

Årsberetning 2014

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	4
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn	6
1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2014.....	6
1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver	6
2. Antal sager og sagsfordeling	7
2a. Antal sager.....	7
2b. Sagernes fordeling på de enkelte PKN afdelinger.....	8
2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	10
2d. Antal afgørelser	10
3. Sagsbehandlingstiden.....	11
4. Antal møder, mødested m.v.	12
4a. Antal møder	12
4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte PKN afdelinger	14
5. Mødedeltagelse	15
5a. Mødedeltagelse for læger	15
5b. Mødedeltagelse for patienter	16
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	17
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten	19
6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter.....	20
fordelt på PKN afdelingerne	20
6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb.....	21
6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb.....	21
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	22
7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser.....	23
7b. Indbringelse for domstolene	23
7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn	24
Afsnit II: Principielle problemstillinger	26
1. Sagsakter og dokumentations krav	26
2. Østre Landsrets dom om godtgørelse for tvangsfiksering	28
3. Patientrådgivermøder.....	33
4. Patientrådgiver- og bistandsværge møder	35
5. Oversigt over krav til tvangsbehandling og beroligende medicin med tvang	37
6. Statsforvaltningens hørings svar om udkast til revision af psykiatriloven	40
7. Udtalelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn om psykiatrilovens § 5.	50
Afsnit III: Principielle afgørelser	51
A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	51
1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse	51
2. <i>Tvangsfiksering</i>	55
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning	62
4. Tvangsbehandling	65
4. c. Tvangsbehandling – depot.....	83
4. f. ECT-behandling	84
5. Beroligende medicin.....	88
B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger	95

C. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn.....	98
1. Tvangsbehandling	98
2. <i>Indgivelse af beroligende middel med magt – mindst indgribende foranstaltning - Ankenævnet</i>	117
6. Anvendelse af fysisk magt – ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 var opfyldt - Ankenævnet	125
7. Inhabilitet i forhold til en bestemt sag foreligger ikke, når pågældende ikke har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald	125
Afsnit IV: Kronik af Mickey Gjerris og Karen Stæhr	127
Bilag	131
Bilag 1 - Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center.....	131
Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger.....	133
Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere	135
Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2014.....	137
Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2014.....	140
Bilag 6 - Høringssvar fra Regionerne.....	141

Forord

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen afgiver hermed sin anden årsberetning, jf. § 39 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Statsforvaltningen består af ni afdelinger med fælles administration i Aabenraa.

Behandlingen af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn varetages af følgende syv PKN afdelinger: København, Nykøbing Falster, Odense, Ringkøbing, Aabenraa, Aalborg og Aarhus, hvor sekretariats-funktionen for hele landet varetages af afdelingen i København.

Det centrale sekretariat har det faglige ansvar for sagsområdet, herunder for at koordinere den faglige praksis og arbejdsmetoder. Sekretariatet varetager opgaven med den overordnede mødeplanlægning, kontakten til hospitaler, udarbejdelse af årsrapport, vurdering af principielle sager og klagesager, udpegning af patientrådgivere, behandling af klager over patientrådgivere og kursus- og samarbejdsvirksomhed. Sagsbehandlere på de stedlige kontorer varetager opgaven med at lave udkast til afgørelser, varetage nævnmødebehandlingen på de forskellige hospitaler rundt i landet, hvor møderne forudsættes afholdt, jf. loven, og afsende afgørelsen.

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 retningslinier af 7. januar 2004 og omfatter tallene fra Nævnets arbejde i de fem regioner. Det er muligt at sammenholde tallene for årene 2012-2013 og 2014, ligesom det er muligt at få et helhedsindtryk af Nævnets samlede virksomhed i de fem regioner.

Sekretariatet har i år valgt at udarbejde en meget omfattende årsberetning, der forhåbentlig også vil kunne bruges som et opslagsværk. Medmindre der indtræder særlige omstændigheder er det hensigten, at årsberetningen for 2015 skal være væsentlig kortere og dermed mere have karakter af et overblik.

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
- Kritik fra Det Psykiatriske Patientklagenævn
- Det Psykiatriske Ankenævn



Helle Haxgart /
Direktør



Henning Lund-Sørensen
Kommitteret

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn

Denne årsberetning vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed i 2014.

Efter § 34 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) er der ved Statsforvaltningen oprettet et patientklagenævn bestående af direktøren for Statsforvaltningen som formand samt to medlemmer. De to medlemmer bliver beskikket af ministeren for Sundhed og Forebyggelse efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har beskikket et antal medlemmer samt et antal ligestillede stedfortrædere for medlemmerne.

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

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2014

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand er direktør Helle Haxgart.

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 Per Fønss, specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Christina Durup, fuldmægtig Susanne Eldrup, fuldmægtig Helle Gaardsvig Madsen, fuldmægtig Lars Orthmann, fuldmægtig Henrik Simonsen, kontorassistent Charlotte Jensen og kontorassistent Charlotte Frandsen.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2014 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, aflåsning af døre i afdelingen, tvangsbehandling, fysisk magtandvendelse, 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 landets fem regioner.

Det Psykiatriske Patientklagenævns sager er klager fra patienter, der under indlæggelse på psykiatriske afdelinger har været udsat for 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 "Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for de psykiatriske Patientklagenævn". Retningslinierne 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, og 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 sagen og på at forberede sagen. Det har i 2014 drejet sig om 11% af samtlige indkomne sager.

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2012	%	2013	%	2014	%
--	------	---	------	---	------	---

	2012	%	2013	%	2014	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	1365	100	1542	100	1679	100
- antal tilbagekaldte sager	166	12	127	8	181	11
- antal afviste sager	41	3	40	3	60	6
= antal sager med realitetsafgørelse	1158	85	1375	89	1438	86

Fra 2013 til 2014 har både andelen af tilbagekaldte sager og andelen af afviste sager udvist stigningstakter på henholdsvis 43% og 50%, som klart overstiger stigningen i antallet af indkomne sager, der udgør 9%.

Set over et 3-årigt perspektiv fra 2012 til 2014 er billedet mere nuanceret, idet stigningstaksten for tilbagekaldte sager og afviste sager udgør henholdsvis 9% og 46%, mens stigningstaksten i antallet af indkomne sager i denne periode er på 23%.

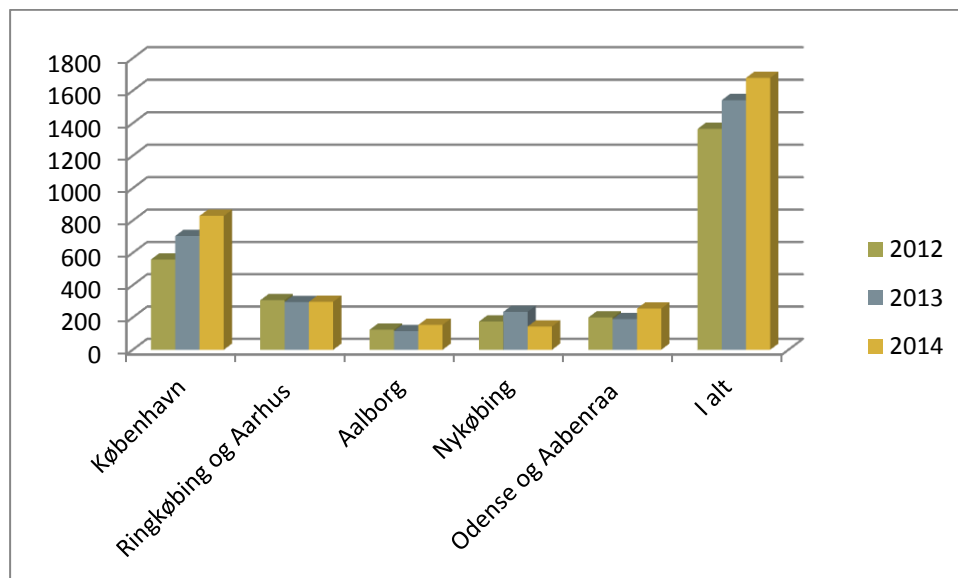
Det centrale er dog, at der i perioden fra 2012 til 2014 er sket en stigning af antallet af realitetsbehandlede klager med 24% - dog er der tale om en vigende stigningstendens, idet stigningen fra 2012 til 2013 var på 19%, hvor stigningen kun er på 5% fra 2013 til 2014.

2b. Sagens fordeling på de enkelte PKN afdelinger

Skema 2

Sagens fordeling på de 5 regioner

PKN afd.	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
København	559	705	829	65	63	96	494	642	733
Ringkøbing og Aarhus	307	296	297	33	30	43	274	266	254
Aalborg	124	116	154	29	15	24	95	101	130
Nykøbing	175	235	144	26	29	17	149	206	127
Odense og Aabenraa	200	190	255	54	30	61	146	160	194
I alt	1365	1542	1679	207	167	241	1158	1375	1438



	Procentvis ændring fra 2012-2014	Faktiske tal Ændring fra 2012-2014
PKN afd.		
København	48%	239
Ringkøbing og Aarhus	-7%	-20
Aalborg	37%	35
Nykøbing	-15%	-22
Odense og Aabenraa	33%	48
I alt	24%	280

Over en 3-årig periode fra 2012 til 2014 er der i hele landet sket en stigning på 24% i antallet af realitetsbehandlede sager. En del af stigningen i antal af sager i PKN afd.

København og faldet i antallet af sager i PKN afd. Nykøbing kan tilskrives det forhold at PKN afd. København fra juli 2013 overtog sager vedrørende Sct. Hans, Roskilde Øst, Holbæk og Sikringen i Nykøbing Sjælland.

Det bemærkes således, at tal for "PKN afd. København" i denne årsberetning også indbefatter sager/afgørelser fra Roskilde Øst, Holbæk og Sikringen, Nykøbing Sjælland, mens tal for "PKN afd. Nykøbing" i denne årsberetning følger ikke indbefatter sager/afgørelser for Roskilde Øst, Holbæk og Sikringen, Nykøbing Sjælland.

2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center

Der henvises til bilag 1.

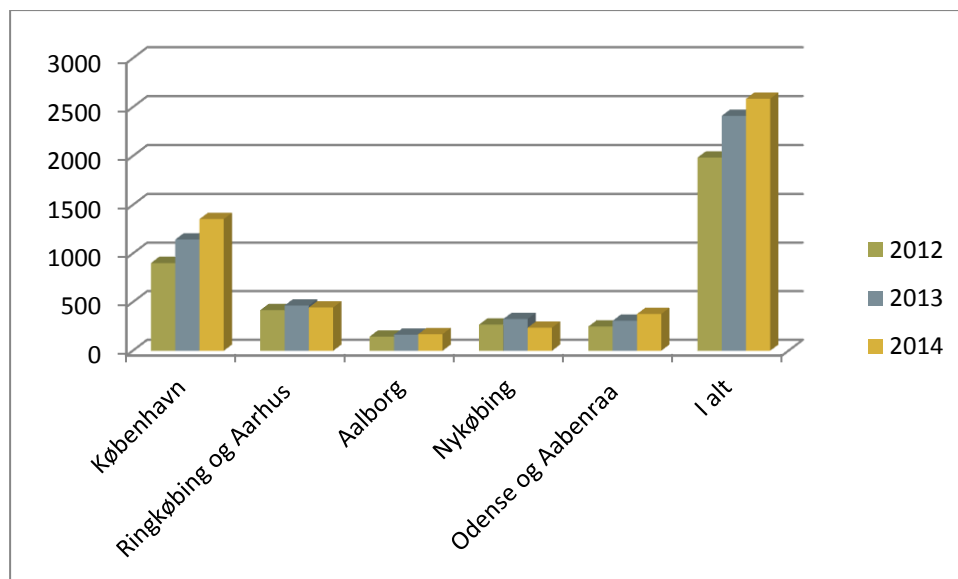
2d. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i Nævnet de seneste tre år

PKN afd.	2012	2013	2014
København	903	1144	1356
Ringkøbing og Aarhus	418	466	457
Aalborg	146	166	171
Nykøbing	269	327	229
Odense og Aabenraa	249	309	378
I alt	1985	2412	2591

Nævnet tager således stilling i omkring 2.500 afgørelser hvert år. Til sammenligning har den samlede tvangsansøgning i Danmark gennem flere år ligget på omkring 25.000 tilfælde hver år og nævnet får således kun 10% af den samlede tvangsansøgning 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 tvangsansøgning forholder sig til psykiatrilovens bestemmelser.



	Procentvis ændring fra 2012-2014	Faktiske tal Ændring fra 2012-2014
PKN afd.		
København	50%	453
Ringkøbing og Aarhus	9%	39
Aalborg	17%	25
Nykøbing	-15%	-40
Odense og Aabenraa	52%	129
I alt	31%	606

Over en 3-årig periode fra 2012 til 2014 er der sket en stigning i hele landet på 31% i antallet af afgørelser, hvilket skal ses i sammenhæng med stigningen i antallet af indkomne sager.

Sekretariatet anser ikke stigningen for voldsom, idet det som tidligere nævnt fortsat kun er omkring 10% af den faktiske tvangsansvendelse, der forelægges nævnet til prøvelse.

Dertil kommer, at stigningstakten er faldende fra 22% i perioden fra 2012 til 2013 til 7% fra 2013 til 2014.

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.

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sagstyper har i 2014 været 9 dage.

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

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2012	2013	2014
Antal dage	8	9	9

Patientklagenævnet holder sig således under resultatmålet på maksimalt 14 dage.

4. Antal møder, mødested m.v.

4a. Antal møder

Skema 5

Samlet antal møder de seneste tre år

	2012	2013	2014
Antal møder	614	509	524

Som det fremgår af bemærkningerne til skema 6 nedenfor, kan tallet fra 2012 ikke sammenlignes med tallet fra 2013 og 2014.

Oversigt over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage:

Det Psykiatriske Patientklagenævn	Mødedage	Psykiatrisk Center/hospital
København: mail adr.: pknkbenhavn@statsforvaltningen.dk	Mandage	PC Nordsjælland og B&U og PC Ballerup samt Bornholm

	Mandage	Sct. Hans, Roskilde, Holbæk og Nykøbing Sjælland
	Tirsdage	PC Hvidovre, PC Glostrup og B&U, og PC Amager
	Onsdage	PC København og B&U og PC Frederiksberg
Nykøbing Falster: mail adr.: pknnykobing@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Vordingborg, Slagelse, Dianalund, Køge og Næstved
Odense: mail adr.: pknodense@statsforvaltningen.dk		Odense, Svendborg og Middelfart
Aabenraa: mail adr.: pknaabenraa@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Esbjerg, Kolding, Vejle, Haderslev, Augustenborg og (Hviding)
Århus: mail adr.: pknaarhus@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Risskov og B&U og Randers
	Onsdage	Horsens og Viborg
Ringkøbing: mail adr.: pknringkobing@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Herning og B&U og Holstebro
Ålborg: mail adr.: pknaalborg@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Aalborg, Brønderslev, Thy/Mors

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/centrene 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 2014 er som alt overvejende hovedregel blevet afholdt på de psykiatriske 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 2014 afholdt 524 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste tre år.

4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte PKN afdelinger

Skema 6

Mødernes fordeling i PKN afdelingerne

PKN afd.	Antal møder 2012	Antal møder 2013	Antal møder 2014
København	167	189	154
Ringkøbing og Aarhus	136	133	109
Aalborg	46	39	68
Nykøbing	149	54	54
Odense og Aabenraa	116	94	139
Møder i alt	614	509	524

Det bemærkes, at mødetallene for PKN afd. Nykøbing i 2012 ikke er sammenlignelige med de øvrige mødetal. PKN afd. Nykøbing udarbejdede dette år en dagsorden for hver sag, hvilket bevirkede, at der var identitet mellem antal møder og antal sager. Normalt er "et møde" det samme som "en mødedag", der sædvanligvis rummer flere mødesager. Når der således i PKN afd. Nykøbing i 2013 og 2014 er sket et fald i antallet af møder, skyldes det dels en overgang til den almindelige gældende optællingsmetode, dels af sager fra Sct. Hans, Roskilde Øst, Holbæk og Nykøbing Sjælland fra den 1. juli 2013 er overtaget af PKN København.

Stedlig kompetence

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes som hovedregel på det psykiatriske hospital/centre, 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 - afholdes 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 - afholdes nævnsmødet på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.

Synspunktet 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 Patientklagenævnet til møde på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center indkaldes ikke til mødet.

Sekretariatet beder i denne situation, den nye patientrådgiver om at varetage patientens interesse i relation til tvangsansværelsen 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.

Det bemærkes, at fremmødeprocenten er udregnet som antallet af sager, hvori den pågældende gruppe har deltaget i forhold til det samlede antal sager med realitetsafgørelser. Eksempelvis har patienterne i 2014 deltaget i 1172 sager ud af de i alt 1438 sager, der har været realitetsbehandlet i Det Psykiatriske Patientklagenævnet, hvilket giver en fremmødeprocent på 82%. På samme måde er fremmødeprocenten for patientrådgivere udregnet til i alt 91%.

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 Patientklagenævnet så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i Nævnet.

I 2014 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 PKN afdelingerne

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
PKN afd.									
København	484	632	724	10	10	9	98	98	99

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
PKN afd.									
Ringkøbing og Aarhus	274	265	252	0	1	2	100	100	99
Aalborg	104	100	127	2	1	3	98	99	98
Nykøbing	138	174	108	11	32	19	93	82	85
Odense og Aabenraa	145	157	193	1	3	1	99	98	99
I alt	1145	1328	1406	24	47	32	98	97	98

Det fremgår, at næsten alle regioner har haft en høj mødedeltagelse for læger i 2012 og 2013. Den høje mødedeltagelse er fortsat i alle regioner i 2014 med undtagelse af PKN afd. Nykøbing, hvor deltagelsesprocenten i 2014 er på 85%, hvilket er samme niveau som i 2013, uden at den lave mødedeltagelse kan forklares. Nævnet har i den forbindelse noteret sig, at den lave lægedeltagelse i møderne både i 2013 og 2014 relaterer sig til hospitaler i et bestemt område. Sekretariatet forventer at Region Sjælland fremadrettet sikre en lægelig deltagelsesprocent, der står mål med de øvrige Regioners.

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 forhandlingerne.

Patienterne deltog i 2014 i 1172 af de 1438 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 82% (i 2012 og 2013 var deltagelsesprocenten på 77%).

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter i PKN afdelingerne

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
PKN afd.									
København	401	499	624	93	143	109	81	78	85
Ringkøbing og Aarhus	192	210	208	82	56	46	70	79	82
Aalborg	77	76	107	28	25	23	72	75	82
Nykøbing	116	155	84	33	51	43	78	75	66

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Odense og Aabenraa	108	120	149	38	40	45	74	75	77
I alt	894	1060	1172	274	315	266	77	77	82

Alle patienter får en skriftlig indkaldelse til at deltage i mødet. Fremmødeprocenten for patienter er steget fra 77% i 2013 til 82% i 2014. I alle sager er patienten af personalet opfordret 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.

Nævnet tager stigningen i 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 solide fremmøde procent af patienterne som en positiv udvikling, idet det klart er "patienternes møde", når Patientensklagenævnet afholder møder på hospitalet/centeret.

Ikke blot ligger PKN afd. Nykøbing under gennemsnittet, når det drejer sig om den lægelige fremmødeprocent for Patientklagenævnet. Dette gælder desværre også når det drejer sig om patientens fremmødeprocent for Nævnet, hvor kun 2/3 af patienterne giver møde for nævnet.

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 nævnsrådet.

I nedenstående tabel er anført antallet af sager i hver region, som patientrådgiverne/bistandsværgerne har deltaget/ikke deltaget i.

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger for PKN afdelingerne

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
København	459	581	686	35	61	47	93	91	94

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ringkøbing og Aarhus	210	210	227	64	56	27	77	79	89
Aalborg	82	87	115	13	14	15	86	86	88
Nykøbing	109	156	106	40	50	21	73	76	83
Odense og Aabenraa	107	121	169	39	39	25	73	76	87
I alt	967	1155	1303	191	220	135	84	84	91

Mødedeltagelsen for patientrådgivere/bistandsværger er fra 2013 til 2014 steget markant og varierer nu fra 83% i PKN afd. Nykøbing til 94% i PKN afd. København. PKN afd. Ringkøbing og Aarhus har haft en stigning på 10%, PKN afd. Aalborg 11%, PKN afd. Nykøbing 8% og PKN afd. Odense og Aabenraa 11%, hvilket er meget tilfredsstillende. De meget fine deltagelsesprocenter, og dermed den samlede landsdækkende fremmødeprocent på 91%, anser sekretariatet for yderst positiv.

Sekretariatet kan således konstatere, at det opstillede mål i Årsberetningen 2013 om en fremmødeprocent på sigt i alle fem regioner på mindst 85%, nu er opfyldt i alle regioner undtagen PKN afd. Nykøbing, der dog i forhold til 2013 har haft en markant stigning i fremmødeprocenten på 8%.

Et markant mål for sammenlægningen af de syv tidligere Patientklagenævne til ét Patientklagenævn er således indfriet.

Sekretariatet vil fortsat løbende følge udviklingen i patientrådgivernes fremmødeprocenter og vil hvert kvartal fremsende en ajourført oversigt til alle patientrådgivere.

Nævnet har således til stadighed 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 erhvervsarbejde. Nævnet vil på baggrund af fremmødeprocenten være opmærksom på patientrådgivere/bistandsværger, der i højere grad end andre melder afbud til møderne, med henblik på at afklare baggrunden for afbuddet. Nævnet opfordrer til stadighed patientrådgivere/bistandsværger til at prioritere deres hverv som patientrådgiver, samt til at overveje om hvervet som patientrådgiver/bistandsværger kan kombineres med deres erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

Sekretariatet er dog fortsat opmærksom på, at lovgivningens krav om korte sagsbehandlingstider og indkaldelse til møder med kort varsel bevirker, at det kan være for-

bundet 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.

Sekretariatet har i 2014 igangsat et halvårligt screenings projekt over hver enkelt patientrådgiver, der bliver bedt om oplysninger om antallet af beskikkelser for hvert halve år samt status oplysninger om antal beskikkelser i henholdsvis primo januar og primo juli måned.

Resultaterne vil blive samkørt med oplysninger om, hvor mange sager hver enkelt patientrådgiver har indbragt for nævnet og oplysninger om patientrådgivers fremmødeprocent i den pågældende periode.

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 2012 til 2014 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 PKN afdelingerne

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

PKN afd.	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
København	903	1144	1356	769	968	1089
Ringkøbing og Aarhus	418	466	457	368	396	401
Aalborg	146	166	171	133	142	148
Nykøbing	269	327	229	249	278	188
Odense og Aabenraa	249	309	378	222	276	303
I alt	1985	2412	2591*	1741	2060	2129

* heraf 50 afgørelser = 2% med dissens

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter

PKN afd.	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
København	134	176	267	8	15	20
Ringkøbing og Aarhus	50	70	56	12	15	12
Aalborg	13	24	23	9	14	13
Nykøbing	20	49	41	7	15	18
Odense og Aabenraa	27	33	75	11	11	20
I alt	244	352	462	14	15	18

Ovenstående tabeller har altid påkaldt sig stor interesse. Det er blevet anført, at man med en stor spredning i omgørelsesprocenter regionerne imellem, havde et bevis for, at sagerne blev afgjort forskelligt i de forskellige regioner.

Omgørelsesprocenterne i 2014 varierer fra 12% til 20%, mens omgørelsesprocenterne i 2013 stort set var identiske på niveauet 14-15%. Der kan ikke siges noget om års-

gen til forskellen i tallene, hvorfor det er sekretariatets vurdering, at der ikke er anledning til at overfortolke forskelle i omgørelsesprocenterne set i relation til retsenhedsaspektet.

6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb

Skema 12

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tvangsindlæggelse	313	412	458	296	381	437
Tvangstilbageholdelse	538	589	650	508	551	618
Tilbageførsel	0	1	2	0	1	2
Tvangsfiksering	305	317	342	260	247	259
Beskyttelsesfiksering	2	0	1	2	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	2	3	4	1	2	3
Tvangsbehandling, medicinsk	455	603	580	350	468	415
Tvangsbehandling, ECT	6	0	1	5	0	1
Tvangsbehandling, legemlig	9	16	38	7	13	38
Fysisk magtanvendelse	29	47	49	23	37	40
Beroligende medicin	304	392	435	269	331	293
Personlig skærmning	5	9	14	5	8	13
Tvungen opfølgning	16	18	17	15	17	14
Andet	1	5	0	0	4	0
I alt	1985	2412	2591	1741	2060	2133

6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb

Skema 13

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tvangsindlæggelse	17	31	21	5	8	5
Tvangstilbageholdelse	30	38	32	6	6	5
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	45	70	83	15	22	24
Beskyttelsesfiksering	0	0	1	0	0	100

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Aflåsning af døre i afdelingen	1	1	1	50	33	25
Tvangsbehandling, medicinsk	105	135	165	23	22	28
Tvangsbehandling, ECT	1	0	0	17	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	2	3	0	22	19	0
Fysisk magtanvendelse	6	10	9	21	21	18
Beroligende medicin	35	61	142	12	16	33
Personlig skærmning	0	1	1	0	11	7
Tvungen opfølgning	1	1	3	6	6	18
Andet	1	1	0	100	20	0
I alt	244	352	458	12	15	18

Generelt må det siges, at omgørelsesprocenterne på hovedområderne er forholdsvis stabile set over en tre-årig periode. I sagens natur vil områder med få afgørelser lettere kunne bevirke spring i omgørelsesprocenterne – uden af dette giver anledning til særskilte bemærkninger.

Derimod må det påkalde sig opmærksomhed, at omgørelsesprocenterne for tvangsfiksering, medicinsk tvangsbehandling og beroligende medicin forekommer at være i den høje ende – og dermed medvirker til en omgørelsesprocent, der overstiger de 10-15%, der sædvanligvis opfattes som et acceptabelt omgørelsesniveau.

I afsnit II i denne årsberetning har sekretariatet søgt i punktform at opstille en liste over de forhold, der fra hospitalets side skal påses ved disse tvangsindgreb. Formålet med listen er, at den sammen med de øvrige tiltag, der gøres på hospitalerne, kunne medvirke til at nedbringe disse omgørelsesprocenter.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen kan indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1, sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk 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 påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2014 blev 263 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene og 139 for Det Psykiatriske Ankenævn. Ankeprocenten i 2014 var 15% sammenlignet med 2013 og 2012, hvor den var henholdsvis 13% og 16%. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

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

Skema 14

Antal klager

	2012			2013			2014		
	Antal afg.	Antal anker	Anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %
Tvangsindlæggelse	313	64	20	412	81	20	458	98	21
Tvangstilbageholdelse	538	123	23	589	101	17	650	124	19
Tilbageførsel	0	0	0	1	0	0	2	1	50
Tvangsfiksering	305	36	12	317	23	8	342	38	11
Beskyttelsesfiksering	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Aflåsning af døre i afd.	2	0	0	3	0	0	4	2	50
Tvangsbehandling, med.	455	66	15	603	89	15	580	114	20
Tvangsbehandling, ECT	6	0	0	0	0	0	1	0	0
Tvangsbehandling, legeme	9	0	0	16	0	0	38	0	0
Fysisk magtanvendelse	29	3	10	47	1	2	49	2	4
Beroligende medicin	304	23	8	392	17	4	435	15	3
Personlig skærmning	5	1	20	9	0	0	14	1	7
Tvungen opfølgning	16	2	13	18	5	28	17	7	41
Andet	1	0	0	5	0	0	0	0	0
I alt	1985	318	16	2412	317	13	2591	401	15

Ankeprocenten har gennem de seneste tre år været nogenlunde konstant.

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 2014 har byretterne stadfæstet 118 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I 73 tilfælde blev sagen hævet af patienten. Ingen af nævnets afgørelser er blevet tilsidesat af retterne. I de resterende 72 afgørelser har Det Psykiatriske Patientklagenævn endnu ikke modtaget rettens afgørelse.

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

Skema 15

Afgørelser fra retten

	2012	2013	2014
Stadfæstet	92	94	118
Tilsidesat	1	0	0
Frafaldet af patient	44	48	73
I alt	137	142	191

Tabellen omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2014, incl. afgørelser truffet af Nævnet før 2014.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin 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 2014 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 45 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. 31 afgørelser er blevet ændret eller hjemvist og 7 afgørelser er frafaldet af klager. Endvidere er 56 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Skema 16

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2012	2013	2014
Stadfæstet	34	27	45
Ændret/hjemvist	31	18	31
Frafaldet	4	4	7
I alt	69	49	83

Tabellen omfatter afgørelser fra Det Psykiatrisk Ankenævn modtaget i 2014, incl. afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn før 2014.

Det bemærkes, at de forholdsvis mange ændrede afgørelser især relaterer sig til Det Psykiatriske Ankenævns nye praksis med hensyn til motivation for hele dosisintervallet af det primære præparat samt det forhold, at der skal gives særskilt information og begrundelse for doser, der overstiger sædvanlig dosering.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Sagsakter og dokumentations krav

Det Psykiatriske Patientklagenævn har konstateret, at det nogle gange ikke har kunnet godkende en tvangsbeslutning efter psykiatriloven. Ikke fordi sygehusets beslutning materielt var forkert, men fordi der var formelle fejl. Nævnet har i flere tilfælde udtalt kritik, herunder af sagsgange på de psykiatriske afdelinger. Endelig har mangelfuld dokumentation ført til, at der har måttet bruges meget tid på nævnsmøderne på at få de nødvendige forhold belyst.

For i videst muligt omfang at begrænse disse situationer, er det nedenfor anført, hvad sygehuset/centret normalt skal sende til nævnet i forbindelse med en klage:

I alle sager:

- Kopi af klagen
- Erklæring fra overlægen, som skal udarbejdes senest fem hverdage fra modtagelsen af klagen
- Kopi af tvangsprotokol for hvert tvangsindgreb
- Kopi af behandlingsplan – normalt indeholdt i journalen
- Navn på patientrådgiver/bistandsværge – men ikke beskikkelsesbrevet med adresseoplysninger
- Kopi af journal i relevant omfang

Herudover:

Tvangsindlæggelse:

- Kopi af indlæggende læges erklæring
- Dokumentation for politiets medvirken
- Dokumentation for efterprøvelse

Tvangstilbageholdelse:

Dokumentation for efterprøvelse

Tvangsmedicinering:

- Dokumentation for motivation, hvoraf det fremgår, at patienten er forklaret behovet for medicinsk behandling og tilbudt frivillig behandling. Motivationen skal være for et bestemt navngivet præparat med angivelse af dosis/dosisinterval. Motivationen skal angive navn og dosis/dosisinterval på et subsidiært præparat, hvis patienten ikke frivilligt tager det primære præparat. Det skal fremgå, at patienten er orienteret om formålet med behandlingen og om virkning og eventuelle bivirkninger ved både det primære og det subsidiære præparat. Der skal normalt motiveres 3 dage i træk - for det subsidiære præparat er en gang dog tilstrækkelig – og beslutningen om tvangsmedicinering skal træffes dagen efter sidste motivation. Det skal begrundes i journalen, hvis motivationsperioden er kortere end 3 dage.
- Hvorvidt patienten tidligere har modtaget det pågældende præparat/antipsykotisk medicin og i bekræftende fald effekten heraf
- Begrundelse i journalen, hvis der vælges tvangsbehandling med depotmedicin
- Begrundelse i journalen hvis en klage ikke tillægges opsættende virkning

Beroligende medicin med tvang:

- Tvangsprotokol for hver enkelt gang, der med tvang gives beroligende medicin
- Dokumentation for præparatets navn og dosis
- Dokumentation for hvilket præparat og hvilken dosis patienten er blevet tilbudt til frivillig indtagelse
- Dokumentation for, hvad patienten ud over den beroligende medicin med tvang har modtaget af beroligende/antipsykotisk medicin i døgnet op til den beroligende medicin med tvang
- Dokumentation for, at personalet forinden har forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet, har forsøgt at tale patienten til ro og har tilbudt patienten frivilligt at tage beroligende medicin, før det blev besluttet at give beroligende medicin med tvang
- Dokumentation for at dosis ligger inden for sædvanlig dosering. Hvis dosis overskrider sædvanlig dosering skal der anføres en særlig begrundelse og det skal dokumenteres at patienten er orienteret herom
- Hvis ovennævnte forsøg på grund af situationen ikke har været muligt, da begrundelse herfor i journalen
- Dokumentation for at der er taget højde for akkumulerede doser – hvis inden for det seneste døgn tidligere er givet det samme præparat
- Dokumentation for at der er taget højde for kombinationsbehandling – hvis der inden for det seneste døgn tidligere er givet andre præparater

Tvangsfiksering:

- Dokumentation for, at personalet inden tvangsfikseringen har forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet, har forsøgt at tale patienten til ro og har tilbudt patienten frivilligt at tage beroligende medicin, før det blev besluttet at tvangsfiksere
- Beskrivelse i journalen af, at der har foreligget fare/forempelse/hærværk
- Ny tvangsbeslutning, hvis patienten har været løsnet i 1 time eller mere, men skal tvangsfikseres igen
- Dokumentation i journalen for, at patienten er tilset mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, tidspunktet for tilsynet og den lægelige vurdering af behovet for fortsat fiksering. Tilsyn, når patienten sover, regnes ikke med
- Dokumentation for, at det er vurderet, at patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, hvis patienten ikke er frihedsberøvet, og hvis fikseringen varer i mere end 5 timer
- Dokumentation for en vurdering umiddelbart efter 48 timer og igen efter 7 dage af en læge fra en anden afdeling. Denne vurdering skal både angå betingelserne for den fortsatte tvangsfiksering og om mindste middels princip er iagttaget
- Særskilt tvangsbeslutning og begrundelse i journal, hvis der foruden bælte er anvendt remme. Der kræves ikke ny tvangsbeslutning, hvis de(n) første rem(me) efterfølgende suppleres med flere remme, men ny tvangsbeslutning, hvis alle anlagte remme har været taget af samtidig og ikke kun helt kortvarigt, og der igen anlægges rem(me)
- Hvis der er anvendt remme: dokumentation i journalen for, at der ved det løbende tilsyn er taget stilling til det fortsatte behov for anvendelse af remme

Når patienten er indlagt, sender nævnet mødeindkaldelse, bilagt materialet fra sygehuset/centret, til patienten c/o sygehuset. Sygehusets/centrets arbejdsgange bør indrettes, så mødeindkaldelsen hurtigst muligt efter modtagelsen udleveres til patienten.

2. Østre Landsrets dom om godtgørelse for tvangsfiksering

Vedhæftet en afgørelse fra Østre Landsret vedrørende godtgørelse for tvangsfiksering.

Sekretariatet har følgende bemærkninger til afgørelsen:

Til nævnsmedlemmer, stedfortrædere og formænd

- a. Erstatning for tvangsfiksering er ikke omfattet af Det Psykiatriske Patientklagenævnets kompetenceområde
- b. Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis med hensyn til tvangsfiksering må ikke påvirkes af denne afgørelse fra Østre Landsret. Det Psykiatriske Patientklagenævn kan/må ikke i sin praksis henvise til denne dom, fordi Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser angår betingelserne for tvangsfiksering, mens dommen angår betingelserne for erstatning.

Med andre ord må Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke i sin vurdering af en tvangsfiksering tillægge det betydning, at en tilsidesættelse kan indebære, at patienten måske kan få erstatning eller det modsatte: at en nævnsgodkendelse kan betyde, at patienten afskæres fra at få erstatning.

Til patientrådgiverne

Derimod kan det ikke udelukkes, at patienten i sin samtale med sin patientrådgiver om en tvangsfiksering, lader det blive udslagsgivende at en tilsidesættelse i Det Psykiatriske Patientklagenævn ved en efterfølgende retssag kan medføre en erstatning.

U.2014.3300Ø

5.000 kr. i godtgørelse for tort i anledning af bæltefiksering foretaget med urette.

(Hovedresumé)

A, der var dømt til psykiatrisk behandling for røveri og grov vold, blev under indlæggelse på retspsykiatrisk afsnit fra den 24. april 2013 kl. 21.05 til den 25. april 2013 kl. 09.15 fikseret med bælte og to fodremme. Det var erkendt, at tvangsfikseringen var foretaget med urette. Landsretten fandt, at en sådan uberettiget fiksering måtte anses for at medføre en så intens fysisk og psykisk lidelse, at den var i strid med Den Europæiske Menneskerettighedskonventions

artikel 3. Landsretten fandt herefter, at Odense Universitetshospital efter princippet i erstatningsansvarslovens § 26

skulle betale godtgørelse til A. Efter indgrebets karakter og tidsmæssige udstrækning fastsatte landsretten skønsmæssigt godtgørelsen til 5.000 kr.

Ø.L.D. 8. juli 2014 i anke 14. afd. B-3862-13

(Bodil Dalgaard Hammer, Lone Kerrn-Jespersen, B. O. Jespersen).

A (adv. Claus Allan Bonnez, Århus, besk.) mod Odense Universitetshospital.

Retten i Odenses dom 27. november 2013, BS 11-1144/2013

Sagens baggrund

Det fremgår af sagens oplysninger, at klager, A, siden den 30. september 2011 har været anbringelsesdømt, indlagt på retspsykiatrisk afsnit P 401, psykiatrisk afdeling, Odense, under diagnoserne Z 04.61 dom til psykiatrisk behandling, F 20.0 paranoid skizofreni samt Z 04.68 anden retslig foranstaltning. Klager er blevet overflyttet fra retspsykiatrisk afdeling, - - -, til retspsykiatrisk afdeling P401 i Odense. Baggrunden for overflyttelsen var, at klager grundet truende og udadreagerende adfærd ikke kunne rummes på retspsykiatrisk afdeling, - - -.

Følgende fremgår af journalnotat for den 24. april 2013 :

». . .Patienten er ca. kl. 20.15 rømmet fra afd. ved at sparke vindue i glasdør ned og løbet fra afd. Forud for dette frustreret og aggressiv. Ligeledes frustreret og aggressiv gennem de sidste uger i svingende grad. Pt. bringes tilbage af politiet ca. kl. 21.00. Da følger patienten roligt med, er i håndjern. Dog ses noget øget psykomotorisk tempo og kon[s]tant vippen med fødderne.

I lyset af hændelserne ifm. flugten vurderes det nødvendigt for at afværge farlighed, at pt. bæltefikseres samt at der lægges 2 fodremme. . . .«

Klager bliver herefter fra den 24. april 2013 kl. 21.05 til den 25. april 2013 kl. 9.15 fikseret med bælte og 2 fodremme.

Det fremgår af lægeerklæringen af 16. maj 2013 fra overlæge O, at klager tidligere har klaget til Patientklagenævnet over at have været bæltefikseret.

Klager har den 1. maj 2013 klaget over at have været tvangsfikseret i ovennævnte periode, og klagen blev behandlet i Patientklagenævnet, der ved afgørelse af 28. maj 2013 udtalte følgende :

»Patientklagenævnet finder, at tvangsfikseringen af dig med bælte fra den 24. april 2013 kl. 21.05 til den 25. april 2013 kl. 9.15 samt fodremme fra den 24. april 2013 kl. 21.05 og til 25. april 2013 kl. 9.15, har været foretaget med urette.« >> 3301 >>

Ved brev af 4. juni 2013 har advokat Claus Bonnez på vegne af klager anmodet om, at sagen indbringes for retten efter kapitel 43 a i retsplejeloven.

Ved en skrivelse af 10. juni 2013 indbragte Patientklagenævnet herefter sagen for retten.

Der har været beskikket advokat for klager under sagens behandling i retten.

Under sagens behandling i retten har advokat Claus Bonnez på vegne af klager nedlagt påstand om størst mulig godtgørelse for tort, jf. retsplejelovens § 469, stk. 6, og henviste til, at erstatningskravet støttes på erstatningsansvarslovens § 26, jf. Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, jf. artikel 13.

Juridisk konsulent, K, har på vegne af Odense Universitetshospital nedlagt påstand om frifindelse, under henvisning til at der ikke er udvist culpa fra hospitalets side.

Under sagens behandling i retten har foreligget Patientklagenævnets afgørelse af 28. maj 2013 og de bilag, som forelå ved Patientklagenævnets afgørelse.

Rettens begrundelse og resultat

På baggrund af sagens oplysninger og efter det af Patientklagenævnet anførte må det lægges til grund, at betingelserne for tvangsfiksering med bælte og fodremme ikke har været opfyldt.

Det må antages, at der ifølge psykiatriloven ikke er hjemmel til at pålægge indklagede erstatningsansvar på rent objektivt grundlag, men kun hvis der er handlet culpøst, det vil sige handlet uagtsomt, udvist forsømmelse eller skødesløshed i forbindelse med tvangstilbælgelse, tvangstilbageholdelse og tvangsfiksering.

Det er oplyst, at klager er dømt til psykiatrisk behandling for røveri og grov vold, og at han har flere tidligere behandlingdomme for personfarlig kriminalitet, ligesom klager er kendt med et mangeårigt kompliceret misbrug. Ifølge lægeerklæringen har klager i ugerne op til tvangsfikseringen været ganske aggressiv, været omkringvandrede og hektisk og flygtede den 24. april 2013 fra afdelingen ved at sparke et vindue i en glasdør ud. Da patienten bringes tilbage til afdelingen, beskrives han som psykomotorisk meget urolig og med konstant vippen med fødderne og vurderes flugtfarlig, hvorfor klager tvangsfikseres i 12 timer og 10 minutter.

På baggrund af oplysningerne om klagers adfærd forud for tvangsfikseringen finder retten ikke grundlag for at bebrejde overlægen, at han på dette grundlag traf beslutning om at tvangsfiksere klager. Da der således ikke er udvist noget forhold, der kan pådrage indklagede erstatningsansvar over for klager, frifindes Odense Universitetshospital for den nedlagte erstatningspåstand.

Thi kendes for ret

Odense Universitetshospital frifindes.

Statskassen skal betale sagens omkostninger.

Østre Landsrets dom

Odense Rets dom af 27. november 2013 (- - -) er anket af A med principal påstand om hjemvisning, subsidiært at indstævnte, Odense Universitetshospital, tilpligtes at betale ham 100.000 kr. eller et beløb fastsat efter rettens skøn med procesrente fra kravets fremsættelse.

Odense Universitetshospital har påstået stadfæstelse.

Odense Universitetshospital afgav under byrettens behandling af sagen i retsmøde den 11. november 2013 proceserklæring om, at den omhandlede tvangsfiksering af A er foretaget med urette.

Forklaring

Der er i landsretten afgivet forklaring af overlæge O. Han har forklaret, at han ikke var i afdelingen, da fikseringen fandt sted. Det fremgår af journalen, at personalet forsøgte at kontakte ham telefonisk. Om morgenen den 25. april 2013 kl. 9.15 talte han med A. Han har været bæltefikseret flere gange. I ugerne op til fikseringen er der beskrevet uro, og der er tale om en patient, der er kendt med grov vold. Efter hans opfattelse er der udøvet et fornuftigt skøn i forbindelse med fikseringen, idet der en halv time inden fikseringen var tale om en meget voldsom adfærd. Han besluttede at løsne bæltet om morgenen kl. 9.15, da A under deres samtale var rolig. Han har ikke set A om natten. En bæltefiksering på 12 timer, der strækker sig over natten, er efter hans opfattelse ikke indgribende. Han kan ikke forestille sig, at en anden foranstaltning kunne have været anvendt. Fodremmen blev anlagt, idet man så kan anlægge mavebæltet løsere. Der har været fast vagt under fikseringen, og der har været foretaget tre læge vurderinger i løbet af natten. A er nu overflyttet til en anden afdeling på grund af slagsmål med medpatienter.

Procedure

A har til støtte for hjemvisningspåstanden anført, at byretten ikke har taget stilling til anbringendet om, at fikseringen udgør en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3. Han har krav på behandling i to instanser af dette spørgsmål.

Til støtte for betalingspåstanden har A anført, at det er fastslået ved Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse af 28. maj 2013, at fikseringen var ulovlig, hvilket også er ubestridt under sagen. Ved fikseringen er der sket en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, jf. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols dom af 29. maj 2012, Julin, præmis 127, og Østre Landsrets dom af 4. juni 2014 i sagen B-1871-11 (U 2014.3045 Ø). Der skal derfor betales godtgørelse. Der skal ikke foretages en bedømmelse af, om der er udvist culpa.

Subsidiært gøres det gældende, at der skal betales godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26.

Odense Universitetshospital har anført, at det forhold, at byretten ikke har taget A's anbringende om artikel 3 >> 3302 >> til følge, ikke bevirker, at der ved byrettens dom er begået fejl, hvorfor der ikke er grundlag for hjemvisning.

Den afgivne bindende proceserklæring om, at fikseringen var ulovlig, bevirker ikke i sig selv, at der er grundlag for godtgørelse. Der er alene grundlag for at tilkende godtgørelse, hvis A har været udsat for en retsstridig krænkelse af sin frihed, fred, ære eller person, og hvis der fra hospitalets side er udvist culpa. Ved vurderingen skal der tages hensyn til, at det skøn, der udøves i forbindelse med en fiksering, er vanskeligt, og at fikseringen er sket af sikkerhedsmæssige grunde.

Der er ikke ved fikseringen sket en krænkelse af artikel 3, ligesom der heller ikke i øvrigt er grundlag for at tilkende godtgørelse efter denne bestemmelse.

Landsrettens begrundelse og resultat

Der er intet grundlag for at tage påstanden om hjemvisning til følge.

A har været fikseret med bælte og 2 fodremme i 12 timer og 10 minutter fra den 24. april 2013 kl. 21.05 til den 25. april 2013 kl. 9.15.

Odense Universitetshospital har ved en procesklæring accepteret, at denne fiksering er foretaget med urette.

Landsretten finder, at en sådan uberettiget fiksering må anses for at medføre en så intens fysisk og psykisk lidelse, at den er i strid med Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, jf. herved præmis 127 i Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols dom af 29. maj 2012 i sagerne 16563/08, 40841/08, 8192/10 og 18656/10, Julin.

Landsretten finder herefter, at Odense Universitetshospital efter princippet i erstatningsansvarslovens § 26 skal betale godtgørelse til A. Efter indgrebs karakter og tidsmæssige udstrækning fastsætter landsretten skønsmæssigt godtgørelsen til 5.000 kr. Beløbet tillægges procesrente af 4.800 kr. fra den 10. juli 2013, 1 måned efter at sagen blev indbragt for byretten, og af 200 kr. fra den 11. december 2013, 1 måned efter at A forhøjede sin påstand, jf. erstatningsansvarslovens § 16, stk. 2, jf. stk. 1.

Thi kendes for ret

Odense Universitetshospital skal til A betale 5.000 kr. med procesrente af 4.800 kr. fra den 10. juli 2013 og af 200 kr. fra den 11. december 2013.

Ingen af parterne betaler sagsomkostninger til den anden part eller til statskassen.

Det idømte skal betales inden 14 dage efter denne doms afsigelse.

3. Patientrådgivermøder



Den 12. december 2013

Til alle nævnsmedlemmer og stedfortrædere
Til alle patientrådgivere
Til alle formænd og sagsbehandlere

I perioden fra den 28. oktober til den 11. november 2013 har der som bekendt været afholdt informationsmøder i alle syv PKN afdelinger i hele landet samt på Bornholm.

Jeg takker de fremmødte nævnsmedlemmer, stedfortrædere, patientrådgivere, bistandsværger samt formænd og sagsbehandlere for aktiv deltagelse og mange gode spørgsmål og bemærkninger.

PKN afdelingerne og sekretariatet vil meget gerne høre jeres kommentarer - både når de er konstruktivt kritisk og rosende. Så I må endelig give lyd fra jer, når der er ting I sætter pris på, og når I har gode forslag til forbedringer - hvor kan nævnet blive mere effektivt uden, at det koster mere og uden, at det går ud over kvaliteten i afgørelserne.

Som oplyst på møderne er der to hoved indsatsområder:

1. 2014 skulle gerne blive året, hvor patientrådgivernes fremmødeprocent i nævnsmøderne skulle blive væsentlig forbedret i de områder, hvor fremmødeprocenter er under 80. Det drejer sig om Syddanmark, Sjælland, og Midtjylland.

En fremmøde procent på over 85 må anses som meget tilfredsstillende, men målet er, at fremmødeprocenterne kommer til at ligge på niveau med PKN afdeling København, hvor fremmødeprocenterne har ligget omkring 92-93.

Fremmøde procenterne for den enkelte patientrådgiver/bistandsværge vil ikke blive offentliggjort, men fremmødeprocenten for det enkelte sygehus/psykiatriske center vil blive offentliggjort i vores årsberetning.

Patientrådgiverne i København har oparbejdet en praksis, hvor man i tilfælde af kortvarig sygdom, ferie eller uforudset fravær, får en af sine medpatientrådgivere på hospitalet til at "tage" nævnsmødet. En gensidig ordning, hvor man både giver og tager.

En anden årsag til den høje fremmødeprocent i PKN afdeling København kan måske ligge i det forhold, at patientrådgivere straks efter, at sags materialet er modtaget fra hospitalerne, og der er udarbejdet dagsorden, får tilsendt en e-mail med oplysning om det kommende nævnsmøde, mødested, mødetidspunkt og patient. Selvom posten skulle blive forsinket, ved patientrådgiveren besked med det kommende nævnsmøde og kan nå at tilrettelægge mødedagen. Flere patientrådgivere har over for mig udtrykt tilfredshed med at faste mødedage også kunne medvirke til en højere fremmødeprocent.

Den 12. december 2013

I bestræbelserne på at øge fremmødeprocenterne vil der også blive fulgt op på mødefravær uden afbud.

Det kan oplyses, at fremmødestatistikken for patientrådgivere i årsberetningerne vil blive opbygget med oplysninger om:

- Hvorvidt patientrådgiveren har meldt afbud inden nævnsmødet
- Om patientrådgiveren har givet en begrundelse for sit fravær

Som noget nyt anmodes alle patientrådgivere hermed om hver den 1. juli og den 1. januar at oplyse, hvor mange nye beskikkelser man har haft i det foregående halvår. Ordningen træder i kraft fra den 1. januar 2014, og I vil således den 1. juli 2014 blive bedt om oplysning om første halvår af 2014. Husk derfor venligst at notere alle beskikkelser – også selvom det drejer sig om en patient, hvor I er blevet beskikket flere gange, men altså alene nye beskikkelser efter 1. januar 2014.

Endelig er det min erfaring, at færre patientrådgivere giver en bedre fremmødeprocent end, hvis der er for mange patientrådgivere tilknyttet de enkelte hospitaler. Når en patientrådgiver ophører med sit hverv, er det derfor ikke uden videre givet, at den pågældende erstattes af en ny. Jeg er parat til at acceptere, at de resterende patientrådgivere erklærer sig rede til at løfte de givne opgaver, så længe hospitalerne ikke klager over, at de resterende patientrådgivere alle frasiger sig nye beskikkelser. De tilbageværende patientrådgivere vil derfor blive spurgt, om de mener, at de sammen kan løfte opgaverne, idet der jo i sagens natur bliver mere at lave, når der er én patientrådgiver færre på holdet.

2. Vores andet indsatsområde er, at der skal være retsenhed i riget. Det vil sige, at ens tilfælde skal behandles og afgøres på samme måde i hele landet.

Via faste månedlige interne møder for hele landet og via møder i en intern fagportalgruppe, vil sekretariatet søge at sikre en ensartet praksis, men denne indsats kan ikke stå alene.

De enkelte nævnsmedlemmer og stedfortrædere skal også være med i indsatsen.

Sekretariatet vil løbende indsamle retsafgørelser og ikke mindst afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn. Afgørelserne vil blive udsendt til alle nævnsmedlemmer og stedfortrædere med et kort resume og eventuelle bemærkninger. Forventningen er, at nævnet på den måde altid er ajour med den praksis, der udstikkes fra retternes og Ankenævnets side.

Jeg vil benytte lejligheden til at takke for et godt samarbejde i årets løb og ønske god jul og godt nytår.

Med venlig hilsen



Henning Lund-Sørensen

Til patientrådgiverne vedlægges en navneliste over øvrige patientrådgivere ved samme hospital.

4. Patientrådgiver- og bistandsværge møder



Til Regionernes Psykiatridelinger
Til samtlige psykiatriske hospitaler, psykiatriske sygehuse
og de psykiatriske centre
Til samtlige patientrådgivere og bistandsværger

17. november 2014

I februar i år skrev jeg angående kontaktfora mellem Regionerne, hospitalerne, patientrådgiverne, bistandsværgerne og Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Efter at have deltaget i flere slags møder er det min klare opfattelse, at der er et udbredt ønske om, at der etableres faste fora, hvor generelle og ikke mindst konkrete sager og problemstillinger kan drøftes.

**Det Psykiatriske
Patientklagenævn**

Det opleves, at der både på regionalt niveau, på hospitalsplan og hos den enkelte patientrådgiver og bistandsværge er et ønske om et lokalt forankret informations- samtale og debat forum.

Statsforvaltningen
Storatorv 10
6200 Aabenraa

Bistandsværger har gjort opmærksom på, at min opfordring til, at der i regi af politidirektørerne blev etableret et bistandsværgemøde, ikke har vundet gehør hos politiet. Der har således ikke været afholdt et eneste bistandsværgemøde. Løsningen kunne i stedet være, at bistandsværgerne blev indtænkt i ordningen med patientrådgivermøderne.

JOURNAL NR.: 2014-270/38
SAGSBEHANDLER:
DIREKTE TELEFON:

Telefon: 7256 6880
EAN-Nr. 5798000362222
find mail-adressen på
www.statsforvaltningen.dk/mail
www.statsforvaltningen.dk

Jeg har været til patientrådgivermøde både i Jylland og på Sjælland, hvor bistandsværgerne blev inviteret med – og de deltog.

EKSPEDITIONS- OG TELEFONTIDER
findes på
www.statsforvaltningen.dk/tider

På den anden side må jeg også konstatere, at store samlede årsmøder ikke har været efterlyst. Når det kommer til stykket, begrænser antallet af mødedeltagere den spontane dialog, og det ender gerne med, at det er de samme fem- seks mødedeltagere, der fører åben dialog med hinanden. Man kan i den forbindelse tilføje, at det er erfaringen, at stort anlagte årsmøder meget hurtigt taber momentum, går ned i ambitionsniveau og hurtigt må acceptere en stor nedgang i antallet af mødedeltagere. Forhold, der ikke med samme styrke gør sig gældende, når det drejer sig om patientrådgivermøder, hvor dagsordenen er mere konkret.

Ud fra en samlet vurdering, vil Statsforvaltningen derfor lægge op til, at der som udgangspunkt for hvert hospital afholdes et patient – og bistandsværgemøde én gang om året med repræsentanter fra regionen, fra det pågælden-

de hospital/center, fra patientrådgivere og bistandsværger samt én lokal nævnsformand og sekretariatet.

Der er skabt en tradition for, at det er det enkelte hospital, der indkalder til patient- og bistandsværgemøder.

Statsforvaltningen vil meget stærkt opfordre til, at hvert enkelt hospital/center fra 2015 følger op på denne opfordring.

Hvis et enkelt hospital/center ikke mener at have kapacitet til at påtage sig denne opgave, vil Statsforvaltningen i givet fald forhøre sig om behovet for et møde og på den baggrund tage skridt til, at der indkaldes til et møde for patientrådgivere, der er tilknyttet dette hospital samt relevante bistandsværger.

Det gælder for bistandsværger, at de ikke er tilknyttet et bestemt hospital, og det foreslås derfor, at der inviteres bredt til alle bistandsværger i den politikreds, hvor hospitalet er beliggende.

Liste over relevante bistandsværger vedlægges.

Dagsordenen for mødet bør i hvertfald altid indeholde følgende punkter:

- ✓ Orientering fra hospitalet
- ✓ Orientering fra patientrådgiverne – herunder samarbejdet med hospitalet og PKN
- ✓ Orientering fra bistandsværgerne – herunder samarbejdet med hospitalet og PKN
- ✓ Orientering fra det lokale Patientklagenævn og sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn

"Orientering" skal forstås bredt, så det både kan dreje sig om forslag, spørgsmål, tilkendegivelser og meddelelser m.v.

Med venlig hilsen


Henning Lund-Sørensen

5. Oversigt over krav til tvangsbehandling og beroligende medicin med tvang

23. juli 2014

Kære formænd, nævnsmedlemmer og stedfortrædere

Det Psykiatriske Ankenævn har ændret to af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser med henvisning til at afgørelserne, som Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indeholdt oplysninger om at dosis skulle gives af flere gange.

Afgørelserne følger sig til en række stramninger, som Det Psykiatriske Ankenævn har foretaget, men de to oven nævnte afgørelser indebærer, at Det Psykiatriske Patientklagenævn – og ikke mindst de lægelige nævnsmedlemmer og stedfortrædere – inden et nævnsmøde nøje må have sikret sig, at tvangsbeslutningen følger de retningslinjer, som udstikkes i pro.medicin – herunder også om dosis skal fordeles på flere gange.

Det bemærkes, at Det Psykiatriske Patientklagenævn er retligt forpligtet til at følge den kurs, som udstikkes af ankemyndigheden.

Hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn eller enkeltmedlemmer helt undtagelsesvist i en konkret sag vil fravige den praksis, som er fastlagt af Det Psykiatriske Ankenævn, skal der gives en konkret begrundelse, der også forholder sig til, hvorfor man i det konkrete tilfælde vil fravige den af Det Psykiatriske Ankenævn fastlagte praksis.

Der kan her være anledning til at give en kort oversigt over de krav, der stilles til motivering og beslutningen om at **tvangsbehandle**:

A. Med hensyn til det primære præparat:

1. Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul.
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 dosis/dosisinterval, der motiveres for og det præparat og den dosis/dosisinterval, der træffes beslutning om
4. Der skal motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.
5. Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.
6. Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin 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.
7. Der skal motiveres helt op til beslutningsdagen.



8. Og fremover skal tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

B. Med hensyn til det subsidiære præparat:

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

Det Psykiatriske Ankenævn har ligeledes skærpet praksis med hensyn til indgivelse af **beroligende medicin med tvang**.

Der stilles krav om:

1. At patienten er meget urolig jf. psykiatrilovens § 17, stk. 2
2. At mindste middels princippet jf. psykiatrilovens § 4 er iagttaget:
 - a. ved at patienten forinden er tilbudt medicin til frivillig indtagelse og
 - b. ved at personalet forinden forgæves har forsøgt at skærme patienten og
 - c. ved at personalet forinden forgæves har forsøgt at tale patienten til ro.
3. At den tilbudte medicin for så vidt angår præparat og dosis skal være identisk med den givne medicin med hensyn til præparat og dosis – dog accepteres, at der tilbydes tablet, men at præparatet gives som injektion.
4. Dosis skal som udgangspunkt ligge inden for sædvanlig dosering, medmindre der konkret i journalen er anført, hvorfor dosis er højere end sædvanlig dosering.
5. Fastlæggelse af "sædvanlig dosering" afhænger af hvad der tidligere er givet patienten (akkumulerede doser) og af om der gives forskellige præparater på samme tid (kombinationsbehandling). En kombinationsbehandling forudsætter, at der journalføres en begrundelse for denne behandling med flere præparater.
 - Ex. Inj. Stesolid 10 mg er ikke sædvanlig dosis, hvis der kort forinden er givet 30. mg Stesolid som p.n. og 200 mg Seroquel, som engangsordination.
 - Ex. Kombinationen af inj. Zeldox 20. mg og Stesolid 20. mg er ikke sædvanlig dosering. I dette tilfælde skal der i journalen gives både en begrundelse for anvendelse af høje doser Zeldox og Stesolid.

Ikke mindst sidstnævnte skærpelse af praksis indebærer at Det Psykiatriske Patientklagenævn – og ikke mindst de lægelige nævnsmedlemmer og stedfortrædere – inden nævnsmødet nøje må overveje, når der foreligger akkumulerede doser (ex. flere gange beroligende medicin i løbet af ét døgn) eller kombinationsbehandling.

Også her gælder det at Det Psykiatriske Patientklagenævn er retligt forpligtet til at følge den praksis, som Det Psykiatriske Ankenævn har udstukket, og en fravigelse heraf må forudsætte en konkret begrundelse, der også forholder sig til hvorfor nævnet/enkelte nævnsmedlemmer i det konkrete til fælde helt undtagelsesvist vil fravige den af Det Psykiatriske Ankenævn fastlagte praksis.

Hermed god sommerferie og velkommen tilbage til arbejdet



Henning Lund-Sørensen

6. Statsforvaltningens hørings svar om udkast til revision af psykiatriloven



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att.: Chefkonsulent Susanne Beck Petersen
Holbergsgade 6
1057 København K

28-08-2014

Statsforvaltningen har den 11. juli 2014 modtaget Ministeriet for Sundhed – og Forebyggelses høringsbrev vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Statsforvaltningens besvarelse er opdelt i tre dele:

Del I: De overordnede ændringer, som udkastet lægger op til.

Del II: Andre overordnede problemstillinger.

Del III: Specifikke problemstillinger, der også kunne indgå i ministeriets overvejelser i den efterfølgende revision af de tilhørende bekendtgørelser.

Ad I : De overordnede ændringer, som udkastet lægger op til.

Udkastet til lovændringer angår efter sit indhold 1. præcisering af mindreåriges retsstilling, 2. ny formålsbestemmelse, 3. forhåndstilkendegivelser, 4. skærpede kriterier for tvangsfiksering, 5. skærpede kriterier for tvangsbehandling, 6. revision af bestemmelserne om tvungen opfølgning efter udskrivning, 7. revision af bestemmelserne om oppegående tvangsfiksering, og 8. ændring af kriterierne i § 19 a for undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.

i. Ad 1. Præcisering af mindreåriges retsstilling

Statsforvaltningen kan tilslutte sig de foreslåede ændringer, der bringer retstilstanden for mindreårige psykisk syge patienter i overensstemmelse med andre retsområder, hvor børn og unges udvikling og modenhed tillægges udslagsgivende betydning.

Dertil kommer, at udkastet tager højde for de meget væsentlige og substantielle bemærkninger, som professor Helle Bødker Madsen har fremsat i sin "Psykiatritret" side 34-46, Jurist- og Økonomforbundets forlag 2013.

Direktion

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

JOURNAL NR.: 2014-270/30
SAGSBEHANDLER: HELUSO
DIREKTE TELEFON:

Telefon: 7256 6880
EAN-Nr. 5798000362222
find mail-adressen på
www.statsforvaltningen.dk/mail
www.statsforvaltningen.dk

EKSPEDITIONS- OG TELEFONTIDER
findes på
www.statsforvaltningen.dk/tider

ii. Ad 2. Ny formålsbestemmelse

Den nye formålsbestemmelse angår det vigtige skisma mellem på den ene side : sikring af omsorg for patienten, og på den anden side: sikring af patientens selvstændighed.

Modsætningen mellem disse synspunkter opleves størst i forbindelse med påtænkt tvangsbehandling, hvis en patient kategorisk nægter at modtage konventionel medicin. Da formålsbestemmelsen ikke indeholder materielle rettigheder for patienterne – heller ikke undtagelsesvis – vil denne problemstilling ikke indgå i Det Psykiatriske Patientklagenævns bedømmelsesgrundlag og giver derfor heller ikke anledning til yderligere bemærkninger fra Statsforvaltningens side.

iii. Ad 3. Forhåndstilkendegivelser

Problemstillingen ligger principielt uden for Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområde og giver derfor ikke anledning til bemærkninger, se dog nedenfor under pkt. III, 7.

iv. Ad 4. Skærpede kriterier for tvangsfiksering

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i sin praksis fulgt op på denne og tidligere regerings tilkendegivelser om nedbringelse af antallet af tvangsfikseringer. Som led i denne hensigtserklæring har Det Psykiatriske Patientklagenævn skærpet sin fortolkning af de givne bestemmelser i psykiatriloven om tvangsfiksering, således at det ikke anses som tilstrækkeligt, at hospitalet i journalen har oplyst, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, at patienten forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller at patienten øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkender således kun en tvangsfiksering, hvis hospitalet fyldestgørende har beskrevet, på hvilken måde patienten er til fare, er til ulempe eller øver hærværk, og det dermed er dokumenteret, at der er tale om en konkret, aktuel og påviselig fare, forulempelse eller ødelæggelse.

Den i udkastet foreslåede skærpelse, hvor der sondres mellem en kortvarig tvangsfiksering i nogle få timer og en længerevarende tvangsfiksering, som varer i mere end nogle få timer, må anses som et væsentligt tiltag i bestræbelserne på at få nedbragt især de langvarige tvangsfikseringer, og Statsforvaltningen kan derfor tilslutte sig forslaget om skærpede kriterier.

v. Ad 5. Skærpede kriterier for tvangsbehandling

Det forhold, at behandlingerne fremover skal ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledninger vedrørende behandling med antipsykotisk medicin, anser Statsforvaltningen som en kodificering af den gældende retstilstand.

Statsforvaltningen anser det samtidig for et klart fremskridt, at der nu indføres lovkrav jf. § 12, stk. 4, om, at "der skal tages stilling til, om der kan tilbydes andre tiltag, som alternativ til den behandling patienten ikke samtykker til..."

I dag er det kun de bedste journaloptegnelser og lægeerklæringer, hvor alternativ medicinsk behandling bliver beskrevet i journalen med vurdering og oplysninger om patientens reaktion.

vi. Ad 6. Revision af bestemmelserne om tvungen opfølgning efter udskrivning

I bemærkningerne til lovudkastet, s. 37 nederst, oplyses det om iværksættelse af en ny tvungen opfølgning efter udskrivning efter en tidligere tvungen opfølgning på 12 måneder, "at det ligger implicit i bestemmelsen om tvungen opfølgning efter udskrivning, at der ikke er krav om tre nye indlæggelser for patienter, der har været under tvungen opfølgning efter udskrivning."

Statsforvaltningen må medgive, at det ikke er den praksis, der har været fulgt i Det Psykiatriske Patientklagenævn, når det gælder tvungen opfølgning, der skal udstrækkes ud over 12 måneder.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har henholdt sig til Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9857 af 20. januar 2011, hvor der i næstsidste afsnit i punkt 8. udtrykkeligt er anført, at "det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at patienten forud for den nye aktuelle tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, udover de øvrige kriterier, skal have været tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt minimum tre gange inden for tre år siden (vores fremhævelse) afslutningen af sidste opfølgning."

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i sin praksis endvidere støttet sig til lovbemærkningerne til det tidligere lovforslag om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvor det er anført, at "det er vigtigt, at patienter ikke længerevarende skal kunne fastholdes i tvangsbehandling. Der ønskes således ikke et permanent indgreb i den personli-

ge frihed for denne gruppe af psykiatriske patienter. Da der er tale om opfølgning på en indlæggelse, foreslås det derfor, at tvungen opfølgning tidsbegrænses til 12 måneder. Dermed forhindres det, at der kan blive tale om at fastholde patienten i et meget langvarigt tvangsbehandlingsforløb. Der vil således efter lovforslaget først på ny kunne etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis patienten **igen** (vores fremhævelse) opfylder betingelserne herfor."

Senere i samme lovbemærkninger hedder det, at "da der er tale om opfølgning på en indlæggelse, kan en patient maksimalt være i tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder. Dette absolutte loft over, hvor lang tid patienten kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, forhindrer, at der kan blive tale om at fastholde patienten i en tvangsbehandling igennem meget lang tid."

Det Psykiatriske Patientklagenævn har således lagt vægt på tilkendegivelsen om, at tvungen opfølgning efter udskrivning er en tidsmæssigt meget begrænset ordning, der kun kan forlænges ud over den absolutte grænse på 12 måneder, hvis alle betingelser på ny er opfyldt.

- vii. Ad 7. revision af bestemmelserne om oppegående tvangsfiksering

De reviderede bestemmelser giver ikke Statsforvaltningen anledning til bemærkninger.

- viii. Ad 8. Ændring af kriterierne i § 19 a for undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.

Da bestemmelsen ikke er omfattet af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområde, giver udkastet ikke Statsforvaltningen anledning til bemærkninger.

Ad. II Andre overordnede problemstillinger

Statsforvaltningen har i henvendelse af 18. januar 2013 til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet ministeriet om stillingtagen til fortolkning af psykiatrilovens § 10, stk. 3, vedrørende patienter, der tilbageholdes på 24 timers reglen.

Det er Statsforvaltningens opfattelse, at de psykiatriske patientklagenævn i 1989 som 1. instans overtog de opgaver, som domstolene hidtil havde varetaget. Ifølge Kommentaren til Psykiatriloven: "Tvang i Psykiatrien" af Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen, Jurist – og Økonom Forbundets Forlag 1991, side 79, kan en patient, der mod

sin protest er blevet tvangstilbageholdt på afdelingen i en venteperiode, få lovligheden af denne venteperiode prøvet efter retsplejelovens kapitel 43 a, idet tilbageholdelsen må antages at udgøre en frihedsberøvelse.

I kommentaren siges det videre: "En tilbageholdelse i venteperioden støtter sig ikke på betingelserne i § 5, men på lovens ordning i § 10, der har indrømmet overlægen den deri angivne betænkningstid. En efterprøvelse vil derfor i første række omfatte en vurdering af, om det må anses for rimeligt, at overlægen har anvendt en betænkningstid af den pågældende varighed inden for 24-timers-fristen."

Statsforvaltningen har anset det som en lapsus, at psykiatrilovens § 35, der fastlægger Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområde, ikke direkte nævner, at Det Psykiatriske Patientklagenævn også kan tage stilling til ovennævnte situation.

Statsforvaltningen er dog enig med Folketingets Ombudsmand i, at § 35 ikke kan underkastes en udvidende fortolkning.

Da problemstillingen ikke er ukendt i dagligdagen, bør der via klar lovhjemmel skabes grundlag for, at Det Psykiatriske Patientklagenævn også kan tage stilling til denne problemstilling med ankemulighed til domstolene.

Statsforvaltningen har i flere sager oplevet, at patienter klager over forhold, der tidsmæssigt er foregået for mange år siden.

Disse klager giver anledning til store praktiske og bedømmelsesmæssige problemer.

Den pågældende afdeling er måske nedlagt – den pågældende overlæge er ikke på afdelingen mere og de tilhørende journalark er kasseret – i bedste fald mangelfulde.

Det er således forbundet med en uforholdsmæssig stor ressourceanvendelse at fremskaffe lægeerklæring og journalark. Dertil kommer, at det fremfundne dokumentmateriale ofte er ufuldstændigt som bedømmelsesgrundlag.

På den baggrund anser Statsforvaltningen det for hensigtsmæssigt, at der også for klager til Det Psykiatriske Patientklagenævn indføres en klagefrist.

- o Ministeriet opfordres til nærmere at undersøge anvendelsen af psykiatrilovens § 18 d om personlig skærmning.

Det Psykiatriske Ankenævn har i overensstemmelse med lovbemærkningerne til bestemmelsen anlagt en meget restriktiv fortolkningspraksis, der indebærer, at Det Psykiatriske Patientklagenævn stort set ikke er kompetent i denne sagstype.

Det er uhensigtsmæssigt både for patienten og patientrådgiveren, at de efter lovens bogstav tror, at de har en klageadgang til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som der reelt ikke er.

Den tidligere inspektionschef hos Folketingets Ombudsmand, Lennart Frandsen, gav ved flere lejligheder udtryk for, at den foreliggende praksis afskar patienten fra de retsgarantier, der ligger i beskikkelse af en patientrådgiver og klageadgang til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ad III Specifikke problemstillinger, der også kunne indgå i ministeriets overvejelser i den efterfølgende revision af de tilhørende bekendtgørelser

- Ministeriet opfordres til at overveje i bekendtgørelsen at indsætte bestemmelse om, "at et tilsyn af en tvangsfikseret patient ikke skal gennemføres, mens patienten sover, men udskydes til umiddelbart efter at patienten er vågnet."

I samme forbindelse ville det være formålstjenligt, hvis ministeriet i bekendtgørelsen uddybede den nye § 14, stk. 2, om, at tvangsfiksering kun må anvendes "kortvarigt" – herunder fortolkning af bestemmelsen når det drejer sig om sovende patienter.

- Ministeriet opfordres til eksplicit i bekendtgørelsen at anføre lovbemærkningerne om, at "tvangsfiksering som udgangspunkt ikke anvendes over for mindreårige" jf. lovbemærkninger side 15, 3 afsnit.
- Statsforvaltningen vil anmode ministeriet om at genoverveje reglen i bekg. nr. 1341 af 2. december 2010 "om patientrådgivere" § 13, stk. 3, om patientrådgiverens aktindsigtsadgang.

Reglen kunne med fordel suppleres med en undtagelse, når det drejer sig om patientrådgiverens aktindsigtsadgang i klagesager til Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at patientrådgiveren i klagesager skal modtage de samme sagsakter, som patienten får tilsendt til mødet i Det psykiatriske Pa-

SIDE 6

tientklagenævn, medmindre patienten direkte modsætter sig en sådan aktindsigt for patientrådgiveren.

Det er ikke hensigtsmæssigt, at patientrådgiveren holder formøde med patienten uden på forhånd at have de dokumenter, som behandles i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

- o Ministeriet opfordres til at revurdere bestemmelsen i ovennævnte bekendtgørelses § 3 i.f., hvorefter der skal beskikkes en patientrådgiver, "medmindre disse patienter i forvejen har en bistandsværge".

Den gældende ordning indebærer, at patienter, der i forvejen har en bistandsværge, er ringere stillet end en patient, der får en patientrådgiver, idet en patient med en bistandsværge kun har krav på besøg efter behov, mens en patient med en patientrådgiver har krav på besøg mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Dertil kommer, at en patientrådgiver er forpligtet til "så vidt muligt", at deltage i møder i Det Psykiatriske Patientklagenævn, mens bistandsværger ikke er underkastet en tilsvarende forpligtelse.

Dertil kommer, at rådgivning om klagemuligheder inden for det psykiatriske system, forudsætter en særlig viden, som især patientrådgiverne er i besiddelse af.

- o Ministeriet kunne overveje, om det i bekendtgørelsen klart skal tilkendegives, om Det Psykiatriske Patientklagenævn har beføjelser til at foretage en prøvelse af hospitalets vurdering af, om en ung patient har den fornødne modenhed og kapacitet til at forstå og tage stilling til tvangsbehandling o.l.
- o Det må konstateres, at Det Psykiatriske Patientklagenævn jævnligt påtaler forhold eller fremsætter kritik af formelle forhold omkring hospitalets efterlevelse af gældende regler.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i sin seneste årsberetning skrevet et afsnit om disse påtaler og kritikpunkter for på den måde at identificere og i hospitalernes forbedringsbestræbelser at eliminere de fremgangsmåder, der giver anledning til påtale eller kritik.

SIDE 7

Imidlertid må det konstateres, at Det Psykiatriske Patientklagenævn i sin forretningsorden – bekendtgørelse 1339 af 2. december 2010 – ikke har direkte kompetence til at udtale kritik.

Ministeriet opfordres til at overveje om Det Psykiatriske Patientklagenævn skal fortsætte sin hidtidige praksis på dette område, og derfor bør udstyres med en direkte lovhjemmel for sin praksis, eller om Det Psykiatriske Patientklagenævn skal ophøre med denne praksis. Konkret kunne der peges på, om en manglende forhåndstilkendegivelse jf. § 4, stk. 4, i udkastet skal udløse kritik fra Det Psykiatriske Patientklagenævn eller ej.

- I bekendtgørelsen om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævne kunne det desuden overvejes i § 6, stk. 1, at indføje ordet "journalark", idet disse altid indhentes, som følge af Det Psykiatriske Ankenævns praksis, hvor disse papirer altid skal indgå i ankesagen.
- Ifølge bemærkningerne til udkastet pkt. 25 vedrørende indsættelse af en ny § 21 a stk. 2, om indberetning til Sundhedsstyrelsen med henblik på tilsynstiltag fra Sundhedsstyrelsen (side 48, 4. sidste afsnit), vil Sundhedsstyrelsen herefter vurdere, om der skal iværksættes tilsynstiltag over for den pågældende afdeling.

Statsforvaltningen ser gerne, at Sundhedsstyrelsen bliver tjenstlig forpligtet til i anonymiseret form at orientere Det Psykiatriske Patientklagenævn om sådanne eventuelle tiltag.

- Ministeriet opfordres til at overveje at stramme op på eksisterende lovbemærkninger omkring fortolkningen af psykiatrilovens § 4 a, hvor det er anført, at udtrykket "snarest" indebærer, at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på hospitalet.

I lovbemærkninger er nævnt en situation, hvor en patient indlægges om natten. Her kan overlægens godkendelse afvente, at overlægen møder på arbejde på hospitalet den følgende dag.

I praksis giver bestemmelsen anledning til usikkerhed, hvor tvangsindgrebet foretages lige før en ferie, hvor overlægen først møder ind flere dage efter, eksempelvis en tvangsindlæggelse umiddelbart før påske, hvor overlægen først møder på hospitalet igen tirsdagen efter påske.

- o Ministeriet opfordres til at overveje, om en patientrådgiver skal være tjenstlig forpligtet til at deltage i Det Psykiatriske Patientklagenævnets møder, der behandler klager over tvangsforanstaltninger foregået på et tidligere hospital inden for regionen.

Mange patienter oplever i et indlæggelsesforløb at blive flyttet fra et hospital til et andet hospital. Hvis patienten ønsker at klage over tvangsansværelsen på det første hospital, og patienten ikke er genstand for tvangsforanstaltninger på det andet hospital, får patienten ingen patientrådgiver på det andet hospital, hvor patienten nu befinder sig. I den situation ville det være formålstjenligt, hvis patientrådgiveren fra det første hospital var forpligtet til at deltage i Det Psykiatriske Patientklagenævnets møde, som afholdes på det hospital, hvor patienten nu er indlagt, hvis dette hospital ligger inden for Regionen.

Hvis hospitalet ligger uden for Regionen, bør det andet hospital i denne situation være forpligtet til at beskikke en ad hoc patientrådgiver.

- o Ministeriet opfordres til at overveje, at det i nævnets forretningsorden – bekendtgørelse 1339 af 2. december 2010 – præciseres, hvilke retsvirkninger der knytter sig til § 14, stk. 1, hvorefter "Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelser kan gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette."

På baggrund af en konkret sag, hvor en patient anbragt i henhold til dom på Sikringsafdelingen Nykøbing Sjælland, finder Det Psykiatriske Patientklagenævn, at det kunne overvejes at foretage en tilføjelse til Psykiatrilovens § 18 a. En patient har i tre år været døraflåst på nær de perioder, hvor han har været tvangsfikseret med bælte. Sikringsafdelingen betragter således døraflåsning, dvs. udelukkelse fra fællesskab, som en slags "normaltilstand" for denne patient.

Psykiatrilovens § 18 a, indeholder ikke bestemmelser om faste revurderinger, eller at en læge udefra skal foretage vurdering efter et vist tidsrum for patienter, der er udelukket fra fællesskabet, sådan som det er tilfældet ved tvangsfiskering, hvor der efter 48 timer skal foretages en ekstern vurdering af den fortsatte anvendelse af tvangsfiksering.

For almindeligt indsatte fanger, der udsættes for udelukkelse for fællesskabet (døråflåsning), gælder straffuldbyrdelseslovens § 63.

Det fremgår af straffuldbyrdelsesloven § 63, stk. 8, at udelukkelse fra fællesskab straks skal bringes til ophør, når betingelserne herfor ikke længere er opfyldt, og at institutionen mindst en gang om ugen skal overveje spørgsmålet om helt eller delvis at bringe udelukkelsen fra fællesskab til ophør, samt at det af straffuldbyrdelsesloven § 63, stk. 9, fremgår, at udelukkelse fra fællesskab ikke må overstige tre måneder. Direktoratet for Kriminalforsorgen kan dog træffe afgørelse om udelukkelse fra fællesskab i mere end tre måneder, såfremt der foreligger helt særlige omstændigheder.

For således ikke at stille patienter, indlagt på Sikringsafdelingen i henhold til dom, ringere end indsatte, kunne det overvejes, at der i Psykiatrilovens § 18 a blev indsat et stk. 5, der skulle henvise til, at straffuldbyrdelseslovens § 63 også finder anvendelse for patienter, der får aflåst deres stue efter psykiatrilovens § 18 a med den undtagelse, at det er Folketingets Ombudsmand eller en anden myndighed, der træffer afgørelse om udelukkelse, når der er forløbet mere end tre måneder.

P.S.V.



Helle Haxgart
direktør



/ Henning Lund-Sørensen
kommitteret

SIDE 10

7. Udtalelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn om psykiatrilovens § 5.

Udtalelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn :

4. marts 2014

Psykiatrien i Region Syddanmark har anmodet om en udtalelse, om Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis vedrørende psykiatrilovens § 5.

I den foreliggende sag fandt det psykiatriske hospital, at patienten opfyldte de diagnostiske kriterier til paranoid psykose med persekutoriske vrangforestillinger af overvejende hypokonder karakter. Patienten havde efter hospitalets opfattelse et behandlingsbehov. Uden behandling ville patientens helbredsmæssigt være truet, idet patientens funktionsniveau var faldende. Der var derfor indledt motivationsfase med henblik på opstart af tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke den fortsatte tvangstilbageholdelse med den begrundelse, at patienten nu havde fået det så meget bedre, at frihedsberøvelsen kunne ophæves. Nævnet fandt ikke, at patienten på mødetidspunktet var sindssyg eller i en tilstand, der ganske kunne sidestilles med sindssyge. Nævnet fandt, at patienten under nævnsmødet virkede samlet, velorienteret i tid og sted og svarede relevant på alle spørgsmål. Patienten havde ikke agiteret adfærd og havde ikke et voldsomt talepres.

Afgørelsen er ikke i overensstemmelse med Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis på området.

Når hospitalet anfører, at en patient er sindssyg, er der hermed en formodning for, at patienten er sindssyg. Der skal herefter stærke argumenter til for at imødegå denne vurdering. Det er dog en forudsætning, at hospitalet er fremkommet med iagttagelser, der underbygger vurderingen i kraft af journaloptegnelser om patientens adfærd og/eller udtalelser og/eller mangel på samme. Hospitalet har bevisbyrden, og er den ikke løftet, må nævnet nå frem til, at det ikke kan anses for godtgjort, at patienten er sindssyg. Det bemærkes, at det hører til sjældenhederne, at hospitalet ikke har løftet sin bevisbyrde, fordi psykosevurderingen altid vil være ledsaget af oplysninger om en række forhold, der understøtter denne vurdering.

Det Psykiatriske Patientklagenævn foretager derimod en tilbundsgående prøvelse af, om det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve en patient med henblik på behandling på grund af betydelig og afgørende bedring eller fare jvf psykiatrilovens § 5 litra 1 og 2.

Det Psykiatriske Patientklagenævn foretager også en tilbundsgående prøvelse af, om der foreligger en tilstand, der ganske kan sidestilles med sindssygdom. Der skal foreligge, hvad man kan kalde en fuldstændig tilstandsanalogi, ofte kendetegnet ved at den foreliggende tilstand ikke lader sig skelne fra sindssygdom. Der anlægges en meget streng fortolkningspraksis for at undgå en begrebsglidning.

Henning Lund-Sørensen

Kommitteret, chef for sekretariatet

Afsnit III: Principielle afgørelser

A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

Vedr. de afgørelser en patient kan klage til byretten over, såsom afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen.

A) Nævnets kompetence

Klager over forhold på afdelingen og over patientrådgiver

Patienten havde i klagen angivet en række øvrige klagepunkter, blandt andet over forhold på afdelingen. Patientklagenævnet bemærkede hertil i afgørelsen, at nævnet alene har kompetence til at behandle klager over tvang i psykiatrien, som er nævnt i lovens § 35. Nævnet kan således ikke behandle klager over forholdene i afdelingen. Sådanne klager skal indgives til sygehusledelsen.

Patienten havde desuden klaget over, at patientrådgiveren ikke var mødt 24 timer efter, at patienten havde anmodet herom.

Nævnet oplyste, at det fremgår af bekendtgørelse om patientrådgivere, § 12, stk. 1, at en patientrådgiver snarest muligt efter beskikkelsen skal besøge patienten og til stadighed skal holde sig i forbindelse med patienten. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Så længe tvangsindgrebet består skal besøg herefter finde sted mindst en gang om ugen og i øvrigt efter behov.

Det er således alene første besøg, der skal aflægges inden 24 timer.

Nævnets kompetence i forhold til tvangstilbageholdelse – 24 timers reglen i § 10, stk. 3

I denne sag var patienten frivilligt indlagt, hvorefter patienten fremsatte et udskrivningsønske.

På nævnmødet forklarede patienten, at have fremsat et udskrivningsønske og præciserede, at ville henrette hele menneskeheden, såfremt det Psykiatriske Center ikke ville lukke patienten ud. Patienten oplyste endvidere på nævnmødet, at udskrivningsønsket ikke blev efterkommet, og overlægen således ikke tog stilling til udskrivningsønsket inden for 24 timers – fristen. Der var således gået mere end de tilladt 24 timer fra patientens udskrivningsanmodning til patienten havde fået en tilbagemelding. Pati-

enten mente derfor, at have været tvangstilbageholdt på et ulovligt grundlag i henhold til psykiatriloven § 10, stk. 3.

Patientklagenævnet afviste klagen over, at patienten skulle være tvangstilbageholdt i tidsrummet fra udskrivningsønsket blev fremsat, til overlægen traf afgørelse om tvangstilbageholdelse, idet en tvangstilbageholdelse efter 24 timers reglen ikke er omfattet af nævnets kompetenceområde jf. psykiatrilovens § 35, der præcist fastlægger nævnets kompetence område. Det kan oplyses, at spørgsmålet om denne tilbageholdelse skal forelægges ved retten efter retsplejeloven kap. 43 a.

B) Hvad forstås ved en frivillig indlæggelse

I denne sag lagde nævnet til grund, at en patient var frivilligt indlagt fra den 29. maj 2014. Der blev lagt vægt på notat fra indlæggende læge, hvoraf følgende bl.a. fremgår:

“... at man har anset [patienten] for at være frivilligt indlagt, og at alle patienter inden indlæggelse på den pågældende afdeling informeres om, at de vil være at betragte som indlagte.”

I relation til vurderingen af, hvorvidt en indlæggelse kan anses for at være frivillig skal det bemærkes, at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke jfr. kap. 5 i sundhedsloven.

Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundheds-personalets side.

Der anses at være tale om frivillighed, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke, hvorimod en patients passivitet over for en foranstaltning ikke udgør et tilstrækkeligt informeret samtykke til at iværksætte en foranstaltning på et frivilligt grundlag.

Nævnet fandt, at patienten måtte betragtes som frivillig indlagt.

C) Hvad skal forstås som et udskrivningsønske

Når en patient allerede fra indlæggelsens start havde tilkendegivet, at indlæggelsen var grundlovsstridig, måtte dette efter Nævnets opfattelse tolkes som et udskrivningsønske. Overlægen burde derfor inden 24 timer derefter have taget stilling til, om patienten skulle tvangstilbageholdes. Nævnet fandt dog ikke den manglende beslutning herom kan medføre, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig, henset til, at patienten i forvejen var tvangsindlagt, og frihedsberøvelsen løbende er blevet revurderet som foreskrevet.

Resultatet blev, at nævnet udtalte kritik af, at overlægen ikke havde truffet beslutning om tvangstilbageholdelse.

Afgørelse stadfæstet ved byrettens dom.

D) Betingelserne for indlæggelse

1. Indlæggelsespapirerne kunne ikke fremskaffes!

I denne sag, var de røde indlæggelsespapirer (indlæggelse på farlighedsindikation) alene gengivet i journalen.

Nævnet noterede sig, at det ikke havde været muligt at finde de røde papirer, hverken på hospitalet eller hos politiet.

Nævnet bemærkede, at da det ikke er muligt at konstatere, hvornår lægeerklæringen var udfærdiget, og om denne var baseret på lægens egen undersøgelse med henblik på indlæggelse, fandt Nævnet, at der herved var svigtet en væsentlig retssikkerhedsgaranti, hvilket medførte, at indlæggelsen måtte anses for ugyldig, hvorved de øvrige indgreb der var blevet foretaget, også blev tilsidesat.

Nævnet henviste desuden til, at det efter § 7, stk. 3, fremgår, at såfremt indlæggelse sker i henhold til § 5, stk. 2, (farlighedsindikation), skal lægens undersøgelse være foretaget inden for det seneste døgn (inden indlæggelsen).

2. Beskrivelse af patienten som psykotisk

Patientklagenævnet fandt, at tvangsindlæggelse af en patient var foretaget med urette, da det af journaloplysningerne om patientens tilstand, fremgik at patienten ved indlæggelsen og det seneste døgn i afsnittet var observeret "psykotisk". Patientklagenævnet fandt det således ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 5 for tvangsindlæggelse var opfyldt.

E) Materielle betingelser, for fortsat indlæggelse: 1. krav om overlægens stillingstagen jf. psykiatrilovens § 4a og 2. revurderinger

1. Overlægens stillingstagen

I denne sag blev tvangstilbageholdelsen af en patient godkendt, men anset for ulovlig i en periode.

Efter § 4a i psykiatriloven kan en tvangstilbageholdelse ved overlægens fravær foretages af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen dog efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen. Ifølge bemærkningerne til lovforslagets § 4a indebærer udtrykket "snarest", at overlægen skal tage stilling til beslutningen hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på sygehuset. Der forelå i den konkrete sag ikke oplysninger om, at overlægen havde været forhindret i at godkende tvangstilbageholdelsen, og Nævnet fandt således, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig fra den 15. maj 2014 til den 18. maj 2014, hvor overlægen godkendte revurderingen på 3. dagen.

2. Konsekvensen af for sen revurdering

En frihedsberøvelse skal efter psykiatrilovens § 21, stk. 2, vurderes efter 3, 10, 20 og 30 dage og herefter mindst hver 4. uge.

Frihedsberøvelsen blev iværksat den 12. xx måned 2014 og blev revurderet og opretholdt på 3. dagen den 15. xx måned 2014. Frihedsberøvelsen skulle have været revurderet på 10. dagen den 22. xx måned 2014. Dette skete imidlertid ikke, og i stedet valgte Det Psykiatriske Center den 29. xx måned 2014 at ophæve tvangstilbageholdelsen og samme dag at iværksætte ny tvangstilbageholdelse. Det fremgik dog af journalnotat for den 22. xx måned 2014, at patienten var blevet lægeligt vurderet og fundet psykotisk med læderet realitetstestning.

Det var Nævnets opfattelse, at beslutningen om tvangstilbageholdelse af patienten den 12. xx måned 2014 fortsat var gældende, og at beslutningen om at iværksætte en ny tvangstilbageholdelse den 29. xx måned 2014 derfor var uden retsvirkning. Patientklagenævnet begrundede dette med, at betingelserne for tvangstilbageholdelsen den 12. xx måned 2014 fortsat var opfyldt ved ophævelsen af denne tvangstilbageholdelse. Beslutningen af 29. xx måned 2014 måtte derfor antages at bero på en retsvildfarelse, og såvel ophævelsen den 29. xx måned 2014 af tvangstilbageholdelsen, såvel som den nye beslutning om tvangstilbageholdelse den 29. xx måned 2014 var således begge uden retsvirkning.

På grund af retsvildfarelsen havde Det Psykiatriske Center den 29. xx måned 2014 startet forfra med at revurdere frihedsberøvelsen efter psykiatrilovens § 21, stk. 2. Rettelig skulle revurderingen være foretaget med udgangspunkt i tvangstilbageholdelsen iværksat den 12. xx måned 2014. Denne fejl medførte, at tvangstilbageholdelsen havde været ulovlig i perioden fra den 22. xx måned 2014 og indtil den 29. xx måned 2014 og fra den 11. xx+1 måned 2014 og indtil den 17. xx + 1 måned 2014

Døraflåsning, tilsidesættelse heraf, da der ikke var foretaget en konkret og aktuel vurdering af patientens farlighed.

I sagen havde en patient anbragt på Sikringsafdelingen gennem længere tid været bæltefikseret, og når patienten ikke var bæltefikseret, var døren til patientstuen aflåst.

Af overlæge erklæringen fremgik det, at patienten lige siden sin ankomst til Sikringsafdelingen havde været isoleret i form af døraflåsning, og dette tvangsindgreb kun havde været afbrudt, når det havde været nødvendigt at tvangsfiksere patienten med bælte. Det fremgik endvidere, at selvom patienten ikke var observeret psykotisk på Sikringsafdelingen, blev det vurderet, at patienten vedvarende var farlig på grund af sin meget svære personlighedsforstyrrelse, samt at patienten ved enhver given lejlighed ville udfordre afdelingens rammer, hvorfor det var for farligt, at have patienten i et fællesskab, jf. Psykiatrilovens § 18 a, 3 stk. 1.

Psykiatrilovens § 18 a giver mulighed for aflåsning af patientstuer af behandlings- og sikkerhedsmæssige årsager i forhold til konkrete patienter indlagt på Sikringsafdelingen. Aflåsningen kan foretages med henblik på at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af en patient, eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Endvidere kan aflåsning anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Aflåsning af patientstue efter § 18 a skal tilføres afdelingens tvangsprotokol 5 om aflåsning af patientens stuedør. Sikringsafdelingen i Region Sjælland er den eneste psykiatriske afdeling i landet, der kan skærme patienter på et så højt niveau, at døren til patientstuen kan aflåses.

Nævnet tilsidesatte døraflåsning. Nævnet bemærkede, at det fremgik af tvangsprotokolskemaet, at patientens dør var blevet aflåst på grund af farlighed 3 tilfælde i efteråret 2013, men at det bortset fra et enkeltstående tilfælde, ikke specifikt ved de pågældende dage fremgik af journaloplysningerne, at der efter endt bæltefiksering var taget stilling til, om patienten fortsat var farlig på en måde der bevirkede, at patientens dør til patientstuen skulle være aflåst.

Nævnet henviste til, at Peter Scharff Smith i "The Effect of Solitary Confinement on Prison Inmates" havde forsket i, at isolation kan have alvorlige skadesvirkninger – og så efter kort tid.

Henset til at patienten i mere end 2½ år havde været udelukket fra fællesskabet med andre indsatte, bemærkede nævnet, at der muligvis kan være en god begrundelse for dette indgreb.

Over for hensynet til patientens adgang til fællesskab, stod det modsatrettede hensyn til at de personer patienten omgikkes, ikke skulle udsættes for unødigt fare. Begge hensyn var væsentlige. Der kunne være gode grunde til at udelukke patienten fra fællesskabet, men henset til indgrebets intensitet og varighed bemærkede nævnet, at dette måtte kræve en begrundelse, der beskriver såvel en aktuel, konkret og påviselig fare for medpatienter og personale, såfremt der skulle ske døraflåsning.

Nævnet bemærkede endvidere, at en beslutning om udelukkelse jævnligt bør genovervejes, jf. en analogi til straffuldbyrdelsesloven § 63, stk. 9, og psykiatrilovens § 21, stk. 1.

Sagen er påklaget.

2. Tvangsfiksering

Tvangsfiksering er ikke en behandlingsform

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at det var nødvendigt at opretholde en bæltefiksering af en patient for at afværge, at patienten eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde været på toilettet to gange uden problemer og en henvisning til et voldsomt forløb i almenpsykiatrien kunne ikke anses for at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 1, nr. 2.

Nævnet bemærkede, at der i tvivlstilfælde kan henvises til tidligere bæltefikseringsepisoder, men der skal foreligge konkrete, aktuelle og påviselige forhold, der tilsiger at bæltefikseringen iværksættes. Det var efter nævnets vurdering ikke dokumenteret i den konkrete sag.

Det forhold, at patienten var bagatelliserende omkring hændelsesforløbet til den tidligere bæltefiksering kunne heller ikke opfylde psykiatrilovens betingelser for tvangsfiksering.

Nævnet tog direkte afstand fra reservelægens udsagn om "at bæltefiksering som udgangspunkt er et behandlingstiltag". En tvangsfiksering er efter nævnets opfattelse ikke en behandlingsform.

Nævnet godkendte således ikke tvangsfikseringen med bælte samt hånd – og fodremme.

Midler til tvangsfiksering - Ulovligt at anvende gaffatape

Nævnet kunne ikke godkende en tvangsfiksering med gaffatape på håndled, idet det fremgår af psykiatrilovens § 14, stk. 1, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, håndremme og fodremme samt handsker. Der er tale om en udtømmende opregning. Allerede derfor, var det ulovligt at anvende gaffatape. Nævnet udtalte kritik.

§ 14, stk. 2 – krav om aktuel, konkret og påviselig fare

Nævnet fandt det ikke dokumenteret, at det var nødvendigt at bæltefikser en patient i henhold til psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Det forhold, at patienten var vred over tvangsindlæggelsen, og prøvede at vriste sig fri af politiets greb, samt at patienten var "verbalt truende" overfor lægen, fandt nævnet ikke dokumenteret, at der forelå en aktuel, konkret og påviselig fare.

Nævnet fandt således, at tvangsfiksering med bælte var foretaget med urette.

En tvangsfiksering foretaget på farekriteriet må forudsætte, at der har været tale om en aktuel, konkret og påviselig fare for andre eller for patienten selv. Efter nævnets opfattelse fandtes det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at patienten var til sådan fare for

sig selv eller for andre. Det fremgik således alene, at patienten var voldsomt opkørt, højtråbende og truende, samt at patienten var i en affekttilstand, der kunne sidestilles med sindssyge.

Det var således ikke nærmere beskrevet, hvorledes patienten var truende og udgjorde en fare for andre.

Nævnet fandt således, at tvangsfikseringen med bælte var blevet foretaget med urette.

Nævnet fandt, at betingelserne for at iværksætte en fiksering af patienten efter psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, ikke havde været til stede.

Nævnet lagde afgørende vægt på, overlægens udtalelser om, at denne var enig med patienten i, at tvangsfiksering ikke burde have været fundet sted.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ikke i journalmaterialet var beskrevet en konkret, påviselig og aktuel fare i forbindelse med fikseringen af patienten, ligesom det af lægeerklæringen fremgik, at personalet – muligvis på grund af en tidligere oplevelse med patienten – blev utrygge, og at det var dette forhold, der resulterede i bæltefikseringen.

Nævnet godkendte således ikke tvangsfikseringen med bælte.

Nævnet fandt efter en konkret vurdering ikke, at det var godtgjort, at patienten opfyldte betingelserne for tvangsfiksering på tidspunktet for iværksættelsen.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke var beskrevet en adfærd, der udgjorde en konkret, aktuel og påviselig fare, som kunne begrunde, at tvangsfiksering var nødvendig, herunder var det ikke nærmere beskrevet i lægejournalen på hvilken måde, patienten var truende, og på hvilken måde patienten gik tæt på personalet.

Nævnet fandt heller ikke, at det forhold, at patienten som beskrevet i bæltefikseringsjournalen, kl. 03.00 kom ud på gangen med sine arme hævet og et bælte i hænderne – patienten blev dog afbrudt -, samt at patienten svingede et glas vand efter den faste vagt, kastede med vådt toiletpapir, smurte stuen ind i creme og tandpasta, ligesom stuens gulv var dækket af vand, og at patienten fortsat ikke kunne overholde skærmningen, dokumenterede, at patienten udsatte sig selv eller andre for at lide nærliggende skade på legeme eller helbred, da der kl. 05.00 blev truffet beslutning om tvangsfiksering.

Nævnet godkendte således ikke tvangsfiksering med bælte og håndremme.

Tvangsfiksering skal være nødvendig

Nævnet fandt, at det ikke var nødvendigt at bæltefikserer efter psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Nævnet lagde herved vægt på, at det ikke var en læge som besluttede at bæltefikser patienten, jf. psykiatrilovens § 15, stk. 1.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten lå helt roligt på sengen, da personalet kom ind på stuen og valgte at bæltefikser.

Nævnet godkendte således ikke tvangsfiksering med bælte.

§ 14, stk. 2 – kan fiksering foretages som en forebyggende foranstaltning i forhold til mulig selvskadende adfærd?

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at tvangsfiksere en patient med bælte og fodrem.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var svært suicidaltruet og havde ødelagt en kuglepen med henblik på selvskadende adfærd. Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten var svært impulsstyret og at patienten udtrykte ønske om selvskadende adfærd samt om at ville sucidere. Samtidig fandt nævnet efter en konkret vurdering, at fikseringen opfyldte mindste middel princippet, idet nævnet lagde vægt på, at skærmmning og beroligende medicin i situationen ikke ville være tilstrækkeligt til at forhindre patientens selvskadende adfærd.

Nævnet godkendte således tvangsfikseringen.

Tvangsfiksering accepteret for udøvelse af hærværk

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at tvangsfiksere en patient med bælte, fod – og håndrem.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var svært manisk og udviste voldsomt affektudbrud, hvor patienten udøvede hærværk i stort omfang på afdelingen, herunder smadrede møbler og andet inventar, rev loftsplader ned, slog pudset af væggene, og slog kant af betonbjælke i loftet. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten var voldsom i en sådan grad, at personalet ikke kunne komme i nærheden, og måtte tilkalde politiet, der måtte pacificere patienten og bistod ved fikseringen.

Endvidere fandt nævnet, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det fandtes godtgjort, at det i den voldsomme situation ikke var muligt at skærme patienten, give beroligende medicin eller forsøge at tale patienten til ro.

Nævnet godkendte således tvangsfikseringen.

Tvangsfiksering accepteret grundet angreb på personale

Nævnet lagde vægt på, at patienten var tydeligt vred og kom med trusler på livet og andre vrede udtalelser. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten pludselig rejste sig fra sengen, råbte op og sparkede voldsom ud tæt på personalet. Nævnet lagde hertil vægt på, at patienten i lignende situationer efterfølgende var gået til angreb på personalet med stor voldsomhed.

Nævnet vurderede, at mindste middels princippet var opfyldt, da det i situationen - på grund af patientens ophidsede tilstand - ikke gav mening at tilbyde et beroligende middel til frivillig indtagelse, idet der skulle reageres hurtigt af hensyn til personalets sikkerhed.

Nævnet godkendte således tvangsfiksering med bælte og fodrem.

Udstrækningen af perioden for tvangsfiksering

Eksempel 1:

Nævnet godkendte en tvangsfiksering med bælte og en fodrem, men godkendte ikke udstrækningen af fikseringen.

Det forhold, at det flere gange blev beskrevet, at patienten ikke forstod, hvorfor denne blev lagt i bælte, fandt nævnet ikke kunne begrunde en opretholdelse af fikseringen, når patienten samtidig blev beskrevet rolig, samarbejdede blandt andet omkring medicin. Nævnet fandt endvidere, at lægens vurdering af, at patienten fortsat måtte anses for at være til fare for andre, ikke kunne tillægges afgørende vægt, når dette ikke i bæltetilsynsnotaterne var støttet af aktuelle iagttagelser omkring patientens adfærd.

Nævnet fandt det således ikke dokumenteret, at patienten fortsat var til nærliggende fare for andre.

Eksempel 2:

Nævnet godkendte en tvangsfiksering med bælte, men godkendte ikke udstrækningen af fikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at det ifølge journalnotatet fremgik, at patienten hurtigt faldt til ro og sov efter en halv time. Da patienten blev vækket til aftensmad, fremtrådte patienten rolig og smilende. Senere samme aften blev patienten beskrevet som rolig og fattet, og accepterede afslag på rygning uden problemer.

Selvom lægen ved bæltetilsynet beskrev, at patienten var forpint og hørehallucineret, herunder hørte stemmer, der opfordrede patienten til at gøre skade på sig selv og an-

dre, fandt nævnet det ikke tilstrækkelig dokumenteret eller sandsynliggjort, at patienten fortsat var til fare for sig selv eller andre.

Tvangsfiksering som led i behandling af legemlig lidelse

Eksempel 1:

Nævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte det skøn, som overlægen på somatisk sygehus og overlægen på psykiatrisk afdeling anlagde ved vurderingen af patientens tilstand for iværksættelse af tvangsfiksering med bælte og remme.

Nævnet lagde hertil vægt på, at patienten havde taget en overdosis af paracetamol, og at det var af vital betydning for patientens liv, at medicinsk behandling blev iværksat.

Nævnet fandt dog, at udstrækningen af fikseringen blev foretaget med urette, idet der hverken efter den medicinske behandlings ophør eller under transporten til Regionspsykiatrien, forelå oplysninger om eller dokumentation for, at patienten skulle være til fare for sig selv.

Eksempel 2:

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at bæltefikserer for at afværge, at patienten var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde taget en overdosis af paracetamol, og at det var af vital betydning for liv og helbred, at medicinsk behandling blev iværksat.

Endvidere fandt nævnet, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde i den forbindelse lagt vægt på, at personalet på psykiatrisk afdeling forgæves havde forsøgt at overtale patienten til overflytning til somatisk afdeling med henblik på behandling, samt at lægerne på somatisk afdeling efter overflytningen ligeledes havde forsøgt at overtale patienten til frivillig behandling, inden patienten blev fikseret.

Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte ikke havde varet i længere tid end nødvendigt. Nævnet havde lagt vægt på, at der var grundlag for at opretholde fikseringen til ophør af den somatiske behandling, da behandlingen havde vital betydning for patientens helbred, og da der var stor risiko for, at patienten ville obstruere behandlingen. Nævnet havde for så vidt angik opretholdelse af fikseringen under transporten tilbage til psykiatrisk afdeling lagt vægt på, at patienten tidligere havde vredet sig ud af bæltet og forsøgt at forlade afdelingen.

Nævnet godkendte således tvangsfiksering med bælte.

Anvendelse af remme – skal overlæge godkendes og særskilt begrundes

Nævnet godkendte beslutningen om tvangsfiksering med bælte og udstrækningen heraf, men tilsidesatte at der foruden bælte havde været anvendt remme.

Nævnet lagde afgørende vægt på, at der ved beslutningen om anlæggelse af remme var tale om en overlægekompetence, og at overlægen hverken i protokollen eller i journalen havde godkendt iværksættelsen af anlæggelsen. Hertil kom, at det ikke fremgik af journalen om der både var anlagt hånd- og fodremme og i hvilket tidsrum, ligesom det ikke kunne ses, hvornår fikseringen med remme var ophørt.

Nævnet godkendte således ikke, at der foruden bælte havde været anvendt fod – eller håndrem.

Må der anvendes remme ved beskyttelsesfiksering?

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at beskyttelsesfikserer en patient med stofbælte for at hindre, at patienten utilsigtet udsatte sig selv for væsentlig fare, jf. psykiatrilovens § 18, stk. 1.

Nævnet lagde vægt på, at det drejede sig om en 80-årig patient, der var konfus og desorienteret, svært urolig og havde faldtendens. Endvidere var patienten dehydreret, og der opstartedes væsketerapi. Patienten kunne komme til at skade sig selv i denne delirøse tilstand.

Nævnet fandt, at beskyttelsesfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning og lagde i den forbindelse lagt vægt på, at patienten ikke kunne beskyttes mod fald på anden måde. Patienten havde endvidere frivilligt taget peroralt 1 g Pinex samt 400 mg Ibumetin, 5 mg smelt Zyprexa og 5 mg injektion Stesolid.

Nævnet fandt imidlertid, at anlæggelsen af håndremme var foretaget med urette, da denne ikke har hjemmel i psykiatriloven i forbindelse med beskyttelsesfiksering, og godkendte derfor ikke, at der ud over stofbælte også blev anlagt håndremme. Nævnet tog til efterretning, at overlægen var bekendt hermed, og i lægeerklæringen havde oplyst, at man burde have skiftet beskyttelsesfikseringen over til en tvangsfiksering, da patienten ikke kunne samarbejde omkring væsketerapien og blev ved med at rive ud efter kanylen i blodåren. Man derfor valgte at anlægge to håndremme.

Nævnet godkendte således beskyttelsesfikseringen med stodbælte, men godkendte ikke, at der foruden stofbælte blev anvendt håndremme.

Dom afsagt den 25. november 2014 ved retten i Viborg

Nævnet traf den 5. september 2014 afgørelse, hvor nævnet godkendte to tvangsfikseringer med bælte, og at der foruden bælte havde været anvendt hånd – og fodremme. Nævnet godkendte dog ikke den seneste af fikseringernes tidsmæssige udstrækning, idet nævnet fandt, at fikseringen burde have været ophævet tidligere.

Patienten klagede til retten i Viborg over begge tvangsfikseringer.

Nævnets afgørelse blev stadfæstet af retten i Viborg ved dom af den 25. november 2014.

Retten lagde vægt på, at det fremgik af journaloptegnelserne, at patienten over de senere dage var blevet tiltagende psykotisk, og ville ikke tage medicin, ligesom patienten var verbal truende. Truslerne var rettet mod personalet og personalets familier. Overlægen og en sosu-assistent havde begge i forbindelse med sagens behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn forklaret nærmere om de trusler, som patienten fremkom med, herunder at patienten truede med at slå alle på gangen ihjel, ligesom patienten konkret truede personalet.

På denne baggrund, og i øvrigt af de grunde, som var anført i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, godkendte retten, at der fandt tvangsfiksering sted, og at der udover anvendelse af bælte også havde været anvendt hånd- og fodremme.

Af de grunde der var anført i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, tiltrådte retten nævnets vurdering om, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen, der blev påbegyndt den 8. juni 2014, ikke kunne godkendes, idet fikseringen burde have været ophørt senest den 11. juni 2014, hvorfor fikseringen efter dette tidspunkt ikke var lovlig, mens den øvrige del af fikseringerne var lovlige.

3. Tvungen opfølgning efter udskrivning

Nævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 d for tvungen opfølgning efter udskrivning var opfyldt.

Nævnet havde på baggrund af patientens aktuelle indlæggelse og patientens tidligere indlæggelsesforløb vurderet, at der var en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning ville ophøre med at følge den behandling, der var nødvendig for patientens helbred.

Nævnet lagde i den konkrete sag til grund, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst tre gange, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde havde undladt at følge den behandling, der var anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, idet patienten ikke havde efterlevet en udskrivningsaftale, at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt, at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men havde undladt at følge den ordinerede medicinske behandling, idet patienten ikke ønskede kontakt med disse.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde hertil vægt på, at der var en stor risiko for, at patienten ville ophøre med den medicinske behandling, og at patientens

psykotiske tilstand dermed ville forværres, hvis patienten ikke fik et pålæg om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, efter at patienten var blevet udskrevet.

Nævnet godkendte således at der kunne ske tvungen opfølgning i indtil 3 måneder efter udskrivning.

Henviſning til OP-team var ikke en tvangsforanstaltning om tvungen opfølgning

I denne sag blev en patients klage over tvungen opfølgning afvist af nævnet, idet der ikke var truffet beslutning om tvungen opfølgning i medfør af psykiatrilovens § 13d. Det forhold, at patienten efter det oplyste var henvist til opsøgende psykoseteam efter udskrivelse med henblik på fortsat ambulante opfølgning, og at patienten stadig havde kontakt med det opsøgende psykoseteam, var ikke en tvangsforanstaltning.

Yderligere forlængelse af tvungen opfølgning

Nævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 d for fortsat tvungen opfølgning efter udskrivning var opfyldt.

Nævnet vurderede, at der aktuelt fortsat var en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ville ophøre med at følge den behandling, der var nødvendig for patientens helbred, såfremt beslutningen om tvungen opfølgning ikke blev forlænget.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten før den oprindelige beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning havde et genindlæggelsesmønster, der var kendetegnet ved hyppige tvangsindlæggelser som følge af medicinsvigt, trods det at patienten var tilknyttet et opsøgende psykoseteam. Dette kunne imidlertid ikke fastholde patienten i den antipsykotiske behandling, idet patienten ikke ønskede kontakt med det opsøgende psykoseteam.

Videre lagde nævnet vægt på, at patienten ved de gentagne indlæggelser var tiltagende svært psykotisk med vrangforestillinger, havde giftfrygt og havde oplevelse af, at der var rotter i sin lejlighed, og var svært forpint af sin tilstand.

Nævnet lagde vægt på, at patienten i forbindelse med tidligere indlæggelser havde fået det bedre ved medicinsk behandling, og at det havde været nødvendigt at behandle patienten med tvang, da patienten ikke havde haft en erkendelse af, at patienten havde et behandlingsbehov.

Patientklagenævnet fandt, at overlægens beslutning om forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning med yderligere tre måneder, opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde hertil vægt på, at den anvendte medicinske

behandling havde haft en gavnlig effekt på patientens tilstand og at behandlingen ikke havde været forbundet med uforholdsvist store bivirkninger.

Nævnet godkendte således at den tvungne opfølgning efter udskrivning blev forlænget yderligere i op til 3 måneder.

Tvungen opfølgning konkret godkendt på trods af formelle fejl

Nævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 d for fortsat tvungen opfølgning efter udskrivning var opfyldt.

Nævnet vurderede, at der aktuelt fortsat var en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ville ophøre med at følge den behandling, der var nødvendig for patientens helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten før beslutningen om tvungen opfølgning havde et genindlæggelsesmønster, der var kendetegnet ved hyppige tvangsindlæggelser på baggrund af medicinsvigt. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten i forbindelse med tidligere indlæggelser havde fået det bedre ved medicinsk behandling. Efter udskrivning havde patienten været tilknyttet opsøgende psykoseteam, der havde forsøgt at motivere patienten til at indtage den nødvendige medicinske behandling for at undgå, at patienten skulle blive mere psykotisk. Patienten stoppede med den medicinske behandling, hvorefter det efter relativt kort tid på ny var nødvendigt at genindlægge patienten.

Patientklagenævnet fandt, at beslutningen om fortsat tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet vurderede, at den anvendte medicinske behandling havde haft en gavnlig effekt på patientens tilstand og ikke havde været forbundet med uforholdsmæssige store bivirkninger, se psykiatrilovens § 13 til § 15.

Nævnet kontrollerede, om overlægen i rimelig tid inden udløbet af den aktuelle tvungne opfølgning havde underrettet patienten om beslutningen om, at forlænge den tvungne opfølgning.

Nævnet henledte i den forbindelse opmærksomheden på § 17 i bekendtgørelsen om anvendelse af anden tvang i psykiatrien end frihedsberøvelse. Heraf fremgår, at sygehuset skal underrette patienten om forlængelsen af den tvungne opfølgning i rimelig tid og senest én uge inden udløbet af den aktuelle tvungne opfølgning. Dette var imidlertid ikke sket, idet forlængelsesbeslutningen blev truffet tre dage før udløbet af den tidligere beslutning.

Nævnet godkendte alligevel overlægens beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning kunne forlænges i yderligere tre måneder.

Nævnet bemærkede dog, at overlægen ikke havde overholdt ugefristen med hensyn til meddelelse af beslutning om forlængelse i bekendtgørelsens § 17.

Nævnet påpegede tillige, at der burde have været udfyldt tvangsprotokolskema vedrørende forlængelse af den tvungne opfølgning.

Nævnets afgørelse blev stadfæstet ved byrettens dom af den 21. juli 2014.

4. Tvangsbehandling

Tvangsbehandling må i henhold til psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 10, jf. § 5, kun anvendes, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må side-stilles hermed. Sindssygdom (psykose) er en samlebetegnelse for en række forskellig-artede indgribende psykisk abnorme tilstande, kendetegnet ved en ændring i realitets-vurderingen, en forandring i patientens muligheder for at opleve og vurdere sin om-verden og sig selv, sin tilstand og handlinger i overensstemmelse med virkeligheden. Man er ikke i stand til at teste sandhedsværdien af ens tanker, følelser og forestillin-ger. Dette realitetstab kan vise sig i symptomer som hallucinationer, paranoid tænk-ning, bevidsthedsforstyrrelser eller ændret stemningsleje.

Som eksempler på sindssygdomme kan nævnes skizofreni, mani-depressiv psykose, paranoide tilstande, reaktive psykoser m.fl. Neuroser, personlighedsforstyrrelser, ka-rakterafvigelser og oligofreni falder udenfor psykosebegrebet, men udelukker ikke, at der hos personer med sådanne afvigelser også kan optræde sindssygdomme.

I de klagesager, som Det Psykiatriske Patientklagenævn (Nævnet) har behandlet, har nævnet fundet, at patienterne alle har været sindssyge eller befundet sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed. Der vil derfor i de nedenfor refererede klagesager ikke blive gjort rede for patienternes tilstand.

Indledningsvist kan der være anledning til at give en kort oversigt over de krav, der stilles til motivering og beslutningen om at tvangsbehandle:

Med hensyn til det primære præparat:

1. Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motiva-tionsdag er dag nul.
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 den/det dosis/dosisinterval, der træffes beslutning om.
4. Der skal motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behand-ling involverer et dosisinterval.
5. Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.
6. Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk er an-ført 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.

7. Der skal motiveres helt op til beslutningsdagen.
8. Tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge de retningslinjer for dosisindgivelse, der er angivet i pro.medicin.dk.

Med hensyn til det subsidiære præparat:

- a. Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk jf. ovenfor.
- b. Patienten skal mindst én gang i motivationsforløbet være orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger ved det subsidiære præparat.

.....

Ad 1.

Det ses af bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, 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. Patienten har krav på højst tre dages betænkningstid. Ved vurderingen af betænkningstidens varighed skal overlægen blandt andet lægge vægt på sygdommens alvor og varighed, patientens ambivalens i henhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed m.v. I betænkningstiden skal patienten dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Når patienten har fået tre dages betænkningstid, godkender Nævnet uden videre tvangsbeslutningen, hvis de øvrige betingelser er efterlevet. Overlægen kan naturligvis vælge at give patienten en længere betænkningstid.

En betænkningstid på under tre dage skal være begrundet med et af ovennævnte forhold.

Eksempel 1: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet der alene var motiveret under to døgn, og idet patienten ikke var kendt i det psykiatriske system.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var psykotisk med vrangforestillinger og formelle tankeforstyrrelser samt havde behov for behandling med antipsykotisk medicin.

Nævnet lagde på baggrund af ovenstående vægt på, at beslutningen om tvangsbehandling var truffet efter mindre end to døgn motivation. Dette sammenholdt med, at patienten ikke tidligere var kendt i psykiatrisk regi medførte, at Nævnet ikke fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet patienten

ten ikke efter Nævnets opfattelse havde haft en passende betænkningstid. Nævnet fandt endvidere ikke, at der forelå en akut situation.

Nævnet har dog i enkelte sager godkendt en kortere/slet ingen motivationsperiode:

Eksempel 2: Nævnet godkendte beslutning om tvangsbehandling med ECT, selv om der ikke var blevet motiveret for frivillig behandling.

Nævnet lagde vægt på, at patienten, efter at have modtaget tre behandlinger med ECT, fik det bedre de efterfølgende dage, men at patientens tilstand herefter atter forværredes, da patienten nægtede at følge op med behandling med Olanzapin. Der var således tilbagefald med psykose, hvor patienten atter nærmede sig en kataton tilstand. Der blev lagt vægt på, at patienten var svær at kontakte, at patienten var opmærksom med at spise og kun indtog meget lidt væske, således at der var fare for dehydrering, og at der var tale om et lavt BMI på 17.

Nævnet fandt på denne baggrund, sammenholdt med patientens tilstand ved indlæggelsen, hvor patienten var i kataton tilstand efter at være blevet fundet liggende i sneen uden tøj med meget lav kropstemperatur, at betingelserne for at iværksætte tvangsbehandling med ECT var opfyldt, herunder uden forudgående motiveringsfase. Der blev lagt vægt på, at det vurderedes at have været tale om en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville have været til fare for patientens liv eller helbred.

Ad 2, 3 og 4

Nævnet stiller som forudsætning for godkendelse af en tvangsbehandling krav om, at det for hver dag, der motiveres, skal noteres i journalen, hvilket præparat patienten er motiveret for og i hvilken dosis, herunder et eventuelt dosisinterval, samt oplysning om at patienten har afvist behandlingen, og at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger. Det er således en forudsætning for, at Nævnet kan godkende en tvangsbehandling, at disse fire elementer er dokumenteret i journalen, hver dag motiveringen er foregået, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Eksempel 1: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da der kun var motiveret for startdosis, og da patienten i øvrigt var tilbudt en sekundær dosis, der ikke var identisk med den besluttede dosis

Overlægen traf den 1. august 2014 beslutning om, at en patient primært skulle tvangsbehandles med tablet Seroquel Prolong 100 mg, stigende til 200 mg dag 2, 300 mg dag 3, og herefter 600 mg.

Nævnet fandt ikke, at patienten havde fået mulighed for at tage stilling til den konkrete behandling, da der ikke var motiveret konkret for samme dosisinterval, som det dosisinterval, der efterfølgende blev truffet beslutning om, idet patienten alene var motiveret for startdosis, og der var ikke forsøgt motiveret for tablet Seroquel Prolong sti-

gende til 200 mg dag 2, 300 mg dag 3, og herefter 600 mg. Endvidere fremgik det af et journalnotat dateret den 30. juli 2014, at patienten var blevet tilbudt at tage Abilify 10 mg og ikke 7,5 mg som inj. i.m., som der blev truffet beslutning om. Nævnet kunne derfor ikke godkende den trufne beslutning om tvangsbehandling.

Eksempel 2: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da der ikke var motiveret uafbrudt for hele dosisintervallet.

Overlægen traf den 28. maj 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Abilify 15 mg stigende til maksimalt 30 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 10 mg dagligt.

Nævnet noterede sig, at det fremgik af journalen den 12. og 14. maj 2014, at patienten var motiveret for at tage Abilify 15 mg. stigende til 30 mg. Den 13. maj 2014 fremgik det af journalen, at patienten var motiveret for at tage 15 mg. Abilify.

Nævnet fandt herefter, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdosis på Abilify 15 mg den 13. maj 2014 og således ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 14. maj 2014.

Nævnet fandt således, at der ikke i journalen var dokumenteret, at personalet havde opfyldt forpligtelsen til at motivere patienten og give patienten passende betænkningstid forud for beslutningen om tvangsbehandling. Journalen skulle således for hver dag i motivationsperioden have indeholdt en præcis angivelse af medicinnavn og dosis, og det skulle have fremgået af journalen, at der var motiveret for hele dosisintervallet.

(Ad 5. Ingen sager at referere)

Ad 6.

Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det fremgår af § 4 i bekendtgørelse nr. 1338 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved afprøvede lægemidler forstås præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og som markedsføres her i landet. Videre fremgår det, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen. Forekomst af bivirkninger skal observeres nøje og skal, så snart de konstateres, søges modvirket bedst muligt. Det skal i den forbindelse nøje overvejes, om tvangsmedicineringen bør opretholdes i det hidtidige omfang.

Brug af ekstraordinært store doser må ikke finde sted. Ved doser, der overstiger sædvanlig dosering, skal der gives en særskilt begrundelse, hvilket skal journalføres, og patienten skal oplyses herom, hvilket ligeledes skal journalføres.

Eksempel 1: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet det ikke af journalen fremgik, at patienten var oplyst om baggrunden for, at dosis overskred den normale initiale dosis. Afgørelsen omhandler tillige en vurdering af anvendelse af præparatet Peratsin, som ikke markedsføres i Danmark.

Overlægen traf den 2. oktober 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Peratsin 10 mg eventuelt stigende til maksimalt 20 mg dagligt, subsidiært injektion Olanzapin 5 mg eventuelt stigende til 10 mg dagligt.

Nævnet vurderede på, om den medicin, patienten skulle behandles med, var afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet var opmærksom på, at Ankenævnet netop havde ændret en tilsvarende afgørelse fra Nævnet under henvisning til, at Peratsin ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og således ikke er markedsført i Danmark.

Imidlertid havde Sundhedsstyrelsen udstedt en "generel udleveringstilladelse" vedrørende Peratsin til Det Psykiatriske Center, hvoraf det fremgik, at "tilladelsen bortfalder, hvis præparatet eller et tilsvarende præparat markedsføres."

Efter opringning til Sundhedsstyrelsen skulle dette udsagn forstås således, at Peratsin kun kunne anvendes, hvis der ikke var alternative præparater på markedet.

Klinikchefen havde i erklæring af 10. oktober 2014 anført, at præparatet Peratsin var valgt af to grunde: "patienten havde tidligere været behandlet med dette præparat med nogen effekt, og patienten havde ikke ønsket noget andet præparat. Aktuelt ville patienten ikke modtage sufficient dosering, men ville tage en vis dosis. Peratsin var således det eneste, patienten havde en vis grad af accept overfor, hvorfor Centret anså det for mindst middels princip at anvende dette velkendte og velafprøvede præparat."

Patientklagenævnets flertal læste klinikchefens erklæring som en oplysning om, at der ikke fandtes alternative præparater for patienten til imødekommelse af patientens behov. Det forhold, at der var nævnt et subsidiært præparat, var efter flertallets opfattelse ikke et udtryk for, at der fandtes et alternativt præparat, men et valg af det næstbedste.

Et mindretal (formanden) anså ikke den forelagte erklæring fra klinikchefen som dokumentation for, at der ikke fandtes et alternativ til Peratsin. Erklæringen fra klinikchefen anskuede problemet ud fra patientens subjektive synsvinkel, mens udmeldingen fra Sundhedsstyrelsen lagde op til en objektiv vurdering af, om der på et sagligt grundlag fandtes et alternativ til Peratsin i den konkrete situation. Dette fandtes ikke godtgjort i klinikchefens erklæring. Dertil kom, at tilstedeværelsen af det subsidiære præparat i tvangsbeslutningen modsagde, at der ikke fandtes anvendelige alternativer til Peratsin i patientens situation.

Det samlede Patientklagenævn lagde vægt på, at det var besluttet at behandle patienten med en højere dosis injektion Zyprexa end den på pro.medicin anbefalede maksimale dosis for ældre patienter. Det fremgik heraf, at initialdosis ved injektion ved ældre patienter end 65 år er 2,5 – 5 mg i.m. Dertil kom, at det ikke af journalen fremgik, at patienten var informeret om baggrunden for, at dosis overskred den sædvanlige initiale dosis. Der forelå heller ikke oplysninger om, at patienten tidligere skulle have modtaget en tilsvarende dosis inj. Olanzapin, og at dette var bestemmende for at gå op til den besluttede dosis.

Det samlede Patientklagenævn kunne på denne baggrund ikke godkende overlægens beslutning af 2. oktober 2014 om, at patienten skulle tvangsbehandles.

**Eksempel 2: Nævnet tilsidesatte beslutning om tvangsbehandling. Afgørelsen er medtaget i sin helhed, idet den stort set gennemgår alle aspekter i en klagesag om tvangsbehandling, bl.a. vedrørende initialdosis, motivering op til beslutningen, manglende information om virkning og bivirkninger, opsætten-
de virkning, mv.**

Nævnet fandt, at overlægens beslutning af 21. maj 2014 om tvangsbehandling med Invega 6 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg i.m. dagligt i maksimalt tre sammenhængende dage ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Begrundelsen var, at patienten dels ikke var motiveret helt op til beslutningen om tvangsbehandling og dels ikke forud for beslutningen var informeret om det alternative præparat, herunder dosis og indgivelsesform.

En patient skal kunne forholde sig til hvilket præparat og hvilken dosis, der vil kunne finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. En patient skal også kunne forholde sig til, hvilket subsidiært præparat, herunder hvilken dosis og indgivelsesform, som vil kunne finde anvendelse.

Derfor er det en betingelse, at der er motiveret for en konkret behandling, og at den eventuelle efterfølgende tvangsbehandling iværksættes med det præparat og det dosisinterval, der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet. Motivationen skal foretages forud for og helt op til beslutningen om tvangsbehandling. Det er praksis, at motivationen som minimum skal være dokumenteret dagen op til beslutningen om tvangsbehandling, medmindre der foreligger en akut situation.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at patienten havde behov for medicin og havde tilbudt patienten medicin i form af tablet Invega 6 mg dagligt. Patienten havde ikke ønsket at tage medicinen frivilligt.

Nævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen fra den 15. til og med den 19. maj 2014, at patienten var motiveret for medicinsk behandling med primært tablet In-

vega 6 mg, og at det var noteret, at patienten var informeret om virkning og eventuelle bivirkninger. Det var dog ikke dokumenteret, at patienten blev motiveret den 20. maj 2014 - dagen før beslutningen om tvangsbehandling.

Videre lagde Nævnet vægt på, at det ikke var dokumenteret, at patienten var informeret om, at patienten som alternativ til tabletbehandlingen, ville kunne gives injektion Zyprexa 5 mg dagligt i maksimalt tre sammenhængende dage, ligesom patienten som følge heraf ikke var informeret om virkning og eventuelle bivirkninger ved injektion Zyprexa.

Nævnet fandt, at der ikke var beskrevet særlige omstændigheder, der kunne begrunde, at tvangsbehandlingen kunne iværksættes, selvom patienten ikke var motiveret tilstrækkeligt.

Nævnet fandt samtidigt, at den besluttede behandling med Invega 6 mg dagligt ikke opfyldte kravet om sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger.

Det fremgik af medicinoversigten pro.medicin.dk, at sædvanlig dosering ved behandling med Invega er 6 mg dagligt, dog bør startdosis være 3 mg dagligt for specielt EPS (ekstra pyramidale bivirkninger) følsomme patienter.

Nævnet lagde vægt på, at patienten allerede modtog Lysantin mod ekstra pyramidale bivirkninger.

Nævnet kritiserede, at der ikke var overensstemmelse mellem journalnotat af 21. maj 2014 kl. 13.10 (beslutning om tvangsbehandling) og tvangsprotokollen for så vidt angik dosis for det sekundære præparat.

Nævnet lagde vægt på, at der i protokollen stod, at patienten kunne gives Zyprexa 5 mg, og at der i journalen stod, at patienten kunne gives 5-10 mg.

Nævnet fandt desuden, at der ikke var grundlag for ikke at tillægge en beslutning om tvangsbehandling opsættende virkning. Nævnet vurderede, at det ikke var dokumenteret, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte andre for nærliggende fare, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet lagde i den forbindelse særligt vægt på, at det ikke var dokumenteret, at der på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling forelå en aktuel, konkret og påviselig fare for andre på grund af patienten.

Det var Nævnets vurdering, at der krævedes en egentlig nødsituation, for at en psykiatrisk afdeling kunne iværksætte tvangsbehandling, inden der forelå en afgørelse fra Nævnet.

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at patienten ikke med mindre indgribende foranstaltninger, som eksempelvis skærmning eller beroligende medicin med tvang, kunne være bragt til ro.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på beskrivelsen i journalen, hvoraf det fremgik, at patienten var tiltagende paranoid og opfarende, at patienten mente, at der var gift i både den smertestillende medicin og i vandet, og at patienten havde kastet et kaffekrus hen af gulvet og lovet personalet tæsk, såfremt personalet ikke hentede smertestillende medicin og mælk til patienten. Det forhold, at patienten havde skældt ud på en medpatient og kastet vand efter samme patient, vurderer nævnet heller ikke var udtryk for, at patienten var til nærliggende fare for andre.

Nævnet lagde videre lagt vægt på, at patienten blev tilbudt pn medicin til frivillig indtagelse, hvilket patienten ikke ønskede at tage imod, og at patienten samtidig med beslutningen om tvangsbehandling blev skærmet til sin stue, at patienten var vred over dette, men at patienten samtidig overholdt skærmningen.

Nævnet gjorde opmærksom på, at det ikke er muligt at klage til Patientklagenævnet inden overlægen efter endt motivationsperiode har truffet beslutning om tvangsbehandling. Patienten havde oprindeligt klaget den 20. maj 2014, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet den 21. maj 2014. Nævnet lagde dog til grund, at det af journalmaterialet fremgik, at patienten også efter den 21. maj 2014 havde givet udtryk for, at patienten ønskede at klage over overlægens beslutning.

Den besluttede dosis overstiger sædvanlig dosering

Begrundelseskravet er ikke opfyldt:

Der har været flere afgørelser, hvor Nævnet har tilsidesat overlægens beslutning om tvangsbehandling, hvor den besluttede dosis har ligget over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, og hvor dette ikke er begrundet i journalen, ligesom det ikke er journalført, at patienten er orienteret om baggrunden for, at den besluttede behandling kan overstige sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Eksempel 1: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling under henvisning til, at den besluttede dosis oversteg sædvanlig dosering, at begrundelse for overskridelse af sædvanlig dosering ikke var journalført, ligesom patienten ikke var orienteret herom, og at det ikke konkret fremgik af beslutningen, at den besluttede døgndosis skulle fordeles på to doser.

Overlægen traf den 27. oktober 2014 beslutning om tvangsbehandling med tablet Clozapin 12,5 mg med mulighed for løbende justering op til 500 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg med mulighed for løbende justering op til 10 mg dagligt.

Nævnet fandt, at den medicin patienten skulle behandles med som primært præparat var et afprøvet lægemiddel, men at den besluttede maksimale dosis var højere end sædvanlig dosering.

For så vidt angik, at der var tale om et afprøvet lægemiddel bemærkede Nævnet, at Clozapin som udgangspunkt ikke bør anvendes til tvangsbehandling.

Nævnet fandt dog, at beslutningen om at behandle patienten med Clozapin var i overensstemmelse med kravet om sædvanlige lægemidler, henset til, at patienten havde været forsøgt behandlet med Zyprexa uden sufficient effekt, og at patienten tidligere har været behandlet med Clozapin med partiel effekt.

Nævnet kunne oplyse, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis Clozapin første dag er 12,5 mg 1-2 gange, anden dag er 25-50 mg eventuelt fordelt på to doser. Hvis denne dosis tåles kan dosis øges langsomt med 25-50 mg ad gangen med én til tre dages interval, indtil der i løbet af to til tre 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 dgl. Plasmakoncentrationsmålinger bør foretages. Døgndoser over 200 mg bør fordeles på to doser.

Nævnet lagde især vægt på, at det ikke konkret fremgik af beslutningen, at døgndoser over 200 mg skulle fordeles på to doser.

Nævnet lagde også lagt vægt på, at sædvanlig vedligeholdelsesdosis var 300 mg dagligt, og at der ikke i tilknytning til beslutningen konkret fremgik af journalen, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligesom det ikke fremgik, at patienten specifikt var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis og var nødvendig for bedring af patientens tilstand.

Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan begrundelse skulle fremgå af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling. Det forhold, at patienten tidligere var blevet behandlet med Clozapin op til 500 mg, som omtalt i journal og lægeerklæring var ikke tilstrækkelig begrundelse.

Krav til begrundelsen:

Eksempler på at begrundelseskravet ikke er opfyldt, idet Nævnet ikke anså overlægens begrundelse for tilstrækkelig konkret

Eksempel 1: Det var nævnets vurdering, at en generel oplysning om, "at det kunne blive nødvendigt at øge behandlingen med op til 40 mg tablet Olanzapin", ikke kunne træde i stedet for en konkret begrundelse for, og information til patienten om, hvorfor netop denne patient havde brug for den maksimale dosis.

.....

Eksempel 2: Det fremgik alene, at patienten var orienteret om, "at det lokale patientklagenævn følger pro.medicin.dk og patienten er derfor orienteret om at 9 mg Invega er uden for promedicins normale dosis interval, men en normal og almindelig dosis og at man kan behandle med doser over 9 mg i enkelte tilfælde."

Det var Nævnets opfattelse, at ovennævnte orientering ikke opfyldte kravet om, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling skulle fremgå konkrete oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

.....

Eksempel 3: Overlægen traf beslutning om behandling med tablet Abilify op til 20 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. Nævnet fandt ikke, at det var en fyldestgørende begrundelse, at der i journalen for den 1. maj 2014 stod, at patienten var ret overvægtig og havde tendens til EPS, og at det sås, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin, bl.a. i depotform, dog var patienten ikke tidligere blevet behandlet med Abilify.

.....

Eksempel 4: Overlægen traf den 27. juni 2014 beslutning om at tvangsbehandle patienten med tablet Zyprexa 10 mg stigende til maks. 30 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg stigende til maks. 15 mg dagligt.

Nævnet var opmærksom på, at overlægen i journalen og i lægeerklæringen havde begrundet den høje maksimale dosis ved tabletbehandlingen med, at beslutningen skyldtes patientens vanskeligt behandlelige psykotiske tilstand.

Nævnet fandt imidlertid ikke, at overlægens begrundelse, "tidligere behandling med Zyprexa/Olanzapin og den beskrevne psykotiske tilstand" på tilstrækkelig vis sandsynliggjorde, hvorfor det var nødvendigt og forsvarligt af hensyn til bedring af patientens tilstand at øge døgndosis ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis på 20 mg dagligt, som angivet på pro.medicin.dk.

.....

Eksempel 5: Nævnet lagde vægt på, at der i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 22. januar ikke var anført en egentlig begrundelse for at træffe beslutning op til maksimal dosis Abilify, idet det således blot var anført, "at maksimal dosis kunne bliver aktuel, hvis lavere dosis ikke var tilstrækkelig". Der forelå således ikke oplysninger, der gav grundlag for at antage, at sædvanlig dosis ikke ville være tilstrækkelig. Det var således oplyst, at det fremgik af et udskrivningsbrev, at patienten tidligere havde fået Abilify, men man kendte ikke dosis eller effekt af denne behandling.

.....

Eksempel 6: En mundtlig begrundelse afgivet af lægen på nævnsmødet kunne ikke erstatte den skriftlige dokumentation, der skulle have fremgået af journalen.

Eksempler på at begrundelseskravet af Nævnet er blevet anset for opfyldt:

Efterfølgende vil der blive redegjort for en del af de afgørelser, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn har fundet, at begrundelseskravet for at gå over sædvanlig dosering, har været opfyldt.:

Eksempel 1: Nævnet lagde bl.a. vægt på, at patienten konkret var vejledt om, at der var tale om en dosis, der oversteg den sædvanlige vedligeholdelsesdosis, og at lægen havde begrundet overfor patienten, at årsagen hertil var, "at den aktuelle behandling, der svarede til sædvanlig dosering, havde en utilstrækkelig effekt på patientens tilstand, hvorfor han havde behov for en højere dosis".

.....

Eksempel 2: Nævnet bemærkede bl.a., at det var journalført, at patienten konkret var vejledt om, at der for patientens vedkommende var tale om en høj dosis Zyprexa, og "at dette var begrundet i patientens langvarige og svært psykotiske tilstand, den manglende effekt af det medicin, patienten tidligere har indtaget, ligesom det var oplyst, at patienten før havde været behandlet med Zyprexa uden bivirkninger".

.....

Eksempel 3: For så vidt angik den høje dosis Leponex, der gik ud over sædvanlig dosis på 300 mg, så Nævnet hen til den tidligere truffe beslutning sammenholdt med, at der var tale om en svært psykotisk tilstand, og at patienten havde modtaget høje doser af andre antipsykotiske præparater uden tilstrækkelig effekt, og "at det ikke havde været sufficient at behandle patienten med tablet 300 mg Leponex dagligt". Patienten var orienteret om formålet med øgning af dosis Leponex, og patienten havde under hele forløbet ikke ønsket at tage nogen former for antipsykotisk medicin frivilligt.

.....

Eksempel 4: Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af tvangsprotokolskema 2 af den 18. oktober 2014 samt af journaludskrift af den 15., 16. og 17. oktober 2014, at baggrunden for den højere dosis var sværhedsgraden af patientens sygdom, patientens langvarige lidelse, samt at der havde været medicinsvigt i længere tid. Det fremgik af journalen, at patienten var orienteret om dette.

Der skal motiveres op til beslutningsdagen

Eksempel 1: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var motiveret i tre dage op til beslutningen.

Overlægen traf den 3. september 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Risperdal 1 mg, justeret i dosisintervallet 1-6 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 5 mg, justeret i dosisintervallet 5-20 mg dagligt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var tilbudt behandling med tabl. Risperdal 1 mg dgl. med mulig øgning til 6 mg dgl., subsidiært inj. Serenase 5 mg i.m., max. 4 gange dgl. fra den 27. til den 30. august 2014. Patienten var imidlertid ikke motiveret siden den 30. august 2014 inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet den 3. september 2014.

Patienten var således motiveret tre dage med efterfølgende tre dages ophold, forud for beslutningen om tvangsbehandling.

Nævnet lagde afgørende vægt på, at en tvangsbehandling forudsætter, at motivationen foretages forud for og op til beslutningen om tvangsbehandling.

Nævnet lagde videre på, at der ikke af journalen fremgik forhold, der kunne medføre at perioden fra den 31. august til den 2. september kunne betragtes som betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 3. september 2014, idet der f.eks. ikke fremgik oplysninger om, at patienten på anden vis blev orienteret om, at der fortsat var behov for antipsykotisk behandling.

Eksempel 2: Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var motiveret den sidste dag op til beslutningen.

Overlægen traf den 4. februar 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med injektion Xeplion 150 mg i.m. (dag 1) og injektion 100 mg i.m. (dag 8) og herefter 75 mg i.m. hver måned med mulighed for øgning til 100 mg i.m. hver måned.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at patienten havde behov for medicin og havde den 31. januar 2014 og den 1. og 2. februar 2014 tilbudt patienten medicin i form af inj. Xeplion 150 mg i.m. (dag 1) og inj. 100 mg i.m. (dag 8), herefter hver 3.-4. uge. Patienten havde ikke ønsket at tage medicinen frivilligt.

Der var således ikke motiveret dagligt op til beslutningen om tvangsbehandling, idet der ikke var tilbudt medicin den 3. februar 2014. Kravet, om at der skal være tilbudt medicin op til beslutningen og helst også den dag, hvor beslutningen blev taget, begrundedes med, at patienten ellers kunne få en berettiget forventning om, at afdelingen havde opgivet den planlagte – eventuel tvangsmæssige – medicinske behandling.

Flere behandlingssæt

Ét behandlingssæt indeholder sædvanligvis en beslutning om ét præparat med angivelse af dosis, og ét subsidiært præparat til indgivelse i injektionsform, såfremt det ikke er muligt at formå patienten til at indtage det primære præparat. Såfremt det alternative præparat alene kan gives i tre dage, kan der samtidig træffes beslutning om skift til et alternativt præparat (pr. inj.)

Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet beslutningen indeholdt to primære præparater og to subsidiære præparater.

Nævnet fandt, at beslutningen indeholdt flere behandlingssæt. Nævnet fandt, at der ved skift fra et behandlingssæt til et andet reelt var tale om en ny beslutning, hvor patienten da burde gives en passende betænkningstid forud for beslutningen om skift. Nævnet fandt, at den trufne beslutning fratog patienten muligheden for en passende betænkningstid ved skift til anden behandling og mulighed for at klage med opsættende virkning.

Informeret samtykke

Såfremt det ikke er muligt at opnå patientens informerede samtykke, må tvang først benyttes, når der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken, jf. mindstemiddels princippet i psykiatrilovens § 4, stk. 1. Tvangsbehandling må desuden kun anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Derudover skal anvendelsen af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Nævnet afviste at behandle klagen, idet klager var under 15 år, og da mor og forældremyndighedsindehaver efterfølgende havde givet samtykke til den fysiske magt, der var anvendt.

Nævnet lagde vægt på, at patientens mor havde samtykket til indlæggelse og medikamentel behandling, og at moren, efter at være blevet informeret om den anvendte fysiske magt den 12. juni 2014 i form af fastholdelse, havde været forstående og glad for at blive orienteret omkring situationen. Nævnet fandt derfor, at moren efterfølgende havde givet informeret samtykke.

Nævnet var i øvrigt opmærksom på, at det fremgik af det lægelige materiale, at vurderingen var, at der ikke havde været hjemmel i psykiatriloven til fastholdelse, og at patienten og moren var blevet orienteret om, at fastholdelsen ikke var lovmæssigt begrundet.

Tre på hinanden følgende tilsidesættelser af beslutninger om tvangsbehandling af samme patient.

1. beslutning: Nævnet tilsidesatte beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var motiveret for det besluttede dosisinterval, ligesom der ikke i journalen var begrundelse for beslutningen om at gå ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Nævnet lagde i sin afgørelse af 13. maj 2014 vægt på, at det fremgik af journalen, at der den 1. maj 2014 var opstartet motivation med tablet Abilify med en startdosis på 10 mg, forventet max. dosis 20 mg og subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. x 1. Patienten var orienteret om formål og forventelige bivirkninger. Den 2., og den 4. maj 2014 var der ingen journaltilførsler om motivation i selve lægejournalen, men det fremgik af "status og behandling", for den 2. maj 2014, at patienten var motiveret for medicin ifølge planen. Der var ingen notater vedrørende medicin for den 3. maj 2014, og den 4. og den 5. maj 2014 var det noteret, at patienten var tilbudt Abilify tablet,

men nægtede at tage dette. Ifølge EPM skema udleveret på mødet blev patienten den 2., den 3., den 4. og den 5. maj 2014 tilbudt 10 mg Zyprexa. Den 5. maj 2014 havde overlægen ifølge journalen truffet beslutning om tvangsbehandling med antipsykotisk medicin i form af Abilify op til 20 mg i døgnet. På Nævnets møde blev der udleveret tvangsprotokol, skema 2, hvori det var noteret, at beslutningen omfattede tablet Abilify op til 20 mg i døgnet subsidiært injektion Abilify op til 9,75 mg i døgnet. Det blev påtalt, at tvangsprotokollen ikke var udfyldt, for så vidt angik dato for beslutningen samt dato for overlægens stillingtagen.

Nævnet fandt på denne baggrund, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, herunder at dosis skulle øges med et bestemt interval. Nævnet lagde således lagt vægt på, at patienten ikke var motiveret for hele dosisintervallet op til en max dosis på 20 mg i døgnet.

Hertil kom, at der var tale om en dosis, der var højere end anbefalet i medicinfortegnelsen pro.medicin.dk

Nævnet fandt således, at den medicin, patienten skulle behandles med, var et afprøvet lægemiddel, men at der ikke var tale om sædvanlig dosering, for så vidt angår den maksimalt besluttede dosis på 20 mg Abilify tablet i døgnet.

Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan begrundelse skulle fremgå af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling, ligesom det skulle fremgå, at patienten var informeret herom, før beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, og det gjorde det ikke i den fremlagte sag.

2. beslutning: Nævnet tilsidesatte beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var motiveret op til beslutningsdagen, ligesom beslutningen rummede mulighed for at behandlingen kunne overstige sædvanlig vedligeholdelsesdosis.

Patienten blev fra den 14. maj til og med den 17. maj motiveret for medicinsk behandling. Imidlertid blev tvangsbeslutningen først truffet den 22. maj, og der var derfor ikke motiveret op til beslutningsdagen, hvilket efter praksis er en betingelse for at Nævnet kan godkende tvangsbeslutningen.

Dertil kom, at beslutningen rummede en mulighed for, at behandlingen kunne overstige sædvanlig dosis, der for tabletbehandling med Abilify er 15. mg eller det halve som injektion, uden at patienten løbende i motivationsforløbet var gjort opmærksom på, at dosis eventuelt ville kunne komme til at overstige den sædvanlig vedligeholdelsesdosis, og at det var blevet begrundet, at det kunne blive nødvendigt, og at dette ikke var journalført. Nævnet traf på denne baggrund beslutning af 27. maj 2014 om ikke at godkende overlægens tvangsbehandlingsbeslutning.

3. beslutning: Nævnet tilsidesatte beslutning om tvangsbehandling, idet der alene var motiveret for initial dosis og ikke for hele det mulige dosisinterval.

Der var ifølge tvangsprotokolskema 2 truffet beslutning om, at patienten primært skulle behandles med tab. Abilify 5. mg og at dosis evt kunne stige til maks. 15. mg, men ifølge de foreliggende dokumenter var der i motivationsperioden alene motiveret for tab. Abilify 5. mg og ikke for hele det mulige dosisinterval op til 15. mg.

Af sygeplejekardex fremgik, at patienten var motiveret, men der stod fra den 30.5 til 1.6 2014 blot, at patienten var motiveret for medicin – uden angivelse af præparat eller dosis eller dosisinterval.

Den 2.6 2014 var blot angivet, at patienten var motiveret for Abilify – uden angivelse af form eller dosis eller dosisinterval. Af motivationsskemaet fra den 31.5 til den 2.6 2014 var anført tab. Abilify 5 mg – men uden angivelse af dosisinterval. Af journalen var for den 30. maj anført tab. Abilify 5 mg og med mulighed for stigning til 15. mg. Der var intet anført omkring motivering i journalen for den 31. maj og den 1. juni 2014. For den 2. juni var anført, at "patienten nu har været motiveret for tab. Abilify 5. mg x 1" - men ikke noget om dosisinterval.

Ifølge praksis skal der dagligt motiveres for det primære præparat herunder for dosis og dosisinterval og dette skal dokumenteres.

Selv om vurderingen var, at patienten havde behov for medicinen, kunne Nævnet den 10. juni 2014 ikke godkende overlægens beslutning, idet der kun var motiveret for startdosis, men ikke for hele det besluttede dosisinterval af det primære præparat.

Tvangsbehandling af legemlig lidelse

Der kan være tilfælde, hvor en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling har behov for somatisk behandling, men hvor patienten på grund af sin psykiske lidelse ikke vil samtykke til behandlingen. Psykiatrilovens § 13 angiver, hvilke materielle betingelser, der skal være opfyldt for, at en patient kan tvangsbehandles for en somatisk lidelse.

Det fremgår af psykiatrilovens § 13, stk. 1, at en person, der opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. § 5, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter § 13, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt.

Eks 1. Nævnet godkendte overlægens beslutning om behandling for svært forhøjet stofskifte, og at klage over beslutningen ikke blev tillagt opsættende virkning.

Overlægen traf den 28. maj 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Propranolol 10 mg, 2 tabletter 4 gange dagligt, samt tablet Propylthiouracil

100 mg, 2 tabletter 4 gange dagligt justeret efter effekt og bivirkninger, nødvendig monitorering med blodprøver og EKG og hvis patienten ikke ville tage tabletterne, kunne der om nødvendigt anlægges ventrikelsonde med henblik på medicinadministration.

Nævnet lagde vægt på, at personalet siden den 22. maj 2014 havde forklaret patienten, at patienten havde behov for medicin for patientens svært forhøjede stofskifte og havde tilbudt patienten medicin for behandling heraf, men patienten ønskede ikke at tage medicinen frivilligt.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten ved tilsyn ved medicinsk læge den 26. maj 2014 blev ordineret tablet Propranolol 20 mg 4 gange dagligt, tablet Propylthiouracil 200 mg 4 gange dagligt, at patienten blev forklaret, at der var tale om en potentiel livsfarlig situation, og at patienten indvilgede i at tage medicinen, men at patienten den 28. maj 2014 frasagde sig denne behandling.

Nævnet lagde videre lagt vægt på beskrivelsen af, at patienten ved fornyet vurdering ved endokrinologisk læge den 28. maj 2014 fandtes at have en svær, kritisk behandlingskrævende thyreotoksisk tilstand, og at det var uforsvarligt og potentiel livstruende, såfremt patienten ikke blev behandlet herfor.

Nævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen. Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående, fordi patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet lagde i den forbindelse særligt vægt på lægernes beskrivelse af, at der var tale om behandling på vital indikation, og at patienten var svært og potentielt livstruende syg af forhøjet stofskifte.

Forskellige problemstillinger

Manglende tvangsprotokol

Nævnet bemærkede, at efter psykiatrilovens § 20, skal oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. psykiatrilovens § 12 om tvangsbehandling, tilføres afdelingens tvangsprotokol.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke forelå nogen tvangsprotokol vedrørende tvangsbehandling.

Manglende tilførsel til tvangsprotokollen bevirkede at tvangsindgrebet ansås som ulovligt, selvom de materielle betingelser for iværksættelse af tvangsbehandling var opfyldt.

Manglende lægelig vurdering

Nævnet vurderede, at det ikke var dokumenteret, at betingelserne i psykiatrilovens § 12 for tvangsbehandling var opfyldt.

Det fremgik således hverken af journalen på tidspunktet for overlægens beslutning om tvangsbehandling eller af udtalelsen fra konstitueret overlæge af 8. december 2014 om det var den lægelige vurdering, at patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed. Det seneste journalnotat forud for beslutningen om tvangsbehandling, hvor en læge vurderede patientens psykiske tilstand, var fra den 1. december 2014 og det fremgik heraf, at patienten blev vurderet at være produktiv psykotisk og med en stærk mistanke om en skizofreniform tilstand.

Nævnet vurderede, at en lægelig vurdering, som var syv dage gammel ikke kunne betragtes som tilstrækkelig lægelig dokumentation for, at patienten opfyldte de helbredsmæssige betingelser for tvangsbehandling på tidspunktet for overlægens beslutning. Der deltog ikke en læge i Patientklagenævnets møde, og det var således ikke muligt at få dette forhold belyst nærmere.

Bivirkninger

Nævnet var opmærksom på, at patienten havde oplyst, at patienten havde bivirkninger af medicinen. Patienten blev irriteret og sur, havde et mindre filter og sværere ved at fastholde fokus, ligesom medicinen gav patienten hjertebanken ved hurtige bevægelser, og patienten tabte i vægt.

Nævnet fandt imidlertid ikke, at der var tale om bivirkninger, som kunne medføre, at den besluttede tvangsbehandling ikke kunne godkendes og lagde herunder bl.a. vægt på patientens oplysninger om bivirkningernes karakter og omfang, og på de lægelige oplysninger om, at der ikke var tale om kendte bivirkninger til Zyprexa, samt at bivirkningen i form af vægttab også kunne skyldes patientens fysiske sygdom.

Beslutning om tvangsbehandling bortfaldet

Nævnet lagde vægt på, at patientens klage af 30. januar 2014 over beslutningen af samme dag om tvangsbehandling, først var indsendt til Nævnet den 13. februar 2014, hvor den efter Nævnets faste praksis skulle have været indsendt senest torsdag den 6. februar 2014 med henblik på medtagelse i nævnsmødet den 12. februar 2014. Både patienten og hendes patientrådgiver havde derfor haft en berettiget forventning om, at patienten allerede torsdag den 6. februar 2014 ville have modtaget en mødeindkaldelse til nævnsmødet den 12. februar 2014. Dertil kom, at patienten over to dage den 3. og 4. februar 2014 blev forsøgt motiveret til dosisøgning i form af Zyprexa i stedet for Abilify, som patienten havde fået i dosis op til 5 mg, men reduceret til 2,5 mg på grund af bivirkninger i form af sløvende effekt. På grund af disse bivirkninger havde patienten afvist øgning af dosis Zyprexa. Endvidere sås det ikke i perioden fra den 4. februar 2013 og indtil indsendelsen den 13. februar 2013 af patientens klage til Nævnet, at patienten på nogen måde var foreholdt, at beslutningen af 30. januar 2013 om tvangsbehandling med Abilify stod ved magt.

Nævnet fandt på denne baggrund, at patienten i perioden havde oparbejdet en berettiget forventning om, at Centret ikke ville fastholde den truffe beslutning om behandling med Abilify, og at beslutningen var bortfaldet. Det var Nævnets opfattelse, at der derfor burde have været truffet en ny beslutning, og at patienten forinden burde have haft en passende kort betænkningstid.

Manglende overlægegodkendelse

Nævnet kunne ikke godkende en beslutning om tvangsbehandling, idet beslutningen om tvangsbehandling ikke var godkendt af en overlæge.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke var påført dato for overlægens stillingtagen på Tvangsprotokol-skema 2, ligesom det ikke fremgik af journalen, at beslutningen om tvangsbehandling var blevet godkendt af en overlæge.

Nævnet fandt, at det var en væsentlig mangel og en tilsidesættelse af en væsentlig retsgaranti, at beslutningen om tvangsbehandling ikke var godkendt af en overlæge, hvorfor nævnet fandt, at beslutningen om tvangsbehandling var ugyldig.

Manglende klagevejledning og underretning

Nævnet oplyste, at det fremgår af § 31 i lov om tvang i psykiatrien, at inden tvang anvendes skal patienten underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår af § 32, at patienten ved enhver anvendelse af tvang skal vejledes om adgang til at påklage indgrebet.

Ved sagens behandling i Patientklagenævnet forelå der ikke dokumentation for, at klagevejledning og underretning var givet i forbindelse med den påklagede fastholdelse, herunder at patienten med magt var ført til sin stue.

Patientklagenævnet fandt på den baggrund, at tvangsindgrebet var i strid med psykiatrilovens § 31 og § 32, idet patienten ikke havde modtaget den lovhjemlede klagevejledning og underretning.

Manglende eftersamtale

Af bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger, bekendtgørelse nr. 1493 af 14. december 2006, fremgår, at det bl.a. skal omtales ved samtalerne, hvilke virkninger og bivirkninger, der er knyttet til den pågældende foranstaltning.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 angives det bl.a. om eftersamtaler, at formålet hermed er, at sundhedspersonen kan blive bekendt med patientens opfattelse af den anvendte tvang og opnå en bedre forståelse af patientens reaktionsmønstre, således at hospitalet kan forsøge at forebygge eller reducere tvangsansværelsen overfor den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatisk måde for patienten.

Ud fra ovenstående var det Nævnets opfattelse, at Nævnet ikke har kompetence til at behandle klager over manglende eftersamtaler, der må siges at henhøre under sundhedsfaglig virksomhed.

4. c. Tvangsbehandling – depot

Depotpræparater er lægemidler, der indeholder et depot af et aktivt stof, som gradvist frigives i en periode op til 4 uger efter indgivelse af en enkelt injektion.

Det følger af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender.

Det er Nævnets opfattelse, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt anses for en mere indgribende behandlingsform end daglig medicinering, hvorfor der skal være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform. Ved behandlingen af en sag vil Nævnet foretage en konkret vurdering af, om tvangsbehandling med depotpræparat kan finde sted, og de momenter, som Nævnet har lagt vægt på i forbindelse med vurderingen er blandt andre:

1. Om der er tale om en svingdørspatient - herunder at patienten har været indlagt mange gange på samme afdeling - eller en patient, der genindlægges umiddelbart efter en længere indlæggelse, hvor der er behandlet med depot.
2. Om der er stort kendskab til patienten på afdelingen.
3. Om patienten tidligere har modtaget behandling med samme depotpræparat med god effekt på tilstanden.
4. Om det er svært at fastholde patienten i antipsykotisk behandling, hvis denne er foregået med tablet.
5. Om depotbehandling har vist sig som den eneste reelt effektive behandling af patienten, og hvor man har erfaring med at behandle patienten med såvel tablet, injektion som depot
6. Om patienten har giftfrygt eller er angst for sprøjter, og hvor daglige injektioner vil være forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse og således kunne være angstprovokerende.
7. Om patienten selv udtrykker et klart og reelt ønske om depotbehandling i stedet for daglige injektioner.

Nævnet godkendte overlægens beslutning af om tvangsbehandling med depot med begrundelse som nedenfor anført

Nævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten indtil for nylig har været i behandling med Xeplion depot, og at dette havde haft en god effekt på patientens tilstand. Der blev endvidere lagt vægt på, at det ikke havde været muligt at fastholde patienten i en tabletbehandling. Der blev tillige lagt vægt på, at patienten havde dom til behandling, og at det vurderedes væsentligt, at patienten kom i

en stabil antipsykotisk behandling med henblik på at undgå svingninger i patientens tilstand.

Nævnet godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling med depot på hypotetisk grundlag.

Overlægen traf den 31. juli 2014 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Serenase 4-10 mg og på sigt depot Serenase 50-300 mg i.m., subsidiært inj. Serenase 5-10 mg i.m.

Nævnet godkendte ikke den besluttede tvangsbehandling, idet det indgik i beslutningen om tvangsbehandling, at patienten på sigt som primær behandling skulle behandles med depot Serenase 50-300 mg. Nævnet lagde vægt på, at der som udgangspunkt skal være en aktuel erfaring med virkning og bivirkninger af det præparat, der træffes beslutning om depotbehandling med. Det fremgik, at patienten ikke tidligere var blevet behandlet med Serenase, og det forhold, at patienten havde modtaget tablet Serenase 2 mg fra den 23. juli 2014, fandtes ikke tilstrækkeligt til at danne dette erfaringsgrundlag. Nævnet bemærkede ligeledes, at det forhold, at patienten tidligere havde modtaget depotbehandling ikke i sig selv var tilstrækkeligt. Hvis den tidligere depotbehandling skulle tillægges vægt i vurderingen, skulle den besluttede depotbehandling og den tidligere depotbehandling dreje sig om identiske præparater.

4. f. ECT-behandling

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, at behandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1, og samtidig befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Herudover skal psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip iagttages, således at behandling med elektrostimulation ikke anvendes, såfremt mindre indgribende behandlingsmetoder er tilstrækkelige.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven, at som eksempel på en situation, hvor ECT givet under tvang kan overvejes, kan nævnes tilstanden akut delir. Denne tilstand kan bl.a. opstå som komplikation i forbindelse med en psykisk lidelse. En udtalt manitilstand kan således udvikle sig til akut delir. Det akutte delir kan være præget af hallucinationer, søvnløshed og bevægelsesuro. I løbet af kort tid kan der komme høj feber, væskemangel og afmatning, og patienten kan dø meget hurtigt, hvis behandling ikke iværksættes. Hvis et akut delir udvikler sig i livstruende retning, kan der være indikation for ECT behandling.

I enkelte tilfælde kan en svær depression udvikle sig og blive livstruende. Patienten kan være meget stærkt eller akut selvmordstruet eller i en så apatisk tilstand, at der er risiko for livsvigtige funktioner f.eks. på grund af manglende indtagelse af føde og væske. I sådanne situationer kan ECT givet under tvang overvejes. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, at behandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1, og samtidig befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Herudover skal psykiatrilovens § 4 om mindste

middels princip iagttages, således at behandling med elektrostimulation ikke anvendes, såfremt mindre indgribende behandlingsmetoder er tilstrækkelige.

Nævnet godkendte overlægens beslutning af 14. august 2014 om tvangsbehandling med ECT i en serie på otte behandlinger, samt at behandlingen var påbegyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på grund af sin svært urolige tilstand, manglende søvn samt kun sparsomme indtagelse af mad og væske, var i risiko for at blive svært dehydreret og derved gå i et truende delir.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvangsbehandling med ECT-behandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten allerede var i antipsykotisk behandling med depot, men at dette ikke havde kunnet afbryde patientens svært psykotiske tilstand.

Nævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen. Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående, fordi patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet lagde i den forbindelse særligt vægt på, at patienten var voldsomt urolig, at patienten sov, spiste og drak sparsomt, hvorfor overlægen vurderede at tilstanden var ganske uholdbar, og at der var risiko for at patienten ville gå i et regulært delir, og at patienten på den baggrund måtte anses for at være i en potentiel livstruende tilstand.

Nævnet godkendte overlægens beslutning af om tvangsbehandling med ECT i en serie på seks behandlinger. Nævnet godkendte videre, at patienten ikke inden overlægens beslutning havde haft mulighed for at drøfte behandlingen med patientrådgiveren, samt at behandlingen var påbegyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for beslutningen om at give patienten seks ECT-behandlinger var i en aktuell og potentielt livstruende tilstand. Patienten var stort set holdt op med at spise og drikke, og patienten havde igennem flere dage kun indtaget 600 ml væske. Patientens levertal var voldsomt påvirkede med livstruende høje parametre (ALAT op til 1810 og ASAT op til 1260), hvilket langt hen ad vejen havde årsag i patientens manglende føde- og væskeindtagelse. Hertil kom det oplyste om, at det ikke kunne udelukkes, at den påbegyndte behandling med Leponex havde været en del af årsagen, hvorfor hospitalet seponerede Leponex og i stedet påbegyndte behandling med Zyprexa. Hospitalet havde derfor været meget tilbageholdende med at give patienten antipsykotisk medicin på grund af de svært forhøjede levertal.

Nævnet lagde vægt på, at patienten og patientens mor den 4. februar 2014 blev informeret om, at patienten var i en potentielt livstruende tilstand på grund af den sparsomme væskeindtagelse, og at hospitalet for nuværende ikke kunne give Leponex på

grund af de uafklarede forhold vedrørende den meget forhøjede ASAT og ALAT. Patienten blev samtidig orienteret om virkning og bivirkninger af behandling med ECT. Patienten accepterede ikke behandlingerne.

Med hensyn til den korte betænkningstid, herunder at patienten ikke havde haft mulighed for at drøfte spørgsmålet om tvangsbehandling med sin patientrådgiver, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, lagde Nævnet vægt på, at der var tale om en hurtigt opstået akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville have været til fare for patientens liv eller helbred.

Nævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen. Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående, fordi patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet lagde i den forbindelse særligt vægt på, at patienten var i en aktuel og potentielt livstruende tilstand på grund af patientens svært forhøjede levertal, manglende væskeindtag og stort set intet fødeindtag.

Tvangsbehandling - sondeernæring

Det fremgår af § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Ifølge § 1, stk. 1, må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Det følger af psykiatrilovens § 10, at en person kan tvangstilbageholdes, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

Som ved anvendelse af andre former for tvang skal princippet om mindst indgribende foranstaltning iagttages ved tvangsernæring. Som udgangspunkt bør patienten, i det omfang det er muligt, således først have lagt en detaljeret kostplan med henblik på vægtøgning. Hvis det ikke lykkes at få patienten til at tage på i vægt, bør patienten - forinden en beslutning om tvangsernæring med sonde træffes - have tilbudt ernæring via sonde til frivillig indtagelse i overensstemmelse med mindste middels princip jf. lovens § 4.

Nævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med sondeernæring med Nutrison 400 ml 3 gange dagligt, samt at tvangsbehandlingen blev påbegyndt, inden Nævnet traf afgørelse i sagen.

Nævnet vurderede, at det på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten, var nødvendigt for at redde patientens liv, og hvor undladelse ville medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at det ifølge journalkontinuation 30 fremgik, at patienten var i en livtruende tilstand, idet patienten havde nægtet at indtage føde i løbet af de seneste fem dage, at patienten havde tabt sig to kg i løbet af de seneste par døgn og havde et BMI på 12.3. Patientens havde desuden derangeret magnesium og fosfat samt type 1 diabetes med daglig svær hypoglykæmi.

Nævnet bemærkede, at patienten ifølge journalkontinuation 37 vejede 30,9 kg. Patienten havde yderligere tabt 900 gram og vejede pr. 1. juli 2014 30 kg.

Nævnet bemærkede i forbindelse med anlæg af sonde og sondeernæring, at Nævnet var opmærksom på, at det ikke havde været muligt at opfylde princippet om mindst indgribende foranstaltning med hensyn til motivering af patienten for frivillig behandling, jf. psykiatrilovens § 4, idet der havde været tale om en akut opstået situation, hvor udsættelse af behandling med sondeanlæggelse og sondeernæring ville have været til fare for patientens liv eller helbred, jf. bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3.

Nævnet havde noteret sig, at klagen ikke var tillagt opsættende virkning.

Nævnet godkendte, at tvangsbehandlingen var begyndt, inden Nævnet havde truffet afgørelse i sagen. Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående, fordi patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, jf. Se psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet lagde i den forbindelse særligt vægt på, at det ifølge journalkontinuation 30 fremgik, at patienten blev vurderet at være i en livtruende tilstand.

Nævnet godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling med sondeernæring og i konsekvens heraf heller ikke, at patientens klage ikke blev tillagt opsættende virkning.

Overlægen havde den 22. august 2014 truffet beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med sondeernæring ved ikke spiste måltider - startende på 2700 kcal med planlagt stigning i henhold til ernæringsstatus.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var massivt præget af anorektisk tankegang og ønske om at fastholde en alt for lav vægt. Patienten havde efter overgang fra dagbehandling til ambulante behandling i december 2013 tabt sig jævnt ned til undervægt. Patientens BMI var på 15,9, og patienten var 10 kg under sund vægt. Patienten havde haft amenoré i 1½ år med risiko for udvikling af osteoporose. Reernæring og opnåelse og fastholdelse af sund vægt vurderedes afgørende for genetablering af menstruationen og nødvendigt for psykoterapeutisk behandling af patientens spiseforstyrrende tanker.

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

Nævnet lagde vægt på, at det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten havde haft en passende betænkningstid forud for, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling i form af tvangsernæring med sonde ved ikke spiste måltider.

Det fremgik af journalnotat for den 19. august 2014 kl. 15.30, at patientens tilstand ikke var kritisk, men at patienten var påvirket af længere tids undervægt, og patienten var 10 kg under sund vægt. Af journalnotat for den 21. august 2014 kl. 14.00 fremgik, at det blev besluttet at tilbageholde patienten på 24 timers reglen, og af journalnotat for den 22. august 2014 kl. 11.00 fremgik bl.a., at patienten blev tvangstilbageholdt, at patienten var gået fra afsnittet og ikke havde spist i 24 timer, og da patienten lå på kurven for BMI for alder lidt under 1 % percentilen, da patienten havde et BMI på 15,9 (42 kg og 162,5 cm), blev det besluttet, at der var belæg for at oprette sondeberedskab.

Nævnet lagde på baggrund af ovenstående vægt på, at beslutningen om tvangsbehandling var truffet efter 0 dages motivation.

Det var videre Nævnets vurdering, at der ikke var tale om en akut situation, hvor udsættelse af tvangsernæringen med sonde på en passende betænkningstid, hvor patienten fik specifikke oplysninger om den sondeernæring, patienten skulle have, hvis denne skulle gives med tvang, såfremt patienten ikke indtog de ordinerede måltider, ville medføre fare for patientens liv eller helbred.

Det bemærkedes i øvrigt, at betænkningstiden/motivationstiden skulle ligge forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling og ikke efter, jf. det oplyste i journalnotat af 22. august 2014 kl. 11.45 om, at patienten, efter beslutningen om tvangsbehandling var truffet, blev orienteret om sondeberedskab.

Nævnet noterede sig, at klagen var tillagt opsættende indtil den 17. oktober 2014, hvor patienten efter tre døgn fuldt spise- og drikkestop samt begyndende somatisk påvirkning i form af hypotension, bradykardi samt kliniske og parakliniske tegn på begyndende dehydrering, hvorefter sondeberedskab blev opstartet igen på vital baggrund, idet patientens klage ikke længere mentes at have opsættende virkning på grund af den begyndende somatiske påvirkning.

Det bemærkes hertil, at når Patientklagenævnet ikke godkendte den besluttede tvangsernæring med sonde, så følger det heraf, at Nævnet heller ikke kunne godkende, at tvangsbehandlingen var begyndt, inden Nævnets afgørelse forelå.

5. Beroligende medicin

Indledningsvist kan der være anledning til at give en kort oversigt over de krav, der stilles i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin med tvang:

1. At patienten er meget urolig jf. psykiatrilovens § 17, stk. 2
2. At mindste middels princippet jf. psykiatrilovens § 4 er iagttaget:
 - a. ved at patienten forinden er tilbudt medicin til frivillig indtagelse og
 - b. ved at personalet forinden forgæves har forsøgt at skærme patienten og
 - c. ved at personalet forinden forgæves har forsøgt at tale patienten til ro.
3. At den tilbudte medicin for så vidt angår præparat og dosis skal være identisk med den givne medicin med hensyn til præparat og dosis – dog accepteres, at der tilbydes tablet, men at præparatet gives som injektion.
4. Dosis skal som udgangspunkt ligge inden for sædvanlig dosering, medmindre der konkret i journalen er anført, hvorfor dosis er højere end sædvanlig dosering.
5. Fastlæggelse af "sædvanlig dosering" afhænger af hvad der tidligere er givet patienten (akkumulerede doser) og af om der gives forskellige præparater på samme tid (kombinationsbehandling). En kombinationsbehandling forudsætter, at der journalføres en begrundelse for denne behandling med flere præparater.

Ex. Inj. Stesolid 10 mg er ikke sædvanlig dosis, hvis der kort forinden er givet 30. mg Stesolid som p.n. og 200 mg Seroquel, som engangsordination.

Ex. Kombinationen af inj. Zeldox 20. mg og Stesolid 20. mg er ikke sædvanlig dosering. I dette tilfælde skal der i journalen gives både en begrundelse for anvendelse af høje doser Zeldox og Stesolid.

Beroligende medicin – det skal dokumenteres, at betingelserne er opfyldt og at mindste middels princippet er iagttaget

Olanzapin 10 mg ikke mindste middel til patient med ADHD i dopaminstimulerende behandling

Patientklagenævnet fandt, at Olanzapin 10 mg ikke var mindste middel til en patient, der havde brug for ro, og som var diagnosticeret ADHD. Nævnet fandt det ikke i tilstrækkelig grad for afprøvet om mindre indgribende foranstaltninger end den anvendte medicin kunne få patienten til at falde til ro eller sove. Nævnet bemærkede, at initial dosis ved behandling med tablet Olanzapin ifølge pro.medicin.dk er 5-10 mg, og lagde vægt på, at præparatet er et sederende og kraftigt dopaminblokerende præparat, og således modsat virkende på dopamin i forhold til ADHD medicin. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten var diagnosticeret ADHD, var i dopaminbehandling med 110 mg dagligt og at afdelingen ved indlæggelsen havde pauseret denne behandling. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten tilkendegav, at patienten havde taget den ordinerede medicin, at vedkommendes urolige tilstand skyldtes en voldsom konflikt med pårørende og astmatiske symptomer. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten ikke var psykotisk, at Olanzapin udelukkende blev givet som beroligende medicin, og at patienten efterfølgende sov i stort set to døgn, formentlig på grund af den sederende effekt og patientens forudgående søvnmangel.

Beroligende medicin givet flere gange, men ikke beskrevet i journal eller protokol

Patientklagenævnet fandt det ikke godtgjort, at betingelserne for at give beroligende medicin i perioden 2. -3. oktober 2014 var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at konstatere, hvor mange gange patienten i denne periode havde modtaget beroligende medicin med tvang, hvilke præparater der var givet, i hvilke doser eller hvornår det var givet. Lægen bekræftede på patientklagenævnsmøde, nævnets formodning om, at patienten formentlig flere gange havde modtaget beroligende medicin i den pågældende periode.

Cisordinol Acutard som beroligende middel blev godkendt, da der samtidig blev givet et hurtigtvirkende præparat

Patientklagenævnet godkendte, at en tiltagende opkørt og aggressiv patient blev givet Cisordinol Acutard 100 mg i.m. som beroligende middel, da der samtidig blev givet injektion Diazepam 10 mg i.m. Nævnet bemærkede at virkningen af Cisordinol Acutard først sætter ind efter 2-6 timer. Nævnet godkendte medicineringen under hensyn til, at injektion Diazepam er et hurtigtvirkende, beroligende præparat, og fandt således, at medicineringen blev givet med henblik på at bedring af en meget urolig tilstand. Nævnet kritiserede, at præparat og dosis ikke var indført i tvangsprotokollen, men alene fremgik af journalen.

Cisordinol Acutard som beroligende middel med magt

Patientklagenævnet kunne ikke godkende indgivelsen af Cisordinol Acutard 150 mg som beroligende middel med tvang. Nævnet lagde vægt på, at virkningen af Cisordinol Acutard først indsætter efter 2-6 timer og at patienten ikke samtidig blev behandlet med et hurtigtvirkende præparat, der kunne supplere den sent indsættende effekt af Cisordinol Acutard. På denne baggrund var det nævnets opfattelse, at det måtte lægges til grund, at overlægen ikke vurderede, at der var behov for akut beroligende medicin, og nævnet fandt derfor ikke, at der havde været grundlag for at give beroligende medicin med tvang.

Medicin givet indenfor de seneste 24 timer betød, at tablet Zyprexa 20 mg ikke var sædvanlig dosis

Nævnet fandt at tablet Zyprexa 20 mg ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering. Nævnet bemærkede, at det fremgår af pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet Zyprexa er 5-10 mg 1 gang dagligt, og vedligeholdelsesdosis sædvanligvis er 5-20 mg dagligt, men at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt – og forsvarligt – at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten i døgnet forinden udover den påklagede behandling havde modtaget tablet Zyprexa 10 mg, og således havde modtaget 30 mg Zyprexa samme dag. Nævnet fandt, at den samlede dosis medicin oversteg

den sædvanlige maksimumgrænse på 20 mg, uden at der var angivet en konkret begrundelse herfor. Nævnet anførte, at det skal begrundes konkret, såfremt der besluttes at give en højere dosis end det, der er angivet i medicinoversigten på pro.medicin.dk som sædvanlig dosis, og at den konkrete begrundelse skal fremgå af journalen.

Ikke udfærdiget journalnotat, der begrundede behovet for beroligende medicin førte til, at nævnet ikke kunne godkende samme

Nævnet kunne ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin, som alene fremgik af tvangsprotokol og skriftlig information givet til patienten. Det fremgik ikke af det foreliggende materiale om der forud for indgivelsen af beroligende medicin var forsøgt mindre indgribende foranstaltninger. Det fremgik alene, at patienten var tilbudt beroligende medicin, som han afviste. Det fremgik ikke, hvilken medicin patienten var tilbudt, og der var således ikke med sikkerhed identitet mellem det tilbudte medicin og det der faktisk blev givet.

Derudover fremgik det ikke af journalen, at patienten forinden indgivelsen af den beroligende medicin med tvang var forsøgt begrænset og korrigeret i sin adfærd, ligesom det ikke fremgik, om patienten forinden var forsøgt talt til ro.

Klage over personalets adfærd i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin

Nævnet fandt det ud fra de foreliggende oplysninger ikke tilstrækkelig godtgjort, at der var tale om unødigt magtanvendelse eller at der var grundlag for at udtale kritik af personalets adfærd, da et personalemedlem tog fat i en svært urolig patient. Nævnet lagde vægt på, at patienten efter det oplyste, flere gange var blevet bedt om at lægge sig på sengen med henblik på indgivelse af beroligende medicin. Da patienten ikke efterkom denne anmodning, tog det pågældende personalemedlem fat i patienten og lagde patienten op på sengen. Da patienten gjorde modstand, blev der anvendt en vis magt, men ikke udover, hvad der var nødvendigt i situationen.

Tablet Stesolid 10 mg opfyldte ikke kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet kunne ikke godkende, at en patient blev givet tablet Stesolid 10 mg med tvang. Nævnet fandt, at kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, ikke var opfyldt. Nævnet bemærkede, at det fremgår af medicinfortegnelsen pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis Stesolid, ved angst- og urotilstande ved voksne, er 2-5 mg én til tre gange dagligt. Nævnet bemærkede, at den høje dosis kan være velbegrundet, men en sådan begrundelse skal fremgå af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af det beroligende middel.

Ikke godtgjort at beroligende medicin var mindste middel - tilbud om frivillig indtagelse af medicin, men uden angivelse af præparat og dosis, ikke anset som tilstrækkeligt

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at personalet forinden indgivelsen af beroligende medicin med tvang havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet, eller

havde forsøgt at tale patienten til ro. Det forhold, at patienten forinden indgivelsen af den beroligende medicin med tvang, var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, var ikke tilstrækkeligt.

Manglende identitet mellem det tilbudte præparat til frivillig indtagelse og det præparat, der blevet givet med tvang

Nævnet konstaterede, at patienten var tilbudt Rivotril til frivillig indtagelse, men med tvang blev givet Stesolid. Nævnet fandt på denne baggrund, at kravet om mindste middel ikke var opfyldt.

Manglende angivelse af, hvilket præparat og hvilken dosis patienten var tilbudt til frivillig indtagelse

Patientklagenævnet kunne ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin med tvang til en meget urolig patient, da det ikke var godtgjort i journalen, at der var identitet mellem det præparat patienten var blevet tilbudt til frivillig indtagelse og det præparat, der blev givet med tvang. Nævnet lagde vægt på, at det i journalen alene var oplyst, at der var blevet tilbudt beroligende medicin uden at der var angivet præparat og dosis.

Tilbud om sædvanlig aftenmedicin opfyldte ikke kravet om, at der inden anvendelse af tvang, skal være forsøgt mindre indgribende foranstaltninger

Nævnet fandt, at indgivelsen af beroligende medicin med tvang ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da det ikke var godtgjort i journalen, at patienten forinden var forsøgt begrænset og korrigeret i sin aktivitet, var forsøgt talt til ro eller tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse inden patienten fik medicin med tvang.

Det forhold, at patienten var tilbudt sin sædvanlige aftenmedicin ændrede ikke nævnets vurdering.

Da den akkumuleret dosis var overskredet, kunne den konkrete indgivelse af beroligende medicin ikke godkendes

En meget urolig patient, blev givet tablet Oxazepam 30 mg som beroligende middel med tvang. Patienten var forinden orienteret om præparat og dosis, herunder at normal dosis på 15 mg ville være utilstrækkelig.

Nævnet bemærkede, at det af pro.medicin.dk fremgår, at initialdosis ved behandling med tablet Oxazepam er 10-15 mg 1-3 gange i daglig, ved svære tilfælde 20-30 mg daglig 1-3 mg daglig. Nævnet vurderede, at der i den konkrete situation var tale om en høj dosis, men fandt at denne dosis i den konkrete situation var velbegrundet.

Nævnet fandt imidlertid, at den samlede dosis medicin i det seneste døgn oversteg maksimumgrænsen for medicingivning. Nævnet kunne derfor ikke godkende indgivelsen af den beroligende medicin. Nævnet lagde vægt på, at patienten inden for de sidste 24 timer udover den beroligende medicin givet med tvang, havde modtaget Zyprexa 30 mg og Oxazepam 30 mg samt en anden form for beroligende medicin, som ikke var nærmere oplyst.

Ikke godtgjort, at beroligende medicin var mindste middel, da det ikke fremgik af journalen, om patienten var forsøgt talt til ro eller hvorvidt dette ikke var muligt

En meget urolig patient blev tilbudt tablet Stesolid 20 mg til frivillig indtagelse, men afviste dette. Patienten blev herefter givet injektion Stesolid 10 mg under tvang. Nævnet kunne ikke godkende indgivelsen af den beroligende medicin, da der ikke var oplysninger i journalen om, at man inden situationen udviklede sig, forsøgte at tale patienten til ro, og at der heller ikke var noteret i journalen, at dette ikke var muligt.

Ikke mindste middel, da patienten ikke var informeret om, hvilken dosis Zyprexa, der ville blive givet

Nævnet kunne ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin i form af injektion Zyprexa, da det i journalen ikke var angivet en dosis for hverken den tablet, som patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse, eller den injektionsbehandling som man efterfølgende gav, da patienten afviste at tage medicinen frivilligt. Det var nævnets opfattelse, at en patient skal vide, hvilken medicin og hvilken dosis patienten skal have, før der gives medicin med tvang, og navnet på præparatet og størrelsen af dosis skal noteres i journalen.

Ikke angivet hvilken dosis Zyprexa, som patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse

Nævnet kunne ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin med tvang, da betingelserne om mindst indgribende foranstaltning ikke var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var tilbudt Zyprexa, men ikke hvilken dosis, før patienten blev indgivet injektion Zyprexa 5 mg med tvang. Nævnet lagde vægt på, at en patient skal vide både hvilken medicin og hvilken dosis, som vedkommende skal have, førend der gives medicin med tvang.

Samlet dosis medicin inden for samme døgn oversteg maksimumgrænsen for medicingivning

Nævnet konstaterede, at patienten inden for samme døgn, udover de 10 mg Stesolid, der var givet som beroligende medicin, havde modtaget svarende til 20 mg Zyprexa og 10 mg Stesolid (tablet).

Det var nævnets vurdering, at den samlede dosis medicin oversteg maksimumgrænsen for medicingivning. Nævnet fandt konkret at indgivelsen af beroligende medicin med magt i form af tablet Stesolid 10 mg ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. På denne baggrund kunne nævnet ikke godkende den konkrete indgivelse af beroligende medicin.

Patienten var ikke tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse før der blev givet medicin med tvang

Nævnet fandt, at indgivelsen af beroligende medicin med tvang i form af Zyprexa 10 mg ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var forsøgt skærmet og forsøgt talt til ro, men at det ikke fremgik, at personalet havde tilbudt patienten at tage beroligende medicin frivilligt, før patienten blev givet beroligende medicin med tvang.

Dertil kom, at patienten inden for samme døgn udover de 10 mg tablet Zyprexa, der blev givet som beroligende medicin med tvang, havde modtaget i alt 30 mg Stesolid samt svarende til 20 mg Zyprexa over 13 timer. Det var nævnets vurdering, at den samlede dosis medicin oversteg maksimumgrænsen for medicingivning.

Ikke godtgjort, at betingelserne for indgivelse af beroligende medicin var opfyldt, da der ikke forelå journalnotat vedrørende beslutningen

Nævnet kunne ikke godkende indgivelsen af beroligende medicin med tvang, da der ikke forelå et journalnotat vedrørende beslutningen om indgivelse af beroligende medicin med tvang, men alene var udfyldt en tvangsprotokol. Da der således ikke forelå hverken dokumentation for, hvilket præparat samt hvilken dosis, det beroligende middel omfattede, og ikke var nærmere oplysninger om patientens tilstand og begrundelsen for indgivelse af beroligende medicin, fandt nævnet det ikke godtgjort, at betingelserne for indgivelse af beroligende medicin var opfyldt.

Tilbudt Zyprexa til frivillig indtagelse inden, der blev givet beroligende medicin med tvang, men ikke konkret dosis

Nævnet fandt, at indgivelsen af beroligende medicin til en meget urolig patient ikke opfyldte kravet om mindst, indgribende foranstaltning. Nævnet bemærkede sig, at personalet havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet, havde forsøgt at tale patienten til ro og havde tilbudt patienten frivilligt at tage beroligende medicin før patienten fik medicin med tvang. Nævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen, at patienten var blevet tilbudt Zyprexa, men ikke i hvilken dosis, før patienten fik smelttablet Zyprexa 10 mg med tvang. Nævnet lagde vægt på, at patienten skal tilbydes et konkret præparat med angivelse af en konkret dosis til frivillig indtagelse, førend der gives beroligende medicin med tvang. Der skal være identitet mellem det tilbudte præparat og dosis, og hvad der gives med tvang. Nævnet kunne derfor ikke godkende indgivelsen af den beroligende medicin med tvang.

10 mg Stesolid var ikke mindste middel, da der inden for de sidste par timer var givet yderligere 2 gange 10 mg Stesolid

Nævnet vurderede, at Stesolid var et almindeligt anvendt og afprøvet lægemiddel, og at den besluttede dosis var sædvanlig. Af medicinfortegnelsen pro.medicin.dk fremgår det, at dosis for voksne ved behandling med Stesolid som injektion er 10-20 mg (2-4 ml) langsomt i.v. eventuelt gentaget. Det fremgår ligeledes, at hvis der ikke er tale om

en akut nødsituation, bør i.v. (injektionsbehandling) kun gives, hvis man har midler til rådighed til behandling af en eventuel respirationsinsufficiens.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten indenfor de sidste par timer inden injektionen med 10 mg Stesolid, som beroligende medicin med tvang, havde fået yderligere 2 gange 10 mg Stesolid, og at den høje dosis ikke var begrundet i journalen, ligesom patienten heller ikke var informeret om, at der var tale om en høj dosis. På denne baggrund fandt nævnet, at indgivelsen af beroligende medicin med tvang ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Der var i journalen ikke angivet en begrundelse for at give 2 præparater samtidig som beroligende medicin med tvang.

En urolig og forpint patient blev givet tablet Olanzapin 10 mg og tablet Oxazepam 15 mg samtidig som beroligende medicin med tvang. Nævnet fandt, at både Olanzapin og Oxazepam er almindelige anvendte og afprøvede lægemidler, og at dosis var sædvanlig. Nævnet kunne dog ikke godkende indgivelsen af den beroligende medicin med tvang, da det af journalen ikke fremgik, hvad begrundelsen var for - ud over Olanzapin - at supplere behandlingen med 15 mg Oxazepam.

B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger

Nævnet har udtalt kritik af fejl og forsømmelser

Nævnet har i forbindelse med sine afgørelser af og til fremsat kritiske bemærkninger, som nævnet igen i år har valgt skal medtages i årsberetningen. Formålet med at medtage de kritiske bemærkninger er på sigt at forbedre det grundlag som nævnets afgørelser bygger på, i form af journaloptegnelser, lægeerklæring og tvangsprotokoller. Jo bedre en sag er oplyst, desto større er sandsynligheden for, at nævnet træffer en korrekt afgørelse.

Den oftest fremkomne generelle kritik går på mangelfuld journalføring. Nævnet har således et ønske om, at der af journalen mere klart fremgår en anamnese (patienten og pårørendes) egen beskrivelse af patientens tilstand, hvilke objektive fund lægen har konstateret, og hvilke vurderinger af patientens sindstilstand dette giver anledning til, og om der på den baggrund er behov for at anvende tvang, herunder om der var mulighed for mindre indgribende foranstaltninger og om mindste middel princippet er iagttaget. Desuden har Nævnet flere gange måtte præcisere

- at sagsmaterialet ikke var udleveret til patienten
- at der gik flere end 5 hverdage fra klagens indgivelse, til der blev udfærdiget overlægeerklæring.
- at sagsakterne følgelig blev indsendt sent til Nævnet

De kritiske bemærkninger er endvidere neden for søgt rubriceret i nogle hovedkategorier.

Akut beroligende medicin

Nævnet godkendte indgivelse af akut beroligende medicin, men valgte at indskærpe, at det burde tydeliggøres i tvangsprotokollen, hvilke(t) præparat(er) patienten var tilbudt inden beroligende medicin blev givet med tvang, idet der skal være identitet mellem det, som patienten tilbydes til frivillig indtagelse, og det, der gives med tvang.

Tvangsbehandling

I denne sag, godkendte nævnet ikke tvangsbehandling med medicin, allerede fordi patienten ikke opfyldte kriterier for fortsat tilbageholdelse. Nævnet udtalte endvidere, kritik af, at der ikke var identitet mellem beslutningen beskrevet i tvangsprotokollen og i journalen.

I tvangsprotokollen var der alene anført begyndelsesdosis for såvel den primære som den sekundære behandling. I journalen var der anført beslutningens dosisinterval for både det primære og det sekundære valg. Overlægen oplyste på mødet, at det er en fejl, at dosisintervallet ikke fremgik af tvangsprotokollen.

Tvangsfiksering

A) Mangelfuld journalføring af tilsyn

Tvangsfiksering i over en uge blev godkendt. Nævnet fandt dog anledning til at kritisere, at de løbende tilsyn, der skal foretages mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt, ikke blev foretaget af en psykiatrisk læge. Nævnet fandt dog ikke, at dette medførte, at opretholdelsen af fikseringen ikke havde været lovlig.

B) Mangelfuld journalføring af ekstern lægekonsulent – 48 timer

Nævnet godkendte en bæltefiksering, med en udstrækning på lidt over to dages varighed. Nævnet bemærkede, at det af psykiatrilovens § 21, stk. 5, fremgår følgende: "Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering. Denne vurdering skal foretages af en læge, der er speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri." Nævnet bemærkede endvidere, at denne vurdering efter 48 timer ikke var foretaget, hvilket blev kritiseret. Nævnet fandt efter en konkret vurdering ikke, at denne mangel havde betydning for lovligheden af fikseringen, idet de materielle betingelser for at opretholde fikseringen blev anset for at have været til stede.

Tvangsindlæggelse

a) Manglende notering af overlægegodkendelse i journal

I en sag godkendte nævnet såvel tvangsindlæggelse som tvangstilbageholdelse. Nævnet udtalte i den forbindelse kritik af, at der ikke var sket overlæge godkendelse af tvangsindlæggelsen, idet det blev bemærket, at en overlæge godkendelse af indlæggelsespapirerne fra politi mv., ikke kunne sidestilles med overlægens efterfølgende

stillingtagen til · og godkendelse af, at den modtagne læge havde foretaget indlæggelsen. Nævnet udtalte endvidere kritik af, at det ikke eksplicit i journalen var nævnt, at der var foretaget vurdering af behovet for tvangstilbageholdelse, når det fremgik af sagen, at patienten havde begæret sig udskrevet, og at det ikke af tvangsprotokollen fremgik, hvornår der var sket tvangstilbageholdelse, men alene var oplyst, at denne var sket på farlighedsindikation.

b) Manglende notering af udskrivningsønske i journal

Nævnet fandt i en sag hvor nævnet godkendte tvangsindlæggelse, at patienten allerede fra indlæggelsens start havde tilkendegivet, at indlæggelsen var grundlovsstridig, hvilket måtte tolkes som et udskrivningsønske. Overlægen burde derfor inden 24 timer derefter have taget stilling til, om patienten skulle tvangstilbageholdes. Nævnet fandt dog ikke den manglende beslutning herom kunne medføre, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig henset til, at frihedsberøvelsen løbende var blevet revurderet som foreskrevet.

C. 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 Sikrings2afdelingen 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. slået fast, at motivation skal foretages forud for og 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 skal informeres, hvis dosis går ud over sædvanlig dosis, og at dette skal journalføres. Ankenævnet har i flere afgørelser understreget, 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 psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke.

I lovens § 1, stk.2, henvises der til sundhedslovens kap. 5 om betingelserne for et informeret samtykke.

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.

De resterende 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.
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 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 fremover skal tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

B. Med hensyn til det subsidiære præparat:

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

Ad. A.1:

Det Psykiatriske Ankenævn har i flere afgørelser ændret Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse, idet Ankenævnet har fundet, at en betænkningstid på under to døgn, og hvor patienten ikke har haft lejlighed til at tale med sin patientrådgiver, inden beslutning om tvangsbehandling blev truffet, var for kort. Derimod har Det Psykiatriske Ankenævn konkret fundet, at en betænkningstid på to døgn var passende.

Betænkningstid på 24 timer opfylder ikke betingelsen om, at en patient skal have en passende betænkningstid

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

Patienten fik tilbudt behandling gennem 24 timer, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Der var tale om behandling med depotmedicin.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret over mere end 24 timer.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling fik mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der i journalen ikke var beskrevet omstændigheder, herunder en akut situation med fare for patientens liv eller helbred, der kunne begrunde den korte motivationstid.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at den besluttede depotbehandling havde en forventet langsomt indsættende virkning, således at iværksættelse af depotbehandling ikke kunne forventes at afhjælpe en akut situation eller tilstand.

Ankenævnet ændrede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Betænkningstid på 1 døgn, 11 timer og 50 minutter er for kort

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

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen for den 13. januar 2014, at patienten "ville blive nærmere informeret om, at patienten fra i aften/dags dato skulle motiveres for behandling med tablet Leponex 25 mg, eventuelt stigende til max. 300 mg". Det fremgik ikke af dette notat, at patienten blev motiveret herfor.

Af motivationsskemaet fremgik, at patienten blev motiveret for tablet Leponex 25 mg eventuelt stigende til 300 mg den 13. januar kl. 22, men at patienten ikke ønskede dette. Det var således Ankenævnets opfattelse, at motivationen blev opstartet den 13. januar 2014 kl. 22.

Det fremgik af journalen, at patienten fik tilbudt behandling med Leponex 25-300 mg fra den 13. januar 2014 kl. 22 til den 14. januar 2014, inden der den 15. januar 2014 kl. 9.50 blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Dette svarede til en betænkningstid på 1 døgn og 11 timer og 50 minutter.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke af journalen fremgik, at der skulle være tale om en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred, hvilket blev understøttet af, at beslutningen blev tillagt opsættende virkning. Endvidere fremgik der ikke oplysninger om, at den manglende medicinering i

betænkningstiden medførte eskalering af tilstanden og behov for andre former for tvang eller lignende.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten i betænkningstiden ikke ifølge journalen havde haft mulighed for at kontakte en patientrådgiver.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Betænkningstid på 1 døgn og 19 timer er for kort

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten alene fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen i 1 døgn og 19 timer. Der var tale om behandling med depotpræparat.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret over mere end 1 døgn og 19 timer.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling fik mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der i journalen ikke var beskrevet omstændigheder, herunder en akut situation med fare for patientens liv eller helbred, der kunne begrunde den korte motivationstid.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at den besluttede depotbehandling havde en forventet langsomt indsættende virkning, således at iværksættelse af depotbehandling ikke kunne forventes at afhjælpe en akut situation eller tilstand.

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

Ankenævnet ændrede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Betænkningstid på 2 dage er passende

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til be-

handlingen fra den 16. til den 17. november 2013, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 18. november 2013.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævns afgørelse.

Betænkningstid på 2 dage er passende – frivillig indtagelse af medicin i betænkningstiden medfører, at motivation skal starte forfra

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen fra den 11. til den 12. september 2013, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 13. september 2013.

Nævnet havde bemærket, at patienten også blev motiveret den 9. og 10. september 2013, men at patienten frivilligt den 10. september 2013 modtog startdosis, medens patienten oplyste, at patienten ikke havde behov for medicinsk behandling. Den 11. september 2013 oplyste patienten igen, at indtagelsen af startdosis den 10. september 2013 ikke var fordi, patienten mente, at patienten havde behov for medicinsk behandling. Det var anført i journalen, at det tidligere ligeledes havde været mønstret, at patienten i korte perioder havde samarbejdet til begrænsede mængder af det tilbudte præparat (Zyprexa), hvorefter patienten pludselig var ophørt under protester. Endvidere gav patienten klart udtryk for, at patienten samlet set ikke anerkendte medicinsk behandling.

Ankenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

To dages motivation op til beslutning er tilstrækkelig, når motivationen i de to dage er ensartet i lægejournal og motivationsskema – uensartet motivation medregnes ikke

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

Ankenævnet bemærkede, at patienten ifølge journalen den 4. og den 6. september 2013 blev motiveret for 5 mg Zyprexa, hvilket patienten afslog. Af særskilt motivationsark fremgik, at patienten dagligt i dagene fra den 4. til og med den 10. september 2013 blev motiveret for tablet Zyprexa 5 mg i stigende dosering i henhold til virkning og bivirkninger op til 20 mg gange 1, dvs. interval 5-20 mg én gang dagligt.

Det var Ankenævnets opfattelse, at motivationstiden var uensartet, da der den 4. og 6. september 2013 alene blev motiveret for startdosis i henhold til journalen, men for hele intervallet ifølge motivationsarket. Ankenævnet medregnede derfor ikke motivationen i dagene fra den 4. til den 6. september 2013 i relation til betænkningstiden.

Ved vurderingen af, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning lagde Ankenævnet vægt på, at det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen med Zyprexa 5-20 mg fra den 7. til den 9. september 2013, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 10. september 2013.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad.A.2

Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient skal tilbydes en konkret behandling. Tvangsbehandling skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Videre var det Ankenævnets opfattelse, at der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Patienten havde fået tilbudt behandling med tablet Zyprexa 10 mg, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Zyprexa 10 mg stigende til max døgndosis 40 mg afhængig af effekt og bivirkninger.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis og det dosisinterval, der var blevet motiveret for, da der alene var blevet motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om. Videre fandt Ankenævnet, at idet der ikke blev motiveret for hele dosisintervallet, kunne motivationsperioden ikke betragtes som betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Det var således ikke Ankenævnets opfattelse, at der var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat.

Ankenævnet fandt derfor, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning og ændrede den afgørelse, som Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet, således at Ankenævnet ikke kunne godkende beslutningen om tvangsbehandling.

Det er uanset administrationsform tilstrækkeligt at oplyse om det primære præparats virkning og bivirkninger, når der besluttes behandling med samme præparat både primært og subsidiært

Det Psykiatriske Ankenævn har i en sag udtalt, at i tilfælde, hvor der besluttes behandling med samme præparat både primært og subsidiært, men i forskellig administrationsform, er det tilstrækkeligt at oplyse patienten om det primære præparats virkning og bivirkning, idet disse er de samme ved henholdsvis tablet og injektion.

Ad A.3:

Manglende identitet ved motivation for et præparat og beslutning for et andet præparat medfører, at beslutningen om tvangsbehandling ikke kan godkendes

Det fremgik af journalen, at patienten den 10. marts 2014 fik tilbudt behandling med 3 mg Risperdal smeltetablet og Venlafaxin 150 mg, alternativt injektion med Aripiprazol/Abilify 7.5 mg i.m. Endvidere fremgik det af journalen, at patienten den 11. og den 12. marts 2014 blev motiveret for behandling med Risperdal 3 mg smeltetablet og Venlafaxin 150 mg, inden der den 13. marts 2014 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med Risperdal 3 mg, alternativt injektion Abilify 7.5 mg i.m.

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

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient skulle tilbydes en konkret behandling, og at tvangsbehandlingen som udgangspunkt skulle iværksættes med det præparat og den dosis, som der var motiveret for, medmindre der forelå særlige omstændigheder, der kunne begrunde andet.

Ankenævnet fandt, at der ikke var truffet beslutning om tvangsbehandling med de præparater, der var motiveret for, idet det i journalen var dokumenteret, at der var motiveret for både præparat Risperdal 3 mg og Venlafaxin 150 mg alternativt Aripiprazol, men alene truffet beslutning om tvangsbehandling med Risperdal 3 mg alternativt injektion Abilify 7.5 mg i.m.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten burde have haft en passende kort betænkningstid i forhold til, om patienten ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der alene var tale om en behandling med Risperdal 3 mg og ikke samtidig behandling med Risperdal 3 mg og Venlafaxin 150 mg.

Ankenævnet fandt ikke, at der var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der alene var forsøgt motiveret for Risperdal 3 mg som primær behandling, svarende til indholdet af beslutningen af 13. marts 2014 om tvangsbehandling.

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

Der er identitet, når indholdsstoffet i det tilbudte og det besluttede præparat er det samme

Selv om der skiftevis i betænkningstiden blev anført injektion Invega og injektion Xeplion i journalen, lagde Ankenævnet til grund, at der blev motiveret for Xeplion.

Ankenævnet lagde vægt på, at præparaterne havde samme indholdsstof, Paliperidon, samt at de doseringer, der var tale om, stemte med Xeplion, samt at der ikke forefandttes injektion Invega.

Ad.A.4:

Der skal være overensstemmelse mellem motivationsskema og journalen

Eksempel 1:

Ankenævnet bemærkede, at der var diskrepans mellem motivationsskemaet og journalen.

Det fremgik af motivationsskemaet, at patienten var blevet tilbudt behandling med Serenase mixtur 15 mg x 1 i dosisintervallet 15 – 20 mg 1 x dagligt justeret efter effekt og bivirkninger fra den 15. – 19. maj 2014.

Det fremgik dog af journalen den 16. maj 2014, at patienten ikke var blevet motiveret for Serenase mixtur 15 mg x 1 den 15. maj 2014, og at der samme dag blev opstartet ny motivation med Serenase mixtur 15 mg x 1 i dosisintervallet 15-20 mg x 1 dagligt justeret efter virkning og bivirkninger.

Det fremgik videre af journalen, den 17. og 18. maj 2014, at der alene blev motiveret for startdosis Senenase mixtur 15 mg x 1.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten alene blev motiveret for hele dosisintervallet i henhold til motivationsskemaet og tvangsbeslutningen den 19. maj 2014.

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

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, som underkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Eksempel 2:

Ankenævnet bemærkede, at der ikke var overensstemmelse mellem angivelsen af motivationen den 18. januar 2014 i henholdsvis journalen og på motivationsskemaet. Da der ifølge journalen ikke blev motiveret for det fulde dosisinterval den 18. januar

2014, var det ankenævnets opfattelse, at motivationen ikke var tilstrækkelig konkret, hvorfor motivationen den 17. og 18. januar 2014 ikke kunne medregnes i betænkningstiden.

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

Ankenævnet lagde herved vægt på, at patienten alene var blevet motiveret konkret og kontinuerligt fra den 19. januar kl. 11.51 til den 20. januar 2014 kl. 15.45 svarende til 27 timer og 54 minutter. Det var således ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret konkret og kontinuerligt igennem mere end 27 timer for det fulde dosisinterval.

Det var videre ankenævnets opfattelse, at der ikke forelå en sådan akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patienten, at behandlingen kunne iværksættes uden yderligere betænkningstid.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, som Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet.

Eksempel 3: Der skal være ensartet motivation for hele dosisintervallet

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

Ifølge lægejournalen blev patienten den 9. januar 2014 motiveret for tabletbehandling med 15 mg Zyprexa med mulighed for øgning til 20 mg efter vurdering af virkning og bivirkninger. Den 10. januar 2014 blev patienten motiveret for tabletbehandling med 15 mg Zyprexa. Den 11. og den 12. januar 2014 fremgik der ikke oplysninger af lægejournalen omkring motivation.

Det fremgik under punktet medicin på motivationsskemaet, at der den 9. januar 2014 blev ordineret smeltetablet Zyprexa 15 mg stigende til maksimalt 20 mg, afhængig af effekt og bivirkninger. Der blev dertil ordineret 1 mg Serenase dagligt stigende til maksimalt 5 mg dagligt. Den 9. januar 2014 blev der motiveret for tabletbehandling Zyprexa 15 mg. Den 10. og den 13. januar 2014 blev det noteret "uden held". Ankenævnet lagde på denne baggrund til grund, at patienten blev motiveret for Zyprexa 15-20 mg i overensstemmelse med angivelsen under medicin.

Den 13. januar 2014 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med startdosis 15 mg Zyprexa stigende til 20 mg.

Ankenævnet fandt ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdo-

sis den 10., 11. og 12. januar 2014, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 13. januar 2014.

Ankenævnet havde bemærket, at patienten blev motiveret fra den 9. januar til den 13. januar 2014, men da der ikke havde været en ensartet motivation for hele dosisintervallet, kunne dette ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 13. januar 2014.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad.A.5

Betænkningstid på 2 dage er passende – frivillig indtagelse af medicin i betænkningstiden medfører, at motivation skal starte forfra

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen fra den 11. til den 12. september 2013, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 13. september 2013.

Nævnet havde bemærket, at patienten også blev motiveret den 9. og 10. september 2013, men at patienten frivilligt den 10. september 2013 modtog startdosis, medens patienten oplyste, at patienten ikke havde behov for medicinsk behandling. Den 11. september 2013 oplyste patienten igen, at indtagelsen af startdosis den 10. september 2013 ikke var fordi, patienten mente, at patienten havde behov for medicinsk behandling. Det var anført i journalen, at det tidligere ligeledes havde været mønstret, at patienten i korte perioder havde samarbejdet til begrænsede mængder af det tilbudte præparat (Zyprexa), hvorefter patienten pludselig var ophørt under protester. Endvidere gav patienten klart udtryk for, at patienten samlet set ikke anerkendte medicinsk behandling.

Ankenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ad.A.6:

Betænkningstiden afbrudt ved frivillig indtagelse af den tilbudte medicin, og patienten var herefter reelt set kun motiveret i 21 timer og 15 minutter

Det fremgik af journalen, at patienten var blevet motiveret, men afslog, behandlingen den 3., 4., og 5. maj 2013. Den 4. maj 2013 cirka halvanden time efter motivationen bad patienten dog selv om medicinsk behandling for at få ro på tankerne, hvorfor patienten blev tilbudt og modtog Zyprexa 20 mg.

Det var på denne baggrund Ankenævnets opfattelse, at patienten den 4. maj 2013 modtog behandlingen frivilligt, hvorfor betænkningstiden blev afbrudt. Betænkningstiden kunne herefter alene regnes fra den 5. maj 2013 indtil beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 6. maj 2013, ialt 21 timer og 15 minutter.

Da patienten således kun var blevet motiveret i under 21 timer og 15 minutter var det således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret over mere end 21 timer og 15 minutter.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 6. maj 2013.

Reelt set kun motiveret i under 24 timer grundet frivillig indtagelse

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

Det var Ankenævnets opfattelse, at motivationen blev afbrudt ved patientens frivillige indtagelse af Abilify den 8. oktober 2013, og at motivationen blev genoptaget, da patienten igen blev motiveret den 9. oktober 2013. Videre var det Ankenævnets opfattelse, at patienten var blevet motiveret i under 24 timer, idet der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 10. oktober 2013.

Ankenævnet ændrede således den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke godkendte beslutningen om tvangsbehandling, der blev truffet den 10. oktober 2013.

Ad. A.7:

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

Det fremgår af § 4 i bekendtgørelse nr. 1338 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved afprøvede lægemidler forstås præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddello-

vens § 7 og som markedsføres her i landet. Videre fremgår det, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen. Forekomst af bivirkninger skal observeres nøje og skal, så snart de konstateres, søges modvirket bedst muligt. Det skal i den forbindelse nøje overvejes, om tvangsmedicineringen bør opretholdes i det hidtidige omfang.

Ved brug af doser, der overstiger sædvanlig dosering, skal der gives særskilt begrundelse, hvilket skal journalføres, og patienten skal oplyses herom, hvilket ligeledes skal journalføres.

Ankenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling under henvisning til, at den besluttede dosis oversteg sædvanlig dosering, at begrundelse for overskridelse af sædvanlig dosering ikke var journalført, ligesom patienten ikke var blevet orienteret herom

Overlægen traf den 12. juni 2013 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med Risperdal Consta 25 mg i.m. hver 14. dag stigende til max 50 mg i.m. hver 14. dag afhængig af virkning og bivirkninger.

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

Ankenævnet fandt dog, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at Risperdal Consta var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering på 25 mg i.m. hver 14. dag stigende til max 50 mg i.m. hver 14. dag afhængig af effekt og bivirkninger, gik ud over sædvanlig dosis på 25 mg i.m. hver anden uge.

Ankenævnet lagde hertil vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad begrundelsen var for at ordinere en dosis, 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 dosis, der gik ud over det på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis for ældre patienter. Ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet gjorde i afgørelsen opmærksom på, at det af journalen fremgik, hvorfor depotbehandlingen var indikeret, men ikke hvorfor der skulle være tale om en højere dosis end sædvanlig.

Ankenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling under henvisning til, at den besluttede dosis oversteg sædvanlig dosering. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling

Overlægen traf den 22. august 2013 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Abilify 10 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 30 mg dagligt afhængig af effekt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. x 1 dagligt stigende til max 9,75 x 3 dagligt.

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

Ankenævnet lagde hertil konkret vægt på, at selvom patienten kun var motiveret dagligt fra den 20. til den 21. august 2013, før beslutningen om tvangsmedicinering blev truffet den 22. august 2013, var patienten blevet motiveret fra den 15. til den 18. august 2013, men at denne blev afbrudt, da patienten ikke blev motiveret den 19. august 2013. Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten flere gange i betænkningstiden blev tilbudt at tale med en patientrådgiver.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur Abilify sædvanligvis var 10-15 mg én gang dagligt og vedligeholdelsesdosis var 15 mg én gang dagligt. Maksimalt 30 mg dagligt. Dosis ved injektionsbehandling var 9,75 mg dybt i. m. Dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer. Der kan højst gives tre injektioner dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde herved vægt på, at Abilify er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering for tablet Abilify gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden for at ordinere en dosis, 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 dosis, der gik ud over det på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 22. august 2013.

....

Overlægen traf den 5. juli 2013 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Olanzapin 20 mg med mulighed for at stige til 30 mg justeret efter effekt og bivirkninger subsidiært injektion Olanzapin 10 mg i.m.

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

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

Ankenævnet lagde herved vægt på, at det besluttede doseringsinterval for den primære behandling gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering. Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling 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.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at det ikke af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 5. juli 2013.

For høj dosis Abilify

Overlægen traf den 26. maj 2013 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med tablet Abilify 10-30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75-9,75 mg x 3.

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

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

Ankenævnet lagde vægt på, at dosis ved injektionsbehandling er 9, 75 mg dybt i. m. Dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer. Der kan højst gives tre injektioner dagligt. Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde herved vægt på, at Abilify er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at de besluttede doseringer gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

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

....

Det var Ankenævnets opfattelse, at det skulle begrundes konkret i journalen, såfremt der ordineres en dosis, der går ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk, og at patienten skal informeres om, at den ordinerede dosis går ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet ændrede derfor den afgørelse, der blev truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke godkendte den beslutning om tvangsbehandling med Abilify 15 – 30 mg, der blev truffet den 14. januar 2013.

....

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

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget Abilify op til 40 mg. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

....

Ankenævnet lagde konkret til grund, at der var blevet truffet beslutning om en maksimaldosis på 30 mg tablet Abilify. Det var således Ankenævnets opfattelse, at tablet-doseringen gik ud over 10-15 mg, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering. Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

For høj dosis Risperdal

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen med Risperdal initialt 1 mg dagligt med efterfølgende dosisændring i intervallet 1-10 mg ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde vægt på, at de besluttede doseringer af Risperdal gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk, hvor der står at doseringsforslag ved behandling med Risperdal som begyndelse er 1 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis på 4-6 mg dagligt, der vil sjældent være brug for doser over 10 mg. Maksimaldosis er 16 mg dagligt fordelt på 1-2 doser.

Endvidere kunne den høje dosis være velbegrunder, men en sådan eventuel begrunder fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede derfor den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 5. februar 2013.

....

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

Ankenævnet lagde vægt på, at den besluttede dosering af Risperdal på 8 mg gik ud over den sædvanlige dosering på 6 mg som angivet på pro.medicin.dk. Den besluttede maksimale dosis gik således ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Endvidere kunne den høje dosis være velbegrunder, men en sådan eventuel begrunder fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede derfor den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 19. februar 2013.

Ad. A.8:

Motivation skal foretages dagligt forud for og op til beslutningen om tvangsbehandling

Det var Ankenævnets opfattelse, at idet der ikke var blevet forsøgt motiveret efter den 7. februar 2014 blev motivationen afbrudt, således at den tidligere motivation (4. – 7. februar 2014) ikke kunne medregnes, da patienten på ny afviste at modtage medicin den 12. februar 2014.

Det var videre Ankenævnets vurdering, at der ikke var tale om en sådan akut situation, at beslutningen kunne træffes uden betænkningstid.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning og ændrede derfor den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 19. februar 2014.

Ad A.9.

Det fremgår 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 skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ifølge stk. 2, forstås ved afprøve-

de lægemidler præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og som markedsføres her i landet. Ifølge stk. 3, skal ordinationen følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Serenase – akut tilstand – fortolkning af maksimal dosis ved akut tilstand

Af medicinoversigten på pro.medicin.dk fremgår, at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur med Serenase ved akutte tilstande er 2-20 mg fordelt på en eller flere doser dagligt. Ved kroniske tilstande 1-3 mg 3 gange dagligt. Højst 20 mg dagligt. Ved injektionsbehandling gives højst 20 mg dagligt. 5 mg kan gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Ankenævnet fortolkede i den konkrete sag angivelsen vedrørende akutte tilstand således, at sædvanlig dosis ved tabletbehandling eller oral opløsning var 2-20 mg fordelt på en eller flere doser dagligt. Ankenævnet bemærkede, at der ikke var anført en maksimal dosis for akutte tilstande. Ankenævnet forstod herefter, at 20 mg dagligt fordelt på en eller flere doser var maksimaldosis.

Serenase ved behandling af ældre

Overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Serenase 5 mg x 2 stigende afhængig af effekt til max 20 mg dagligt. Patienten var 68 år.

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

Af medicinoversigten på pro.medicin.dk fremgår, at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur med Serenase ved akutte tilstande er 2-20 mg fordelt på en eller flere doser dagligt. Ved kroniske tilstande 1-3 mg 3 gange dagligt. Højst 20 mg dagligt. Ved injektionsbehandling gives højst 20 mg dagligt. 5 mg kan gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt. Der skal udvises forsigtighed til ældre blandt andet på grund af øget risiko for ortostatisk hypotension.

Ankenævnet lagde vægt på patientens alder, og at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling 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.

Peratsin – ej godkendt ved markedsføringstilladelse

Ankenævnet oplyste i konkret sag, at Peratsin ikke er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og således ikke markedsføres i Danmark.

Leponex – startdosis på 25 mg skal fordeles på to doser, og døgndoser over 200 mg skal fordeles på to doser

Overlægen havde som primær behandling truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Leponex 25 mg dagligt eventuelt stigende til 300 mg efter effekt og bivirkninger.

Af medicinoversigten på pro.medicin.dk fremgår, at sædvanlig dosis Leponex første dag er 12,5 mg 1-2 gange, anden dag er 25-50 mg eventuelt fordelt på to doser. Hvis denne dosis tåles, kan dosis øges langsomt med 25-50 mg ad gangen med én til tre dages interval, indtil der i løbet af to til tre uger er nået en dosis på op til 300 mg dagligt. Døgndoser over 200 mg bør fordeles på to doser.

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

Nævnet lagde vægt på, at Leponex var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering af Leponex gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

Nævnet lagde vægt på, at der blev ordineret en startdosis på 25 mg Leponex, uden angivelse af, at dette skulle fordeles på to doser á 12,5 mg, ligesom det ikke fremgik konkret af beslutningen om tvangsbehandling, at døgndoser over 200 mg skulle fordeles på to doser.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Med hensyn til det subsidiære præparat:

Ad B.1:

Injektion Zyprexa skal være fordelt på to separate injektioner á 10 mg ad gangen og med to timers mellemrum

Af medicinoversigten på pro.medicin.dk fremgår, at sædvanlig dosis ved injektionsbehandling med Zyprexa er 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter to timer, højst 20 mg dagligt.

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

Ankenævnet bemærkede dog, at det på baggrund af angivelsen på pro.medicin.dk var Ankenævnets opfattelse, at der kunne gives en dagsdosis på 20 mg Zyprexa som injektion, men at denne skulle være fordelt på to separate injektioner á 10 mg ad gangen og med to timers mellemrum.

Ad B.2: Ingen sager at referere til.

Tvangsbehandling – depot – at patienten tidligere har modtaget depot med god effekt er ikke tilstrækkelig begrundelse for at godkende

Det følger af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010, om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller med videre på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås.

Mindste middels princippet indebærer, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Behandling med depotmedicin anses som udgangspunkt for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skal være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Patienten havde i den konkrete sag været indlagt i England, og det fremgik af den engelske journal, at man under indlæggelsen i England havde valgt at give patienten tvangsmedicin i depotform på grund af mangelfuldt samarbejde om tabletbehandling.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at tvangsbehandlingen med Cisordinol depot i journalen alene blev begrundet med, at depotbehandlingen tidligere havde vist sig effektiv.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten ifølge journalen ikke led af giftfrygt/frygt for sprøjter, hvorfor Ankenævnet ikke fandt det godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller mikstur ville være umulig, eller at brugen af daglige injektioner ville være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

ECT – sædvanlig dosis for behandling med ECT

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns godkendelse af behandling med ECT. Begrundelsen for godkendelsen af ECT behandling var, at undladelse af behandling ville have indebåret en betydelig risiko for patientens liv, idet patientens tilstand fortsat blev forværret med risiko for udvikling af en livstruende tilstand, idet patienten ikke indtog sin sukkersyge medicin, spiste intet og drak kun nødtørftigt.

Ankenævnet oplyste, at sædvanlig dosis af ECT var behandling tre gange om ugen. Man informerede patienten om, at det ofte var nødvendigt med 12 behandlinger. Ved "en bloc ECT", gives der ECT dagligt tre dage i træk. En bloc ECT kan ikke stå alene, men efterfølges af ECT tre gange ugentligt. Når der er givet seks behandlinger, foretages der vurdering med henblik på, hvorvidt der er behov for yderligere behandlinger.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen med ECT opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede behandlingsformer med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at ECT almindeligvis er en effektiv behandling, når det er nødvendigt at opnå en hurtig effekt. Behandling med ECT har desuden få bivirkninger og en hurtig indsættende effekt.

Tvungen opfølgning – beslutning om tvangsbehandling i forbindelse med beslutning om tvungen opfølgning er ikke en beslutning om tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12, men en beslutning om tvangsbehandling som led i beslutningen om tvungen opfølgning

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsmedicinering truffet i henhold til psykiatrilovens § 12. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved samme afgørelse overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivelse. Klagevejledning blev givet til Det Psykiatriske Ankenævn (tvangsbehandling) og til retten (tvungen opfølgning efter udskrivelse).

Retten tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvungen opfølgning.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at der forelå en tvangsprotokol, skema 2, for tvangsbehandling med dato for beslutning den 30. april 2014, samt en tvangsprotokol skema 2a, for beslutningen om tvungen opfølgning med dato for beslutning den 30. april 2014. Ligeledes fremgik det af journalen, at der den 30. april 2014 blev truffet beslutning om tvungen opfølgning og i denne sammenhæng beslutning om tvangsbehandling. Af referatet fra mødet ved Det Psykiatriske Patientklagenævn fremgik, at overlægen havde oplyst, at udskrivning var forestående.

På denne baggrund var det Ankenævnets opfattelse, at den beslutning, der blev truffet den 30. april 2014 om tvangsbehandling ikke var en beslutning om tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12, men en beslutning om tvangsbehandling som led i den samtidige beslutning om tvungen opfølgning.

Det forhold, at der var udfyldt en særskilt protokol for tvangsbehandling medførte efter Ankenævnets opfattelse ikke i sig selv, at beslutningen skulle behandles som en beslutning om tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

2. Indgivelse af beroligende middel med magt – mindst indgribende foranstaltning - Ankenævnet

Det følger af psykiatrilovens § 17, stk. 2, at lægen kan 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.

Mindste middels princippet 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 afprøvet 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 at indgivelse af beroligende medicin med magt skal være opfyldt.
 - Det skal være nødvendigt, at bringe en meget urolig patientens tilstand til ro med henblik på bedring af dennes tilstand.
2. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger (mindste middels princippet)
 - Begrænse, korriger patientens adfærd
 - Tale til ro
 - Tilbyde beroligende medicin til frivillig indtagelse
3. Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering

Ad.1.

Ingen afgørelser.

Ad.2.

Som en følge af mindste middels princippet skal en patient, før det besluttet at give beroligende middel med magt, tilbydes at tage medicinen frivilligt. Dette skal sikre, at mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse, ligesom det skal journalføres, at det foræves er forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro.

Ankenævnet har tidligere måtte underkende en række sager, fordi det ikke klart fremgik af journalen, at disse tiltag var gjort.

Eksempel 1:

Ankenævnet ændrede beslutningen om indgivelse af beroligende medicin, idet hospitalet ikke eksplicit havde forsøgt at tale patienten til ro

Ankenævnet fandt, at betingelserne for indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt dog, at kravet om mindst indgribende foranstaltning, ikke var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten var blevet forsøgt talt til ro, selvom det fremgik at man havde forsøgt at korrigere patienten og tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Eksempel 2:

Ej tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse – Ankenævnet godkendte ikke beslutning

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt dog, at indgivelse af beroligende medicin med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at hospitalet forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet har endvidere afgjort nogle sager, hvor det blev vurderet, at der ikke var tale om den mindst indgribende foranstaltning, fordi der ikke var tilbudt den samme medicin, som der efterfølgende blev givet som beroligende middel med magt.

Eksempel 1:

Ankenævnet ændrede beslutning om indgivelse af beroligende medicin, idet mindstemiddel princippet ikke var opfyldt, da der blev givet en højere dosis Zyprexa til patienten end det der blev tilbudt til frivillig indtagelse

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt dog, at kravet om mindst indgribende foranstaltning ikke var opfyldt, idet patienten blev tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Zyprexa 10 mg, men indgivelse af beroligende medicin med magt i stedet blev givet i form af injektion 10 mg. i.m, hvilket svarer til en højere dosis end den der blev tilbudt.

Ankenævnet har enkelte gange konkret vurderet, at mindste middels princippet var opfyldt, selvom ikke alle tiltag var forsøgt, da der var tale om særlige omstændigheder beskrevet i journalen, som klargjorde, at yderligere tiltag ikke var mulige.

Eksempel 1:

Ankenævnet godkendte beslutning om indgivelse af beroligende medicin efter konkret vurdering af kravet om mindst indgribende foranstaltning

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering, at indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten forinden indgivelsen af beroligende medicin med magt var forsøgt skærmet, og at patienten var blevet fikseret på grund af urolig og truende adfærd. Endvidere fremgik det, at patienten havde taget imod beroligende medicin, men at det senere viste sig, at patienten ikke havde taget medicinen, da denne blev fundet under hovedpuden, ligesom patienten fremstod råbende og skrigende og gav udtryk for, at patienten ikke ville tage imod den tilbudte "gift".

Eksempel 2:

Ankenævnet godkendte beslutning om indgivelse af beroligende medicin, selv om det ikke var muligt at tilbyde beroligende medicin til frivillig indtagelse

Nævnet fandt, at kravet om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt, selv om det ikke var muligt at tilbyde beroligende medicin, idet der var tale om en tilspidset situation i den konkrete sag.

Eksempel 3:

Ankenævnet godkendte indgivelse af beroligende medicin med tvang, selvom det ikke klart fremgik i journalen, at patienten blev talt til ro, idet det var Ankenævnets opfattelse, at det i den konkrete sag ikke var mulig at tale patienten til ro

Ankenævnet fandt, at betingelserne for indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af dennes tilstand. Endvidere fandt Ankenævnet, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter samt tilbyde beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke klart fremgik i journalen, at det blev forsøgt at tale patienten til ro.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at det fremgik i journalen, at patienten blev kørt op og vredladet og udskældende hver gang, det blev forsøgt at opnå kontakt til patienten, hvorfor personalet afstod fra videre uddybning.

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at det ikke var muligt at tale patienten yderligere til ro.

Ad. 3.

Nedenstående afgørelser viser, at hvis der skal gives beroligende medicin med magt, skal det ske med afprøvet lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

Eksempel 1:

Ankenævnet ændrede beslutning om indgivelse af beroligende medicin, idet den besluttede dosering var udover sædvanlig dosering

Ankenævnet fandt, at indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt dog, at kravet om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering, ikke var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten tidligere på dagen havde modtaget 20 mg Zyprexa samt en ikke-angivet dosis af Oxapax.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at indgivelse af beroligende medicin i form af tablet Zyprexa 20 mg var udover sædvanlig dosering, idet det ikke fremgik i journalen, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende medicin med magt.

Eksempel 2:

Indgivelse af beroligende medicin med magt i form af tablet Stesolid 10 mg, er ikke en sædvanlig dosering

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af patientens tilstand. Nævnet lagde hertil vægt på, at patienten ifølge journalen var forpint, råbende samt svært psykotisk med somatiske hallucinationer om at kunne mærke penetration.

Ankenævnet fandt ligeledes, at indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet havde hertil lagt vægt på, at hospitalet forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke direkte fremgik, at patienten blev forsøgt begrænset og korrigeret, samt at hospitalet forsøgte at tale patienten til ro. Ankenævnet lagde imidlertid vægt på, at det var nødvendigt at tilkalde 10 personalemedlemmer, og at dette konkret måtte betragtes som at begrænse patienten, samt at patienten tog imod medicinen efter kort motivation, dog med besked om, at det var mod patientens vilje.

På trods af ovenstående fandt Ankenævnet, at indgivelsen af beroligende medicin med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulig bivirkninger. Ankenævnet lagde hertil vægt på, at Stesolid er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering ikke er sædvanlig.

Ankenævnet henviste i denne forbindelse til medicinoversigten på pro.medicin.dk om Stesolid, hvoraf fremgik, at sædvanlig dosis ved angst – og urotilstande hos voksne er 2-5 mg én til tre gange dagligt.

Eksempel 3:

Udover sædvanlig dosis – kunne være velbegrundet. Ankenævnet godkendte ikke beslutning

Ankenævnet fandt, at betingelserne for indgivelse beroligende medicin med magt var opfyldt.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt dog ikke, at kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulig bivirkninger var opfyldt.

Nævnet fandt på denne baggrund, at indgivelse af beroligende medicin i form af injektion Zeldox 20 mg var udover sædvanlig dosering, idet det ikke fremgik i journalen, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

Den høje dosis kunne være velbegrunder, men en sådan eventuel begrunder fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende medicin med magt.

Skriftlig underretning om tvang – Klagevejledning og eftersamtaler

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om indgivelse af beroligende middel. I tilknytning til afgørelsen havde Det Psykiatriske Patientklagenævn taget stilling til patientens klage over manglende skriftlig underretning om tvang, manglende klagevejledning og eftersamtaler. Ankenævnet tiltrådte afgørelserne.

Skriftlig underretning om tvang

Det fremgår af § 31 i psykiatriloven, at inden tvang anvendes, skal patienten underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål.

Underretning om anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, kan dog i særlig hastende tilfælde undlades. Begrundelse skal i så fald gives efterfølgende.

Indgivelse af beroligende middel med magt er reguleret i § 17, stk. 2, i psykiatriloven.

Ankenævnet havde til sagens behandling modtaget dokumentation for skriftlig underretning om anvendelse af beroligende middel med magt én gang den 1. xx måned 2011. Da det af dokumentationen fremgik, at baggrunden for indgivelsen var, at patienten blev tiltagende opkørt under samtalen, ankenævnet lagde til grund, at der var tale om indgivelsen den 1. xx måned 2011 kl. 15.16.

Der forelå ikke dokumentation for skriftlig underretning om anvendelse af tvang i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt til patienten den 1. xx måned 2011 kl. 14.30, 14.40 og 15.00.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at det var i overensstemmelse med psykiatrilovens § 31, at der den 1. xx måned 2011 i forbindelse med indgivelse af beroligende magt til patienten kl. 15.16 blev givet skriftlig underretning om anvendelsen af tvang.

Ankenævnet fandt videre, at det var i strid med psykiatrilovens § 31, at der ikke umiddelbart efter indgivelse af beroligende magt til patienten den 1. xx måned 2011 kl. 14.30, 14.40 og 15.00 blev givet skriftlig underretning om anvendelse af tvang.

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund den afgørelse, der er truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende skriftlig underretning om tvang til patienten i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt den 1. xx måned 2011 kl. 14.30, 14.40, 15.00 og kl. 15.16.

Klagevejledning

Det fremgår af § 32 i psykiatriloven, at patienten ved enhver anvendelse af tvang skal vejledes om adgangen til at påklage indgrebet.

Der forelå ikke dokumentation for, at patienten modtog klagevejledning i relation til indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at det var i strid med psykiatrilovens § 32, at der ikke i relation til indgivelse af beroligende middel til patienten blev givet klagevejledning.

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund den afgørelse, der er truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende klagevejledning til patienten i relation til indgivelse af beroligende middel med magt.

Eftersamtaler

Det er Ankenævnets opfattelse, at eftersamtaler er sundhedsfaglig virksomhed henset til formålet med og det i lov og vejledning fastlagte indhold af sådanne eftersamtaler. Ankenævnet har lagt vægt på, at det af bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger (BEK nr. 1493 af 14. december 2006) fremgår, at det blandt andet skal omtales ved samtalerne, hvilke virkninger og bivirkninger, der er knyttet til den pågældende tvangsforanstaltning.

Ankenævnet har videre lagt vægt på, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 blandt andet om eftersamtaler, at formålet hermed er at sundhedspersonen kan blive bekendt med patientens opfattelse af den anvendte tvang og opnå en bedre forståelse af patientens reaktionsmønstre, således at man kan søge at forebygge eller reducere tvangsanvendelse overfor den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatisk måde for patienten.

Det er på denne baggrund Ankenævnets vurdering, at Ankenævnet ikke har kompetence til at behandle klager over manglende eftersamtaler i henhold til § 4, stk. 5, i psykiatriloven.

Det Psykiatriske Ankenævn har derfor overfor klager afvist at tage stilling til klagen over manglende eftersamtaler og samtidigt vejledt om, at klager over sundhedsfaglig behandling kan indbringes for Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

6. Anvendelse af fysisk magt – ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 var opfyldt - Ankenævnet

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 krænkelser 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.

Endvidere må § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, 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.

Ankenævnet godkendte ikke beslutningen om anvendelse af fysisk magt, idet man ikke havde forsøgt at tale patienten til ro. Endvidere var det ikke dokumenteret hvorvidt der var tale om umiddelbar fare, der gjorde, at det var nødvendigt at handle umiddelbart og føre patienten bort med magt.

7. Inhabilitet i forhold til en bestemt sag foreligger ikke, når pågældende ikke har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald

Det fremgår blandt andet af § 3 i forvaltningsloven, at den, der virker inden for den offentlige forvaltning, er inhabil i forhold til en bestemt sag efter stk. 1, nr. 1, hvis vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald eller er eller tidligere i samme sag har været repræsentant for nogen, der har en sådan interesse, samt efter stk. 1, nr. 5, hvis der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed. Af § 3, stk. 2, fremgår, at inhabilitet dog ikke foreligger, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen ikke kan antages at være fare for, at afgørelsen i sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde på et møde taget stilling til spørgsmålet om formanden for Patientklagenævnets inhabilitet ved behandlingen af en konkret sag. Nævnets øvrige medlemmer besluttede, at de ikke fandt formanden for Patientklagenævnet inhabil i relation til behandlingen af sagen.

Ankenævnet vurderede, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald.

Det var Ankenævnets vurdering, at det forhold, at formanden for Patientklagenævnet ved tidligere klagesager havde deltaget ved behandlingen af sagerne ikke var udtryk

for, at hun havde været repræsentant for nogen, der havde en sådan personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald.

Ankenævnet lagde vægt på, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved de tidligere sager havde repræsenteret sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn og ikke en af sagens parter.

Det var videre Ankenævnets opfattelse, at det forhold, at de tidligere sager eventuelt blev underkendt ved den efterfølgende 2. instans behandling ikke i sig selv medførte, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn herved fik en sådan interesse i udfaldet af afgørelsen, at hun måtte betragtes som inhabil ved behandlingen af den konkrete sag.

Det var endeligt Ankenævnets vurdering, at der ikke i øvrigt var anført omstændigheder, som var egnede til at vække tvivl om formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævns upartiskhed i relation til den konkrete afgørelse.

Ankenævnet lagde hertil vægt på, at spørgsmålet om inhabilitet ikke blev rejst før, efter der var truffet afgørelse i sagen.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt på denne baggrund ikke grundlag for at fastslå, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn var inhabil ved behandlingen af den konkrete sag.

Afsnit IV: Kronik af Mickey Gjerris og Karen Stæhr

Tvang i psykiatrien er ikke altid et onde

KRONIK



Den overdrevne brug af tvang bør ikke afløses af en dæmonisering af at anvende tvang, skriver to medlemmer af Det Ethiske Råd.

Dato

18. Nov 2014

Forfattere

Mickey Gjerris, lektor i bioetik, Københavns Universitet, medlem af Det Ethiske Råd E-mail: mgj@ifro.ku.dk Karen Stæhr, sektorformand, FOA, medlem af Det Ethiske Råd E-mail: kas050@foa.dk Interessekonflikter: ingen

0

Regeringen forventes snart at fremsætte forlag til ændringer af loven om anvendelse af tvang i psykiatrien. Lovforslaget, der har været i høring hos bl.a. Det Ethiske Råd, sigter på at begrænse anvendelse af tvang i det psykiatriske behandlingssystem. Umiddelbart er det svært at være kritisk over for et lovforslag, der søger at øge patientinddragelsen i behandlingen og minimere antallet af tilfælde, hvor patienter eksempelvis fikseres mod deres vilje eller tvangsmedicineres.



Mickey Gjerris



Karen Stæhr Copyright Henrik Sørensen

Lovforslaget kan ses som et svar på en række udfordringer: Tvangsforanstaltninger kan med tiden gå fra at være nødvendige onder til nærmest at blive en form for rutinemæssig behandling. Antallet af tilfælde, hvor personalet skønner, at det er nødvendigt at f.eks. anvende tvangsfiksering over for patienterne, har i en årrække været svagt stigende [1] på trods af, at man fra politisk hold har haft fokus på at nedbringe antallet af tvangsanvendelser. Endelig har en række organisationer haft tvangsanvendelse i psykiatrien på dagsordenen i de senere år, herunder Det Ethiske Råd, der i 2012 udsendte en udtalelse om tvang i psykiatrien [2].

Fokus på negative aspekter

Der er imidlertid grund til at være varsom i den nuværende situation, hvor der er meget fokus på de negative aspekter af tvangsanvendelse. Det er kun positivt, at politikere, Sundhedsstyrelsen og personale på de psykiatriske afdelinger selv søger at undgå unødigt brug af tvang. Men det er vigtigt at holde sig for øje, at den overdrevne brug af tvang, som synes at have fundet sted i Danmark, ikke skal afløses af en dæmonisering af anvendelsen af tvang. Det vil for os at se være at skylle barnet ud med badevandet. Der er primært to grunde til, at det er værd at holde sig de positive aspekter af tvangsanvendelse for øje samtidig med, at man søger at bekæmpe den unødige brug af tvang.

1. Hensynet til patienterne selv

Det, der kendetegner det etiske forhold mellem mennesker, er ifølge den danske teolog K.E. Løgstrup (1904-1981), at vi lever i magtrelationer og dermed altid står "med noget af den andens liv i vores hånd" [3]. Vi er så at sige med til at bestemme, om den andens liv lykkes eller ej, fordi vi er involveret i hinandens liv på mangfoldige måder. Dermed ender vores handlinger også med at have konsekvenser for de andre. Dette træk ved menneskets tilværelse, som vi ikke kan ændre det mindste på, er det grundvilkår, der etablerer

det etiske forhold mellem os. Magten er uafviselig, og ud af magten – kan man hævde – vokser et ansvar for at tage vare på den anden.

Magt og etik

At forholde sig etisk til den anden er derfor at sætte sig ind i, hvordan man kan anvende den magt, som man nu engang har, til bedste for den anden. Det er en balancegang mellem at respektere den andens livsvalg og at drage omsorg for den anden ved at sætte grænser op for disse valg. Det sidste ikke bare af hensyn til den anden selv, men også af hensyn til de andre mennesker, der kan blive påvirket. Forholdet til den anden kan ikke ses ude af sammenhæng med de andre. Kravet om omsorg i behandlingen af den enkelte rummer også et krav om at drage omsorg for andre, der kan blive påvirket af situationen.

For at tage et eksempel fra en anden sfære: Når vi bør blande os i hinandens alkoholforbrug, hvis det tager overhånd, er det ikke kun af hensyn til den, der drikker for meget, men også for f.eks. de børns skyld, som får ødelagt deres liv af forældrenes druk. Ofte følges tingene ad, og vi kan drage omsorg for både alkoholikere og børn ved at blande os. Men undertiden må respekten og omsorgen for den enkelte foran os vige for respekten og omsorgen for de andre, som også er en del af den sociale kontekst, som vi handler i. At handle med magt og ansvar for øje kan således være ganske komplekst.

Tvang er ikke kun et onde

I samværet mellem mennesker uden svære psykiske lidelser vil balancen mellem respekt og omsorg som oftest betyde, at vi søger at respektere hinandens frihed og ret til at forme vores liv, som vi vil. Men når vi står med magten over et menneske, som ud fra vores bedste bedømmelse ikke kan tage helt eller delvist vare på sig selv, er opgaven at drage omsorg for dette menneske – også ved at tvinge det til at gøre ting, som det ikke umiddelbart er indstillet på at gøre. Det skal altid ske med den andens bedste for øje og med tanke på, at når og hvis personen kan bringes til et punkt, hvor omsorgen kan afløses af respekt, vil personen selv kunne se, at det var det rigtige at gøre. Tvang er således ikke kun et onde, som skal mistænkeliggøres, men kan også, når tvangen anvendes til bedste for den anden, og når alle andre muligheder er udtømt, ses som et udtryk for omsorg.

2. Hensynet til personalet

Som det fremgår af regeringens lovforslag, er den bedste måde at minimere anvendelsen af tvang i psykiatrien at give personalet langt bedre redskaber at arbejde med. Det drejer sig først og fremmest om efteruddannelse i form af viden om alternativer til magtanvendelse, kompetenceudvikling og mulighed for faglig sparring og supervision. Men der er også brug for bedre bygninger og faciliteter til patienterne og deres pårørende. Pårørende skal inddrages mere i det omfang, at de og patienten er indforstået med det, og der skal ska-

bes bedre muligheder for samvær med pårørende. Sidst, men ikke mindst, skal og må der afsættes mere tid til den enkelte patient, så personalet kan nå at tage de individuelle hensyn og opbygge den forståelse og fortrolighed, som kan nedbringe behovet for tvangsanvendelse.

Resurser

Disse ting kræver resurser i form af investeringer og mere personale. Følger dette ikke med de pæne ord, risikerer man at ende i en situation, hvor man fratager personalet en del af de redskaber, de har i dag i form af tvangsanvendelse uden at give dem en erstatning til patientens bedste, så tvangsanvendelsen reelt kan undgås. Det vil i sidste ende betyde, at man går fra, at tvang anses som et redskab, der kan anvendes i tilspidsede situationer, hvor alle andre muligheder er udtømt, til at være en form for individuel nødløsning i vanskelige situationer, der som udgangspunkt er etisk suspekt. Personalet på de psykiatriske afdelinger kan meget vel ende i en situation, hvor deres faglighed tilsiger dem at respektere og drage omsorg for mennesker, der er i en meget vanskelig situation, men hvor de reelt er frataget muligheden for at yde omsorg gennem tvangsforanstaltninger, fordi vi som samfund ikke vil tage et fælles ansvar for, at dette kan være nødvendigt indimellem.

- At dæmonisere tvangen – særligt hvis man ikke afsætter de nødvendige resurser til på andre måder at drage omsorg for svært psykisk syge medborgere – er at svinge både patienter og personale.

Tvang er ikke en foranstaltning, som man skal tage let på. I jo højere grad det lader sig gøre at indrette det psykiatriske behandlingssystem, så tvang kan undgås, jo bedre. Men tvang er ikke kun et onde: at dæmonisere tvangen – særligt hvis man ikke afsætter de nødvendige resurser til på andre måder at drage omsorg for svært psykisk syge medborgere – er at svinge både patienter og personale.

Bilag

Bilag 1 - Sageres fordeling på det enkelte hospital/center

Skema 17

<i>Sageres fordeling på det enkelte hospital/center</i>									
	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
Hospital	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Amager	62	73	62	6	4	8	56	69	54
Augustenborg	9	16	29	2	4	7	7	12	22
Ballerup	74	85	104	8	15	16	66	70	88
Bispebjerg Ung	7	5	20	0	1	1	7	4	19
Bornholm	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Brønderslev	49	59	61	11	4	14	37	55	47
Dianalund	5	17	15	1	5	1	4	12	14
Esbjerg	28	19	28	6	1	9	22	18	19
Frederiksberg	39	52	66	4	3	4	35	49	62
Frederikshavn	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Glostrup Rets-psyk.	0	0	8	0	0	0	0	0	8
Glostrup - Ung	2	7	5	0	1	1	2	6	4
Glostrup - Voksen	40	59	56	3	3	3	37	56	53
Haderslev	17	11	21	3	5	6	14	6	15
Herning	46	18	11	1	2	1	45	16	10
Holbæk	5	8	6	1	-	1	4	8	5
Holstebro	20	19	16	0	1	4	20	18	12
Horsens	29	33	17	4	-	1	25	33	16
Hvidovre	71	104	99	5	10	14	66	94	85
Kolding	32	13	26	12	3	1	20	10	25
København	186	201	221	28	16	28	158	185	193
Køge	-	1	0	-	-	0	-	1	0
Middelfart	22	19	44	7	5	11	15	14	33
Nordsjælland - Ung	2	2	0	0	-	0	2	2	0
Nordsjælland - V	73	102	108	10	7	15	63	95	93
Nykøbing Sj.	15	15	9	-	1	0	15	14	9
Odense	72	81	82	22	11	23	50	70	59
Randers	28	32	13	4	6	2	24	26	11

Ribe	1	1	0	0	-	0	1	1	0
Risskov	141	153	181	20	18	26	121	135	155
Risskov B&U	8	6	5	1	-	1	7	6	4
Roskilde	40	62	56	6	11	5	34	51	51
Sct. Hans	11	15	5	0	3	0	11	12	5
Slagelse	46	59	52	6	3	6	40	56	46
Svendborg	10	15	15	0	-	4	10	15	11
Vejle	9	16	13	2	1	1	7	15	12
Viborg	35	34	52	3	3	7	32	31	45
Vordingborg	52	73	77	8	9	9	44	64	68
Aalborg	75	57	91	18	11	10	57	46	81

Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Skema 18

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger									
	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Hospital									
Amager	52	69	52	4	0	1	93	100	98
Augustenborg	5	10	16	2	2	5	71	83	76
Ballerup	65	62	84	1	8	3	98	89	97
Bispebjerg, Ung	7	3	17	0	1	0	100	75	100
Bornholm	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Brønderslev	36	51	42	4	4	6	90	92	88
Dianalund	2	9	13	2	3	1	50	75	93
Esbjerg	16	8	15	6	10	3	73	44	83
Frederiksberg	33	46	59	2	3	2	94	94	97
Frederikshavn	0	0	1	0	0	0	0	0	100
Glostrup Rets-psyk.	0	0	6	0	0	2	0	0	75
Glostrup Ung	2	6	5	0	0	0	100	100	100
Glostrup - Voksen	36	49	55	1	7	5	97	83	92
Haderslev	8	6	12	6	0	2	57	100	86
Herning	30	12	14	9	4	1	77	75	93
Holbæk	4	6	3	0	2	1	100	75	75
Holstebro	13	14	10	7	4	1	65	78	91
Horsens	22	26	15	3	7	1	88	79	94
Hvidovre	63	89	83	3	5	2	95	95	98
Kolding	12	9	17	8	1	5	60	90	77
København	147	163	173	11	22	17	93	88	91
Køge	0	0	0	0	1	0	0	0	-
Middelfart	13	11	28	2	3	5	87	79	85
Nordsjælland - U	2	1	0	2	1	0	100	50	-
Nordsjælland - V	50	83	87	13	12	5	79	87	95
Nykøbing Sj.	9	12	6	3	2	3	75	86	67
Odense	37	53	54	13	17	4	74	76	93
Randers	17	19	20	7	7	1	71	73	95

Ribe	1	0	0	0	1	0	100	0	-
Risskov	92	108	139	29	27	16	76	80	90
Risskov B&U	7	5	4	0	1	0	100	83	100
Roskilde	24	46	45	10	5	5	71	90	90
Sct. Hans	5	7	1	6	5	1	45	58	50
Slagelse	30	34	33	10	22	13	75	61	72
Svendborg	9	14	11	1	1	0	90	93	100
Vejle	6	11	10	1	4	2	86	73	83
Viborg	24	23	41	8	8	4	75	74	91
Vordingborg	35	53	62	9	11	6	80	83	91
Aalborg	57	40	75	9	6	6	85	70	93

Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere

PKN afd.	Antal
København	60
Ringkøbing og Aarhus	44
Aalborg	15
Nykøbing	8
Odense og Aabenraa	40
I alt	167

Hospital	Antal
Amager	4
Augustenborg	7
Ballerup	8
Bornholm	4
Brønderslev	6
Dianalund	2
Esbjerg	7
Frederiksberg	3
Glostrup	5
Haderslev	6
Herning	8
Holstebro	6
Holbæk	6
Horsens	3
Hvidovre	6
Kolding	2
København	9
Middelfart	7
Nordsjælland	10

Hospital	Antal
Nykøbing Sj.	6
Odense	5
Randers	3
Risskov	16
Risskov B&U	3
Roskilde	8
Sct. Hans	3
Slagelse	2
Svendborg	4
Vejle	3
Viborg	8
Vordingborg	6
Aabenraa	1
Aalborg	9
I alt	186

Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2014

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Annette	Frölich	København	Lægeforeningen
Flemming Werner	Kristensen	København	Lægeforeningen
Helena	Galina Nielsen	København	Lægeforeningen
Jacques	Gauguin	København og Sjælland	Lægeforeningen
Jan	Christensen	København	Lægeforeningen
Josée Mona E.	Linnemann	København	Lægeforeningen
Jørn	Klewe	København	Lægeforeningen
Maja	Due Thorup	København	Lægeforeningen
Marianne	Schrøder	København	Lægeforeningen
Nanna (orlov)	Juul Martiny	København	Lægeforeningen
Nils	Engelbrecht	København	Lægeforeningen
Peter	Gottlieb	København	Lægeforeningen
Preben	Bredesgaard	København	Lægeforeningen
Arne	Ramskov Hansen	København	Sind
Arnnfinn	Thorsteinsson	København	Sind
Birthe	Bonde Bendixen	København og Sjælland	Sind
Bjørn	Helstrup	København	Sind
Ditte	Damsgaard	København	Sind
Ingelise	Svensden	København og Sjælland	Sind
Johannes	Nymark	København	Sind
Kirsten Hanne	Falster	København	Sind
Leni	Grundtvig Nielsen	København	Sind
Lisbeth	Dilling	København	Sind
Liselotte	Lassen	København	Sind
Simon	Abrahamsen	København	Sind
Stephen	Mortensen	København	Sind
Vibeke	Boolsen	København	Sind
Zinaida	N. Baban	København	Sind
Kirsten	Petersen	Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Carl	Krebs	Nykøbing Falster	Sind
Mogens	Nielsen	Nykøbing Falster	Sind

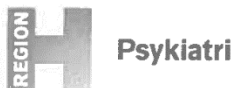
Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Lars	Tougaard	Odense	Lægeforeningen
Marianne	Schønemann	Odense	Lægeforeningen
Martin	Markvardsen	Odense	Lægeforeningen
Steen	Tinning	Odense	Lægeforeningen
Anita	Fjerbæk	Odense	Sind
Bjarne	Søberg	Odense	Sind
Kate	Arndal	Odense	Sind
Henriette	Kjær Lillelund	Odense og Aaben- raa	Lægeforeningen
Birthe	Christiansen	Ringkøbing	Sind
Jeanette	Juul Quaade	Ringkøbing	Sind
Claus	Toftgaard	Aabenraa	Lægeforeningen
Karen	Rosendahl	Aabenraa	Lægeforeningen
Marina	Loussoupowa Wind	Aabenraa	Lægeforeningen
Andy	Pedersen	Aabenraa	Sind
Anne	Hvidberg Jørgen- sen	Aabenraa	Sind
Claus	Peters	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
Poul	Hvass Hansen	Aalborg	Lægeforeningen
Dorthe	Rold	Aalborg	Sind
Erik	Christoffersen	Aalborg	Sind
Jane	Larsen	Aalborg	Sind
Jens	Ibsen	Aalborg	Sind
Bendt Viggo	Kjeldsen	Aarhus	Lægeforeningen
Oscar Bjørn	Jensen	Aarhus	Lægeforeningen
Peer	Liisberg	Aarhus	Lægeforeningen
Tove	Hansen	Aarhus	Lægeforeningen
Hanne	Madsen	Aarhus	Sind
Kim	Rattenborg	Aarhus	Sind
Lilli	Tobiasen	Aarhus	Sind
Marianne	Van Den Pol	Aarhus	Sind

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Tove	Tolstrup	Aarhus	Sind
Jacob	Græsbøll Svane- borg	Aarhus og Ringkø- bing	Lægeforeningen
Frederik	Grønbæk	Aarhus og Ringkø- bing	Sind
Ulla	Jacobsen	Aarhus og Aaben- raa	Lægeforeningen

Bilag 5 - Oversigt over nævnsmænd ultimo december 2014

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Henning	Lund-Sørensen	København	Kommitteret
Charlotte	Galbo	København	Specialkonsulent
Christina	Durup	København	Fuldmægtig
Lars	Orthmann	København	AC
Line	Høgh	København	AC
Per	Fønss	København	Specialkonsulent
Trine	Frydkjær Poulsen	Nykøbing Falster	Souschef
Lene	Engbirk	Nykøbing Falster	Fuldmægtig
Ragnhild	Gylling Rohde	Nykøbing Falster	Fuldmægtig
Helle	Gaardsvig Madsen	Odense	Soc. Råd.
Marianne	Samuelsen	Odense	Kontorchef
Christian	Geisler	Odense	AC
Henrik	Simonsen	Aabenraa	AC
Caroline	Pinnerup	Aabenraa	AC
Lisbeth	Bisgaard	Ringkøbing	AC
Maria Louise	Boll	Ringkøbing	AC
Stefan	Ottesen	Ringkøbing	AC
Lena	Lyhne	Aalborg	AC
Kirsten	Jensen	Aalborg	AC
Susanne	Storgaard Eldrup	Aarhus	Fuldmægtig
Lena	Bodum Hansen	Aarhus	Fuldmægtig

Bilag 6 - Høringsvar fra Regionerne



Statsforvaltningen
Store Torv 10
6200 Aabenraa

Direktionen

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 3864 0000

Direkte 3864 0002

Fax 3864 0007

Mail psykiatri@regionh.dk

Web www.psykiatri-regionh.dk

29 APR. 2015

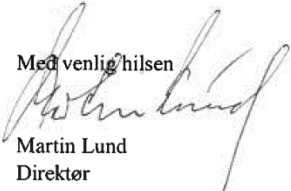
Kære Henning Lund-Sørensen

Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2014.

Du beder om eventuelle bemærkninger til beretningen.

I Region Hovedstadens Psykiatri finder vi, at årsberetningen er en grundig og velskrevet rapport, som kan bidrage til læring. Vi har herudover ingen bemærkninger til årsberetningen.

Med venlig hilsen



Martin Lund
Direktør

Statsforvaltningen

Psykiatri- og Socialstaben
Kontakt: Henriette Hørmann
Henriette.Hormann@rsyd.dk
Sikker mail: psykiatri@rsyd.dk
31011
Direkte tlf. 7663 1011

24. april 2015
Journal nr. 15/15321
Side 1/2

Høring vedrørende ”udkast til årsberetning 2014 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen”.

Statsforvaltningen har ved mail af 25. marts 2015 anmodet Psykiatrien i Region Syddanmark om eventuelle bemærkninger til ”udkast til årsberetning 2014 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen”.

Indledningsvis vil Psykiatrien i Region Syddanmark rose Statsforvaltningen for en gennemarbejdet og informativ årsberetning, som vurderes særdeles anvendelig som opslagsværk på de psykiatriske sygehuse.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse kan som bekendt gå ud på at et tvangsindgreb godkendes, eller findes at være foretaget med urette. Er klagen tillige rettet mod den eller de sundhedspersoner, der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, tager Det Psykiatriske Patientklagenævn stilling til, om der i den anledning er grundlag for at udtale kritik over for de(n) pågældende.


Vi har noteret os, at der ikke synes at være en ensartet praksis for, hvornår Det Psykiatriske Patientklagenævn udtaler kritik i forbindelse med en formel fejl, og hvornår den formelle fejl fører til at indgrebet anses for ulovligt. Der tænkes her på situationer, hvor det lægges til grund, at de materielle betingelser for et tvangsindgreb er til stede, men hvor der er begået en formel fejl.

Vi henviser i denne forbindelse bl.a. til, at det i flere af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser fremgår, at der udtales kritik af den formelle fejl, men at tvangsindgrebet trods dette godkendes bl.a. med den begrundelse, at de materielle betingelser anses for opfyldt. I andre af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser findes tvangsindgrebet foretaget med urette på grund af den formelle fejl. Der henvises i denne forbindelse bl.a. til årsberetningens s. 94, s. 93, s. 63 og s. 78.

Det ville være ønskværdigt, hvis denne problemstilling kunne afklares.

Udkastet til årsberetning giver i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen



Henriette Hørmann
Juridisk teamleder

Statsforvaltningen

Regionshuset

Viborg

Regionssekretariatet

Skottenborg 26

Postboks 21

DK-8800 Viborg

Tel. +45 7841 0000

kontakt@rm.dk

www.rm.dk

**Høring af årsberetning 2014 fra Det psykiatriske
Patientklagenævn ved statsforvaltningen.**

Region Midtjylland har følgende bemærkninger til udkast til
årsberetning:

Der henvises under afsnit 6b (side 20) til, at antallet af afgørelser,
godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter på
hospitaller/centre er angivet i bilag 6. Der findes dog intet bilag 6.

Venlig hilsen

Charlotte Kristiansen
Chefkonsulent

midt
regionmidtjylland

Dato 24-04-2015

Sagsbehandler Charlotte Kristiansen

Charlotte.Kristiansen@STAB.rm.dk

Tel. +4578410190

Sagsnr. 1-15-1-74-2-15

Side 1



Det Psykiatriske Patientklagenævn
Att.: Henning Lund-Sørensen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Dato: 20. april 2015

Brevid: 2511788

Psykiatrihuset

Nørregade 54F

4100 Ringsted

Tlf.: 54 67 24 00

E-mail: psykiatrien@regionsjaelland.dk

Direkte tlf.: 54 67 24 06

E-mail: lecu@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk/psykiatrien

Kære Henning Lund-Sørensen

Psykiatrien Region Sjælland har den 25. marts 2015 pr. mail modtaget udkast til årsberetning for 2014 for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Psykiatrien Region Sjælland har følgende bemærkninger til årsberetningen:

Mødedeltagelse for læger i de fem regioner

Det fremgår at Region Sjælland har den laveste mødedeltagelse for læger, og at dette relaterer sig til hospitaler i et bestemt område. Endvidere henvises til, at det samme gjorde sig gældende i 2013.

Det er selvfølgelig ikke acceptabelt, og vi vil i den forbindelse gerne anmode om at få oplyst, hvilket område der er tale om, så vi kan sætte fokus på problemet med en forhåbentlig fremadrettet øget deltagelsesprocent.

Ovenstående svar er for øvrigt identisk med vores bemærkning i forhold til årsberetning for 2013 – men vi kan i Psykiatrien ikke se at vi har modtaget noget svar på vores forespørgsel?

Det er psykiatrideledelsens håb at ibrugtagning af det nye psykiatrisygehus i Slagelse i efteråret 2015 vil medvirke til at imødegå ovennævnte problem, idet Psykiatrien Vest som med sengeafsnit i henholdsvis Holbæk, Dianalund og Slagelse forhåbentligt vil opleve en optimering i forhold til koordinering af de lægefaglige ressourcer, når sengeafsnittene samles i Slagelse.

Mødedeltagelse for patienter i de fem regioner

Vi vil følge op på den lave deltagelse og vil altid opfordre patienterne til at deltage i nævns møderne.

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger i de fem regioner

Der henvises til årsberetning for 2013, hvor det opstillede mål om en

fremmødeprocent på sigt i alle fem regioner på mindst 85 %, nu er opfyldt i alle regioner undtagen Sjælland, der dog har haft en markant stigning i fremmødeprocenten til 83 %.

Det fremgår at Region Sjælland har markant færre patientrådgivere/bistandsværger end de øvrige regioner, og det vil være nærliggende at antage at det er årsagen til den manglende målopfyldelse.

Venlig hilsen



Søren Bredkjær
Vicedirektør

Storetorv 10
6200 Aabenraa

statsforvaltningen@statsforvaltningen.dk
www.statsforvaltningen.dk

Statsforvaltningens
INFO-center
Telefon 7256 7000