørt. Patienten sparkede og slog ud mod ting, havde ødelagt en dørkarm og var truende og devaluerende og var blevet lagt i bælte, men var fortsat urolig.

Forinden indgivelsen af det beroligende middel med magt var patientens forsøgt talt til ro, og patientens aktiviteter var forsøgt begrænset og korrigeret, og patienten var blevet bæltefikseret, men fremtrådte fortsat urolig.

Ankenævnet bemærkede, at man forinden indgivelsen ikke havde tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at patienten fik indgivet beroligende medicin, idet det blev vurderet, at der var akut behov for at få ro på patienten.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Tilbudt tablet Olanzapin uden angivelse af dosis. Givet injektion Olanzapin 10 mg i.m.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt. Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af journalen, at patienten var blevet tilbudt smeltetablet Olanzapin uden angivelse af dosis og, at der var blevet indgivet injektion Olanzapin 10 mg i.m.

Ankenævnet lagde vægt på, at indgivelsen af det beroligende middel med magt blev iværksat med det samme præparat, som der forinden var tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet godkendte indgivelsen af det beroligende middel og bemærkede, at indgivelse af beroligende middel med magt i en akut situation ikke kan sidestilles med tvangsbehandling, hvorfor der efter ankenævnets opfattelse ikke forelå krav om, at patienten forinden var blevet tilbudt en konkret dosis til frivillig indtagelse.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad. 3: Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering

Tablet Olanzapin 20 mg godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ifølge journalen fremstod patienten anspændt, kontaktsøgende og tiltagende kaotisk samt talte usammenhængende.

Ankenævnet lagde vægt på, at Olanzapin var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom den besluttede dosering var almindelig.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Tablet Olanzapin 20 mg til manisk patient var udover sædvanlig dosis. Krav om konkret begrundelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten, der var manisk, fik indgivet tablet Olanzapin 20 mg som beroligende medicin.

Ankenævnet fandt ikke, at den besluttede dosering var almindelig i forbindelse med en manisk tilstand.

Ankenævnet lagde vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk (15 mg en gang dagligt ved måltid).

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten var i en tilstand, der kunne beskrives som manisk i meget voldsom grad, ligesom patienten var bæltefikseret.

Ankenævnet anførte, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til indgivelsen af beroligende middel med magt.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn vil drøfte indholdet af de to ovenstående afgørelser med ankenævnet.

I akutte situationer kan der anvendes et antipsykotisk lægemiddel i kombination med et benzodiazepin

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen forpint og urolig samt råbende og udsældende. Patienten smed med kopper på gulvet, og der var risiko for udadreagerende adfærd.

Patienten fik indgivet beroligende medicin i form af smeltetablet Olanzapin 10 mg og oraldråber Rivotril 32 mg, som patienten tog imod med tvang.

Ankenævnet oplyste om Rivotril bl.a., at Rivotril er et benzodiazepin med relativt lang halveringstid, der på baggrund af dette kan bruges ved behandling af epilepsi. Rivotril havde som andre benzodiazepiner en beroligende og angstdæmpende virkning, foruden det øgede krampetærsklen. Rivotril kunne derfor anvendes i en akut situation, hvor der var behov for den dæmpende og sløvende effekt.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, at der skulle undgås samtidig behandling med antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner udover den akutte fase.

Ankenævnet fandt herefter, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde vægt på, at Olanzapin og Rivotril var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer er almindelige.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at der var tale om en akut situation, hvorfor det var relevant at anvende et antipsykotisk lægemiddel i kombination med et benzodiazepin.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ved mani med psykotisk dybde svarer sædvanlig dosering til den angivelse, der er for skizofreni på pro.medicin.dk

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det fremgik af journalen, at patienten var i en tilstand af mani. Patienten blev tilbudt beroligende medicin i form af tablet Quetiapin 100 mg til frivillig indtagelse, som patienten indtog.

Det var ankenævnets opfattelse, ud fra beskrivelsen i journalen, at der var tale om mani med psykotisk dybde.

På den baggrund var det ankenævnets opfattelse, at sædvanlig dosering i dette tilfælde svarede til den angivelse, der var for skizofreni på pro.medicin.dk, fremfor mani, da den maniske tilstand var af psykotisk dybde.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyser, at tablet Abilify 15 mg svarer til omkring 9,75 mg ved injektion

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelse af det beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter ved at forsøge at skærme patienten, samt havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af tvangsprotokollen, at patienten var blevet tilbudt tablet Abilify 15 mg eller injektion Abilify 9,75 mg i.m. til frivillig indtagelse. Det fremgik ikke, i hvilken administrationsform præparatet blev indgivet. Det fremgik imidlertid af lægeerklæringen til Det Psykiatriske Patientklagenævn, at der blev indgivet tablet Abilify.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis ved behandling med tablet Abilify var 10-15 mg én gang dagligt. Ved behandling med injektion var sædvanlig dosis 9,75 mg i.m.

Ankenævnet oplyste videre, at tablet Abilify 15 mg svarede til omkring 9,75 mg ved injektion.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Temesta 2 mg var for høj dosis, når der ikke forelå en særlig begrundelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen svært urolig, anspændt og hurtigkørende.

Ankenævnet fandt, at indgivelse af et beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten havde fået indgivet et beroligende middel med magt i form af tablet Temesta 2 mg.

Ankenævnet lagde vægt på, at Temesta er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet oplyste, at sædvanlig dosis ved tabletbehandling er 1 mg 1-3 gange dagligt. Ved svære tilfælde kunne der gives 2,5 mg 2-3 gange dagligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at, at det af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis, som angivet på pro.medicin.dk.

Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til indgivelsen af det beroligende middel med magt.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

To præparater inden for få timer godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt konkret opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten havde fået indgivet injektion Stesolid 5 mg kl. 15.15 og injektion Olanzapin 5 mg kl. 18.40.

Ankenævnet oplyste, at der skulle udvises varsomhed ved administration af Olanzapin som injektion i tæt tidsmæssigt tilknytning til tidligere behandling med Stesolid som injektion.

Det var ankenævnets vurdering, at indgivelsen af injektion Olanzapin var forsvarlig, idet der var gået 3 timer og 25 minutter imellem de to injektioner.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

30 mg Zyprexa som tablet inden for et døgn godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt konkret opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten havde inden for et døgn modtaget 30 mg Zyprexa i tabletform.

Ankenævnet lagde ved afgørelsen om, at indgivelsen af den beroligende medicin med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, vægt på, at Olanzapin var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende medicin, at patienten var svært affektpræget og aggressiv, ligesom patienten var meget truende, herunder fremkom patienten med personrettede trusler. Dertil havde patienten ikke haft tilstrækkelig effekt af den beroligende medicin i form af tablet Zyprexa 5 mg, som var blevet indgivet 5 timer tidligere.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad 4.: Identitet mellem det tilbudte og det givne præparat/dosis

Mindste middels princippet var opfyldt, fordi situationen eskalerede efter, at tilbuddet om beroligende medicin var givet. Der var tilbudt tablet Abilify 10 mg, men der blev indgivet injektion Serenase 10 mg

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt med en konkret begrundelse, at indgivelsen af et beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning med magt.

Patienten havde fået tilbudt beroligende medicin i form af tablet Abilify 10 mg til frivillig indtagelse, men blev givet injektion Serenase 10 mg som akut beroligende medicin med tvang.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af en udtalelse, at patienten blev indgivet injektion Serenase, idet patienten ikke ønskede at indtage tablet Abilify, og idet injektion Abilify ikke fandtes på afdelingen, da præparatet var i restordre.

Ankenævnet bemærkede, at den givne dosis var en højere dosis, end den dosis der blev tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt dog ud fra en konkret vurdering, at der var tale om mindste middel, idet det fremgik af journalen, at situationen eskalerede, hvorfor nævnet fandt det godtgjort, at det var nødvendigt at indgive en højere dosis end den tilbudte for at få patienten til at falde til ro.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde slået ud efter personalet, da patienten fik tilbudt beroligende medicin i tabletform, ligesom patienten havde råbt og skreget af personalet. Efter gentagne forsøg på at motivere patienten blev det nødvendigt at tilkalde politiet, idet personalet flygtede for deres sikkerhed i forbindelse med indgivelse af den akut beroligende medicin.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Tablet Quetiapin er sammenlignelig med injektion Zyprexa – dog ikke identitet mellem tilbudt og givet dosis

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel, med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det fremgik af journalen, at patienten var vred og aggressiv og muligvis netop havde brækket eller forstuvet en tommelfinger på et personalemedlem. Patienten hældte endvidere vand på gulvet og forstyrrede hele afdelingen.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten var blevet tilbudt beroligende medicin i form af tablet Quetiapin, som ankenævnet fandt reelt måtte være 25 mg, da det fremgik af journalen, at p.n. medicin udgjorde 25 mg Quetiapin. Patienten ville ikke indtage den tilbudte medicin, og patienten fik derefter indgivet injektion Zyprexa 10 mg.

Ankenævnet oplyste, at der som udgangspunkt skulle gives det samme præparat og dosis, som blev tilbudt til frivillig indtagelse. Såfremt det fandtes nødvendigt at give et andet præparat, skulle dosis som udgangspunkt være ækvivalent til det oprindeligt tilbudte.

Ankenævnet oplyste, at Quetiapin ikke fandtes i injektionsform.

Ankenævnet bemærkede, at patienten tidligere havde haft god effekt af Seroquel (Quetiapin), hvorfor det var relevant først at tilbyde patienten dette til frivillig indtagelse.

Ankenævnet oplyste, at Quetiapin og Zyprexa var sammenlignelige præparater, der begge anvendtes til behandling af mani, psykomotorisk uro og excitation.

Ankenævnet fandt herefter, at det var relevant at indgive injektion Zyprexa, selv om det tilbudte præparat var tablet Quetiapin.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at den tilbudte dosis svarede til den dosis, der blev indgivet, idet der blev indgivet en højere dosis, end den der blev tilbudt. Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ikke identitet ved tilbud om to præparater og indgivelse af kun det ene præparat

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Patienten var ifølge journalen urolig og forpint af sin tilstand. Patienten var plaget af hallucinationer og forfølgelsesmæssige vrangforestillinger.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af det beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet bemærkede dog, at patienten blev tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Zyprexa 10 mg samt tablet Stesolid 5 mg, men at patienten ikke ønskede dette, hvorfor der blev givet injektion Zyprexa 5 mg. Det fremgik således ikke, at de to præparater blev tilbudt alternativt.

Det var ankenævnets opfattelse, at indgivelse af beroligende middel med magt som udgangspunkt skulle iværksættes med det samme præparat og samme dosis, som der var tilbudt.

Det var ankenævnets opfattelse, at Zyprexa i injektionsform svarede til halv dosis af Zyprexa i tabletform, hvorfor den tilbudte dosis Zyprexa svarede til den indgivne.

Ankenævnet fandt dog ikke, at det blev forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse med det samme præparat og samme dosis, som der blev indgivet, idet der blev tilbudt både Zyprexa og Stesolid.

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke var identitet mellem de tilbudte præparater, og det indgivne præparat, ligesom der samlet set blev tilbudt en højere dosis, end der blev indgivet.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Andre forhold

En senere tilføjelse til journalen, vedrørende, hvad der er tilbudt, har ikke samme bevisværdi

En måned efter, at den beroligende medicin var givet, blev der lavet en tilføjelse til journalen om, at patienten var blevet tilbudt tablet Olanzapin 10 mg og tablet Oxapax 15 mg til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering ikke, at det var tilstrækkeligt godtgjort, at patienten fik tilbudt de præparater og doseringer beroligende medicin til frivillig indtagelse, som det fremgik af tilføjelsen.

Ankenævnet lagde vægt på det forhold, at der var tale om et indgreb i selvbestemmelseretten, og at tilføjelsen til journalen først var udfærdiget cirka en måned efter tvangsindgrebet blev foretaget, hvorfor notatet ikke kunne tillægges samme bevisværdi, som hvis det var blevet udfærdiget umiddelbart efter tvangsindgrebet.

Ankenævnet lagde i stedet til grund, at patienten alene var tilbudt smeltetablet Olanzapin uden angivelse af dosis, idet det var det, der fremgik af journalen, da den beroligende medicin blev givet.

Afvisning af genoptagelse af en sag om beroligende medicin, hvor ankenævnet havde udtalt, at tablet Olanzapin 10 mg svarede til en dosis på 5 mg som injektion

Overlægen havde anmodet om genoptagelse af en sag om beroligende medicin, hvor ankenævnet havde udtalt, at tablet Olanzapin 10 mg svarede til en dosis på 5 mg Olanzapin ved injektion.

Overlægen anførte, at der ikke var belæg for at antage, at Olanzapin i intramuskulær og peroral administrationsform ikke skulle være dosisækvivalente.

Hertil anførte overlægen, at biotilgængeligheden var den samme for de to administrationsformer, altså at det var den samme mængde Olanzapin, der nåede det systemiske kredsløb, hvad enten dosis blev indgivet peroralt eller intramuskulært.

Overlægen var derfor ikke enig i ankenævnets opfattelse, hvorefter dosis af tablet Olanzapin svarede til halvdelen ved injektion.

Ankenævnet afviste at genoptage sagen med følgende begrundelse:

”Om der er grundlag for at genoptage en sag afhænger af, om der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som må antages at kunne medføre en ændret bedømmelse af sagen. Det skal forstås således, at der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da der blev truffet afgørelse i sagen. Disse nye oplysninger skal tillige være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat.”

Det var ankenævnets opfattelse, at det forhold, at overlægen var uenig i ankenævnets fortolkning af forholdet mellem dosis Olanzapin ved henholdsvis tablet og injektion, ikke kunne begrunde en genoptagelse af sagen.

Ankenævnet havde til brug for vurderingen af, om der forelå nye væsentlige oplysninger, anmodet Lægemiddelstyrelsen om en udtalelse om forholdet mellem dosis Olanzapin ved henholdsvis tablet og injektion.

Lægemiddelstyrelsen havde oplyst, at den terapeutiske effekt og bivirkningerne af Olanzapin afhæng af den absorberede mængde og den dertil knyttede eksponering (AUC) samt af absorptionshastigheden (C_{max}). Visse virkninger ville primært være AUC-afhængige, og andre kunne primært være relateret til C_{max}.

Lægemiddelstyrelsen oplyste videre, at det fremgik af produktresuméet for intramuskulær Olanzapin, at i et farmakokinetisk studie med raske frivillige medførte en dosis på 5 mg Olanzapin en maksimal plasmakoncentration (C_{max}), der var cirka fem gange højere end den, som sås efter den samme dosis Olanzapin administreret oralt. C_{max} blev opnået tidligere efter intramuskulær administration direkte proportional med den administrerede dosis. For samme dosis Olanzapin, administreret intramuskulært og oralt, var arealet under kurven, halveringstiden, clearance og fordelingsvoluminet ens. Den metaboliske profil efter intramuskulær og oral anvendelse var omtrent ens. Endelig konkluderede Lægemiddelstyrelsen, at der med samme dosis Olanzapin efter henholdsvis oral og muskulær indgift blev opnået en sammenlignelig eksponering udtrykt som AUC, men en helt forskellig eksponering, når den blev udtrykt som C_{max}. Begge farmakokinetiske parametre kunne have betydning, både med hensyn til terapeutisk effekt og bivirkninger.

På den baggrund fandt Ankenævnet, at der ikke var fremkommet nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, der kunne begrunde en fornyet realitetsbehandling i ankenævnet.

Anvendelse af fysisk magt

Det fremgår af § 17, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2 vedrørende tvangsfiksering er opfyldt. Der er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om,

hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindste middels princip, jf. lovens § 4.

Ifølge psykiatrilovens § 14, stk. 2 må tvangsfiksering kun anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydelig omfang.

Umiddelbar personfare

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt anvendelsen af fysisk magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred, fordi patienten ifølge journalen, uden varsel fór løs på et personalemedlem, som patienten slog hårdt på armen.

Ankenævnet lagde vægt på, at der i den konkrete situation med umiddelbar personfare ikke var mulighed for andre foranstaltninger end umiddelbar fastholdelse, og at fastholdelsen ikke varede længere end nødvendigt.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Akut situation

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt anvendelse af fysisk magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred, fordi at det fremgik af journalen, at patienten var meget vred og opkørt og havde slået et personalemedlem med en knyttet næve i maven.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var meget vred og opkørt og havde slået et personalemedlem med en knyttet næve i maven.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, også i relation til udstrækning af fastholdelsen.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var tale om en akut situation, og at det ikke var muligt at anvende mindre indgribende midler.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten under fastholdelsen på ingen måde var korrigerbar i sin aggressive adfærd.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten havde slået personalet – umiddelbar fare

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt anvendelsen af fysisk magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet lagde herved vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten havde slået personalet.

Det fremgik ikke af journalen, at patienten forinden fastholdelsen var forsøgt talt til ro eller tilbudt frivilligt at gå til sin stue.

Ankenævnet fandt dog, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var tale om en umiddelbar fare, der gjorde, at det var nødvendigt at handle umiddelbart og føre patienten bort med magt.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der ikke i sagen forelå oplysninger om, at der blev anvendt unødigt magt over for patienten, eller at magtudøvelsen varede i længere tid end nødvendigt.

Ankenævnet tiltrådte Det psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Personlig skærmning

Det følger af psykiatrilovens § 18d, at der ved personlig skærmning forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Beslutningen om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

Betingelserne for personlig skærmning var opfyldt – oplysninger i journalen tillægges stor bevisværdi

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om personlig skærmning.

Den 10. december 2015 var der blevet ordineret personlig skærmning, og den 11. december 2015 blev der truffet beslutning om at forlænge den personlige skærmning ud over 24 timer.

Det fremgik af journalen, at patienten natten til den 10. december 2015 havde opført sig meget paranoidt, og patienten var kommet i besiddelse af nogle fortrolige oplysninger omkring en kommende medarbejder, som patienten mente skulle plantes på afdelingen for at komme medarbejderen til livs. Patienten opsøgte endvidere en med-

patient på dennes stue, idet patienten var af den opfattelse, at medpatienten ville slå patienten ihjel. Det fremgik af journalen, at medpatienten i den forbindelse havde følt sig truet. Patienten blev ført tilbage til sin stue, og døren blev låst. På grund af nattens hændelser blev det besluttet at iværksætte personlig skærmning af patienten for at afværge, at patienten forfulgte eller groft forulempede andre, da det blev vurderet, at patienten var farlig for medpatienter og personale. Patienten blev herefter overflyttet til "skærmen", som er et særligt rum, med fast vagt uden for døren.

Den 11. december 2015 blev det besluttet at opretholde den personlige skærmning ud over 24 timer, idet patientens opsøgende adfærd havde haft en intimiderende effekt samt karakter af overfald i forhold til tidspunkt og karakter af fysisk berøring. Endvidere vurderedes der at være risiko for en gentagelse af episoden, idet patienten fastholdt, at det var berettiget, at patienten handlede som gjort.

Ankenævnet bemærkede, at patienten havde anført, at medpatienten havde taget i patientens dør, hvorefter patienten havde opsøgt et personalemedlem, som ledsagede patienten til medpatientens stue, hvor patienten afkrævede denne en forklaring. Da medpatienten sov tungt måtte patienten ruske medpatienten. Patienten var ikke voldelig og gik efter anvisning fra personalemedlemmet tilbage på sin egen stue. Patienten opsøgte efterfølgende medpatienten for at tilgive ham.

Patientens advokat havde i klagen anmodet om, at der blev indhentet en udtalelse fra et bestemt personalemedlem, der ifølge patienten skulle have bekræftet patientens opfattelse af forløbet.

Ankenævnet lagde ved afgørelsen af sagen vægt på oplysningerne i journalen, der generelt blev tillagt stor bevisværdi. Dette skyldtes, at journalnotater blev skrevet i umiddelbar tilknytning til behandlingen og således på et tidspunkt, hvor der endnu ikke var klaget over behandlingen. Der kunne dog være tilfælde, hvor ankenævnet efter en konkret bevisafvejning fandt, at det var overvejende sandsynligt, at oplysningerne i journalen ikke kunne være korrekte. Dette havde dog ikke været tilfældet i denne sag.

Ankenævnet lagde endvidere lagt vægt på, at afdelingen var blevet forelagt klagen og i den forbindelse havde anført, at skærmningen blev iværksat på baggrund af personalets observationer natten til den 11. december 2015, som beskrevet i journalen, og som tillige blev støttet af den forklaring, som medpatienten afgav lige efter episoden.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at sagen ikke kunne belyses yderligere, da ankenævnet traf afgørelse på skriftligt grundlag, og i modsætning til domstolene ikke havde mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

Ankenævnet lagde på denne baggrund til grund, at episoden var forløbet som beskrevet i journalen. Den 14. december 2015 blev den personlige skærmning ophævet, idet patienten fremstod med god kontakt, affektstabil og uden tendens til diskussion eller krænkelighed, ligesom patienten ikke havde talepres eller udviste vrede. Det blev vurderet, at skærpet observation hvert 15. minut herefter var en tilstrækkelig sikkerhedsforanstaltning.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af psykiatrilovens § 18 d, at der ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand blev forstået foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befandt sig i umiddelbar nærhed af patienten. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykkede til, måtte kun benyttes, i det omfang det var nødvendigt for at afværge, at en patient enten begik selvmord eller på anden vis udsatte sit eller andres helbred for betydelig skade, eller forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede medpatienter eller andre.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af § 46, stk. 2, i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelsens bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved udtrykket "umiddelbar nærhed" skulle forstås, at "patienten til stadighed var under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg, og at der dermed var mulighed for hurtig indgriben fra personalets side."

Ankenævnet bemærkede videre, at det fremgik af lovforslaget om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien af 9. november 2005 til den tidligere § 18 c i psykiatriloven, at personlig skærmning som juridisk begreb ikke nødvendigvis havde samme indhold, som når begrebet blev benyttet i andre sundhedsfaglige sammenhænge. Videre fremgik det, at lavere grader af observation/overvågning ikke var omfattet af bestemmelsen og efter regeringens opfattelse ikke udgjorde så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven var påkrævet. Ankenævnet gjorde i den forbindelse opmærksom på, at den tidligere § 18c, om personlig skærmning, i psykiatriloven, i 2010 blev ændret til § 18d, uden der derved blev foretaget ændringer i formuleringen af bestemmelsen.

Det var ankenævnets opfattelse, at der var tale om personlig skærmning af patienten i perioden fra den 11. december 2015 kl. 10 til den 14. december 2015 kl. 9.30, idet patienten var skærmet på en speciel skærmningsstue og personalet konstant var i nærheden af patienten med mulighed for hurtig indgriben.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at betingelserne for at iværksætte personlig skærmning af patienten i perioden fra den 11. december 2015 kl. 10.00 til den 14. december 2015 kl. 9.30 var opfyldt, idet det var nødvendigt at afværge, at patienten forfulgte eller groft forulempede medpatienter eller andre.

Ankenævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten natten til den 10. december 2015 fremtrådte tiltagende paranoid og mindre kontaktsøgende, ligesom han senere på natten opsøgte og groft forulempede en medpatient.

Ankenævnet lagde videre lagt vægt på, at det var beskrevet i journalen, at patienten den 12. december 2015 gav udtryk for, at patienten følte sig uretfærdigt behandlet. Patienten var endvidere usikker på, om personalet reelt havde følt sig truet, da de ikke slog alarm, og patienten mente, at lægen var med i et komplot. Den 13. december 2015 var det beskrevet, at patienten kiggede gennem ruden på den forurettede medpatient, som havde følt sig provokeret og truet.

Ankenævnet fandt det derfor velbegrundet at opretholde skærmningen indtil den 14. december 2015, hvor patienten igen fremstod med god kontakt, affektstabil og uden

tendens til diskussion eller krænkelighed, ligesom patienten havde talepres eller udviste vrede.

Ankenævnet fandt endvidere, at personlig skærmning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at tale patienten til rette, men at dette ikke var muligt på grund af patientens psykotiske tilstand.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Bilag

Bilag 1 - Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center

Skema 17

Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center									
Hospital	Sager i alt			Tilbagekaldte/ afviste			Realitetsbehand- lede		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Amager	62	91	100	8	10	10	54	81	90
Andet sted	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Augustenborg	29	9	0	7	1	0	22	8	0
Ballerup	104	123	108	16	6	12	88	117	96
Bispebjerg Ung	20	12	2	1	1	0	19	11	2
Bornholm	1	5	6	1	0	1	0	5	5
Brønderslev	61	56	95	14	3	14	47	53	81
Dianalund	15	2	0	1	0	0	14	2	0
Esbjerg	28	13	28	9	0	6	19	13	22
Frederiksberg	66	64	73	4	6	6	62	58	67
Frederikshavn	3	1	0	0	0	0	3	1	0
Glostrup Rets- psyk.	8	8	14	0	1	1	8	7	13
Glostrup - Ung	5	3	3	1	0	2	4	3	1
Glostrup - Vok- sen	56	56	137	3	5	19	53	51	118
Haderslev	21	10	0	6	0	0	15	10	0
Herning	11	18	29	1	2	6	10	16	23
Holbæk	6	3	0	1	0	0	5	3	0
Holstebro	16	14	18	4	1	1	12	13	17
Horsens	17	37	30	1	4	4	16	33	26
Hvidovre	99	117	3	14	11	0	85	106	3
Kolding	26	28	14	1	7	2	25	21	12
København	221	203	178	28	24	18	193	179	160
Køge	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Middelfart	44	42	49	11	4	6	33	38	43
Nordsjælland - Ung	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Nordsjælland - V	108	104	105	15	10	6	93	94	99
Nykøbing Sj.	9	17	0	0	0	0	9	17	0
Odense	82	81	91	23	16	8	59	65	83
Randers	13	17	19	2	3	2	11	14	17
Ribe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Risskov	181	143	141	26	17	18	155	126	123

Risskov B&U	5	5	4	1	1	1	4	4	3
Roskilde	56	54	60	5	5	1	51	49	59
Sct. Hans	5	11	12	0	3	2	5	8	10
Slagelse	52	29	70	6	0	6	46	29	64
Svendborg	15	29	22	4	5	2	11	24	20
Thisted	0	0	2	0	0	1	0	0	1
Vejle	13	21	22	1	2	2	12	19	20
Viborg	52	37	68	7	5	9	45	32	59
Vordingborg	77	63	44	9	6	6	68	57	38
Aabenraa	0	7	26	0	3	10	0	4	16
Aalborg	91	77	75	10	14	11	81	63	64

Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværger (bv)

Skema 18

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger						
	Deltaget		Ikke deltaget		Deltagesprocent Samlet oversigt	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Hospital	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Amager	52	72	1	9	98	89
Augustenborg	16	5	5	3	76	63
Ballerup	84	115	3	2	97	98
Bispebjerg, Ung	17	11	0	0	100	100
Bornholm	0	3	1	2	0	60
Brønderslev	42	48	6	5	88	91
Dianalund	13	2	1	2	93	100
Esbjerg	15	11	3	2	83	85
Frederiksberg	59	56	2	2	97	97
Frederikshavn	1	1	0	0	100	100
Glostrup Rets-psyk.	6	7	2	0	75	100
Glostrup Ung	5	3	0	0	100	100
Glostrup - Voksen	55	49	5	2	92	96
Haderslev	12	9	2	1	86	90
Herning	14	14	1	2	93	88
Holbæk	3	2	1	1	75	67
Holstebro	10	8	1	5	91	62
Horsens	15	28	1	5	94	85
Hvidovre	83	104	2	2	98	98
Kolding	17	16	5	5	77	76
København	173	161	17	18	91	89
Køge	0	0	0	0	-	-
Middelfart	28	30	5	8	85	79
Nordsjælland - U	0	0	0	0	-	-
Nordsjælland - V	87	83	5	11	95	88
Nykøbing Sj.	6	14	3	3	67	82
Odense	54	61	4	4	93	94
Randers	20	14	1	0	95	100
Ribe	0	0	0	0	-	-

Risskov	139	117	16	9	90	93
Risskov B&U	4	4	0	0	100	100
Roskilde	45	44	5	5	90	90
Sct. Hans	1	4	1	4	50	50
Slagelse	33	26	13	3	72	90
Svendborg	11	23	0	1	100	96
Vejle	10	18	2	1	83	95
Viborg	41	26	4	6	91	81
Vordingborg	62	53	6	4	91	93
Aabenraa	-	2	-	2	-	50
Aalborg	75	57	6	6	93	90

Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværgere (bv) hver for sig

	Deltaget 2016		Ikke deltaget 2016		Deltagelsesprocent 2016	
	Ptr	Bv	Ptr	Bv	Ptr	Bv
Hospital	Ptr	Bv	Ptr	Bv	Ptr	Bv
Amager	80	1	7	1	92	50
Ballerup	87	1	5	2	95	33
Bispebjerg, Ung	2	0	0	0	100	-
Bornholm	3	0	2	0	60	-
Brønderslev	70	6	5	0	93	100
Esbjerg	15	0	7	0	68	-
Frederiksberg	64	0	2	0	97	-
Glostrup Rets-psyk.	6	7	0	0	100	100
Glostrup Ung	1	0	0	0	100	-
Glostrup - Voksen	106	2	1	3	99	40
Herning	20	0	0	1	100	0
Holstebro	12	0	5	0	71	-
Horsens	24	0	2	0	92	-
Hvidovre	2	0	1	0	67	-
Kolding	5	0	5	0	50	-
København	144	2	5	1	97	67
Middelfart	24	14	0	4	100	78
Nordsjælland - U	1	0	0	0	100	-

Hospital	Deltaget 2016		Ikke deltaget 2016		Deltagelsesprocent 2016	
	Ptr	Bv	Ptr	Bv	Ptr	Bv
Nordsjælland - V	83	2	2	1	98	67
Odense	79	1	2	0	98	100
Randers	17	0	0	0	100	-
Risskov	103	5	7	7	94	42
Risskov B&U	2	0	1	0	67	-
Roskilde	53	1	5	0	91	100
Sct. Hans	1	3	1	5	50	37
Slagelse	48	6	5	4	91	60
Svendborg	19	1	0	0	100	100
Thisted	1	0	0	0	100	-
Vejle	28	0	3	0	90	-
Viborg	51	2	3	1	94	67
Vordingborg	27	7	0	3	100	70
Aabenraa	9	0	6	1	60	-
Aalborg	55	1	6	1	90	50

Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2016

Region	Antal
Hovedstaden	46
Midtjylland	40
Nordjylland	15
Sjælland	16
Syddanmark	35
I alt	152

Hospital	Antal
Amager	3
Ballerup	8
Bornholm	4
Brønderslev	6
Esbjerg	6

Hospital	Antal
Frederiksberg	3
Glostrup	8
Haderslev	4
Herning	7
Holstebro	3
Horsens	2
Kolding	2
København	7
Middelfart	7
Nordsjælland	11
Odense	4
Randers	2
Risskov	15
Risskov B&U	3
Roskilde	7
Sct. Hans	5
Slagelse	5
Svendborg	4
Vejle	2
Viborg	8
Vordingborg	4
Aabenraa	6
Aalborg	9

Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2016

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Birgit	Holm Petersson	København	Lægeforeningen
Frode	Jensen	København	Lægeforeningen
Hedvig	Pelle	København	Lægeforeningen
Jan	Christensen	København	Lægeforeningen
Jan	Vestergaard Christiansen	København	Lægeforeningen
Kirsten	Petersen	København	Lægeforeningen
Nanna (orlov)	Juul Martiny	København	Lægeforeningen
Nils	Engelbrecht	København	Lægeforeningen
Steffen	Kierulff	København	Lægeforeningen
Torben Bækkel	Kjær	København	Lægeforeningen

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Arne	Ramskov Hansen	København	Sind
Arnnfinn	Thorsteinsson	København	Sind
Birthe	Bonde Bendixen	København	Sind
Bjørn	Helstrup	København	Sind
Carl	Krebs	København	Sind
Ditte	Damsgaard	København	Sind
Elsebet	Balslev-Clausen	København	Sind
Ingelise	Svendsen	København	Sind
Johannes	Nymark	København	Sind
Kirsten Hanne	Falster	København	Sind
Leni	Grundtvig Nielsen	København	Sind
Lisbeth	Dilling	København	Sind
Mogens	Nielsen	København	Sind
Simon	Abrahamsen	København	Sind
Stephen	Mortensen	København	Sind
Vibeke	Boolsen	København	Sind
Zinaida	N. Baban	København	Sind
Lars	Tougaard	Odense	Lægeforeningen
Marianne	Schønemann	Odense	Lægeforeningen
Martin	Markvardsen	Odense	Lægeforeningen
Mogens	Stubkjær Hüttel	Odense	Lægeforeningen
Peter Kaare	Østergaard	Odense	Lægeforeningen
Steen	Tinning	Odense og Aabenraa	Lægeforeningen
Anita	Fjerbæk	Odense	Sind
Bjarne	Søberg	Odense	Sind
Kate	Arndal	Odense	Sind
Christian	Ullum Reby	Aabenraa	Lægeforeningen
Claus	Toftgaard	Aabenraa	Lægeforeningen
Conny	Andersen	Aabenraa	Lægeforeningen
Marina	Loussoupowa Wind	Aabenraa	Lægeforeningen
Andy	Pedersen	Aabenraa	Sind
Anne	Hvidberg Jørgensen	Aabenraa	Sind
Else	Nissen	Aabenraa	Sind
Jeppe	Bruun-Pedersen	Aabenraa	Sind
Jørn	Jespersgaard	Aabenraa	Sind
Thorbjørn	Halvorsen	Aabenraa	Sind
Frede	Nørgaard	Aalborg	Lægeforeningen
Jens	Holm-Pedersen	Aalborg	Lægeforeningen
Lars Peter	Gudbjerg	Aalborg	Lægeforeningen

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Poul	Hvass Hansen	Aalborg	Lægeforeningen
Erik	Christoffersen	Aalborg	Sind
Jane	Larsen	Aalborg	Sind
Jens	Ibsen	Aalborg	Sind
Bendt Viggo	Kjeldsen	Aarhus	Lægeforeningen
Dorit	Obel	Aarhus	Lægeforeningen
Gunnar	Axelgaard	Aarhus	Lægeforeningen
Jacob	Græsbøll Svaneborg	Aarhus	Lægeforeningen
Jørn Leif	Sørensen	Aarhus	Lægeforeningen
Mogens Kim	Skadborg	Aarhus	Lægeforeningen
Oscar Bjørn	Jensen	Aarhus	Lægeforeningen
Tove	Hansen	Aarhus	Lægeforeningen
Andreas	Kilden	Aarhus	Sind
Birgitte	Larsen	Aarhus	Sind
Hanne	Madsen	Aarhus	Sind
Jeanette	Juul Quaade	Aarhus	Sind
Kim	Rattenborg	Aarhus	Sind
Marianne	Van Den Pol	Aarhus	Sind
Orla	Annexgaard	Aarhus	Sind
Tove	Tolstrup	Aarhus	Sind

Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2016

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Henning	Lund-Sørensen	København	Kommitteret
Charlotte	Galbo	København	Specialkonsulent
Rasmus Hilding	Larsen	København	AC
Lars	Orthmann	København	AC
Line	Høgh	København	AC
Elsebeth	Brogaard	København	AC
Helle	Gaardsvig Madsen	Odense	Soc. rådgiver
Martin	von Podewils	Odense	AC
Henrik	Simonsen	Aabenraa	AC
Anne	Enemark	Aabenraa	AC
Susanne Blommegaard	Schmidt	Aabenraa	AC
Ditte Riber-gaard	Lütken	Aalborg	AC
Lena	Lyhne	Aalborg	AC

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Christian	Hamborg	Aalborg	AC
Susanne	Storgaard Eldrup	Aarhus	Fuldmægtig
Lena	Bodum Hansen	Aarhus	Fuldmægtig

Bilag 6 – Høringssvar fra Regionerne



Det Psykiatriske Patientklagenævn
Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg

Direktionen

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 3864 0000
Direkte 38640002
Fax 3864 0007
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 21. april 2017

Kære Henning Lund-Sørensen

Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns Årsberetning for 2016.

Du beder om eventuelle bemærkninger til det tilsendte.

I Region Hovedstadens Psykiatri finder vi, at årsberetningen er grundig og velskrevet og kan bidrage til læring.

Vi har i øvrigt ingen bemærkninger til årsberetningen.

Med venlig hilsen

Martin Lund

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Psykiatri og Social
Administrationen
Ledelsessekretariatet
Tingvej 15
Postboks 36
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000
Psykiatrisocial@rm.dk
www.ps.rm.dk

Kære Henning Lund-Sørensen

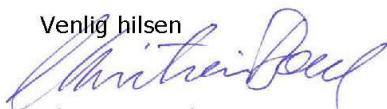
Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2016, som du beder om bemærkninger til.

Det er positivt at konstatere, at omgørelsesprocenten for Region Midtjylland er faldet fra 2015 til 2016, og vi finder, at den velskrevne og informative årsberetning vil være anvendelig i det videre arbejde med at efterleve den skærpede praksis på området.

Dato 21-04-2017
Sille Boddum
Tel. +4540409395
sille.boddum@ps.rm.dk
1-30-74-15-13

Side 1

Venlig hilsen



Christian Boel
Koncerndirektør

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg

Dato: 21. april 2017

Brevid: 3249394

Høring af Årsberetning 2016 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn


Tak for det fremsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns Årsberetning for 2016, hvortil der bedes om eventuelle bemærkninger.

Psykiatrien Region Sjælland skal henstille til, at det kommer til at fremgå mere entydigt, hvordan Det Psykiatriske Patientklagenævn er organiseret i forhold til Region Sjælland jf. beskrivelse side 5 og 10.

Ud over dette har vi ingen kommentarer til det fremsendte udkast til årsberetningen.

Psykiatrien Region Sjælland skal dog fortsat henlede opmærksomheden på de problemstillinger, der blev rejst på møde mellem kommitteret Henning Lund-Sørensen og Psykiatrien Region Sjælland, den 2. december 2016.

Venlig hilsen



Søren Bredkjær
Vicedirektør

Psykiatrideledelsens stab

Fælledvej 6, 3. sal

4200 Slagelse

Tlf.: 58 53 60 600

E-mail: psykiatrien@regionsjaelland.dk

Direkte tlf.: 5853 6006

E-mail: lecu@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk/psykiatrien

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg

Råds- og Direktionssekretariatet
Kontakt: Henriette Hørmann
HHK@rsyd.dk
Sikker mail: psykiatri@rsyd.dk
31011
Direkte tlf. 7663 1011

24. april 2016
Journal nr. 16/122
Side 1/2

Høring vedrørende "Udkast til årsberetning 2016 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus".

Det Psykiatriske Patientklagenævn har den 22. marts 2017 anmodet Region Syddanmark om eventuelle bemærkninger til "Udkast til årsberetning 2016 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus".

Indledningsvis bemærkes, at Region Syddanmark finder, at der er tale om en gennemarbejdet og informativ årsberetning.

Region Syddanmark har dog følgende bemærkninger til årsberetningen:

1 a Sammensætningen af Det Psykiatriske Patientklagenævn

Region Syddanmark noterer sig med tilfredshed, at det lægelige medlem af Det Psykiatriske Patientklagenævn i højere grad end tidligere er speciallæge i psykiatri, idet halvdelen af de lægelige medlemmer i Region Syddanmark er speciallæger i psykiatri.

Det er fortsat Region Syddanmarks opfattelse, at det bør tilstræbes, at det lægelige medlem i nævnet i alle tilfælde bør være en speciallæge i psykiatri, idet de pågældende har et indgående kendskab til medicinering. Ligesom deres kendskab vil være et værdifuldt supplement til pro.medicin.dk, der i vid udstrækning anvendes af nævnet som arbejdsredskab.

1b Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Region Syddanmark noterer sig endvidere med tilfredshed, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har taget regionens bemærkninger fra sidste års høringsvar - vedrørende det at være "undergivet" tvang - til efterretning.

6 - 6 c Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Det vækker undring, at Det Psykiatriske Patientklagenævn på s. 24, skema 15, anfører, at nævnet i 2016 alene er blevet underkendt i én sag ved domstolene. Dette stemmer ikke overens med retspraksis i Region Syddanmark, hvor nævnet i 2016 i mindst 5 sager er blevet underkendt ved domstolene.

Det vækker ligeledes undring, at nævnet fortsat er af den opfattelse, at sygehusmyndigheden ikke har mulighed for ved domstolene at få prøvet nævnets afgørelse i en sag rejst efter retsplejelovens kapitel 43 a, jf. princippet om forbud mod reformatio in pejus (omgørelse til skade for klager).

I forbindelse med Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2015 anførte Region Syddanmark, at domstolene ikke følger nævnets fortolkning vedrørende sygehusmyndighedens prøvelsesadgang. Dette er fortsat Region Syddanmarks opfattelse.

I årsberetningen for 2016 s. 52-54, henvises til en dom fra Retten i Esbjerg, hvor nævnet anfører, at der er tale om en særegen afgørelse, hvor forbuddet mod reformatio in pejus ikke er tillagt afgørende betydning.

Denne dom - der er i tråd med Region Syddanmarks opfattelse om, at der ikke er et forbud mod reformatio in pejus i retsplejelovens kap. 43 a - er den 17. februar 2017 blevet stadfæstet af Vestre Landsret (landsrettens V.L. B-1080-16). Dommen er endelig.

Det findes generelt foruroligende, at diskrepansen mellem det reelle antal omgjorte sager og nævnets statistiske materiale i årsberetningens s. 24, skema 15, er så stor. Der kan i den forbindelse rejses tvivl om, hvorvidt Det Psykiatriske Patientklagenævn modtager alle domme fra retterne.

Forelæggelse for Retslægerådet

Region Syddanmark har med rettens tilladelse i en del sager anmodet Retslægerådet om en udtalelse. Dette har i flere sager ført til, at sagen - som følge af udtalelsen - er blevet hævet inden hovedforhandlingen.

Generelle bemærkninger

Domstolene er i henhold til retsplejelovens kapitel 43 a, tillagt kompetencen til ved dom at afgøre, om frihedsberøvelsen er lovlig eller om frihedsberøvelsen vil være at ophæve.

Forventningen må derfor være, at Det Psykiatriske Patientklagenævn vil følge den retspraksis, som bliver skabt ved domstolene.

Udkastet til årsberetning giver i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen


Henriette Hørmann
Juridisk chefkonsulent

Bemærkninger fra Region Nordjylland til udkast til årsberetning 2016 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn

Region Nordjylland har følgende bemærkninger til udkast til årsberetning 2016 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn:

Årsberetningen illustrerer nævnets praksis indenfor de forskellige typer af tvang, som er hjemlet i psykiatriloven. Det er hensigtsmæssigt, at der med udvalgte afgørelser er eksempler på både godkendelser og tilsidesættelser, hvorved årsberetningen kan anvendes som vejledende for personale.

Dokumentation i patient journalen

De i årsberetningen optagne afgørelser illustrerer Anke- og Patientklagenævnets praksis i forhold til dokumentation i journalen. Ankenævnets krav til dokumentation af overvejelse vedrørende mindstemiddels princippet medfører, at læger, som ikke har det som en regelmæssigt tilbagevendende opgave at skrive tvangsnotater, med overvejende sandsynlighed ikke kan skrive et journalnotat, som imødekommer Ankenævnets krav.

De fra Ankenævnet udstukne retningslinjer omkring journalføring håndhæves som ufravigelige, således at supplerende belysning via den af overlægen udarbejdede erklæring til brug for klagesagen eller mundtligt under mødet i sagen ofte kun tillægges begrænset betydning.

Det medfører, at Patientklagenævnet ikke foretager en selvstændig vurdering af den enkelte sag, men underkender tvangsindgreb med henvisning til Ankenævnets krav om journalføring – uanset nævnets viden og overbevisning om den objektivt set sande/rigtige afgørelse i den konkrete situation bedømt ud fra sagens samlede oplysninger, herunder forløb af mødet.

Psykiatrilovens regler skal sikre patienter den rette og nødvendige hjælp på et tidspunkt, hvor patienten midlertidigt er ude af stand til at handle til eget bedste, jf. psykiatrilovens § 2. Ankenævnets aktuelle praksis kan ikke i alle tilfælde siges af varetage patientens tarv og kan desværre føre til forlænget indlæggelse og forsinket iværksættelse af nødvendig behandling med tvang.

Dertil kommer, at en underkendelse af anvendt eller besluttet tvang kan give et indtryk af, at der er anvendt unødvendig eller ulovlig tvang. Således viser statistikken ikke den konkrete begrundelse for underkendelsen.

Statistik i årsberetningen

Det er udenfor enhver rimelighed, når statistikken viser, at 42% af tilfælde af anvendt beroligende medicin med tvang underkendes og at 45% af tilfælde af an-

vendt fysisk magt underkendes. I årsberetningen anføres som forklaring, at patientklagenævnet har fulgt op på, at Det Psykiatriske Ankenævn løbende har skærpet praksis på området (jf. udkast til årsberetning side 22).

Statistikken viser en på landsplan samlet omgørelsesprocent vedrørende beslutninger om tvangsmedicin på 24 %. Ved tvangsmedicinering er der tale om besluttet, men som hovedregel ikke gennemført tvang, idet patientens klage tillægges opsættende virkning. Gennemgang af afgørelser vedrørende beslutning om tvangsmedicinering i Psykiatrien i Region Nordjylland viser gennemgående, at nævnet er enig i overlægens vurdering af, at patienten havde behov for behandling. Alligevel tilsidesættes overlægens beslutning med forskellige begrundelser. Nævnets afgørelse forsinker dermed den nødvendige behandling og forlænger indlæggelsen for patienten, ofte som frihedsberøvet. En længerevarende ubehandlet akut psykose har desuden en skadelig virkning på patientens sygdom på sigt.

I denne årsberetning er der refereret afgørelser om motivationstidens længde – hvor ankenævnet nu fastslår, at der både kan motiveres i for lang tid og i for kort tid (se udkast til årsberetning side 84). Nævnets afgørelser illustrerer, at det er en helt konkret afgørelse, som skal baseres på journalførte oplysninger. Der er afgørelse, hvor 4 døgn og 55 minutter findes ok, - og dernæst en afgørelse hvor 3 døgn og 23 timer var for lang tid.

Det er en absurditet at tilsidesætte en beslutning begrundet med at motivationsperioden har været for lang. Nævnets beslutning har som konsekvens, at iværksættelse af den nødvendig behandling udsættes yderligere. En for lang motivationsperiode bør ikke medføre tilsidesættelse af overlægens beslutning, idet alle betingelser i psykiatriloven er opfyldt uanset nævnets vurdering af, at optimal behandling havde været en hurtigere truffet beslutning om tvangsbehandling. Ikke optimal behandling kan i nogle tilfælde føre til erstatning fra Patienterstatningen, men er ikke et argument for at ikke at godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Vi vil opfordre Patientklagenævn og Ankenævn til at ændre praksis og fremadrettet i tilfælde af for lang motivationsperiode alene at anføre nævnets vurdering som vejledning for læger og sygehusmyndighed.

Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Nævnet anfører under afsnit 6 (side 19ff), at nævnet betragter en omgørelsesprocent på 10 – 15 % som et acceptabelt omgørelsesniveau for et nævn. Som sygehusmyndighed er det vores vurdering, at det er yderst sjældent forekommende, at de materielle betingelser for anvendelse af tvang ikke er tilstede i situationer, hvor der er anvendt tvang. En statistik på fx tvangsmedicinering, som går i dybden med begrundelsen for underkendelse, vil bedre belyse området.

Vedrørende domstolsafgørelser

I årsberetningen refereres flere domstolsafgørelser fra byretter og landsretter. Det fremstår noget uensartet i forhold til at oplyse, fra hvilken byret en afgørelse stammer. Domstolsafgørelser er konkrete og en afgørelse vil være baseret på den eventuelle supplerende bevisførelse, som fremlægges under retssagen. I det omfang der via domstolsafgørelser kan uddrages generel praksis, opfordres Patientklagenævn og Ankenævn til at orientere sygehusmyndigheden herom, gerne ved fremsendelse af anonymiseret kopi af relevant domstolspraksis til Regionerne.

Det er uheldigt, hvis der via den overskrift, som en afgørelse anføres under, gives et fejlagtigt indtryk af domstolenes prøvelse. Fx anføres under 2.2.3 (side 55) følgende overskrift "Retten prøver kun den del af nævnets afgørelse, hvor patienten ikke har fået medhold. Denne konklusion på afgørelsen kan ikke uddrages, i og med det fremgår, at Regionen nedlagde påstand om stadfæstelse af Patientklagenævnets afgørelse om tvangsfiksering i det omfang sagen var påklaget af patienten.

Disse retssager føres efter retsplejelovens kap. 43 a, hvor dommeren har en officialforpligtelse og dermed indflydelse og medansvar for at sagen er tilstrækkeligt belyst. Domstolene tager udgangspunkt i påstande fra henholdsvis patientens advokat og regionens repræsentant. I udkast til årsberetning er på side 52 refereret landsretsdom, som viser domstolenes prøvelse.

Under afsnit 2.2.1 (side 52) beskrives om reformatio in pejus. Vedrørende domstolsprøvelse og betragtninger om reformatio in pejus havde vi i Region Nordjylland bemærkninger herom til 2015 årsberetningen (optaget i Patientklagenævnets årsberetning 2015 side 124).

Patientklagenævnets brug af tegnsætning i årsberetning og afgørelser

Vi har bemærket, at Patientklagenævnet i årsberetningen og i konkrete afgørelser anvender fx citationstegn og udråbstegn. Når der ikke er tale om relevant tegnsætning i henhold til retskrivningsregler signalerer brug af sådan tegnsætning en holdning eller er følelsesmæssig ud over det direkte anførte. Patientklagenævnet anfører fx side 54 i afsnittet umiddelbart før 2.2.2, et udråbstegn på det anførte, at regionen fik medhold i den for retten nedlagte påstand.

Ved indlæg på sociale medier er der en udstrakt grad i brug af tegnsætning, som anvendes for at aktivere følelser. En årsberetning fra en klageinstans bør være nøgtern og saglig i sin form. Brug af unødvendig tegnsætning i afgørelser stilet til patienten/borgeren er ikke acceptabelt.

Konkrete bemærkninger til årsberetningen.

Der er behov for korrekturlæsning, særligt ifm referering af afgørelser, hvor der fx ikke konsekvent rettes til patient i stedet for du formen. (se fx side 51, side 52, side 73, 4. afsnit, side 74, 3. afsnit, side 105 vedrørende ECT (anføres at patienten ikke blev motiveret for tvangsbehandling med ECT), side 132 (gentagelse)

Opmærksomheden henledes endvidere på følgende:

Side 23, første afsnit, første linje: der skal stå "tvangsbehandling" i stedet for "tvangsmedicinering" og der skal tilføjes beroligende middel med magt til opregningen af tvangsindgreb, som kan påklages til Ankenævnet. I tilsvarende opregning i sidste afsnit side 24 er efter fysisk magt anført "herunder beroligende medicin". Det anbefales, at anvende formuleringen i psykiatrilovens § 38.

Med venlig hilsen

Tina Gram Larsen
Lægefaglig direktør

/ Ingrid Schmidt Nielsen
Juridisk specialkonsulent

*Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg
nh@naevneneshus.dk
www.naevneneshus.dk/*