



Årsberetning 2017

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

FORORD

AFSNIT I: DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN

1. Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed	8
1. 1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2017	8
2. 1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver	8
2. Antal sager og sagsfordeling	9
3. 2a. Antal sager	10
4. 2b. Sagernes fordeling på regioner	11
5. 2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	12
6. 2d. Antal afgørelser	12
3. Sagsbehandlingstiden	14
4. Antal mødedage, mødested m.v.	14
7. 4a. Antal mødedage.....	14
8. 4b. Mødedagenes fordeling mellem regionerne.....	16
9. Stedlig kompetence	16
5. Mødedeltagelse	17
10. 5a. Mødedeltagelse for læger	17
11. 5b. Mødedeltagelse for patienter	17
12. 5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	18
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten	20
13. 6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på regionerne.....	21
14. 6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb.....	22
15. 6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb.....	22
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	23
16. 7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	24
17. 7b. Indbringelse for domstolene.....	25
18. 7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn	25

AFSNIT II: PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER

AFSNIT III: PRINCIPIELLE AFGØRELSER

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	28
Tvangsbehandling	28
19. A: Med hensyn til det primære præparat:	29
20. B: Med hensyn til det subsidiære præparat:	29
21. Ad A 1: Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul	30
22. Ad A 2: Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval	31
23. Ad A 4: Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationsskema	32
24. Ad A 5: Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet,.....	33

25. Depotbehandling – mindste-middel-princippet	37
26. Begrundelse for godkendelse af depot.....	37
27. Begrundelse for ikke at godkende depot.....	38
28. Ad A 7: Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk.....	39
29. Opsættende virkning	44
30. Særligt om tvangsbehandling af legemlig lidelse	47
31. Særligt om behandling ved tvangsernæring	49
32. Særligt om ECT	50
33. Særligt om ophævelse	50
34. Særligt om partshøring	51
35. Ad B 2: Patienten skal mindst en gang i motivationsforløbet være orienteret om dosis.....	53
36. Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen.....	54
Indgivelse af beroligende middel med magt	63
37. Ad 2: Mindste-middels-princippet	64
38. Ad 3: Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.....	69
39. Den maksimale forsvarlige døgndosis må ikke overstiges	70
40. I 2017 tiltrådte Ankenævnet i en konkret sag Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende 102 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin.....	71
41. Ad 4: Der skal være identitet mellem tilbudt præparat og dosis og indgivet præparat og dosis	72
42. Særligt vedrørende dosis ved anvendelse af injektion Stesolid	73
Frihedsberøvelse	76
43. Det skal afklares om patienten går med til frivillig indlæggelse.....	76
44. "Frivillig" indlæggelse.....	76
45. Den indlæggende læges undersøgelse skal være foretaget senest 7 dage forud for indlæggelsen	77
46. Skal politiet medvirke til indlæggelsen?.....	78
47. Den indlæggende læge må ikke være ansat på samme center	78
48. Overlægen kan ikke på forhånd godkende en indlæggelse	79
49. Når den modtagende læge ikke finder nogle klare indikationer for indlæggelse	80
50. Tvangstilbageholdelsens udstrækning	81
Tvangsfiksering	82
51. Iværksættelse:	82
52. Opretholdelse	82
53. Krav til revurderingerne. Farligheden skal konkretiseres.....	82
54. REVURDERINGERNE	84
55. Udstrækning, når patienten ikke ønsker dialog.....	85
56. Farligheden ved bæltetilsyn skal konkretiseres.....	86
Tvungen opfølgning	89
57. Stabil behandling	89

BILAG

Bilag 1 - Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	90
Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværger (bv)	92
Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2017	92

Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2017	93
Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2017	95

HØRINGSSVAR FRA REGIONERNE

Forord

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

Indtil juni 2017 har Det Psykiatriske Patientklagenævn behandlet klager i fem afdelinger: København, Odense, Aabenraa, Aalborg og Aarhus. Fra juni 2017 er sekretariatsfunktionen overført til Nævnenes Hus i Viborg. Der er fortsat en lokal afdeling i København.

På længere sigt har Nævnenes Hus en ambition om at samle alle aktiviteter i Det Psykiatriske Patientklagenævn i hovedafdelingen i Viborg, hvor der er et særdeles stærkt fagligt miljø. Hovedafdelingen er blandt andet som det seneste tiltag begyndt at afholde alle møder i Nord-, Vest-, og Sydsjælland samt på Bornholm. Lokalafdelingen i København afholder derfor på nuværende tidspunkt som udgangspunkt alene møderne i hovedstadsområdet. Hovedafdelingen dækker således nu alle psykiatriske afdelinger i Danmark med undtagelse af psykiatriske afdelinger og centre i hovedstadsområdet.

Nævnenes Hus arbejder løbende med at forbedre processerne i Det Psykiatriske Patientklagenævn. Nævnenes Hus bestræber sig på at tilrettelægge en proces i Det Psykiatriske Patientklagenævn, der både tilgodeser en grundig og en effektiv proces, fordi det er med til at øge retssikkerheden for de borgere, der klager til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

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 at formidle 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 de psykiatriske centre/hospitaler i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

Beretningen er udarbejdet i overensstemmelse med det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinjer af 7. januar 2004 og omfatter tallene fra Nævnets arbejde i de fem regioner. Det er muligt at sammenholde tallene for årene 2015, 2016 og 2017, ligesom det er muligt at få et helhedsindtryk af Nævnets samlede virksomhed i de fem regioner.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

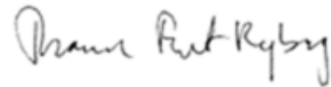
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn: om Nævnets virksomhed

Afsnit II: Principielle problemstillinger

Afsnit III: Principielle afgørelser fra : - Det Psykiatriske Patientklagenævn
- Det Psykiatriske Ankenævn



Christian Lützen
Direktør



Thomas Faust Ryborg
Teamchef

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn

1. Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed

Denne årsberetning vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed i 2017.

Ifølge psykiatrilovens § 34, stk. 1, er der ved Statsforvaltningen oprettet et psykiatrisk patientklagenævn bestående af direktøren for Statsforvaltningen som formand samt 2 medlemmer. Sundhedsministeren beskikker et antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Lægeforeningen skal så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri. Sundhedsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år, og genbeskikkelse kan finde sted. Ifølge psykiatrilovens § 34, stk. 2 kan direktøren for Statsforvaltningen bemyndige ansatte ved Statsforvaltningen til at fungere som formand for nævnet.

Ved kongelig resolution af 28. november 2016 overgik Det Psykiatriske Patientklagenævn til Nævnenes Hus i Viborg, og siden da har direktøren for Nævnenes Hus været formand for Det Psykiatriske Patientklagenævn og bemyndiget ansatte ved Nævnenes Hus til at fungere som formand for nævnet. Nævnenes Hus har også ansvaret for at ansætte og føre fortegnelsen over patientrådgivere. Statsforvaltningen har fortsat kompetencen til at ansætte og afskedige bistandsværger.

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2017

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand er direktøren for Nævnenes Hus, Christian Lützen.

Nævnets øvrige sammensætning i Nævnenes Hus fremgår af vedlagte bilag nr. 4. Bilaget skelner ikke mellem medlemmer og stedfortrædere i Det Psykiatriske Patientklagenævn, idet disse er ligestillede.

Årsberetningen er udarbejdet af kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Lars Orthmann, fuldmægtig Line Høgh, kontorassistent Charlotte Frandsen og teamchef Thomas Faust Ryborg.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Ifølge psykiatrilovens § 35 kan Det Psykiatriske Patientklagenævn behandle klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Det Psykiatriske Patientklagenævns sager er klager fra patienter, der under indlæggelse på psykiatriske afdelinger har været undergivet en af de ovenfor anførte former for tvang. Patienten kan indgive en klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn enten ved

patientrådgivers mellemkomst eller ved mundtligt at fremsætte klager over for det psykiatriske hospitals/centers personale, der er forpligtet til at formidler klagen videre til Nævnet. I enkelte tilfælde er det patienten selv, der henvender sig direkte til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afholder som udgangspunkt sit møde 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, som Nævnet sender hurtigst muligt efter mødet.

2. Antal sager og sagsfordeling

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

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

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

Det typiske er, at en klage over et indgreb medfører en afgørelse, men der kan være tilfælde, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn eksempelvis vurderer, at det har været loveligt at iværksætte tvangsindgrebet, men ikke at hospitalet opretholder tvangsindgrebet. I så fald vil klagen over et indgreb statistisk føre til to afgørelser. Herved undgår Nævnet at registrere 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" er der ofte tale om sager, som patienten først trækker tilbage umiddelbart inden nævnmødet, og hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn således allerede har brugt tid på at udsende og forberede sagen. Det har i 2017 drejet sig om 8 % af samtlige indkomne sager.

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2015	%	2016	%	2017	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	1611	100	1649	100	1615	100
- antal tilbagekaldte sager	147	9	143	9	133	8
- antal afviste sager	30	2	50	3	20	1
= antal sager med realitetsafgørelse	1434	89	1456	88	1462	91

Fra 2016 til 2017 er antallet af indkomne sager i kalenderåret faldet med 34 sager fra 1649 sager i 2016 til 1615 sager i 2017 svarende til en procentvis nedgang på 2,06 %.

Set over en treårig periode fra 2015 til 2017 er antallet af indkomne sager i kalenderåret relativt stabilt, henset til at der i 2015 var 1611 sager og i 2017 1615 sager.

I 2015 og 2016 udgjorde antallet af tilbagekaldte sager 9 % af det samlede antal indkomne sager i kalenderåret, og i 2017 faldt antallet af tilbagekaldte sager til 8 % af det samlede antal indkomne sager i kalenderåret

Fra 2016 til 2017 er antallet af afviste sager faldet med 30 sager fra 50 sager i 2016 til 20 sager i 2017. Procentvist udgør antallet af afviste sager dog kun 3 % i 2016 og 1 % i 2017. Set over en treårig periode fra 2015 til 2017 er antallet af afviste sager først steget fra 2 % i 2015 til 3 % i 2016 og faldet til 1 % i 2017.

I perioden fra 2015 til 2017 er antallet af sager med en realitetsafgørelse relativt konstant, idet tallene alene svinger fra 88 % til 91 %. Det vil sige, at ca. 9 ud af 10 sager ender med en realitetsafgørelse.

Set over en treårig periode fra 2015 til 2017 er antallet af realitetsbehandlede sager steget fra 1434 sager i 2015 til 1462 sager i 2017 svarende til en procentvis stigning på 1,95 %.

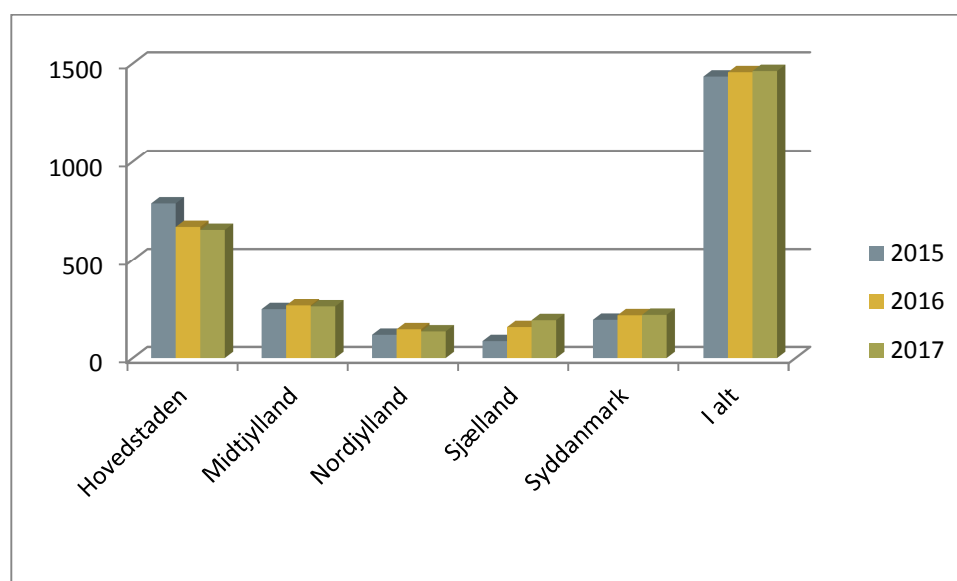
2b. Sagernes fordeling på regioner

Skema 2

Sagernes fordeling på de 5 regioner

Region	Sager i alt			Tilbagekaldte/ Afviste			Realitetsbehandlede		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Hovedstaden	871	747	723	83	78	69	788	669	654
Midtjylland	280	308	310	32	41	48	248	267	262
Nordjylland	135	172	141	17	26	6	118	146	135
Sjælland	92	169	198	6	12	6	86	157	192
Syddanmark	233	253	243	39	36	24	194	217	219
I alt	1611	1649	1615	177	193	153	1434	1456	1462

Grafisk fremstilling af antallet af realitetbehandlede klagesager:



Udvikling i antal realitetsbehandlede klager fra 2015 til 2017 opdelt på regioner:

	Procentvis ændring fra 2015-2017	Faktiske tal Ændring fra 2015-2017
Region		
Hovedstaden	-17,01 %	-134
Midtjylland	+ 5,65 %	+ 14
Nordjylland	+ 14,41 %	+ 17
Sjælland	+ 123,26 %	+ 106
Syddanmark	+ 12,89 %	+ 25
I alt	1,95 %	+ 28

Over en treårig periode fra 2015 til 2017 er der i hele landet sket en stigning på 1,95 % i antallet af realitetsbehandlede sager.

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

2c. Sagerne fordeling på det enkelte hospital/center

Der henvises til bilag 1.

2d. Antal afgørelser

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

Skema 3

Antal afgørelser i nævnet de seneste tre år

Region	2015	2016	2017
Hovedstaden	1606	1163	1133
Midtjylland	508	500	509
Nordjylland	184	217	184
Sjælland	118	282	333
Syddanmark	444	445	401
I alt	2860 (2634)*	2607	2560

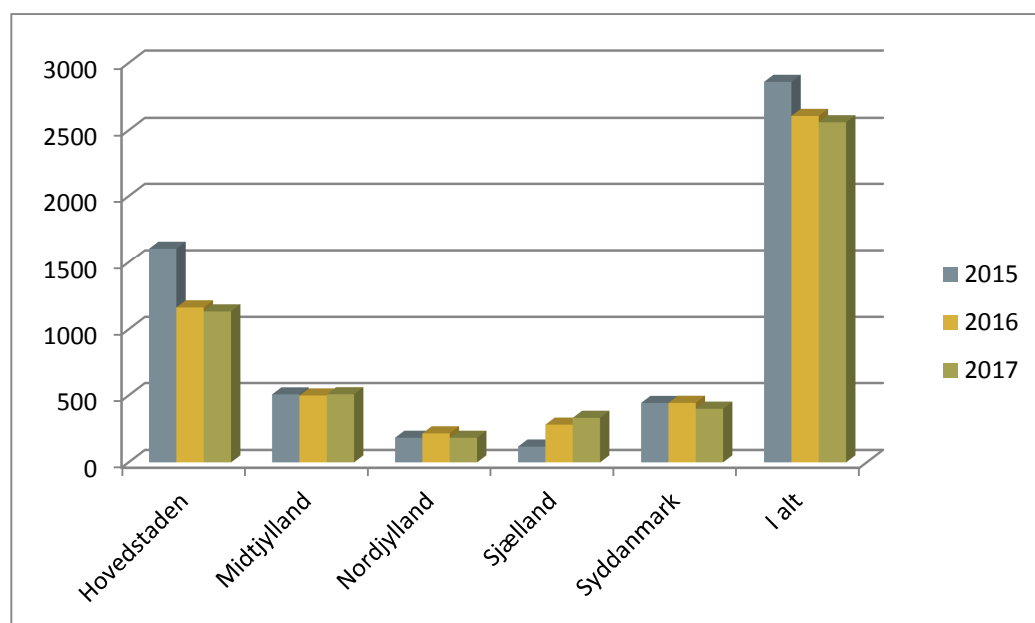
*uden en ekstraordinær sag med 226 afgørelser

Fra 2016 til 2017 er antallet af afgørelser faldet med 47 afgørelser fra 2607 afgørelser i 2016 til 2560 afgørelser i 2017 svarende til et fald på 1,80 %. Set over en treårig periode er antallet af afgørelser faldet med 300 afgørelser fra 2860 afgørelser i 2015 til 2560 afgørelser i 2017 svarende til et fald på 10,49 %. I 2015 behandlede Nævnet i København en sag med 226 afgørelser. Indgår den ekstraordinære sag ikke, vil der ikke være sket et markant fald i antallet af afgørelser, idet Nævnet i 2017 i så kun har

truffet 74 færre afgørelser svarende til en nedgang på 2,59 %. Antallet af afgørelser ligger således relativt konstant på omkring 2600 afgørelser om året.

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

Grafisk fordeling i antallet af afgørelser fra 2015 til 2017:



Udviklingen i antal afgørelser fra 2015 til 2017 opdelt på regioner:

	Procentvis ændring fra 2015-2017	Faktiske tal Ændring fra 2015-2017
Region		
Hovedstaden	-29,45 %	-473
Midtjylland	+0,20 %	+1
Nordjylland	0 %	0
Sjælland	+182,20 %	+215
Syddanmark	-9,68 %	-43
I alt	-10,49 %	-300

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

3. Sagsbehandlingstiden

Det Psykiatriske Patientklagenævn skal efter psykiatrilovens § 36, stk. 3, træffe afgørelse snarest muligt. Har Nævnet ikke truffet afgørelse, inden 14 dage efter at Nævnet har modtaget klagen, skal Nævnet underrette klageren 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 at Nævnet har modtaget klagen. Udtrykket hverdage skal forstås som mandage til fredage, bortset fra helligdage. Nævnet lægger afgørende vægt på at efterleve denne tidsfrist.

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2015	2016	2017
Antal dage	10 (17)*	10	9

*med den ekstraordinære sag med 226 afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sagstyper har i 2017 været 9 dage. Nævnet holder sig dermed under resultatmålet på maksimalt 14 dages sagsbehandlingstid.

Nævnets sagsstyringsprogram udregner automatisk sagsbehandlingstiden, således at sagsbehandlingstiden er beregnet fra det tidspunkt, hvor Nævnet modtager klagen, og indtil Nævnet sender afgørelsen til patienten. I den målte sagsbehandlingstid indgår således også lørdage samt søn- og helligdage.

I 2017 blev der som noget nyt kun givet en afgørelseskode pr. sag i modsætning til i 2015 og 2016, hvor der blev givet en afgørelseskode pr. tvangsindgreb. Tidligere kom en sag med mange koder, som typisk tog længere tid at behandle, derfor til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativt retning. Dette var tilfældet i 2015, hvor nævnet i København behandlede en ekstraordinær sag med 226 afgørelser, som betød, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid inkl. denne sag var 17 dage, som angivet i parentes. Hvorimod den gennemsnitlige sagsbehandlingstid uden denne sag var 10 dage, hvilket isoleret set var under resultatmålet på maksimalt 14 dages sagsbehandlingstid.

4. Antal mødedage, mødested m.v.

4a. Antal mødedage

Skema 5

Samlet antal mødedage de seneste tre år

	2015	2016	2017
Antal mødedage	617	581	582

Overzicht over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage:

Det Psykiatriske Patientklagenævn	Mødedage	Psykiatrisk Center / hospital
	Mandag	PC Nordsjælland og B&U, PC Ballerup, Sct. Hans og Roskilde Øst
	Tirsdag	PC Glostrup og B&U, PC Amager, Vordingborg og Slagelse
	Onsdag	PC København
	Torsdag/(fredag)	Bornholm
	Mandag	Odense
	Tirsdag	Risskov, B&U Risskov, Randers og Horsens
	Onsdag	Aalborg, Brønderslev, Thy/Mors, Frederikshavn, Esbjerg, Vejle og Aabenraa, Middelfart og Svendborg

Mødematerialet sender de psykiatriske hospitaler/centre til Det Psykiatriske Patientklagenævns hovedmail: patientklage@naevneneshus.dk, og dernæst sender sekretariatet klagen med bilag og mødeindkaldelser til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt til de relevante psykiatriske hospitaler/centre, med henblik på at hospitalerne/centre sørger for at videregive materialet til patienten og lægerne. Nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne har dermed tid til at sætte sig grundigt ind i sagen, samtidig med at der også tidsmæssigt er mulighed for, at patientrådgiveren kan aflægge et besøg hos patienten inden mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

I 2017 har Nævnet som alt overvejende hovedregel afholdt nævnsmøde på de psykiatriske hospitaler/centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske hospital/center. I visse tilfælde, især fra de lukkede afdelinger, kan/vil patienten ikke møde i mødelokalet. I så fald flytter Nævnet mødet til selve afdelingen. Der er afsat 25 minutter til hver sag. Møderne kan 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 Nævnet på forhånd har afsat mere end 25 minutter til mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2017 haft 582 mødedage. En mødedag er defineret som afholdelse af møder i alle de sager, der er opført på en dagsorden, også selvom Nævnet afholder møderne på forskellige hospitaler/centre. Nedenfor fremgår antallet af mødedage i de seneste tre år.

4b. Mødedagenes fordeling mellem regionerne

Skema 6

Mødedagenes fordeling på regioner

Region	Antal mødedage 2015	Antal mødedage 2016	Antal mødedage 2017
Hovedstaden	250	180	171
Midtjylland	137	121	135
Nordjylland	48	48	50
Sjælland	41	75	82
Syddanmark	141	157	144
Møder i alt	617	581	582

Fordelt på regioner er der fra 2016 til 2017 sket et fald i antallet af mødedage i Region Hovedstaden og Region Syddanmark, mens der er sket en stigning i antallet af mødedage i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland. Samlet set har antallet af mødedage været stabilt fra 2016 til 2017, idet der var 581 mødedage i 2016 og 582 mødedage i 2017.

Stedlig kompetence

Det Psykiatriske Patientklagenævn afholder som hovedregel møde på det psykiatriske hospital/center, som klagen relaterer sig til.

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

Hvis patienten flytter til et andet hospital/center, og patienten klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsessted, afholder Nævnet nævnsmøde på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.

Hvis patienten flytter til et andet hospital, kommer Patientklagenævnet til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Sekretariatet indkalder hospitalspersonalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt.

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

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.

5a. Mødedeltagelse for læger

Den læge, der har besluttet det tvangsindgreb, som en patient klages over, skal i medfør af § 9 i bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn så vidt muligt være til stede på nævnsmødet.

I 2017 har der som i tidligere år deltaget læger ved stort set alle nævnsmøder – som regel overlægen på afdelingen.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger i regionerne

Region	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Hovedstaden	787	658	648	15	11	6	98	98	99
Midtjylland	248	265	260	7	2	2	97	99	99
Nordjylland	118	145	133	2	1	2	98	99	99
Sjælland	81	146	191	5	11	1	94	93	99
Syddanmark	191	215	217	7	2	2	96	99	99
I alt	1425	1429	1449	36	27	13	98	98	99

I 2017 har der været afholdt 1449 møder med lægedeltagelse og 13 møder uden lægedeltagelse svarende til en gennemsnitlig deltagelsesprocent på 99 %. Fordelt på regioner er deltagelsesprocenten i 2017 99 %, og alle regioner har således haft en høj deltagelsesprocent for læger i 2017.

5b. Mødedeltagelse for patienter

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

I 2017 har Nævnet ikke udelukket patienter – hverken helt eller delvist – fra at deltage i nævnsmødet. Det er Nævnets praksis, at der skal tungtvejende grunde til for at udelukke patienter fra nævnsmødet, idet nævnsmødet netop er til for at høre patienten.

I 2017 har patienterne deltaget i 1159 møder. I 303 møder har patienten ikke deltaget, svarende til en gennemsnitlig deltagelsesprocent på 79 %. Fordelt på regioner svinger

deltagelsesprocenten i 2017 fra 70 % til 82 %. Alle regioner har således en forholdsvis høj deltagelsesprocent for patienter i 2017.

Set over en treårig periode fra 2015 til 2017 har den gennemsnitlige deltagelsesprocent for patienter ligget stabilt på henholdsvis 79 % i 2015, 77 % i 2016 og 79 % i 2017.

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter i regionerne

Region	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Hovedstaden	660	530	535	142	139	119	82	79	82
Midtjylland	179	201	207	76	66	55	70	75	79
Nordjylland	91	106	95	29	40	40	76	73	70
Sjælland	60	122	152	26	35	40	70	78	79
Syddanmark	161	167	170	37	50	49	81	77	78
I alt	1151	1126	1159	310	330	303	79	77	79

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

Baggrunden for patienternes fravær i mødet kan typisk være manglende ønske om at møde, eller at personalet vurderer, at patienten har været for dårlig til at deltage. Det hænder, at patienter ikke møder, hvis den pågældende patient inden mødet er blevet udskrevet. Hvis der er behov – af hensyn til patienten – afholder Nævnet mødet på selve afdelingen eller på patientens stue i stedet for i det mødelokale på hospitalet/centret, hvor Nævnet sædvanligvis afholder mødet. Både patientrådgiveren, hospitalet og en fra Nævnets forsøger at motivere patienten til at møde op til nævnsmødet.

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

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 for Nævnet. Bistandsværgeren skal i medfør af bekendtgørelsen om bistandsværger § 8, stk. 2, alene bistå patienten med at udforme eventuelle klageskrivelser samt yde bistand ved behandlingen af sagen. Der er således forskel på mødepligten for patientrådgivere og bistandsværger.

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

Deltaget						
Region	2015		2016		2017	
	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.
Hovedstaden	702	36	602	21	596	13
Midtjylland	214	10	234	7	215	13
Nordjylland	107	2	126	8	121	4
Sjælland	76	4	127	13	146	17
Syddanmark	148	23	171	17	190	17
I alt	1247	75	1260	66	1268	64

Ikke deltaget						
Region	2015		2016		2017	
	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.
Hovedstaden	38	26	33	13	37	11
Midtjylland	25	6	17	9	20	7
Nordjylland	9	2	11	1	7	1
Sjælland	4	2	10	7	14	6
Syddanmark	20	7	24	5	17	3
I alt	96	43	95	35	95	28

Deltagelsesprocent						
Region	2015		2016		2017	
	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.	Ptr.	Bv.
Hovedstaden	95	58	95	62	94	54
Midtjylland	90	63	93	44	91	65
Nordjylland	92	50	92	89	95	80
Sjælland	95	67	93	65	91	74
Syddanmark	88	77	88	78	92	85
I alt	93	64	93	65	93	70

I 2017 har deltagelsesprocenten for patientrådgivere været 93 % og for bistandsværger 70 %. Deltagelsesprocenten har således fortsat været høj for patientrådgivere og igen noget lavere for bistandsværger. Over en treårig periode er bistandsværgerens deltagelsesprocent dog steget fra 64 % i 2015 til 70 % i 2017.

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

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

Nævnet opfordrer til stadighed patientrådgivere til at prioritere deres hverv som patientrådgiver samt til at overveje, om den enkelte kan kombinere hvervet som patientrådgiver sit erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

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

Hvervet som patientrådgiver bortfalder, når hospitalet bringer tvangsindgrebet, men patientrådgiveren skal bistå i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, før beskikelsen ophører, eller iværksættes samtidig jf. psykiatrilovens § 28.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Ifølge § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn kan Det Psykiatriske Patientklagenævns godkende indgrebet, eller Nævnet kan vurdere, at indgrebet er foretaget med urette. Nævnet afgør normalt en klage over et tvangsindgreb ved enten at godkende eller tilsidesætte de besluttede tvangsforanstaltning (en 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. Et tvangsindgreb udgør mindst en afgørelse.

Nedenstående tabeller viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2015 til 2017 har været påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

Opgørelsen over tvangsfikseringer er foretaget samlet. Afgørelserne indeholder derfor såvel tvangsfikseringer, hvor der alene er anvendt bælte såvel som de tilfælde, hvor der både er anvendt bælte og en eller flere hånd- og/eller fodremme.

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

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

Region	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Hovedstaden	1606	1163	1133	1180	939	952
Midtjylland	508	500	509	410	417	451
Nordjylland	184	217	184	150	161	155
Sjælland	118	282	333	99	231	274
Syddanmark	444	445	401	298	346	346
I alt	2860*	2607**	2560***	2137	2094	2178

* heraf 109 afgørelser = 4% med dissens

** heraf 113 afgørelser = 4% med dissens

*** heraf 99 afgørelser = 4% med dissens

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter

Region	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Hovedstaden	426	223	181	27	19	16
Midtjylland	98	83	58	19	17	11
Nordjylland	34	57	29	18	26	16
Sjælland	19	51	59	16	18	18
Syddanmark	146	99	55	33	22	14
I alt	723	513	382	25	20	15

Omgørelsesprocenterne i 2017 varierer fra 11 % til 18 %. Variationen er således væsentlig mindre end i 2015, hvor omgørelsesprocenten varierede fra 16 % til 33 % og mindre end i 2016, hvor omgørelsesprocenten varierede fra 17 % til 26 %.

Nævnet har med tilfredshed konstateret, at den samlede omgørelsesprocent er faldet med 10 % point fra 2015 til 2017 og med 5 % fra 2016 til 2017 og dermed harmonerer omgørelsesprocenten med det normale omgørelsesniveau for et nævn.

Fordelt på regioner er omgørelsesprocenten fra 2016 til 2017 faldet i Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark, mens den er den samme i Region Sjælland.

Skema 12

6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Tvangsindlæggelse	426	436	440	405	416	419
Tvangstilbageholdelse	668	621	630	633	587	609
Tilbageførsel	4	2	3	4	1	3
Tvangsfiksering	373	246	188	240	205	170
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	12	10	8	9	9	7
Tvangsbehandling, medicinsk	636	668	711	482	510	551
Tvangsbehandling, ECT	0	2	3	0	0	3
Tvangsbehandling, legemlig	2	15	11	2	9	11
Fysisk magtanvendelse	130	65	80	77	36	59
Beroligende medicin	577	508	458	261	293	325
Personlig skærmning	7	6	5	2	4	2
Tvungen opfølgning	18	26	15	16	20	13
Andet	6	2	8	4	2	6
I alt	2860	2607	2560	2137	2094	2178

Skema 13

6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Tvangsindlæggelse	21	20	22	5	5	5
Tvangstilbageholdelse	35	34	21	5	5	3
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	133	41	18	36	17	10
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	100	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	2	0	1	25	0	13
Tvangsbehandling, medicinsk	154	158	160	28	24	23
Tvangsbehandling, ECT	0	2	0	0	100	0
Tvangsbehandling, legemlig	0	6	0	0	40	0
Fysisk magtanvendelse	53	29	21	18	45	26
Beroligende medicin	316	215	133	33	42	29
Personlig skærmning	5	2	3	7	33	60
Tvungen opfølgning	2	6	2	18	23	13
Andet	2	0	2	0	0	25

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
I alt	723	513	383	25	20	15

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

Antallet af afgørelser om tvangsfiksering, der er godkendt, er kun et udtryk for, at tvangsfikseringens iværksættelse er godkendt og ikke nødvendigvis, at tvangsfikseringens udstrækning er godkendt, mens antallet af afgørelser om tvangsfiksering, der er tilsidesat, er udtryk for, at tvangsfikseringens iværksættelse er tilsidesat. De tilfælde, hvor tvangsfikseringens udstrækning er tilsidesat fremgår således ikke af statistikken. Nævnet har tilsidesat tvangsfikseringens tidsmæssige udstrækning 50 gange ud af de 170 godkendte tvangsfikseringer i 2017.

Omgørelsesprocenten for tvangsbehandling er faldet fra 28 % i 2015 til 24 % i 2016 og til 23 % i 2017. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. tvangsbehandling steget fra 636 afgørelser i 2015 til 668 afgørelser i 2016 og til 711 afgørelser i 2017.

Omgørelsesprocenten for beroligende medicin er steget fra 33 % i 2015 til 42 % i 2016 og faldet til 29 % i 2017. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. beroligende medicin faldet fra 577 afgørelser i 2015 til 508 afgørelser i 2016 og til 458 afgørelser i 2017.

Omgørelsesprocenten for fysisk magt er steget fra 18 % i 2015 til 45 % i 2016 og faldet til 26 % i 2017. Samtidig er antallet af afgørelser vedr. fysisk magt faldet fra 130 afgørelser i 2015 til 65 afgørelser i 2016 og steget igen til 80 afgørelser i 2017.

Omgørelsesprocenterne for tvangsbehandling, beroligende medicin og fysisk magt overstiger således fortsat de 10-15 %, der sædvanligvis opfattes som et acceptabelt omgørelsesniveau for et nævn. Sekretariatet vurderer, at det hænger sammen med, at nævnet har fulgt op på, at Det Psykiatriske Ankenævn løbende har skærpet praksis i forhold til tvangsbehandling, beroligende medicin og fysisk magt.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, 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 af patienten i henhold til psykiatrilovens § 37, stk. 1, sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, beroligende medicin, personlig alarm- og pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer uafbrudt mere end 24 timer samt aflås-

ning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn af patienten og hospitalsmyndigheden i henhold til psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2017 blev 253 ud af 1262 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene, svarende til en ankeprocent på 20 %, og 182 ud af 1286 nævnsafgørelser indbragt for Det Psykiatriske Ankenævn, svarende til en ankeprocent på 14 %. Den samlede ankeprocent i 2017 var 17 % sammenlignet med 2015 og 2016, hvor den var henholdsvis 17 % og 24 %. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

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

Skema 14

Antal klager

	2015			2016			2017		
	Antal afg.	Antal Anker	anke %	Antal afg.	Antal Anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %
Tvangsindlæggelse	426	93	22	436	96	22	440	93	21
Tvangstilbageholdelse	668	127	19	621	147	24	630	135	21
Tilbageførsel	4	0	0	2	0	0	3	0	0
Tvangsfiksering	373	43	12	246	55	22	188	23	12
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afd.	12	1	8	10	2	20	8	2	25
Tvangsbehandling, med.	636	118	19	668	161	24	711	137	19
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	2	1	50	3	0	0
Tvangsbehandling, legeme	2	1	50	15	3	20	11	4	31
Fysisk magtanvendelse	130	12	9	65	14	22	80	4	5
Beroligende medicin	577	85	15	508	137	27	458	31	7
Personlig skærmning	7	0	0	6	3	50	5	1	25
Tvungen opfølgning	18	4	22	26	8	31	15	5	33
Andet	6	0	0	2	0	0	4	0	0
I alt	2860	484	17	2607	627	24	2560	435	17

Skemaet viser, at antallet af klager/anker over nævnets afgørelser er faldet fra 627 klager/anker i 2016 til 435 klager/anker i 2017. Ankeprocenten er således faldet fra 24 % i 2016 til 17 % i 2017.

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 efter retsplejelovens kap. 43 a indbringes for domstolene af patienten.

I 2017 har byretterne stadfæstet 98 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, tilsidesat 6 afgørelser, og i 46 tilfælde har patienten frafaldet sagen.

Afgørelser fra retterne, der delvist tilsidesætter Nævnets afgørelse, tæller statistisk som en stadfæstelse. Nævnet følger her Indenrigs – og Sundhedsministeriets "Retningslinjer for udarbejdelse af årsberetninger for de psykiatriske patientklagenævn" fra 7. januar 2004, som anbefaler at arbejde med stadfæstelse/tilsidesættelse i stedet for delvise godkendelser/tilsidesættelser.

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

Skema 15

Afgørelser fra retten

	2015	2016	2017
Stadfæstet	163	176	98
Tilsidesat	1	1	6
Frafaldet af patient	37	63	46
I alt	201	240	150

Skemaet omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2017, inklusive afgørelser truffet af Nævnet før 2017.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, 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 påklages til Det Psykiatriske Ankenævn af patienten eller de psykiatriske hospitaler/centre.

I 2017 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 85 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, ændret eller hjemvist 9 afgørelser, og i 17 tilfælde har patienten frafaldet klagen.

	2015	2016	2017
Stadfæstet	51	118	85
Ændret/hjemvist	26	48	9
Frafaldet	1	0	17
I alt	78	166	111

Skemaet omfatter afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn modtaget i 2017, inklusive afgørelser truffet af Nævnet før 2017

Afsnit II: Principielle problemstillinger

Det Psykiatriske Patientklagenævn har ikke medtaget principielle problemstillinger i årsberetningen for 2017. I henhold til daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinjer af 7. januar 2004 er afsnit II ikke et obligatorisk afsnit.

Afsnit III: Principielle afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

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

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

Tvangsbehandling

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

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

Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal ifølge § 16 blandt andet have information om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Hospitalet skal løbende informere patienten 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, Ankenævnet lagt til grund, at alle patienterne har opfyldt denne betingelse, hvorfor der ikke vil blive redegjort nærmere herfor.

Øvrige betingelser 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, fordi der er tale om en betænkningstidsregel.
2. Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval - herunder orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger.
3. Der skal være identitet mellem det præparat og den/det dosis/dosisinterval, der motiveres for og det præparat og det dosis/dosisinterval, der træffes beslutning om.
4. Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationsskema.
5. Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.
6. Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen. Ydligere motivering medregnes derfor ikke, 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. Doser, der overstiger sædvanlig dosering, skal patienten oplyses herom, og hospitalet skal gives en særskilt begrundelse, som personalet skal journalføre i relation til beslutningen om tvangsbehandling.
8. Der skal motiveres helt op til beslutningsdagen.
9. Og tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge pro.medicin.dk's retningslinjer for dosisindgivelse.

B. Med hensyn til det subsidiære præparat:

1. Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk, jf. ovenfor.

2. Patienten skal mindst én gang i motivationsforløbet være orienteret om dosis, eventuelt dosisinterval samt formål, virkninger og eventuelle bivirkninger af det subsidiære præparat.

**Ad A 1: Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul, da der er tale om en betænkningstidsregel
Patienten var ikke motiveret kontinuerligt op til beslutningen om tvangsbehandling – tilførsler i tvangsprotokollen er journalpligtige**

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med smelttablet Zyprexa 10 mg to gange dagligt med vurdering af virkning og bivirkning, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. maksimalt to gange dagligt. Afgørelsen blev truffet af et flertal af Patientklagenævnets medlemmer.

Patientklagenævnets flertal fandt, at beslutningen om at tvangsbehandle patienten opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i forhold til motivation og betænkningstid. Flertallet fandt, at patienten havde behov for medicinsk behandling og fandt ikke, at patienten, uanset om patienten var motiveret korrekt, ville have taget medicinen frivilligt. For at undgå at patienten skulle være indlagt unødvendigt lang tid, fandt flertallet derfor, at det var mindstemiddel at påbegynde tvangsbehandling.

Patientklagenævnets mindretal (formanden) fandt ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i forhold til motivation og betænkningstid.

Mindretallet fandt heller ikke, at motivation var foretaget dagligt forud for og op til beslutningen om tvangsbehandling. Beslutningen blev truffet den 5. juli 2016, og motivationen var blevet afbrudt, idet der ikke var blevet forsøgt motiveret efter den 3. juli 2016. Der var heller ikke tale om en sådan akut situation, at beslutningen kunne træffes uden betænkningstid.

Det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 1. juli 2016 kl. 15.30 til den 3. juli 2016 kl. 14.51.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten ikke blev motiveret for den primære tvangsbehandling den 4. og 5. juli 2016, forinden der den 5. juli 2016 kl. 9.45 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smelttablet Zyprexa 10 mg to gange dagligt med vurdering af virkning og bivirkning. Subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. maksimalt to gange dagligt.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at patienten ikke var blevet motiveret kontinuerligt op til, at beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at personalet ikke havde gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret dagligt, helt op til beslutningen blev truffet.

Ankenævnet fandt, at bekendtgørelsens § 3, stk. 5, ikke var opfyldt.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til betænkningstiden.

Ankenævnet bemærkede desuden, at det ikke fremgik af journalen den 5. juli 2016, at der var indført notat i tvangsprotokollen.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 15 i bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om blandt andet tvangsprotokoller, at tilførsler i tvangsprotokollen er journalpligtige, jf. § 21 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Ved udfærdigelse af tvangsprotokoller skulle der i journalen henvises til, at der var indført notat i tvangsprotokollen.

Kopi af tvangsprotokollen tilførtes journalen.

Ankenævnet præciserede herefter, at det burde være fremgået af journalen, at der var indført notat i tvangsprotokollen.

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Patienten var bekendt med virkning og bivirkninger ved behandling med Zyprexa (Olanzapin), og det var derfor ikke nødvendigt at informere herom

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om dosisøgning af tablet Zyprexa/Olanzapin til 30 mg dagligt med mulighed for stigning til maksimalt 40 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skulle informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det var videre Ankenævnets opfattelse, at informationen skulle indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der var en mulighed for, at tvangsbehandlingen blev iværksat med det subsidiære præparat.

I tilfælde, hvor der blev besluttet behandling med samme præparat både primært og subsidiært, men i forskellig administrationsform, var det Ankenævnets opfattelse, at det var tilstrækkeligt at oplyse om det primære præparats virkning og bivirkning, i det omfang disse var de samme ved henholdsvis tablet og injektion.

Det var ikke dokumenteret, om patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved behandlingen med Zyprexa (Olanzapin). Det var dog Ankenævnets opfattelse, at patienten måtte være bekendt med virkning og bivirkninger ved behandlingen, idet patienten allerede var i behandling med Zyprexa, omend i en lavere dosis.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Uoverensstemmelse mellem journal og motivationsskema om motivationen

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperidon 0,5 mg to gange dagligt, eventuelt stigende til 2 mg to gange dagligt afhængigt af effekt og bivirkninger, alternativt injektion Haloperidol 2,5 mg i.m. en gang dagligt. Afgørelsen blev truffet af et enigt nævn.

Patientklagenævnet fandt, at beslutningen om at tvangsbehandle patienten opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i forhold til motivation og betænkningstid.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det i journalen fra den 21. januar 2017 kl. 14.45 til og med den 24. januar 2017 kl. 14.42 og i skemaet "Motivation for antipsykotisk behandling" var noteret, at patienten dagligt var blevet motiveret for medicinsk behandling med tablet Risperidon 0,5 mg 2 gange dagligt evt. stigende til 2 mg 2 gange dagligt, afhængig af virkning og bivirkninger, herunder at patienten var blevet informeret om formål, virkning og bivirkninger ved behandlingen. Patienten havde afvist at tage medicinen frivilligt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ifølge journal af 22. januar 2017 ført kl. 09.50 aktuelt var motivationsfase for antipsykotisk virkende behandling, og at patienten i den forbindelse fik tilbudt tabl. Risperdal 0,5 mg, som patienten afviste at indtage. Det fremgik videre af journalen, at der blev lagt op til, at patienten skulle have Risperdal 2 gange dagligt. Patienten skulle "derfor også motiveres igen senere samme dag kl. 17 for samme behandling." Patienten blev ifølge journal af 22. januar 2017 ført kl. 18.00 igen tilbudt "Risperdal ½ mg. Patienten afviste at indtage præparatet og var ved samtalen fuldstændig afvisende over for i det hele at indtage antipsykotisk medicin. Patienten blev informeret mundtligt og skriftligt om virkning samt bivirkninger."

Det fremgik af motivationsskemaet, at patienten dagligt fra den 21. januar 2017 til den 24. januar 2017 blev motiveret for behandling med tablet Risperidon 0,5 mg to gange dagligt, eventuelt stigende til 2 mg to gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, alternativt injektion Haloperidol 2,5 mg i.m. en gang dagligt.

Patientklagenævnet lagde herefter til grund, at patienten blev motiveret, som angivet i skemaet "Motivation for antipsykotisk behandling" vedrørende den 22. januar 2017.

Ankenævnet bemærkede imidlertid, at patienten ifølge journalen den 22. januar 2017 alene blev motiveret for behandling med tablet Risperidon 0,5 mg.

Ankenævnet bemærkede videre, at patienten ifølge journalen den 23. januar 2017 kl. 11.58 blev motiveret for tablet Risperidon 0,5 mg to gange dagligt, eventuelt stigende til vedligeholdelsesdosis på 1-2 mg.

Det fremgik endvidere af journalen, at der den 24. januar 2017 kl. 14.42 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperidon 0,5 mg to gange dagligt, eventuelt stigende til 2 mg to gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, alternativt injektion Haloperidol 2,5 mg i.m. en gang dagligt.

Der forelå således diskrepans mellem journalen og motivationsskemaet, om hvorvidt patienten i betænkningstiden dagligt blev motiveret for hele det dosisinterval, som hospitalet efterfølgende havde truffet beslutning om.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der skulle motiveres konkret for det dosisinterval, som der efterfølgende blev truffet beslutning om, og at det skulle fremgå af journalen, at der var motiveret for hele dosisintervallet.

Det var på den baggrund Ankenævnets vurdering, at patienten reelt ikke fik betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 24. januar 2017.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Patienten var ikke blevet motiveret for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg dagligt med mulighed for dosisøgning til 10 mg x 2 dagligt, alternativt injektion Zyprexa 10 mg i.m. Afgørelsen blev truffet af et enigt nævn.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om at tvangsbehandle patienten opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i forhold til motivation og betænkningstid.

Patientklagenævnet havde lagt vægt på, at det var noteret i journalen fra den 28. til den 31. juli 2016, at patienten dagligt var blevet motiveret for medicinsk behandling med smelttablet Olanzapin 10 mg, herunder at patienten var blevet informeret om formålet, virkning og bivirkninger ved behandlingen. Patienten havde afvist at tage medicinen frivilligt.

Patienten var dermed tilbudt medicin dagligt gennem tre dage, før der den 1. august 2016 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med samme præparat og startdosis, som patienten var blevet motiveret med.

Det fremgik imidlertid af journalen, at der den 1. august 2016 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med mulighed for dosisøgning af smelttablet Olanzapin til 10 mg x 2 daglig. Beslutningen om tvangsbehandling svarede således ikke til den dosis medicin, som patienten gennem tre dage var blevet tilbudt, og patienten var dermed ikke motiveret med hele dosisintervallet af tablet Olanzapin op til 20 mg daglig.

Patientklagenævnet udtalte, at det fulgte af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsmedicinering forudsatte, at vedvarende forsøg var gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen var til fare for patientens liv eller helbred, herunder at patienten og patientrådgiveren var fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og bivirkninger.

Patientklagenævnet henviste i afgørelsen til, at Det Psykiatriske Ankenævn i sin praksis havde slået fast, at det indebar, at en patient skulle motiveres for hele den primære behandling, herunder et dosisinterval. Motivationen skulle foretages løbende, og tvangsbehandling skulle iværksættes med det præparat og den dosis, som der var motiveret med, medmindre der forelå særlige omstændigheder, der kunne begrunde andet.

Patientklagenævnet anførte videre, at det fulgte af § 3, stk. 3, i førnævnte bekendtgørelse, at motivationsperiodens varighed kunne afkortes med baggrund i overvejelser om bl.a. patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering ville kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed. Det var Nævnets opfattelse, at tilsvarende omstændigheder, som kunne begrunde en afkortet motivationsperiode, også konkret ville kunne begrunde, at beslutningen om tvangsbehandling kunne godkendes, selvom patienten ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet af tablet Olanzapin op til 20 mg.

Patientklagenævnet havde herefter konkret vurderet, at der forelå sådanne særlige omstændigheder.

Patientklagenævnet havde lagt vægt på følgende forhold, som fremgik af sagen:

At behandlingen var startet, uden at patientens klage var tillagt opsættende virkning, fordi patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling blev vurderet til konkret og aktuel fare for andre.

At det var overlægens vurdering, at patientens farlighed ville være vedvarende, medmindre patienten blev behandlet med antipsykotisk medicin.

At patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling var bæltefikseret på fjerde døgn på grund af farlighed, og at der ikke var udsigt til, at patienten ville kunne løsnes af bæltet, før den antipsykotiske medicin har opnået god effekt.

At patienten på nær muligheden for dosisøgning, havde været informeret om og motiveret for det konkrete behandlingstilbud, herunder fik patienten gennem tre dage betænkningstid til at overveje sit frivillige samtykke til behandlingen, hvilket patienten havde afvist.

At behandlingen var iværksat med smelttablet Zyprexa (Olanzapin) 10 mg, som patienten havde været motiveret for. Patienten blev ifølge overlægen fortsat behandlet med smelttablet Zyprexa (Olanzapin) 10 mg daglig, uden at der var sket dosisøgning.

At patienten tidligere havde været i antipsykotisk behandling med Zyprexa (Olanzapin) i en dosis op til 20 mg, og at patienten således havde erfaring med medicinens virkning og eventuelle bivirkninger i tilsvarende dosis, der blev truffet beslutning om.

At det besluttede dosisinterval lå inden for sædvanlig dosering.

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

Ankenævnets udtalte, at det var Ankenævnets opfattelse, at en patient i betænkningstiden skulle tilbydes en konkret behandling, og at tangsbehandling som udgangspunkt skulle iværksættes med det præparat og den dosis, der var motiveret for, medmindre der forelå særlige omstændigheder, der kunne begrunde andet. Hvis patienten ikke var motiveret med den konkrete behandling, kunne motivationen ikke medregnes i betænkningstiden.

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

Det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for tablet Zyprexa 10 mg dagligt fra den 28. juli 2016 kl. 14.31 til den 1. august 2016 kl. 12.51. Der blev imidlertid truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg dagligt, med mulighed for dosisøgning til 10 mg x 2 dagligt, alternativt injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret med.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Indgivelse af Risperdal via sonde var ikke mindste middel

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med Risperidon/Risperdal 0,5 mg den første dag, 1 mg dag to og tre, 1,5 mg dag fire, fem, seks og syv, og 2 mg fra dag otte. Hvis ikke det havde tilstrækkelig effekt, skulle patienten efterfølgende stige med 0,5 mg om ugen til vedligeholdelsesdosis forventeligt ikke over 4 mg. I sjældne tilfælde kunne det være nødvendigt at behandle med højere dosis, dog maksimalt 6 mg dagligt. Så vidt mulig oralopløsning eller smeltetablet, fordi patienten tidligere havde snydt med tablet. Hvis patienten ikke samarbejdede om at tage medicinen som smeltetablet eller oralopløsning, ville patienten få Risperidon mixtur i sonde, alternativt injektion Abilify 0,6 ml (4,5 mg) dag et og to, 1,3 ml (9,75 mg) dag tre, fire, fem, seks og syv, og fra dag otte 1,9 ml (14,25 mg). Maksimalt 15 mg dagligt.

Ankenævnet fandt, at der blev givet patienten en tilstrækkelig betænkningstid, og at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet bemærkede, at der blev truffet beslutning om, at såfremt patienten ikke kunne samarbejde om at tage medicinen som smeltetablet eller oralopløsning, skulle patienten have Risperidon mixtur i sonde, alternativt injektion Abilify. Det fremgik af tvangsprotokollen, at der blev truffet beslutning om tilladt magtanvendelse, såfremt patienten ikke var i stand til at indtage Risperidon som smeltetablet eller oralopløsning.

Ankenævnet bemærkede videre, at der ikke fremgik oplysninger af journalen om, at patienten skulle have givet udtryk for, at patienten fandt indgivelse via sonde mindre indgribende end injektion. Ligeledes forelå der ikke oplysninger om, at patienten led af frygt for nåle.

Endelig var det Ankenævnets opfattelse, at indgivelse af medicin via sonde som subsidiært præparat før injektion ville forsinke helbredelsen af patienten.

Ankenævnet fandt herefter, at det ikke var i overensstemmelse med mindste-middels-princippet at træffe beslutning om at indgive Risperdal via sonde, hvis ikke patienten kunne samarbejde omkring smeltetablet eller oralopløsning.

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Mindste-middel-princippet var ikke opfyldt, når overlægen drøftede lavere initialdosis med patienten end den besluttede initialdosis – depotbehandling godkendt – kombinationsbehandling godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning af 17. november 2016 om tvangsbehandling med injektion Cisordinol Depot 150 mg i.m. hver 14. dag, vedligeholdelsesdosis 150 mg hver 14. dag, kombineret med depotinjektion Zypadhera 300 mg i.m. hver 14. dag, vedligeholdelsesdosis 210 mg hver 14. dag.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera og Cisordinol i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen i en længere årrække havde haft en svært behandlelig sindssygdom, hvor tabletbehandling ikke havde haft varig effekt på tilstanden, hvilket havde resulteret i flere genindlæggelser.

Videre lagde Ankenævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zypadhera og Cisordinol Depot i kombination med god effekt på tilstanden, ligesom de besluttede doseringer og kombinationen af de to lægemidler var sædvanlig for patienten.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Zypadhera og Cisordinol Depot var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler. Ankenævnet bemærkede imidlertid, at det blev drøftet med patienten

den 15. november 2016 at starte med en lavere initialdosis, for så vidt angik Zypadhera, end den der blev truffet beslutning om.

Ankenævnet havde videre bemærket, at det var overlægen, som også traf beslutningen om tvangsbehandling, der motiverede patienten for en lavere initialdosis.

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at overlægen måtte have vurderet, at en lavere initialdosis kunne være tilstrækkelig, da det ellers ikke ville være relevant at drøfte denne mulighed med patienten.

Ankenævnets vurderede derfor, at mindste-middel- princippet ikke var opfyldt, for så vidt angik valg af initialdosis Zypadhera i den konkrete situation, da der blev truffet beslutning om en højere initialdosis end drøftet den 15. november 2016.

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Depotbehandling – mindste-middel-princippet

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

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

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

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

Begrundelse for godkendelse af depot

Eksempel 1:

Det havde gentagne gange ikke vist sig muligt at fastholde patienten i behandling med tablet. Patienten havde tidligere modtaget depot med god effekt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion Cisordinol Depot 100 mg hver anden uge med eventuel stigning til højst 200 mg hver anden uge afhængig af effekt og bivirkninger.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Cisordinol i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde vægt på, at det gentagne gange havde vist sig, at det ikke var muligt at fastholde patienten i behandling efter udskrivelse, og at patientens psykotiske symptomer hver gang var blevet forværret. Videre lagde Ankenævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Cisordinol Depot med god effekt på tilstanden.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Patienten var gentagne gange ophørt med tabletbehandling med forværring i tilstanden til følge, og patientens reaktion på behandlingen var kendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med depot injektion Xeplion 75 mg i.m. hver 28. dag, med forudgående depotinjektion på 150 mg i.m. på dag 1, og 100 mg i.m. på dag 8.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Xeplion i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen gentagne gange var ophørt med tabletbehandling, hvorefter patienten havde fået psykotisk tilbagefald med tvangsindlæggelse til følge. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Risperidon, hvorfor patientens reaktion på behandlingen var kendt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af pro.medicin.dk, at Xeplion kunne anvendes uden forudgående stabilisering med Risperidon eller Paliperidon, såfremt der tidligere havde været god effekt ved behandling af et af de to præparater. Paliperidon, som var det aktive stof i Xeplion, var således den såkaldte aktive metabolit af Risperidon, det ville sige det aktive stof, som Risperidon blev nedbrudt til.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Begrundelse for ikke at godkende depot

Det var ikke en særlig begrundelse, at patienten i 2009 havde modtaget injektion Risperdal i depotform

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion Risperdal depot 25 mg hver 14. dag med mulighed for øgning afhængig af effekt og bivirkninger til maksimalt 37,5 mg.

Ankenævnet oplyste, at mindste-middels-princippet indebar, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt måtte betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det var Nævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt ansås for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skulle være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at overlægen begrundede sit valg af præparat med, at patienten tilbage i 2009 i en periode fik Risperdal som tablet og depotmedicin, og at patienten i perioden havde det relativt godt. Patienten havde ligeledes for 8 til 10 år siden haft god effekt af Olanzapin i en dosering på 20 mg i døgnet, men siden dengang havde patienten haft en subaraknoidalblødning og var derfor fysisk mere skrøbelig, hvorfor der blev valgt behandling med Risperdal, som kunne bruges med ret stor tryghed til ældre. Patienten fik dengang en dosis på 37,5 mg Risperdal, stigende til 50 mg Risperdal, hver 14. dag, hvilket aktuelt var en lidt for høj dosis, da patienten nu var 73 år, hvorfor der skulle behandles med lavere dosis Rispolept Consta 25 mg hver 14. dag

Ankenævnet fandt imidlertid, at injektion Risperdal i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at der ikke fremgik en tilstrækkelig begrundelse i journalen for at vælge tvangsbehandling med et depotpræparat, idet der skulle være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet fandt således ikke, at det forhold, at en patient tidligere havde haft god effekt af et depotpræparat var en tilstrækkelig begrundelse for at vælge et depotpræparat til tvangsbehandling.

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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 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 afprøvede 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.

Anbefalinger af dosis for de enkelte præparater fremgår af medicinfortegnelsen på www.pro.medicin.dk. Om den besluttede dosis er sædvanlig skal blandt andet vurderes ud fra patientens alder og ud fra administrationsmåde. Når en patient er over 65 år, betragtes denne som ældre. Endvidere skal baggrunden for at ordinere en enkelt-

dosis, der går ud over sædvanlig dosis, som angivet på pro.medicin.dk, oplyses i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling, og patienten skal informeres herom. Det er ikke tilstrækkeligt, at begrundelsen fremgår af tvangsprotokollen eller af lægeerklæringen.

Mani – for høj dosis – ikke konkret begrundelse herfor, og patienten var ikke informeret om den høje dosis – ej tilstrækkeligt, at patienten ved tidligere indlæggelser havde været doseret op til 40 mg Zyprexa

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 11. december 2016 om tvangsbehandling med smeltablet Zyprexa 15 mg en gang dagligt med mulighed for øgning til maksimalt 40 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg en gang dagligt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det fremgik af medicinfortegnelsen, www.pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet Zyprexa ved mani initialt var som monoterapi 15 mg en gang dagligt. Det kunne dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis gradvist op til højst 40 mg i døgnet. Ved behandling med injektion Zyprexa var dosis initialt sædvanligvis 5-10 mg i.m. Patientklagenævnet fandt dermed, at de besluttede tablet dosis ved mani lå ud over sædvanlig dosering af præparaterne.

Patientklagenævnets flertal fandt, at der dog i journaloplysningerne den 1. december 2016 var anført, at patienten var givet en begrundelse for, at gå ud over sædvanlig dosering for så vidt angik tablet dosis, idet det blev beskrevet, at det blev vurderet nødvendigt med mulighed for optrapning til 40 mg, da det ofte var nødvendigt ved manier, og da patienten ved tidligere indlæggelser havde været doseret op til 40 mg pr. døgn.

Patientklagenævnets mindretal (formanden) fandt dels ikke, at begrundelsen for at gå ud over sædvanlig dosering var givet i umiddelbar tilknytning til den aktuelle beslutning om tvangsbehandling, dels ikke at det noget sted fremgik, at patienten var blevet meddelt, at denne dosis var over sædvanlig dosering.

Mindretallet fandt således ikke, at der var gjort tilstrækkeligt for at oplyse patienten om, at den besluttede dosis gik over sædvanlig dosering.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af mani med tablet Zyprexa anvendtes initialt som monoterapi 15 mg 1 gang dagligt. Det kunne dog være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Ved behandling med injektion Zyprexa anvendtes initialt 5-10 mg i.m. Dosis kunne gentages efter 2 timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter tre dage burde der skiftes til oral behandling.

Ankenævnet lagde vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en 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.

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget Zyprexa med god effekt på tilstanden.

Den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 11. december 2016.

Ankenævnet var opmærksomt på, at det fremgik af journalen den 1. december 2016, at der blev ordineret op til 40 mg, idet dette ofte var nødvendigt ved manier, og idet patienten ved tidligere indlæggelser havde været doseret op til 40 mg.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at der var tale om en tilstrækkelig konkret begrundelse i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet 10 dage senere, ligesom det ikke specifikt fremgik af journalen, at patienten blev informeret om, hvorfor der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der gik ud over den dosering, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig.

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

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Højere initialdosis tablet Risperdal end anbefalet i pro.medicin.dk konkret godkendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med Risperidon 4 mg 1 x dagligt stigende til 6 mg dagligt afhængig af virkning og bivirkninger efter lægelig vurdering, alternativt injektion Serenase 5 mg i.m. eventuelt stigende til maksimalt 10 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af psykoser med tablet Risperdal (Risperidon) anvendtes initialt 2 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt, der ville sjældent være brug for doser over 10 mg. Maksimaldosis var 16 mg dagligt fordelt på 1 til 2 doser.

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

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

net lagde vægt på, at Risperdal og Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer var almindelige.

Ankenævnet bemærkede, at initialdosis for Risperdal ifølge pro.medicin.dk var 2 mg, men at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling i intervallet 4-6 mg. Ankenævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Risperdal med god effekt på tilstanden. Endvidere at dosisangivelsen var fastsat ud fra en vurdering af patientens konkrete kliniske tilstand.

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

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Begrundelse for maksimal dosis på 40 mg tablet var ikke tilstrækkelig konkret og individuel, selv om der var tale om en svært sindssyg, potentielt farlig retspsykiatrisk patient

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med smelttablet Zyprexa 5 mg dagligt, stigende efter effekt og bivirkninger indtil 40 mg dagligt, alternativt injektion Zyprexa 2,5 mg dagligt, eventuelt stigende til 20 mg dagligt.

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

Ankenævnet oplyste videre, at ved behandling af skizofreni med injektion Zyprexa anvendtes initialt 5-10 mg i.m. dagligt. Dosis kunne gentages efter to timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter tre dage burde der skiftes til oral behandling.

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 Zyprexa var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering for så vidt angik tablet Zyprexa gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet var opmærksomt på, at det i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandlingen fremgik, at der blev ordineret smelttablet Zyprexa op til 40 mg dagligt, idet det med overvejende sandsynlighed ville være nødvendigt at behandle patienten med en dosis ud over de vanlige 20 mg dagligt, idet patienten var i en akut fase, ligesom patienten fremtrådte med svære forfølgelsesforestillinger og tidvist udviste nærliggende eller truende farlighed på grund af disse.

Ankenævnet var endvidere opmærksom på, at overlægen i sin klage havde anført, at der ikke var tale om vedligeholdelsesbehandling, men behandling af en svært sindssyg, potentielt farlig retspsykiatrisk patient i den akutte fase, hvor der selvfølgelig lø-

bende ville blive fulgt op på virkning og bivirkninger, idet der ikke ville blive behandlet med en højere dosis end nødvendigt. Overlægen havde videre anført, at der blev motiveret for behandling inden for det maksimalt forsvarlige dosisinterval som et udtryk for mindste-middels-princippet for at undgå unødigt lang ventetid på sufficient behandling. Endelig havde overlægen anført, at den sædvanlige dosering på pro.medicin.dk ikke var rettet mod svært sindssyge retspsykiatriske patienter.

Ankenævnet havde dog videre bemærket, at patienten ikke tidligere havde modtaget behandling med Zyprexa, hvorfor patientens reaktion på behandling inden for sædvanlig dosering ikke var kendt.

Det var på denne baggrund Ankenævnets vurdering, at begrundelsen for at gå ud over sædvanlig dosering ikke var tilstrækkelig konkret og individuel, på trods af, at Ankenævnet ikke tilsidesatte overlægens skøn om, at patienten var svært sindssyg og potentielt farlig.

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

Ankenævnet bemærkede, at det ville være muligt, såfremt sædvanlig dosering viste sig ikke at have tilstrækkelig effekt, at træffe en ny beslutning om øgning af dosis med henvisning til den manglende effekt. Ankenævnet bemærkede videre, at det i den situation ville være tilstrækkeligt med en forholdsvis kort betænkningstid i forhold til spørgsmålet om øgning af dosis.

Ankenævnet tiltrådte Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

For høj dosis - patienten havde ikke tidligere modtaget Cisordinol, hvorfor hans reaktion herpå ikke var kendt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med dråber/tablet Cisordinol 10 mg to gange dagligt, eventuelt stigende alt efter effekt og bivirkninger til 50 mg dagligt. Grundet en delvis effekt af behandling med Risperidon på maksimal tilladte dosis på 3 mg dagligt, kunne en yderligere dosisøgning til maksimalt 75 mg dagligt fordelt på to doser afhængig af effekt og bivirkninger komme på tale, hvis der ikke blev opnået tilstrækkelig effekt af en behandling på 50 mg dagligt. Alternativt injektion Serenase 5 mg. i.m. maksimalt to gange dagligt. Afgørelsen blev truffet af et enigt nævn.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten var i en akut fase af sin skizofrenisygdom, hvorfor sædvanlig dosering i dette tilfælde svarede til den angivelse, der var for akut skizofreni på pro.medicin.dk.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af akut skizofreni med dråber/tablet Cisordinol anvendtes 10 til 50 mg dagligt, eventuelt op til 75 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste videre, at ved behandling med injektion Serenase anvendtes højst 20 mg dagligt. 5 mg kunne gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Ankenævnet fandt dog ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at Cisordinol og Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at den besluttede dosering for så vidt angik Cisordinol ikke var almindelig.

Ankenævnet var opmærksom på, at det fremgik af journalen, at der blev truffet beslutning om en eventuel yderligere dosisøgning til 75 mg, grundet en delvis effekt på patienten af behandling med Risperidon på maksimal tilladte dosis på 3 mg dagligt, hvorfor det blev vurderet, at en yderligere dosisøgning kunne komme på tale, hvis der ikke blev opnået tilstrækkelig effekt af en behandling på 50 mg dagligt. Endvidere idet flere patienter ville respondere på en behandling med 75 mg end 50 mg dagligt.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at patienten ikke tidligere havde modtaget Cisordinol, hvorfor patientens reaktion herpå ikke var kendt. Det kunne derfor ikke lægges til grund, at det ville blive nødvendigt med en dosis ud over de sædvanlige 50 mg, selv om patienten havde haft behov for en høj dosis ved behandling med et andet præparat.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var en tilstrækkelig konkret og individuel begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosering.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Opsættende virkning

Det fremgår af § 32, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at en klage over beslutning om tvangsbehandling har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Der forelå tilstrækkelig dokumentation for, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt, at klagen fra den 24. januar 2017 ikke længere blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik eksplicit af journalen den 24. januar 2017, at det blev besluttet ikke længere at tillægge patientens klage opsættende virkning samt med hvilken begrundelse.

Ankenævnet bemærkede ligeledes, at det var den samme overlæge, der den 24. januar 2017 valgte, at behandlingen skulle gennemføres omgående. Det fremgik af journalen, at patienten, i forbindelse med at patienten fik tilbudt den supplerende dosis Olanzapin, blev udtalt verbalt truende, herunder truede patienten med at stikke overlægens øjne ud og opsøge dennes familie.

Ankenævnet lagde på den baggrund til grund, at overlægen den 24. januar 2017 vurderede, at patienten på det tidspunkt var så truende, at patienten var til umiddelbar fare for andre.

Det fremgik også af lægeerklæringen, idet det var anført, at patienten blev oplevet som en tikkende bombe, der til hver en tid kunne tabe kontrollen.

Ankenævnet fandt derfor ud fra en konkret vurdering at det var tilstrækkeligt dokumenteret, at det den 24. januar 2017 var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at afværge, at patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Omgående gennemførelse af behandlingen var ikke nødvendig

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling og havde godkendt, at klagen fra den 19. april 2017 ikke længere blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet tiltrådte det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsbehandling.

Vedrørende beslutningen om fra den 19. april 2017 ikke længere at tillægge klagen opsættende virkning, bemærkede Ankenævnet, at beslutningen blev truffet, da patienten var yderst devaluerende over for overlægen. Patienten var forsøgt skærmet flere gange, men brød vedholdende skærmningen med svær affekt til følge, når patienten blev forsøgt ført tilbage til sin stue. Det blev vurderet, at patienten var yderst forpint og til umiddelbar nærliggende fare for andre på grund af svær aggression og desperation.

Det var imidlertid Ankenævnets vurdering, at det ikke var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte sig selv og andre for nærliggende fare.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke i tilstrækkelig grad var beskrevet i journalen den 19. april 2017, at patienten var i en tilstand, hvorpå patienten var til fare for sig selv eller andre. Det fremgik således ikke klart af journalen, hvorledes patienten på grund af svær aggression og desperation var til fare for andre.

Ankenævnet fandt det herefter ikke tilstrækkeligt godtgjort i journalen, at patienten var til fare for sig selv eller andre, hvorfor klagen burde have været tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om, at klagen var tillagt opsættende virkning fra den 19. april 2017.

Ankenævnet foretog fuld prøvelse i forbindelse med, at en klage ikke var tillagt opsættende virkning, selv om Ankenævnet samtidig fandt, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste, at når Nævnet ikke kunne godkende tvangsbehandlingen, kunne Nævnet heller ikke godkende, at behandlingen var påbegyndt uden, at klagen blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsbehandling.

Om beslutningen om opsættende virkning bemærkede Ankenævnet, at patientens klage ikke blev tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet anførte, at det fremgik af journalen for den 7. april 2017, at patienten fremstod kataton i starten af vagten og fik indgivet beroligende middel med magt.

Den 8. april 2017 fremgik det blandt andet, at patienten tog et langt bad, fremstod anspændt, men at patienten lyttede aktivt, havde øjenkontakt og forsøgte flere gange at indlede samtale med lægen. Senere på aftenen fremstod patienten igen latent kataton og brugte kun sin højre arm.

Det fremgik videre af journalen den 9. april 2017, at patienten havde været ude i nærmiljøet og havde siddet sammen med personalet og læst blade, og kommenteret disse. Patienten havde svært ved at rejse sig, og når patienten kom i gang kunne der fornemmes nedsat funktion. Ved aftensmaden spiste patienten med begge hænder, roste maden og havde været delvis i dagligstuen og gangen, men talte på ejendommeligt vis.

Det fremgik af journalen den 10. april 2017, at på baggrund af patientens vekslen og i perioder svært forpinte tilstand, blev det fundet uforsvarligt at tillægge klagen opsættende virkning, og tvangsbehandling blev herefter påbegyndt.

Ankenævnet fandt det herefter ikke godtgjort i journalen, at gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare for at lide skade på legene eller helbred.

Ankenævnet lagde blandt andet vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patientens tilstand var væsentligt forværret den 10. april.

Ankenævnet tiltrådte således også Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om ikke at godkende, at behandlingen var påbegyndt uden, at klagen blev tillagt opsættende virkning – dog med en selvstændig begrundelse herfor.

Ankenævnet foretog ikke fuld prøvelse i forbindelse med, at en klage ikke var tillagt opsættende virkning, selv om Ankenævnet samtidig fandt, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 28. oktober 2016 om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10 mg, eventuelt stigende til 30 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Olanzapin 10 mg i.m. 1 gang dagligt. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde endvidere godkendt, at det den 1. november 2016 blev besluttet ikke længere at tillægge klagen opsættende virkning.

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Allerede fordi Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 28. oktober 2016, havde Ankenævnet ikke taget stilling til beslutningen af 1. november 2016 om ikke længere at tillægge klagen opsættende virkning.

Særligt om tvangsbehandling af legemlig lidelse

Det fremgår af § 13 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at en person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse 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.

Tvangsbehandling af legemlig lidelse godkendt med 0 dages betænkningstid – klagen ikke tillagt opsættende virkning

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

Overlægens beslutning vedrørte behandling med tablet Metformin 500 mg 2 gange dagligt eventuelt stigende til maksimalt 1000 mg 2 gange dagligt, subsidiært injektion Lantus 30 IE s.c. dagligt stigende til maksimalt 60 IE s.c., idet blodsukker skulle tages 1-2 gange dagligt og blodprøver ved behov.

Patienten havde siden indlæggelsen nægtet at erkende, at hun havde diabetes og ville ikke medvirke til at få taget blodprøver.

Den 2. januar 2017 blev der taget blodprøver, der viste, at patientens blodsukker var svært forhøjet. Patienten var fortsat afvisende over fundene og mente ikke, at hun havde sukkersyge. Patienten fik forklaret, at det ikke ville være nok med tabletbehandling med Metformin, men at hun også skulle have insulin injektion i maven. Patienten var fortsat afvisende overfor behandlingen.

Der blev ligeledes konfereret med endokrinologisk vagthavende, der anbefalede injektion Lantus 10-20 enheder sammen med tablet Metformin 500 mg x 2 dagligt stigende til 1 g x 2 dagligt, blodsukker 3-4 gange per dag, urinprøve for protein, ketoner, EKG, samt undersøgelse af abdomen. Alternativt blodsukker 1 gang om morgenen, hvis patienten ikke kunne samarbejde om mere. Endokrinologisk vagthavende ville konferere med sine kollegaer, om hvorvidt der var behov for tvangsbehandling.

Den 3. januar 2017 blev der ordineret behandling med tablet Metformin 500 mg 2 gange dagligt eventuelt stigende til maksimalt 1000 mg 2 gange dagligt, subsidiært injektion Lantus 30 IE s.c. dagligt stigende til maksimalt 60 IE s.c., idet blodsukker skulle tages 1-2 gange dagligt og blodprøver ved behov.

Beslutningen blev godkendt af en somatisk og en psykiatrisk overlæge.

Ankenævnet fandt, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, da udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af paranoide forestillinger, og var tankeforstyrret med privat logik og læderet realitetstestning.

Ankenævnet fandt endvidere, at patienten befandt sig i en tilstand, som udsatte hendes liv og helbred for væsentlig fare.

Ankenævnet oplyste, at et forhøjet blodsukker (≥ 11 mmol/l) i sig selv var diagnostisk for diabetes og graden af regulation vurderedes ud fra en blodsuktermåling. 31 mmol/l var en særdeles høj værdi og en patient med så højt blodsukker kunne udvikle syreforgiftning eller tilsvarende forgiftningstilstand i løbet af meget kort tid.

Ankenævnet lagde herved vægt på, at der dagen inden blev målt en blodsukker på 31 mmol/ med risiko for forgiftningstilstand.

Ankenævnet oplyste videre, at Metformin 500 mg x 2 dagligt stigende til 1 g x 2 var standardbehandling. Metformins virkning var langsomt indsættende og det var derfor nødvendigt at supplere med insulin for eksempel Lantus, når blodsukkeret var højt. For injektion Lantus var dosis meget individuel, afhængig af om patienten fortsat selv producerede insulin, og hvor stor følsomhed vedkommende havde overfor insulin. Dosis justerede derfor løbende på baggrund af blodsuktermålinger. På baggrund af, at det meget høje blodsukker og det meget høje langtidsblodsukker var 30 ie en rimelig og almindelig startdosis. Metformins virkning var langsomt indsættende, og det var derfor nødvendigt at supplere med insulin (f.eks Lantus) når blodsukkeret var så højt som 32 mmol/l.

Ankenævnet fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering. Ankenævnet lagde vægt på, at Metformin samt Lantus var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler til brug for at nedbringe blodsukker.

Ankenævnet bemærkede, at patienten ikke blev forsøgt motiveret for at modtage behandlingen frivilligt, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet, og at klagen ikke blev tillagt opsættende virkning. Ankenævnet tiltrådte, at patienten ikke blev motiveret for behandlingen, og at klagen ikke blev tillagt opsættende virkning, idet omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv og helbred for væsentlig fare. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var uden sygdomsindsigt, havde nægtet behandling under hele forløbet, og at der var tale om et

akut tilfælde, hvor omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsbehandling af legemlig lidelse, samt at klagen ikke var tillagt opsættende virkning.

Særligt om behandling ved tvangsernæring

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

Tvangsernæring godkendt, selv om det ikke fremgik af journalen eller tvangsprotokollen, hvilket ernæringspræparat, der var ordineret.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med sondeernæring 2700 kcal pr. døgn med mulighed for stigning i henhold til diætistplan, således at vægtøgning på 1 til 1½ kg. pr. uge blev opnået. Maksimalt 4.200 kcal i døgnet indløb over 16 timer for at undgå opkast.

Patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af anoreksia nervosa og var underernæret med et BMI på 15,6 og 14 kg under sund vægt og havde i dagene op til beslutningen om tvangsbehandling tabt vægt.

Ankenævnet fandt, at tvangsernæring var nødvendig, idet en unkladelse heraf ville medføre en alvorlig risiko for patientens liv og helbred.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på over 2 døgn var passende, henset til patientens tilstand.

Ankenævnet citerede § 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 afprøvede 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.

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

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

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsernæring.

Særligt om ECT

Det fremgår af § 12, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at tvangsbehandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Særligt om ophævelse

Når en klage tilbagekaldes, er der ikke længere samtykke til at behandle fortrolige oplysninger

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at patienten mundtligt havde klaget over beslutningen om tvangsbehandling. På Patientklagenævnets møde pointerede patienten dog, at patienten ikke havde afkrydset punktet om tvangsbehandling i sine klageskrivelser, hvorfor der ikke forelå en klage fra patienten om tvangsbehandling. Patienten forlod herefter mødet.

Ankenævnet bemærkede videre, at Det Psykiatriske Patientklagenævn på trods heraf valgte at behandle klagen. Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten viste modstand mod behandling med antipsykotisk medicin, ligesom det fremgik af journalen, at patienten over for overlægen ganske tydeligt havde givet udtryk for, at patienten ønskede at klage over overlægens beslutning om tvangsbehandling. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på retssikkerhedsmæssige hensyn over for patienten.

Ankenævnet anførte, at Det Psykiatriske Patientklagenævn var en klageinstans og ikke en tilsynsmyndighed, og kunne ikke tage forhold, som der ikke var klaget over, op af egen drift. Det var alene patienten, eller den som patienten bemyndigede hertil, der kunne råde over klagesagen, og herunder havde mulighed for at trække klagen tilbage, forinden afgørelse var truffet.

Det var Ankenævnets vurdering, at Det Psykiatriske Patientklagenævn burde have afstået fra at behandle patientens klage over tvangsbehandling, idet patienten inden afgørelsen var truffet meddelte, at patienten ikke ønskede at klage.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at hensynet til retssikkerheden ikke vejede tungere end patientens ret til at tilbagekalde sin klage. Da patienten trak sin klage tilbage, forelå der ikke længere et samtykke til at behandle fortrolige oplysninger om patienten i relation til beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet havde endvidere lagt vægt på, at der ikke forelå en forældelsesfrist ved indgivelse af klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvorfor patienten ville have kunnet indgive en klage på et senere tidspunkt, såfremt patienten fortrød sin tilbagekaldelse.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 13 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn, at Ankenævnet kunne tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om tvangsbehandling, da der ikke forelå et samtykke fra patienten til at behandle klagen vedrørende beslutning om tvangsbehandling af 22. august

Særligt om partshøring

Det fremgår af forvaltningslovens § 19, stk. 2, nr. 2, at en sag ikke kan udsættes med henblik på partshøring, hvis det vil medføre en overskridelse af en lovbestemt frist for sagens afgørelse

Det fremgår af § 36, stk. 3, i psykiatriloven, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, inden syv hverdage efter klagens modtagelse.

Partshøring – ikke væsentlig sagsbehandlingsfejl

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Ved sagens behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn havde patientens patientrådgiver gjort opmærksom på, at patienten ikke ønskede at deltage i mødet, da han ikke havde fået papirerne udleveret, og derfor ikke havde kunnet forberede sig.

Ankenævnet bemærkede:

”Ankenævnet har bemærket, at det fremgår af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at nævnet ved indkaldelsen til mødet havde vedlagt kopi af alle papirer vedrørende beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet har dog videre bemærket, at det fremgår af afgørelsen, at Det Psykiatriske Patientklagenævn under sagens behandling blev gjort opmærksom på, at patienten ikke havde fået udleveret sagsakterne forud for mødet. Han havde bedt sin patientrådgiver fremføre, at han alene havde en behandlingsplan.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf herefter afgørelse i sagen.

Problemstillingen blev ikke nærmere belyst under mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet har herefter lagt til grund, at Det Psykiatriske Patientklagenævn fremsendte sagsakterne til høring i forbindelse med indkaldelsen til mødet, men at patienten ikke fik udleveret sagsakterne forud for mødet.

Ankenævnet har videre lagt til grund, at Det Psykiatriske Patientklagenævn først blev gjort opmærksom herpå under mødet, og at Nævnet alligevel traf afgørelse på det foreliggende grundlag.

Ankenævnet kan oplyse, at reglerne om partshøring fremgår af blandt andet forvaltningslovens § 19.

Det fremgår af forvaltningslovens § 19, stk. 1, at en part skal gøres bekendt med de oplysninger, som en myndighed er i besiddelse af, om en sags faktiske grundlag, hvis oplysningerne er til ugunst for den pågældende og er af væsentlig betydning for sagens afgørelse. Parten skal endvidere have mulighed for at komme med sine eventuelle bemærkninger.

Det er Ankenævnets opfattelse, at sagsakterne var af væsentlig betydning for sagens afgørelse, ligesom de var til ugunst for patienten.

Ankenævnet kan videre oplyse, at det fremgår af side 565 i den kommenterede forvaltningslov, Jurist- og Økonomforbundets Forlag 2013, 1. udgave, at en part bør have rimelig tid til at sætte sig ind i sagens oplysninger samt at overveje indholdet af en eventuel udtalelse. I den forbindelse tages der hensyn til, hvor udviklede og omfattende de foreliggende oplysninger er, samt hvor alvorlig en afgørelse, der er tale om.

Af side 558 i den kommenterede forvaltningslov fremgår det, at en partshøring vil kunne ske under et møde. I sådanne tilfælde skal myndigheden notere partens svar. Parten kan altid vælge efterfølgende at afgive en skriftlig udtalelse, medmindre andet følger af bestemmelserne i forvaltningslovens § 19, stk. 2.

Ankenævnet kan oplyse, at det fremgår af forvaltningslovens § 19, stk. 2, nr. 2, at en sag ikke kan udsættes med henblik på partshøring, hvis det vil medføre en overskridelse af en lovbestemt frist for sagens afgørelse.

Ankenævnet kan hertil oplyse, at det fremgår af § 36, stk. 3, i psykiatriloven, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, inden syv hverdage efter klagens modtagelse.

Ankenævnet har bemærket, at patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling den 5. juli 2016, og at afgørelsen blev truffet den 14. juli 2016, hvilket er præcis syv hverdage efter klagens modtagelse.

Da der var tale om en klage over beslutning om tvangsbehandling, som blev tillagt opsættende virkning, skulle der efter psykiatriloven træffes afgørelse i sagen inden syv hverdage fra klagens modtagelse, hvorfor det er ankenævnets opfattelse, at sagen ikke kunne udsættes med henblik på partshøring.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at der ikke var begået væsentlige sagsbehandlingsfejl ved behandlingen af sagen i Det Psykiatriske Patientklagenævn, og fandt derfor, at der kunne træffes afgørelse i sagen.

Ad B 2: Patienten skal mindst en gang i motivationsforløbet være orienteret om dosis, eventuelt dosisinterval samt formål, virkninger og eventuelle bivirkninger af det subsidiære præparat.

Det fremgår af § 4, stk. 1, i psykiatriloven, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at der ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonalets side.

Hvis der informeres mere end en gang om det subsidiære præparat skal informationen være enslydende

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 5. juli 2016 om tvangsbehandling med tablet Seroquel 50-200 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg maksimalt 2 gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger.

Ankenævnet udtalte, at det var Ankenævnets opfattelse, at en patient skulle informeres fyldestgørende om den behandling, der ønskedes påbegyndt, forinden beslutning om tvangsbehandling blev truffet.

Det var videre Ankenævnets opfattelse, at informationen skulle indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der var en mulighed for, at tvangsbehandlingen blev iværksat med det subsidiære præparat.

Ankenævnet havde bemærket, at patienten ikke blev informeret enslydende omkring det subsidiære præparat i perioden fra den 2. til den 5. juli 2016.

Det fremgik således af journalen den 2. juli 2016, at patienten blev informeret om, at patienten subsidiært ville blive behandlet med injektion Zyprexa 5 mg maksimalt 2 gange dagligt. Den 3. juli 2016 fremgik det af journalen, at patienten blev informeret om, at det subsidiære præparat ville være injektion Serenase maksimalt to gange dagligt. Endelig blev patienten den 4. og den 5. juli 2016 informeret om, at der var tale om injektion Zyprexa 5 mg to gange dagligt som subsidiært præparat.

Ankenævnet fandt samlet set ikke, at patienten reelt havde mulighed for at overveje, om patienten ønskede at modtage den behandling, der blev truffet beslutning om, idet patienten ikke blev informeret enslydende om behandlingen i perioden 2. til den 5. juli 2016.

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

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

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen

Det fremgår af § 18a, stk. 2, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at aflåsning af en patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt med henblik på at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstuer kan efter § 18a, stk. 3, endvidere anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatrilovens § 18a, at beslutning om at aflåse patientstuer af behandlings- og sikkerhedsmæssige årsager kræver en konkret vurdering og skal være begrundet i et individuelt behov. Afskærmningen kan blandt andet virke som en grænsesættende foranstaltning over for patienter med svære psykoser, hvor disse fremtræder meget grænsesøgende og uden forståelse for egne eller andres grænser. For at hjælpe disse patienter til at forstå andres grænser og indgå i en mere social dialog med omgivelserne, kan det være nødvendigt at begrænse den grænseoverskridende adfærd ved at afskærme patienten på egen stue med låst dør.

Betingelserne for at aflåse patientens patientstue var opfyldt, idet aflåsningen blev anvendt for at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om aflåsning af patientstue.

Døraflåsningen blev lempet til døraflåsning med skema, og efterfølgende blev døraflåsningen ophævet.

Ankenævnet oplyste, at det ofte var mere trygt for en psykotisk patient at være i en fast, regelmæssig og forudsigelig struktur. Døraflåsning kunne således være en meget vigtig medvirkende faktor til mindske af de psykotiske symptomer. Ankenævnet kunne videre oplyse, at aflåsning af en patientstue efter skema betød, at døren til patientens stue kun ville være aflåst på helt bestemte og fastlagte tidspunkter, og der var således tale om en mindre indgribende foranstaltning end døraflåsning uden skema.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at aflåse patientens patientstue i perioden var opfyldt, idet aflåsningen blev anvendt for at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen.

Ankenævnet havde herved lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var sindssyg, og at patienten igennem en årerække havde udvist omfattende psykotiske symptomer trods intensiv behandling med antipsykotisk medicin. Patienten havde vedvarende været intensivt overvåget på grund af risiko for personfarlig adfærd, og patienten overfaldt i 2014 en medarbejder på en psykiatrisk afdeling, og der blev på baggrund heraf udstedt et farlighedsdekret.

Ankenævnet havde videre lagt vægt på, at ved ankomsten til Sikringsafdelingen fremtrådte patienten psykotisk, fåmælt og amimisk, og det var svært at vurdere patientens

sindstilstand. Der blev løbende foretaget vurderinger på Sirkingsafdelingen, der beskrev patienten som psykotisk, irriteret, præget af svære formelle tankeforstyrrelser, uforudsigelig, vanskelig at aflæse, ustabil affektregulering og med bizar adfærd i perioder.

Ankenævnet havde endvidere lagt vægt på, at der løbende i hele perioden blev taget stilling til, om det var nødvendigt med aflåsning af patientens patientstue for at sikre de nødvendige rammer i behandlingen.

Ankenævnet fandt endvidere, at beslutningen om aflåsning af patientens stue opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt endvidere, at beslutningen den 19. oktober 2016 om at lempe aflåsning af patientens stue med skema opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet havde herved lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten havde været stabil den seneste uge, og at det var planlagt, at patienten skulle starte i fællesskab 2 gange ugentligt 15 minutter pr. gang, men at det fortsat blev vurderet af overlægen, at der var behov for døraflåsning for at sikre faste rammer i behandlingen således, at patienten ikke ville udsætte andre for vold.

Det var Ankenævnets opfattelse, at det ikke i perioden var muligt at sikre de nødvendige faste rammer i behandlingen uden at anvende døraflåsning.

Ankenævnet var opmærksomt på, at det fremgik af tvangsprotokollen skema 5 for perioden, at døren ikke blev aflåst efter fast skema.

Ankenævnet havde imidlertid lagt til grund, at der var tale om en skrivefejl i tvangsprotokollen. Nævnet havde hertil lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten havde fået lempet sin døraflåsning, således at der fremadrettet var tale om døraflåsning med skema.

Ankenævnet tiltrådte på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Anvendelse af fysisk magt

Det fremgår af § 17, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2 vedrørende tvangsfiksering er opfyldt. Der er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindste middels princip, jf. lovens § 4.

Ifølge psykiatrilovens § 14, stk. 2, må tvangsfiksering kun anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller forfølger eller på anden lig-

nende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydelig omfang.

Det Psykiatriske Ankenævn har i en konkret sag tiltrådt Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse i 11 tilfælde om anvendelse af fysisk magt og i 18 tilfælde tilsidesat Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse om anvendelse af fysisk magt.

I den pågældende sag har Det Psykiatriske Ankenævn under punktet, "Generelt vedrørende anvendelse af fysisk magt" udtalt følgende:

"Ankenævnet kan oplyse, 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, er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1, 1. pkt. Fysisk magtanvendelse må herefter kun anvendes kortvarigt.

Ankenævnet kan videre oplyse, at en patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 3.

Ankenævnet finder herefter, at begrebet "kortvarigt" i psykiatrilovens § 14, stk. 2, skal fortolkes således, at fysisk magtanvendelse kan udstrækkes i op til nogle få timer, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Ankenævnet skal afslutningsvis oplyse, at anvendelse af fysisk magt skal tilføres tvangsprotokollen særskilt, og er eksempelvis ikke indeholdt i en tvangsprotokol vedrørende tvangsernæring, når der ikke alene er tale om fastholdelse ved indgivelse af tvangsernæring."

Enkelte eksempler fra Ankenævnets afgørelse omtales i det følgende:

Eksempel 1:

Når der er tale om en umiddelbar fare, er det nødvendigt at handle umiddelbart og fastholde en patient med magt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse under tvangsfiksering.

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning i form af fastholdelse, og at der ikke var tale om en fastholdelse i forbindelse med indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv ville lide skade på legeme eller helbred, idet patienten slog hovedet hårdt ind i sengen.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke forelå en tvangsprotokol vedrørende indgrebet, men at det fremgik af journalen, at patienten blev fastholdt fra kl. 20.35 til kl. 20.45, ligesom det fremgik, at der blev udfyldt tvangsprotokol.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 7, nr. 3 i bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller m.m., at der ved anvendelse af fysisk magt skulle ske tilførsel i tvangsprotokollen af begrundelsen for indgrebet – herunder fra det implicerede personale.

Ankenævnet fandt dog, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at der var tale om umiddelbar fare, der gjorde det nødvendigt, at handle umiddelbart og fastholde patienten med magt. Ankenævnet havde således lagt til grund, at det ikke var muligt at tale patienten til ro forinden fastholdelsen.

Ankenævnet havde videre lagt vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt, henset til den meget opkørte situation.

Ankenævnet ændrede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, således at Ankenævnet godkendte beslutningen om fysisk magt.

Eksempel 2:

Der var tale om en umiddelbar fare, der gjorde det nødvendigt at handle umiddelbart og fastholde patienten med magt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse forud for indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning i form af fastholdelse, og at der ikke var tale om en fastholdelse i forbindelse med indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten og andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet havde herved lagt vægt på, at patienten var selvskadende, stærkt agiteret, skrigende samt motorisk urolig.

Patienten stak hånden i munden, slog sig selv i ansigtet og sparkede efter personalet.

Ankenævnet fandt videre, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var tale om en umiddelbar fare for at lide skade på legeme eller helbred, der gjorde det nødvendigt, at handle umiddelbart og fastholde patienten med magt.

Ankenævnet lagde til grund, at det ikke var muligt at tale patienten til ro forinden fastholdelsen.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt, henset til den meget opkørte situation.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke forelå en tvangsprotokol vedrørende indgrebet, men at det fremgik af journalen, at patienten blev fastholdt forud for indgivelsen af beroligende middel med magt.

Ankenævnet ændrede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, således at Ankenævnet godkendte beslutningen om fysisk magt.

Eksempel 3:

Der var tale om en akut situation, hvor det ikke var muligt at anvende mindre indgribende midler

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse i forbindelse med indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning i form af fastholdelse, og at der ikke var tale om en fastholdelse i forbindelse med indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv ville lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var meget urolig og blev fastholdt af fire personer. Patienten var grædende og forsøgte at skade sig selv ved at kradsse sig.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde herved lagt vægt på, at der var tale om en akut situation, og at det ikke var muligt at anvende mindre indgribende midler.

Ankenævnet lagde videre lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten under fastholdelsen ikke var korrigerbar i sin selvskadende adfærd.

Ankenævnet lagde videre lagt vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt, henset til den meget opkørte situation.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke forelå en tvangsprotokol vedrørende indgrebet.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, således at Ankenævnet godkendte beslutningen om fysisk magt.

Eksempel 4 og eksempel 5:

I den pågældende sag havde Det Psykiatriske Patientklagenævn som indledning til afgørelsen udtalt sig om forskellige principielle problemstillinger, som sagen havde frembragt, herunder havde det Psykiatriske Patientklagenævn udtalt følgende om, spørgsmålet om en fastholdelse var selvstændig eller accessorisk til et tvangsindgreb:

”I flere situationer følger de enkelte tvangsindgreb tidsmæssigt umiddelbart efter hinanden. Eksempelvis afløses en fastholdelse af en beroligende medicinering, der går over i en tvangsfiksering.

I andre situationer vikler de enkelte tvangsindgreb sig ind i hinanden.

Eksempelvis en fastholdelse i forbindelse med sondeernæring, hvor fastholdelsen fortsætter efter, at sondeernæringen er blevet givet.

I disse situationer må der sondres: Foreligger der en række selvstændige tvangsindgreb, eller knytter det ene tvangsindgreb sig accessorisk til det næste tvangsindgreb? Hvis der er tale om et selvstændigt tvangsindgreb, skal alle de i psykiatriloven fastsatte betingelser være opfyldt, herunder mindste middels-princippet.

Er der derimod tale om et accessorisk indgreb, undersøger nævnet alene, om der ved det accessoriske tvangsindgreb blev anvendt unødigt magt, og at der ikke blev anvendt magt i længere tid end nødvendigt.

Det er uden videre klart, at man som patient har den største retssikkerhed, når indgrebene anses som selvstændige tvangsindgreb.

Nævnet har på denne baggrund lagt sig fast på, at hvert tvangsindgreb som udgangspunkt anses som et selvstændigt tvangsindgreb med deraf følgende retsgarantier.

Kun i tilfælde af at det første indgreb i situationen er en nødvendig forudsætning for gennemførelsen af det andet indgreb, kan der blive tale om at anse det første indgreb, som et accessorisk indgreb til det andet indgreb, som altså er hovedindgrebet.

Det bemærkes, at denne nødvendighed skal være forklaret i journalen. Hvis det ikke er sket, er der som udgangspunkt tale om to selvstændige tvangsindgreb.

Det forhold, at to tvangsindgreb tidsmæssigt ligger i forlængelse af hinanden, er ikke i sig selv afgørende.

Hvis det første indgreb foretages med henblik på det umiddelbart efterfølgende, er det et stærkt argument for, at det første indgreb knytter sig accessorisk til det andet indgreb.

Hvis et hovedindgreb ikke kan godkendes af nævnet, kan det accessoriske tvangsindgreb følgelig heller ikke godkendes.

To selvstændige tvangsindgreb vurderes naturligvis hver for sig, og nævnets retlige reaktion i form af godkendelse eller ikke godkendelse er følgelig også individuel for hver af tvangsindgrebene.

Den opstillede teori betyder, at et tvangsindgreb kan skifte fra at være accessorisk til et selvstændigt tvangsindgreb.

Hvis eksempelvis en fastholdelse sker med henblik på indgivelse af sondeernæring, men fastholdelsen opretholdes, efter at sondeernæringen er afsluttet, i så fald skifter fastholdelsen fra at være accessorisk til sondeernæringen til at blive et selvstændigt indgreb.”

Eksempel 4:

Fastholdelse forud for tvangsfiksering var ikke et selvstændigt tvangsindgreb men accessorisk til tvangsfikseringen

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde fundet, at anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse forud for indgivelse af beroligende middel var et accessorisk indgreb til den efterfølgende bæltefiksering.

Det fremgik af journalen, at der blev ringet alarm, idet patienten trods opfordring havde forladt sin stue, var gået hen imod døre og havde rusket disse. Da kontaktpersonen forsøgte at få patienten tilbage til stuen, blev patienten skrigende, stærkt motorisk urolig og udadreagerende. Patienten blev herefter ført på stuen og fastholdt af fem personalemedlemmer på sengen. Det fremgik videre, at fastholdelsen gik direkte over i bæltefiksering.

Ankenævnet bemærkede, at der alene var udfærdiget en tvangsprotokol vedrørende bæltefikseringen.

Ankenævnet bemærkede videre, at det fremgik af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, at det var Patientklagenævnets vurdering, at den fysiske magt, der blev anvendt, i form af at patienten blev ført til sin stue og efterfølgende fastholdt, var at anse som et accessorisk indgreb til den efterfølgende bæltefiksering.

Det var ligeledes Ankenævnets vurdering, at det at patienten blev ført til sin stue, var et accessorisk indgreb til den efterfølgende bæltefiksering. Der var således ikke tale om et selvstændigt indgreb.

Ankenævnet tiltrådte det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 5:

Fastholdelse efter sondeernæring var et selvstændigt tvangsindgreb

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afgjort, at anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse efter indgivelse af sondeernæring var et selvstændigt tvangsindgreb. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om at fastholde patienten.

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning i form af fastholdelse, og at der ikke var tale om en fastholdelse i forbindelse med indgivelse af sondeernæring.

Ankenævnet oplyste, at det ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, var 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 skulle anvendes i det enkelte tilfælde, skulle afgøres under iagttagelse af mindste-middels-princip, jf. lovens § 4.

Ankenævnet oplyste videre, at fysisk magtanvendelse efter lov om anvendelse af tvang i psykiatrien § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, kun måtte anvendes i det omfang, det var nødvendigt for at afværge, at en patient udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede medpatienter eller udøvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det fremgik af journalen, at patienten fik indgivet sondeernæring, i hvilken forbindelse patienten blev fastholdt af fem personer fra personalet. Efterfølgende var patienten fortsat ked af det og vred over at have fået sondeernæring, men lå forholdsvis roligt, mens patienten fortsat blev fastholdt af fem personer.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke af journalen fremgik overvejelser omkring nødvendigheden af at fastholde patienten, ligesom der ikke var udfærdiget en tvangsprotokol vedrørende episoden.

Det var på den baggrund Ankenævnets opfattelse, at personalet forinden fastholdelsen burde have forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger, i det omfang det var muligt, og såfremt det ikke var tilstrækkeligt, burde personalet have taget stilling til, om psykiatrilovens bestemmelser vedrørende fysisk magtanvendelse på daværende tidspunkt var opfyldt.

Ankenævnet fandt herefter, at fastholdelsen af patienten var i strid med psykiatriloven.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var ikke tale om et tvangsindgreb efter psykiatriloven, da patienten først slog og sparkede, efter at personalet havde taget fat i patienten - Ankenævnet ophævede derfor Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om fysisk magt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om anvendelse af fysisk magt.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af tvangsprotokollen, at der blev anvendt fysisk magt over for patienten på grund af farlighed.

Ankenævnet havde hertil bemærket, at det fremgik af journalen den 22. december 2016, at der opstod en situation, hvor patienten mistolkede plejepersonalets intentioner og ville blande sig for at hjælpe en urolig medpatient. Patienten måtte derfor ledsages tilbage til sin stue under fastholdelse. Det var noteret i parentes, at patienten slog ud efter personalet.

Ifølge sygeplejefjournalen havde patienten været negativt påvirket af uroen omkring en medpatient og havde fremtrådt udskældende og indblandende i personalets pleje i forbindelse med denne patient. Da patienten ikke ønskede at forlade medpatientens stue, blev det nødvendigt med magt at føre patienten til dennes egen stue, hvilket resulterede i slag og spark mod personalet.

Ankenævnet lagde herefter til grund, at patienten først i forbindelse med fastholdelsen slog og sparkede efter personalet.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at det var dokumenteret i journalen, hvorfor det var nødvendigt at anvende fysisk magt over for patienten for at afværge, at denne udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Ligeledes fandt Ankenævnet ikke, at det var dokumenteret, at det var nødvendigt for at afværge, at patienten forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede en medpatient.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at fastholdelsen af patienten for at føre patienten tilbage på dennes egen stue var et tvangsindgreb efter psykiatriloven.

Det fremgår af § 13 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn, at Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet ophævede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, idet Ankenævnet ikke fandt, at der var tale om et tvangsindgreb efter psykiatriloven.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af kommentarerne til psykiatriloven, at lovens udtrykkelige opregning af hovedformerne for tvangsindgreb ikke antoges principielt at udelukke, at der efter omstændighederne kunne anvendes andre former for indgreb og restriktioner, der var mindre vidtgående end de i loven udtrykkeligt opregnede.

Det fremgik videre, at Justitsministeriet havde udtalt sig om spørgsmålet om visse mindre vidtgående indgreb, der ikke var hjemlet umiddelbart i psykiatriloven, og i den forbindelse udtalt, at de retlige grænser for sådanne foranstaltninger uden for strafferechtsplejen må fastlægges ud fra anstaltsmæssige synspunkter om, hvad hensynet til opretholdelse af ro, orden og sikkerhed tilsagde. Som centrale krav kunne generelt opstilles, at indgrebene skulle være sagligt begrundede, ligesom det måtte kræves, at de blev foretaget under proportionalitetsprincippet.

Ved beslutning om tvangsbehandling var der truffet beslutning om tilladt magtanvendelse i form af fastholdelse – der var derfor tale om et accessorisk indgreb til tvangsbehandlingen, og ikke et selvstændigt tvangsindgreb – Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om anvendelse af fysisk magt i forbindelse med tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at der blev udfyldt en tvangsprotokol i forbindelse med den magtanvendelse, der blev anvendt overfor patienten i forbindelse med, at patienten skulle have sin medicin i henhold til en beslutning om tvangsbehandling, som tidligere var blevet godkendt af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af psykiatrilovens § 12, stk. 4, at overlægen kunne træffe bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kunne anvendes magt til gennemførelse af en tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af beslutningen om tvangsbehandling af patienten, at der samtidig blev truffet beslutning om tilladt magtanvendelse i form af fastholden.

Det var på den baggrund Ankenævnets opfattelse, at den magtanvendelse, der blev anvendt i forbindelse med tvangsbehandlingen af patienten, hvor patienten måtte indgives det subsidiære injektionspræparat med tvang, skulle betragtes som et accessorisk indgreb til selve tvangsbehandlingen.

Ankenævnet var opmærksom på, at Det Psykiatriske Patientklagenævn i sin afgørelse valgte at anse fastholdelsen som et selvstændigt indgreb, idet Psykiatrien havde valgt at udfylde en selvstændig tvangsprotokol for indgrebet, og idet det gav patienten den bedst mulige retssikkerhed at behandle indgrebet som et selvstændigt indgreb.

Det forhold, at der var udfyldt en særskilt tvangsprotokol for fysisk magtanvendelse medførte imidlertid efter Ankenævnets opfattelse ikke i sig selv, at beslutningen skulle behandles som en beslutning om anvendelse af fysisk magt i henhold til psykiatrilovens § 17.

Ankenævnet havde ved sin afgørelse lagt vægt på, at det fremgik af oplysningerne i journalen, at fastholdelsen var en nødvendig forudsætning for at kunne gennemføre tvangsbehandlingen af patienten. Indgrebet var således omfattet af det allerede godkendte tvangsindgreb i form af tvangsbehandling.

Det fremgik af § 13 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn, at Ankenævnet kunne tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet ophævede på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, idet Ankenævnet ikke fandt, at der var tale om et selvstændigt tvangsindgreb, men et accessorisk indgreb til et allerede godkendt tvangsindgreb.

Indgivelse af beroligende middel med magt

I følge psykiatrilovens § 17, stk. 2, kan lægen bestemme, at en patient om fornødent med magt skal have et beroligende middel, såfremt det er af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

Mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal de anvendes.

Hvis der skal gives beroligende medicin med magt, skal det ske med afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

Oversigten over de krav, der stilles til indgivelse af beroligende medicin med magt, er følgende:

1. Betingelserne for indgivelse af beroligende medicin med magt skal være opfyldt:

- Det skal være nødvendigt, at bringe en meget urolig patients tilstand til ro med henblik på bedring af dennes tilstand.

2. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger (mindste middels princippet)

- Begrænse, korrigere patientens adfærd
- Forsøge at tale patienten til ro
- Tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse

3. Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

4. Der skal være identitet mellem tilbudt præparat og dosis og indgivet præparat og dosis.

Ad 2: Mindste-middels-princippet

En patient skal efter mindste-middels-princippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttet at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse, ligesom det skal journalføres, at personalet forgæves har forsøgt at skærme patienten og at tale patienten til ro. Det skal sikre, at mindre indgribende foranstaltninger uden held har været forsøgt anvendt, før der gives beroligende medicin med magt.

Nedenstående eksempler viser, at mindste-middels-princippet var opfyldt efter en konkret vurdering

Eksempel 1:

Patienten kunne ikke tales til ro ved samtale, og det var ikke muligt at skærme patienten

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at indgivelse af et beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af p.n. medicin, forinden indgivelse af injektion Olanzapin (Zyprexa) 10 mg i.m. Det fremgik af lægeerklæring fra Det Psykiatriske Center, at det præparat, som patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse var tablet Olanzapin 20 mg.

Nævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen, at personalet forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter. Nævnet lagde dog vægt på, at det fremgik af en lægeerklæring fra Det Psykiatriske Center, at patienten ikke kunne tales til ro ved samtale, og at skærmning ikke var mulig.

Ankenævnet præciserede, at det burde fremgå af journalen, at patienten blev forsøgt begrænset og korrigeret i forbindelse med indgivelsen af beroligende middel med magt. Det var Ankenævnets opfattelse, at Olanzapin (Zyprexa) 10 mg i injektionsform svarede til Olanzapin 20 mg i tabletform, hvorfor den tilbudte dosis svarede til den indgivne.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Patienten var fastholdt af flere betjente

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at indgive et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik tydeligt af journalen, at personalet forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter samt havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse inden personalet havde indgivet tablet Olanzapin 20 mg.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var fastholdt af flere betjente, og at patienten havde takket ja til beroligende medicin.

Ankenævnet lagde på baggrund af journalen til grund, at patienten ikke kunne begrænses og korrigeres yderligere, da patienten var fastholdt af flere betjente, og at patienten blev forsøgt talt til ro og tilbudt medicin til frivillig indtagelse, idet det fremgik af journalen, at patienten takkede ja til medicin.

Ankenævnet fandt herefter, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet præciserede dog, at det burde fremgå tydeligt af journalen, hvilke mindre indgribende foranstaltninger, der var forsøgt, inden personalet gav beroligende middel med magt.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Det var ikke muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at patienten blev vred, når personalet konfronterede patienten med dennes adfærd, hvorfor det var nævnets opfattelse, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter.

Nævnet lagde videre vægt på, at personalet havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Olanzapin 10 mg eller injektion Zyprexa 5 mg. Patienten valgte at indtage tablet Olanzapin under tvang.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 4:

Det skal fremgå af journalen, at en patient er forsøgt talt til ro. Det gjorde det imidlertid ikke, men alligevel var vurderingen, at det konkret ikke var muligt at tale patienten til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af journalen, at patienten var bæltefikseret. Ankenævnet lagde således vægt på, at det ikke var muligt at begrænse eller korrigere patientens aktiviteter yderligere.

Det fremgik ligeledes, at patienten fik tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af smeltablet Zyprexa 20 mg, som patienten til sidst indvilligede i at tage med tvang.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen kl. 19.20, at patienten blev forsøgt talt til ro forud for indgivelsen af beroligende middel med magt.

Ankenævnet bemærkede hertil, at overlægen under mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste, at patienten var forsøgt talt til ro forinden indgivelsen af beroligende middel med magt.

Det fremgik imidlertid ikke af journalen, hvorfor Ankenævnet ikke kunne lægge til grund, at patienten blev forsøgt talt til ro.

Endelig bemærkede Ankenævnet, at det fremgik af journalen, at patienten hele dagen havde revet voldsomt i sengen, så den hoppede hen over gulvet, ligesom patienten havde været urolig og at patienten flere gange i løbet af dagen var forsøgt talt til ro uden effekt, ligesom patienten kl. 19.20 gentagne gange hamrede badeværelsesdøren op i sengerammen og var beskrevet meget højtråbende, og personalet var bange for, at patienten ville vælte i sengen.

Det var på den baggrund Ankenævnets opfattelse, at det ikke var muligt at forsøge at tale patienten yderligere til ro i den konkrete situation.

Ankenævnet fandt således, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 5:

Der var tale om en eskalerende situation ved, at patienten slog en fra personalet

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af journalen, at det blev forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter ved skærmning til stuen, samt at man forsøgte at tale patienten til ro.

Ankenævnet havde bemærket, at patienten i løbet af den urolige situation blev tilbudt forskellige former for beroligende medicin i form af Abilify, Zyprexa og Cisordinol.

Ankenævnet havde videre bemærket, at man igen gik ind på stuen for at forsøge at tilbyde patienten tablet Zyprexa 10 mg til frivillig indtagelse, men at situationen eskalerede, idet patienten slog en fra personalet, hvorfor det blev nødvendigt at indgive injektion Zyprexa 10 mg.

Ankenævnet fandt derfor, at det var i overensstemmelse med mindste-middels-princippet at indgive beroligende middel med magt, uden forinden igen at forsøge at tilbyde medicin til frivillig indtagelse i samme dosis, som den der blev indgivet.

Ankenævnet tiltrådte på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Eksempel 6:

Der var ikke tale om en eskalerende situation ved, at patienten truede med at forsøge at brænde sig med en cigaret

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt i form af tablet Olanzapin 20 mg, der var en højere dosis end tilbudt. Godkendelsen var begrundet i en eskalerende situation.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patienten var blevet tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af p.n. medicin tablet Olanzapin 5 mg, og patienten var forsøgt talt til ro og korrigeret.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af patientens behandlingsplan, at patientens p.n. medicin var tablet Olanzapin 5 mg. Det blev ligeledes bekræftet under mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, at det var denne medicin hun blev tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede dertil, at patienten fik indgivet tablet Olanzapin 20 mg med magt, hvilket var en højere dosis, end den patienten fik tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet oplyste, at det præparat og den dosis, der blev tilbudt til frivillig indtagelse, som udgangspunkt skulle stemme overens med det præparat og den dosis, der blev indgivet med magt, med mindre der var tale om en eskaleret situation. Det skyldtes, at den mindre dosis i første omgang blev vurderet tilstrækkelig.

Ankenævnet bemærkede, at patienten efter at have fået tilbudt beroligende medicin gik til rygetårnet, hvor patienten truede med at brænde sig med en cigaret.

Ankenævnet fandt ikke, at det var tilstrækkeligt godtgjort i journalen, at situationen eskalerede, således at det var nødvendigt med indgivelse af en højere dosis end først vurderet.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad 3: Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering

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 afprøvede 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.

Anbefalinger af dosis for de enkelte præparater fremgår af medicinfortegnelsen på www.pro.medicin.dk.

Konkret afgørelse – godkendt højere dosis Diazepam end sædvanlig dosis på grund af patientens opkørte tilstand, hvor patienten var til akut fare for personalet, og da patienten var kendt med misbrug af multiple stoffer.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt i form af tablet Diazepam 5 mg x 2.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere, idet patienten var bæltefikseret.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det ikke var muligt at forsøge at tale patienten til ro på grund af patientens svært opkørte tilstand, hvor der var akut fare for personalet.

Endelig lagde Ankenævnet vægt på, at man forinden indgivelsen havde tilbudt patienten tablet Diazepam 5 mg x 2, som patienten indtog under tvang.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling af angst- og urotilstande med tablet Diazepam anvendtes 2-5 mg 1-3 gange dagligt.

Det var imidlertid ankenævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt at indgive en dosis, som var inden for sædvanlig dosis ved angst- og urotilstande, henset til patientens tilstand.

Ankenævnet bemærkede dertil, at det fremgik af journalen, at patienten var kendt med misbrug af multiple stoffer, ligesom patienten op til den aktuelle indlæggelse havde haft misbrug af centralstimulerende stoffer.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Den maksimale forsvarlige døgndosis må ikke overstiges – impliceret personale skal kunne identificeres i tvangsprotokollen

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa (Olanzapin) 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget injektion Zyprexa 10 mg i.m. og smeltetablet Olanzapin (Zyprexa) 10 mg inden for samme døgn.

Ankenævnet oplyste hertil, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at hvis Olanzapin (Zyprexa) både blev givet parenteralt og oralt inden for samme døgn, taltes den parenterale dosis dobbelt i udregning af den samlede døgndosis.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten inden for et døgn modtog en samlet akkumuleret dosis på 50 mg Olanzapin (Zyprexa), hvilket oversteg den maksimale forsvarlige døgndosis, der var angivet på pro.medicin.dk.

Ankenævnet bemærkede, at det af tvangsprotokollen ikke var muligt at identificere det implicerede personale i forbindelse med indgivelsen af beroligende middel med magt, idet der ikke var angivet noget i tvangsprotokollen.

Ankenævnet præciserede, at det burde fremgå af tvangsprotokollen, hvem det implicerede personale var i forbindelse med indgivelsen af beroligende middel med magt.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

I 2017 tiltrådte Ankenævnet i en konkret sag Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende 102 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin med magt i form af Zyprexa til en person under 18 år. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt samtlige lægelige beslutninger

I alle tilfældene fandt Ankenævnet, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro, og at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt samtlige læge beslutninger.

Ankenævnet fandt imidlertid, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet bemærkede generelt, at patienten i 102 tilfælde havde fået indgivet Zyprexa som beroligende middel med magt.

Det var Ankenævnets opfattelse, at Zyprexa i injektionsform svarede til halv dosis af Zyprexa i tabletform.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af pro.medicin.dk, at Zyprexa ikke burde anvendes til unge under 18 år på grund af manglende erfaring, og der var desuden høj risiko for metaboliske bivirkninger.

Lægemiddelstyrelsen havde til brug for sagen oplyst, at årsagen hertil var, at der ikke var udført en kontrolleret undersøgelse, dengang præparatet blev godkendt. Og da der således ikke forelå dokumentation for behandling af personer under 18 år, gav det anledning til bemærkningen: "bør ikke anvendes hos børn og unge."

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at Zyprexa ikke måtte anvendes til børn og unge under 18 år i forbindelse med tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt, idet der i disse tilfælde skulle anvendes afprøvede lægemidler.

Ankenævnet fandt derfor, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler med færrest mulige bivirkninger, idet der ikke forelå dokumentation for sikkerhed og virkning af præparatet Zyprexa.

Eksempel:

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om indgivelse af beroligende medicin med injektion Zyprexa 5 mg i.m. Afgørelsen blev truffet af et enigt nævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde vurderet, at betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2, for at give et beroligende middel var opfyldt, og at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde imidlertid vurderet, at den medicin, patienten blev behandlet

med, ikke var et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde lagt vægt på, at det fremgik af medicinfortegnelsen, www.pro.medicin.dk, at Zyprexa ikke burde anvendes til børn og unge under 18 år på grund af manglende erfaring.

Da patienten på tidspunktet for indgivelsen af det beroligende middel var 15 år gammel, fandt nævnet ikke, at præparatet Zyprexa burde have været anvendt, idet der ikke forelå dokumentation for sikkerhed og virkning for børn og unge under 18 år.

Nævnet godkendte på den baggrund ikke indgivelsen af det beroligende middel.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler.

Ankenævnet lagde vægt på, at Zyprexa ikke burde anvendes til børn og unge under 18 år på grund af manglende erfaring hermed.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad 4: Der skal være identitet mellem tilbudt præparat og dosis og indgivet præparat og dosis.

Der var ikke identitet, da patienten fik tilbudt Oxapax, der er et anxiolytikum af benzodiazepingruppen, men fik indgivet Abilify, der er et antipsykotisk præparat med sedativ effekt

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patienten afviste beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af p.n. tablet Oxapax 2 x 15 mg, forinden indgivelsen af injektion Abilify 9,75 mg. Ankenævnet oplyste, at Oxapax var et anxiolytikum af benzodiazepingruppen, hvorimod Abilify var et antipsykotisk præparat med sedativ effekt.

Ankenævnet fandt, at det tilbudte præparat ikke svarede til det indgivne.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt vedrørende dosis ved anvendelse af injektion Stesolid, når der er tilbudt tablet Stesolid - neden for er nævnt tre eksempler for Ankenævnets praksis

Eksempel 1:

På baggrund af en konkret vurdering fandt Ankenævnet ikke at tilbudt tablet Diazepam (Stesolid) 10 mg svarede til indgiven injektion Diazepam (Stesolid) 10 mg

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patienten var tilbudt beroligende medicin i form af tablet Diazepam 10 mg til frivillig indtagelse, forinden indgivelsen af injektion Diazepam 10 mg.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Stesolid (Diazepam) blandt andet anvendtes ved angst- og urotilstande og anvendtes i tablet- eller injektionsform.

Ankenævnet bemærkede, at der, for så vidt angik injektionsbehandling, ikke var angivet sædvanlig dosis for behandling af urotilstande, hvorfor Ankenævnet foretog en konkret vurdering af den anvendte dosis.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet havde herved lagt vægt på, at Diazepam var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel.

Det var imidlertid Ankenævnets opfattelse, at den tilbudte dosis i tabletform ikke svarede til den indgivne, som væsentligt oversteg den tilbudte.

Det var på den baggrund Ankenævnets vurdering, at mindste-middel-princippet ikke var opfyldt for så vidt angik valg af dosis.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Ankenævnet fandt ikke at tilbudt tablet Stesolid 10 mg svarede til indgiven injektion Stesolid 10 mg

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Patienten var blevet tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Stesolid 10 mg, hvorefter patienten fik indgivet injektion Stesolid 10 mg.

Ankenævnet oplyste, at tablet Stesolid 10 mg dosismæssigt svarede til Stesolid 5 mg i injektionsform.

Ankenævnet oplyste, at der som udgangspunkt skulle indgives samme dosis, som der blev tilbudt til frivillig indtagelse, med mindre situationen i mellemtiden eskalerede.

Ankenævnet fandt det ikke dokumenteret i journalen, at situationen eskalerede, efter at patienten blev tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt herefter, at indgivelse af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke fik indgivet samme dosis Stesolid, som der var blevet tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Ankenævnet fandt at tilbudt tablet Stesolid 10 mg svarede til indgiven injektion Stesolid 10 mg

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om indgivelse af et beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at betingelserne for indgivelse af et beroligende middel var opfyldt, men vurderede, at indgivelsen af beroligende medicin i patientens tilfælde ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Stesolid 10 mg, men at indgivelse af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Stesolid 10 mg i.m., hvilket ifølge Ankenævnets praksis i lignende sager svarede til en højere dosis, end den der blev tilbudt.

Patientklagenævnet fandt herefter ikke, at mindste-middels-princippet var opfyldt, da der blev givet en højere dosis Stesolid, end patienten var blevet tilbudt til frivillig indtagelse.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det dermed måtte lægges til grund, at en dosis svarende til tablet Stesolid 10 mg var vurderet tilstrækkeligt, hvorfor en højere dosis ikke var i overensstemmelse med mindste-middels-princippet.

Patientklagenævnet lagde videre lagt vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at der var tale om en situation, der eskalerede, efter at patienten blev tilbudt medicinen eller en anden eventuel begrundelse for at øge dosis i forhold til det tilbudte.

Nævnet fandt herefter ikke, at det var mindste middel i den konkrete situation at give dig beroligende medicin med tvang.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patienten var blevet tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Stesolid 10 mg, forinden indgivelsen af injektion Stesolid 10 mg i.m.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Stesolid blandt andet anvendtes ved angst- og urotilstande og anvendes i tablet- eller injektionsform.

Ankenævnet bemærkede, at der, for så vidt angik injektionsbehandling, ikke var angivet sædvanlig dosis for behandling af urotilstande, hvorfor Ankenævnet foretog en konkret vurdering af den anvendte dosis.

Ankenævnet bemærkede, at klinikchefen i sin anke havde anført, at dosis givet peroralt og intramuskulært skulle være den samme for at udløse den samme farmakologiske effekt for diazepam (Stesolid) modsat for eksempel behandling med Olanzapin, idet diazepam havde en peroral biotilgængelighed på 100 %, således at 100 % af den givne dosis peroralt nåede frem til det systemiske kredsløb uomdannet, ligesom intramuskulært injiceret diazepam. Det fremgik ligeledes af pro.medicin.dk, at absorptionen ved tablet Stesolid var hurtig og næsten fuldstændig. Ifølge produktresumet var biotilgængeligheden, altså hvor hurtigt dosis, der nåede blodbanen, tæt på eller lig 100 procent.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at virkningen af en dosis af Stesolid som tablet for allepraktiske formål svarede til samme dosis indgivet ved injektion.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Frihedsberøvelse

Det skal afklares om patienten går med til frivillig indlæggelse, da det har betydning for, om patienten kan tvangstilbageholdes

Nævnet godkendte ikke overlægens beslutning om at tvangstilbageholde patienten.

Nævnet vurderede, at betingelserne for at tvangstilbageholde patienten ikke var opfyldt, jf. psykiatrilovens §§ 5 -9.

Det var (og er) en betingelse for, at der kunne ske tvangstilbageholdelse, at patienten enten var indlagt frivilligt eller indlagt i form af en tvangsindlæggelse.

Nævnet var opmærksom på, at patienten efter hospitalets opfattelse var frivilligt indlagt. Nævnet bemærkede hertil, at det fremgik af lægeerklæringen, at patienten blev bragt til Psykiatrisk Akut Modtagelse af politiet.

Det fremgik endvidere af journalen, at patienten havde et behov for at komme i kiosken. Patienten havde ikke tilladelse til udgang, selv om det i notatet var anført, at patienten accepterede frivillig indlæggelse, efter at patienten var orienteret om, at patienten ellers ville blive tvangstilbageholdt.

Det fremgik videre af journalnotatet, at patienten sagde "hvis ikke I lukker mig ud, så spiller klaveret og så får I se, hvad der kommer til at ske", samt at "patienten skal ifølge lægen tvangstilbageholdes, når patienten kommer på (afdeling) XX".

På baggrund af ovennævnte uklarhed var det Nævnets opfattelse, at der ikke var tale om en frivillig indlæggelse. Når patienten således ikke var frivilligt indlagt og ej heller tvangsindlagt, var muligheden for at tvangstilbageholde patienten ikke til stede.

"Frivillig" indlæggelse.

Nævnet vurderede, at betingelserne for at tvangstilbageholde patienten ikke var opfyldt.

Det var (og er) en betingelse for, at der kunne ske tvangstilbageholdelse, at patienten enten var indlagt frivilligt eller indlagt i form af en tvangsindlæggelse.

Nævnet var opmærksom på, at patienten efter hospitalets opfattelse var frivilligt indlagt. Nævnet bemærkede dog, at det ikke fremgik eksplicit af journalen, hvor det i givet fald skulle være anført, at patienten på baggrund af en grundig orientering havde samtykket i indlæggelse.

Nævnet havde imidlertid lagt vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten modsatte sig frivillig indlæggelse. Ligeledes havde Nævnet lagt vægt på, at patienten telefonisk på forhånd afviste indlæggelse.

Idet patienten således ikke var indlagt frivilligt og ej heller var tvangsindlagt, var muligheden for at tvangstilbageholde patienten ikke til stede.

Nævnet kunne herefter ikke godkende, at patienten blev tvangstilbageholdt og kunne derfor heller ikke godkende, at patienten fortsat var tvangstilbageholdt.

Den indlæggende læges undersøgelse skal være foretaget senest 7 dage forud for indlæggelsen

Nævnet vurderede, at betingelserne for at tvangsindlægge patienten ikke var opfyldt.

En tvangsindlæggelse måtte kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hvilede på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen.

Når tvangsindlæggelse blev foretaget på behandlingsindikation, skulle lægens undersøgelse være foretaget inden for de seneste 7 dage forud for indlæggelsen.

Der var således dels et krav om, at der var foretaget en undersøgelse af en patient, og at denne undersøgelse var aktuel.

Nævnet fandt, at der ikke var foretaget en aktuel undersøgelse indenfor de seneste 7 dage forud for at patienten blev tvangsindlagt, jf. psykiatrilovens § 5, stk. 1 og, § 7, stk. 3 og § 9 stk. 1.

Nævnet lagde til grund, at patienten blev tvangsindlagt på behandlingsindikation, 11 dage efter lægens første besøg hos patienten.

Nævnet havde ved afgørelsen lagt vægt på, at det fremgik af den indlæggende læges erklæring, at lægen besøgte patienten og orienterede patienten om "påtænkt tvangsindlæggelse", og at lægen havde anført, at "aftalen var at skulle drøfte mulighederne med en navngiven psykiater.

En uge senere besøgte lægen patienten igen, hvor patienten imidlertid ikke åbnede døren, og lægen afleverede derefter et brev, hvori lægen orienterede patienten om, at lægen ville iværksætte en tvangsindlæggelse.

Nævnet fandt på den baggrund, at lægen foretog en undersøgelse af patienten, men nævnet fandt samtidig, at lægens henvendelse ved patientens bolig en uge senere, hvor lægen end ikke talte med patienten, hverken kunne gøre det ud for en undersøgelse eller forlænge 7-dages fristen.

Nævnet var opmærksom på, at den indlæggende læge havde afkrydset i indlæggelsespapirerne, at undersøgelsen først var afsluttet, da lægen en uge senere uden held opsøgte patienten. Nævnet var således ikke enig i vurderingen, men fandt, at lægen alene ved det første besøg foretog en undersøgelse, og at denne undersøgelse var foretaget mere end 7 dage forud for indlæggelsen, som først blev iværksat 11 dage efter lægens første besøg hos patienten.

Nævnet henviste til, at fristen i psykiatrilovens § 7, stk. 3, regnes fra undersøgelses afslutning og ikke fra erklæringens udfærdigelse, se "Psykiatret" af Helle Bødker Madsen, DJØF 2013, side 88 nederst.

Nævnet fandt derfor, at der ved indlæggelsen var tilsidesat en væsentlig retssikkerhedsgaranti, og at indlæggelsen derfor var ulovlig.

Skal politiet medvirke til indlæggelsen?

Nævnet godkendte overlægens beslutning om at tvangsindlægge patienten. Nævnet fandt dog, at tvangsindlæggelsen formelt var i strid med psykiatrilovens § 7, stk. 1.

Nævnet fandt, at de formelle betingelser for at tvangsindlægge patienten ikke var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at politiet ikke medvirkede ved indlæggelsen. I henhold til Psykiatrilovens § 7 skulle politiet træffe bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse og yde bistand dertil.

Nævnet fandt, at politiets medvirken ved tvangsindlæggelse ikke alene var af praktisk karakter, men at politiets medvirken havde en kontrolfunktion, idet grundlaget for indlæggelsen skulle kontrolleres, inden der blev truffet beslutning om at iværksætte inden iværksættelse.

Nævnet fandt, at politiets manglende medvirken medførte, at der derved var svigtet en retsgaranti for indlæggelsen, og at indlæggelsen derved var ulovlig.

Efter en konkret vurdering fandt Nævnet imidlertid ikke, at der var tale om en sådan væsentlig mangel, at indlæggelsen derved ikke kunne godkendes. Nævnet lagde vægt på, at de materielle betingelser for at indlægge patienten var opfyldt. Der var videre lagt vægt på, at patienten allerede befandt sig på hospitalet, og at de øvrige formelle betingelser for indlæggelsen var opfyldt, herunder at patienten blev undersøgt af en læge, før patienten blev tvangsindlagt, og at lægen udfyldte tvangsindlæggelsespapirerne og skrev en lægeerklæring med henblik på tvangsindlæggelse.

På den baggrund kunne Nævnet godkende indlæggelsen.

Den indlæggende læge må ikke være ansat på samme center, som der hvor indlæggelsen finder sted.

Nævnet godkendte ikke overlægens beslutning om at tvangsindlægge patienten.

Patienten var om natten blevet fundet siddende på gaden, og var blevet kørt på et somatisk sygehus. Det blev vurderet at patienten var selvmordstruet, men patienten nåede at stikke af fra skadestuen og blev derefter efterlyst af politiet.

Der blev herefter udfærdiget en lægeerklæring om tvangsindlæggelse på grund af farlighed (røde papirer), hvoraf det blandt andet fremgik, at patienten ikke ville leve mere, og at patienten kunne finde på hvad som helst. Det blev beskrevet, at patienten var i en affekttilstand. Lægeerklæringen blev udfyldt af en læge, der tillige havde ansættelse på det Psykiatriske Center, hvor patienten efterfølgende blev indlagt.

Det fremgik af journaloplysningerne på indlæggelsestidspunktet, at patienten ankom til Det Psykiatriske Center sammen med politiet og herefter blev tvangsindlagt.

Senere samme formiddag blev patienten udskrevet, dels fordi indlæggelsespapirerne ikke var udfærdiget af en ekstern læge, dels fordi affekten var klinget af.

Nævnet bemærkede, at for at sikre to-læge-prøvelse af tvangsindlæggelsens berettigelse, måtte erklæringen ikke være udstedt af en læge, der var ansat på det psykiatriske sygehus/afdeling, hvor tvangsindlæggelsen skulle finde sted, jf. psykiatrilovens § 7, stk. 2, 3 punktum.

Nævnet fandt derfor, at der i relation til tvangsindlæggelsen var tilsidesat en væsentlig retssikkerhedsgaranti, der skulle sikre, at den indlæggende læge ikke var ansat samme sted som den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelsen fandt sted.

Nævnet kunne derfor ikke godkende tvangsindlæggelsen.

Overlægen kan ikke på forhånd godkende en indlæggelse

Nævnet bemærkede, at en overlæge ifølge både journalen og underskrift på de gule papirer allerede dagen før tvangsindlæggelsen havde godkendt indlæggelsen.

Tvangsindlæggelsens iværksættelse var således ikke overlægegodkendt i overensstemmelse med psykiatrilovens bestemmelser, idet overlægens afgørelse efter § 14, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1340 af 02/12/2010 (om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser) i henhold til psykiatrilovens § 9, stk. 2, om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse var opfyldt, skulle foretages på indlæggelsesdagen.

Nævnet kunne oplyse, at tvangsindlæggelse fandt fysisk sted på hospitalet, efter at den modtagende læge havde undersøgt patienten med henblik på indlæggelse, og det var således ikke muligt for en overlæge at godkende en tvangsindlæggelse på forhånd.

Det var nævnets opfattelse, at en overlæge ikke på forhånd kunne godkende en tvangsindlæggelse alene ved at "godkende" de gule/røde papirer, idet det ville eliminere to-læge-prøvelsen og således mindske patientens retssikkerhed i forbindelse med indlæggelsen.

Nævnet henviste til Helle Bødker Madsen: Psykiatritret, side 88 andet afsnit.

To-læge-prøvelsen måtte efter nævnets opfattelse indebære, at efter den indlæggende læge havde foretaget en egenhændig undersøgelse med henblik på indlæggelse, skulle endnu en læge – enten den modtagende læge eller overlægen – foretage en tilsvarende undersøgelse. Denne undersøgelse måtte ikke være mindre grundig end den undersøgelse, som den indlæggende læge foretog, idet den modtagende læge ikke var bundet af det skøn, som den indlæggende læge udøvede.

Ud fra den betragtning var det således ikke tilstrækkeligt til opfyldelse af "to-læge prøvelsen", at overlægen alene havde truffet beslutning om en tvangsindlæggelse på

baggrund af den indlæggende læges erklæring – ved at "godkende" de gule/røde papirer.

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

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

Nævnet henviste i øvrigt til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning 2015, side 28-30 og til dom afsagt af Retten i Hillerød den 8. april 2016 i sag nr. BS 11-13/2016.

Nævnet fandt på den baggrund, at tvangsindlæggelsen havde været formelt ulovlig fra iværksættelsen og frem til revurderingen på 3. dagen, hvor den fortsatte frihedsberøvelse blev overlægegodkendt.

Når den modtagende læge ikke finder nogle klare indikationer for indlæggelse

Nævnet vurderede, at betingelserne for at tvangsindlægge patienten ikke var opfyldt.

Nævnet havde noteret sig, at den indlæggende læge ifølge de gule papirer vurderede, at patienten var påfaldende mistænkelig og bange for alt omkring sig. Det blev beskrevet således, at patienten var præget af forstyrret opmærksomhed, idet det virkede til, at patienten så og hørte ting, der ikke var virkelige. Patienten fremstod truende og afværgede med fysiske slag mod alle, der kom tæt på sig. Patienten gav udtryk for vrangforestillinger af paranoid karakter, idet patienten troede, at sygehuspersonalet og almindelige mennesker ville patienten det ondt. Patienten kunne på ingen måde motiveres til frivillig behandling. Patienten ville forlade afdelingen, men var for træt og afkræftet til at gøre det. Patienten var således ifølge de gule papirer påfaldende forpint i sin tilstand med svær paranoia. Tilstanden havde tidligere været vedvarende og krævet behandling, hvorfor det ikke kom til at forsvinde uden behandling. I denne tilstand af åbenbar paranoid psykose var risikoen for alvorlige helbredsmæssige konsekvenser for patienten meget høj. Det var derfor nødvendigt med psykiatrisk tiltag hurtigst muligt og den tvang, der måtte behøves.

Nævnet havde imidlertid lagt vægt på, at det ikke fremgik af journalen, da patienten ankom til det psykiatriske center, at den modtagende læge på tidspunktet for tvangsindlæggelsen vurderede, at patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles dermed, og at det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af patientens tilstand ellers ville blive væsentlig forringet, eller fordi patienten frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Nævnet fandt det således ikke tilstrækkeligt, at den modtagende læge alene havde journalført en gengivelse af ordlyden af de gule papirer, at tvangsinlæggelsen blev godkendt af en overlæge, og at tvangsprotokol skema 1 blev udfyldt.

Nævnet fandt tværtimod, at den modtagende læge som led i en to-læge-prøvelse forud for tvangsinlæggelsen burde have foretaget en egenhændig undersøgelse af patienten med henblik på at vurdere om betingelserne for tvangsinlæggelse i henhold til psykiatrilovens § 5 var opfyldt på tidspunktet for tvangsinlæggelsen. Da det ikke var journalført, at en sådan undersøgelse havde fundet sted, fandt Nævnet, at der var svigtet en væsentlig retssikkerhedsgaranti for patienten.

Nævnet fandt ligeledes ikke, at det var tilstrækkeligt, at overlægen måtte have godkendt tvangsinlæggelsen alene på baggrund af de gule papirer. Nævnet fandt, at overlægen enten skulle have både den indlæggende og den modtagende læges vurderinger eller den indlæggende læges og sin egenhændige undersøgelse, som grundlag for at træffe beslutning om tvangsinlæggelse eller godkendelse af den modtagende læges beslutning.

Nævnet godkendte derfor ikke overlægens beslutning om at tvangsinlægge patienten.

Tvangstilbageholdelsens udstrækning. Hospitalet har bevisbyrden for, at patienten ikke vil medvirke til frivillig indlæggelse.

Patientklagenævnet godkendte alene beslutningen om at tvangstilbageholde patienten. Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt dog, at den fortsatte frihedsberøvelse burde ophøre med virkning fra Nævnets afgørelse.

Ved revurderingen på tyvendedagen var patienten i bedring, men det var beskrevet, at patienten fortsat var manisk med mange planer. Det fremgik af journalen, at patienten var indstillet på at blive på afdelingen og modtage behandling, men at lægen vurderede, at det ville være bedst at opretholde frihedsberøvelsen, da patienten havde været meget svingende i sygdomserkendelse og ønske om at blive i afdelingen.

Nævnet fandt, at patienten ikke længere havde brug for at være frihedsberøvet (nævnsmødet blev afholdt, dagen efter at der blev foretaget revurdering på tyvendedagen).

Nævnet lagde herved vægt på, at de på nævnsmødet fremmødte læger ikke kendte patienten og ikke kunne oplyse nærmere om patientens tilstand, ud over det i journalen beskrevne. Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at de på nævnsmødet fremmødte læger ikke forud for mødet havde forsøgt at afklare patientens tilstand, hverken ved at tale med patienten eller at få supplerende oplysninger til belysning af de sparsomme oplysninger, som var anført i de tidligere revurderinger.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten havde oplyst, at patienten var afklaret omkring sin situation, og at patienten ønskede fortsat behandling, men under en frivillig indlæggelse. Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at der ikke på mødet

var fremkommet oplysninger, som satte tvivl om patienten fortsat ønskede indlæggelse på frivillig basis.

Tvangsfiksering

Den 1. juni 2015 trådte der en ny psykiatrilov i kraft. Nævnet skal henvisse til sin årsberetning fra 2015, hvor der på side 35-39 er et notat om de nye regler om tvangsfiksering.

Iværksættelse:

Farlighedsvurdering

Personalet opsøgte patienten med skjolde

Nævnet godkendte ikke iværksættelsen af en tvangsfiksering.

Nævnet lagde vægt på oplysning om, at patienten ikke var selvskadende, da personalet gik ind på patientens stue, og det derfor ikke var tilstrækkeligt dokumenteret, at der var nærliggende fare for at patienten ville få skader på legeme eller helbred. Nævnet havde endvidere vurderet, at personalet gik ind på patientens stue med hensigt at fikse patienten, og at patienten først blev udadreagerende, da personalet tog fat i patienten.

Der var herved lagt vægt på patientens oplysning om, at et større antal personer fra personalet gik ind på patientens stue med skjolde, hvilket ikke blev vurderet at have været med hensigt på at berolige-, men med hensigt på at fikse patienten.

Nævnet lagde desuden vægt på, at personalet ikke forinden fikseringen i tilstrækkeligt omfang forsøgte at berolige patienten på anden vis, inden personalet med skjolde gik ind på patientens stue med henblik på at fikse patienten. Der var videre lagt vægt på, at patienten først blev udadreagerende, da personalet tog fat i patienten. Nævnet fandt således, at der ikke var gjort tilstrækkelige bestræbelser på at undgå en fiksering.

Opretholdelse

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

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

Krav til revurderingerne. Farligheden skal konkretiseres

Nævnet vurderede, at betingelserne for iværksættelse af tvangsfiksering med bælte havde været opfyldt.

Nævnet havde således vurderet, at det var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at patienten "havde angrebet ting og havde slået personale. Patienten angreb målrettet personale, havde slået, skubbet og sparket".

Nævnet kritiserede, at overlægens vurdering ikke var blevet journalført, således som det var bestemt efter § 22 stk. 1, i bekendtgørelse Nr. 1338 af 2. 12. 2010 – ændret ved bekendtgørelse nr. 1107 af 11.9.2015.

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

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten ved det første lægelige tilsyn blev vurderet "aggressiv over for den faste vagt, spyttede på denne og forsøgte at rive i gardinerne" – hvilket blev taget som indikation for, at bæltefikseringen skulle fortsætte.

Nævnet fastslog, at lovgiver efter kritik fra den Europarådets Tortur Kommission havde skærpet regelsættet om tvangsfikseringer, således at tvangsfikseringer der havde en længere udstrækning end 2-4 timer havde fået sin egen særskilte bestemmelse. § 14, stk. 3, således var en skærpelse af betingelserne i § 14, stk.2.

Hvor hospitalet godt kunne iværksætte en tvangsfiksering efter § 14, stk. 2, fordi en patient spyttede efter personalet, kunne hospitalet ikke opretholde en tvangsfiksering alene under henvisning til, at patienten fortsat spyttede, idet § 14, stk. 3, stillede betingelse om at andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsagde en fortsættelse.

Hvor hospitalet godt kan iværksætte en bæltefiksering under henvisning til, at en patient udøvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang, kunne hospitalet ikke opretholde en tvangsfiksering under henvisning til, at patienten "forsøgte at rive i gardinerne".

En henvisning til at en patient var "aggressiv" var således efter Nævnets praksis ikke tilstrækkeligt til at iværksætte en bæltefiksering, hvis der ikke samtidig var beskrevet, på hvilken måde patienten var "aggressiv".

Dette måtte så meget desto mere gælde, når det drejede sig om opretholdelsen af en bæltefiksering, der baserede sig på psykiatrilovens § 14, stk. 3, der var (og er) en undtagelsesbestemmelse og som derfor fortolkes indskrænkende og snævert.

Nævnet bemærkede, at der ikke ved det første tilsyn var gjort overvejelser i journalen omkring iagttagelse af mindste middels princippet.

Nævnet gjorde opmærksom på, at mindste-middels-princippet efter psykiatrilovens § 4 udgjorde et selvstændigt lovkrav, der skulle tænkes ind i alle tvangsindgreb. Det var således et ufravigeligt krav, at overlægen i sine overvejelser om opretholdelsen af bæltefikseringen gjorde sig overvejelser omkring anvendelsen af mindre indgribende tvangsindgreb.

I journalen var der imidlertid intet anført om mindste-middels-princippet, og Nævnet kunne på denne baggrund ikke godkende opretholdelsen af tvangsfikseringen fra dette tidspunkt.

Nævnet anførte desuden, at hospitalet for hvert bæltetilsyn skulle godtgøre at mindste-middels-princippet havde været iagttaget eller beskrevet, hvorfor det ikke fandt anvendelse i den pågældende situation. Hvis hospitalet ikke løftede denne bevisbyrde, måtte hospitalet bære ansvaret for det.

Nævnet tilføjede, at overlægen efter hvert tilsyn i journalen skulle redegøre for sin "vurdering" af den fortsatte bæltfiksering jf. bekendtgørelse Nr. 1338 af 2.12.2010 § 22, stk. 1.

Nævnet var indstillet på at acceptere, at overlægen eksempelvis under henvisning til psykiatrilovens § 4a samlede flere tilsyn – eksempelvis for ét døgn - med henblik på en samlet overlæge vurdering.

Nævnet gjorde opmærksom på, at det var overlægens "vurdering", der skulle journalføres, hvilket var noget mere end blot en simpel godkendelse.

Det forhold, at lægen senere i forløbet havde redegjort for mindste-middels-princippet, kunne derfor efter Nævnets opfattelse ikke rette op på den mangel, der lå i, at mindste-middels-princippet ikke var iagttaget ved det første tilsyn i henhold til den skærpede fikseringsbestemmelse i psykiatrilovens § 14, stk.3, idet mindste-middels-princippet skulle iagttages ved hvert tilsyn.

REVURDERINGERNE:

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

Herunder om mindstemiddelprincippet er overholdt. Det er ikke tilstrækkeligt at skrive patienten er truende, der skal gøres optegnelser om mindstemiddelprincippet.

Patienten var sigtet for drab og indlagt på en retspsykiatrisk afdeling

Nævnet godkendte beslutning om en pågående tvangsfiksering.

Nævnet godkendte overlægens beslutning om, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte i knapt 10 dage.

Nævnet havde lagt vægt på, at patienten forud for iværksættelsen kastede et fjernsyn ind i væggen og kastede med møbler på stuen. Personalet måtte barrikadere døren til stuen, og politiet blev tilkaldt. Forud for episoden var patienten tiltagende fåmælt, sort i blikket og latent aggressiv.

Nævnet havde ved sin vurdering af, om det var nødvendigt at iværksætte tvangsfikseringen desuden tillagt det en vis betydning, at det fremgik af lægeerklæringen, at patienten var indlagt på retspsykiatrisk afdeling, og at patienten var sigtet for drab, hvor patienten havde erkendt sig skyldig. Det var blevet anbefalet, at patienten skulle dømmes til anbringelse på sikringsafdelingen, Psykiatrien i Slagelse, da patienten havde en så stor grad af impulsivitet, manglende kontrol over sine impulser og tendens til udadreagerende, uforudsigelig og uberegnelig adfærd med stor risiko for skade på andre personer.

Det fremgik af journalnotaterne fra tilsynene, at mindste-middels-princippet havde været iagttaget. Af journalnotaterne fremgik det blandt andet, at patienten var truende, emotionelt distanceret, latent vredladet, og der fortsat var risiko for farlig og udadreagerende adfærd.

Det var indtrykket, at patienten blot talte lægen efter munden og bare sagde det, som personalet ville høre. Patienten havde til personalet udtalt, at patienten ville sige, hvad lægerne gerne ville høre, men når patienten kom fri, ville patienten på et eller andet tidspunkt gøre noget imod personalet.

Udstrækning, når patienten ikke ønsker dialog

Nævnet godkendte iværksættelsen af en tvangsfiksering, men alene en udstrækning på knapt 20 dage.

Nævnet lagde vægt på, at situationen under hele fikseringen stort set havde været uændret, idet patienten havde afvist samtale.

Nævnet havde dog vurderet, at fikseringen havde varet i længere tid end nødvendigt, og Nævnet fandt således, at fikseringen burde have været ophævet på et tidligere tidspunkt. Nævnet havde i den forbindelse foretaget en helhedsvurdering af hele fikseringen.

Nævnet havde lagt vægt på, at det på den ene side fremgik af journalen, at patienten med jævne mellemrum havde været løsnet til toiletbesøg og bad, og at patienten i forbindelse hermed havde været rolig og overholdt alle aftaler. Det fremgik endvidere, at patienten stort set under hele fikseringen havde scoret 0 på Brøset skalaen. Det var således de objektivt konstaterbare forhold.

På den anden side var der i forbindelse med tilsynene anført en række enslydende subjektive vurderinger af patienten som personfarlig og utilregnelig.

Nævnet bemærkede, at hvert tilsyn principielt burde indeholde overvejelser omkring mindste-middels-princip. Nævnet bemærkede endvidere i den forbindelse, at Retslægerådet havde udtalt, at det fandt, at alle mindre indgribende behandlingsmuligheder, herunder behandling med medicin, ikke var udtømt.

Nævnet havde desuden lagt vægt på, at der først efter knapt en måneds tvangsfiksering var taget skridt til at påbegynde motivation for medicinsk behandling.

Nævnet bemærkede derudover, at overlægen havde udtalt, at der ikke var nogen positiv prognose med hensyn til bedring af patientens tilstand, dog kunne medicinering eventuelt bedre patientens aggressivitet, og at afdelingen ikke var et velegnet sted til behandling af patienter, der havde samme diagnose, som patienten led af.

Efter en samlet vurdering fandt Nævnet, at fikseringen burde have været ophævet endeligt medio juni 2017.

Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at afdelingen på det tidspunkt burde have haft mulighed for at afprøve mindre indgribende foranstaltninger fremfor ensidigt at fokusere på dialog, som ifølge det oplyste ikke havde været og ikke ville være en mulighed, når der samtidig skulle henses til karakteren af patientens sygdom. Afdelingen havde således ikke dokumenteret, at mindste-middels-princippet var overholdt.

Nævnet bemærkede afslutningsvis, at afdelingens argumenter om at afvente Justitsministeriets svar på anmodning om afsigelse af farlighedsdekret og manglende bemanning med hensyn til at forøge yderligere løsning ikke kunne betragtes som saglige. Nævnet oplyste, at Nævnet var opmærksom på, at argumenterne var en del af en helhed, hvor afdelingen havde henvist til, at det primære argument var den faglige vurdering af patientens farlighed.

Farligheden ved bæltetilsyn skal konkretiseres

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte iværksættelsen af en tvangsfiksering med bælte og remme, men ikke udstrækningen ud over et halvt døgn varighed.

Nævnet havde lagt vægt på, at patienten forud for bæltfikseringen havde slået ud efter pårørende og havde taget kvælertag i form af et "chokehold" på en person fra personalet. Patienten havde sparket en anden fra personalet. Personalet alarmerede politiet, og patienten blev inden bæltfikseringen lagt i håndjern. Der var tale om en eksplosiv og voldsom adfærd fra patientens side.

Vedrørende opretholdelse af tvangsfikseringen bemærkede Nævnet, at tvangsfiksering undtagelsesvist kunne anvendes ud over nogle få timer, hvis der var væsentlige grunde til at forsætte tvangsfikseringen, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed, der tilsagder det. Se psykiatrilovens § 14, stk. 3, der er vedlagt.

Af lovbemærkningerne til psykiatriloven fremgår det, at den seneste skærpelse af reglen om bæltfiksering med indførelsen af § 14, stk. 3, var affødt af den gentagne kritik, som Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur havde fremsat over for Danmark om brugen af langvarige tvangsfikseringer. Komiteen havde understreget, at "fikseringer i dagevis ikke har nogen medicinsk berettigelse, og efter komiteens opfattelse er at ligestille med nedværdigende behandling." Komiteen "udstikker det princip, at en tvangsfiksering bør anvendes i så kort tid som muligt, normalt kun nogle minutter eller nogle få timer." Af lovbemærkningerne fremgik det videre, at "det er afgørende for Regeringen, at brugen af tvangsfiksering reduceres både i antal og tidsmæssig udstrækning. Det vurderes, at der var behov for bl.a. at skærpe reglerne for tvangsfiksering med henblik på en sådan reduktion." jf lovforslag L 137 af 5.2.2015 pkt. 3.4.2

Nævnet bemærkede desuden, at:

14, stk. 3, var (og er) en undtagelsesbestemmelse, som skulle fortolkes indskrænkende, - også set i lyset af ovennævnte lovbemærkninger. Efter lovbemærkningerne skulle faren være "væsentlig" jf. lovforslaget til pkt. 10.

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

Nævnet havde således lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten ved det første lægelige tilsyn var benægtende i forhold til det, der var foregået forud for bæltefikseringen. Patienten udviste således ingen forståelse for personalets handlinger, og vurderingen var, at patienten på den baggrund, ikke kunne indgå aftaler om løsning af bælte. Der var i journalen ikke gjort overvejelser om mindste-middels-princippet, og overlægen havde ikke fulgt op med sin vurdering af den fortsatte bæltefiksering.

Nævnet kunne herefter ikke godkende den fortsatte tvangsfiksering.

Efter nævnets vurdering var psykiatrilovens § 14, stk. 3, ikke opfyldt ved en henvisning til at patienten var benægtende over de forhold, der førte til bæltefikseringen. Efter § 14, stk. 3, krævedes det, at det psykiatriske center skulle have godtgjort, at hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsagde en fortsat bæltefiksering. At patienten ikke kunne/ville indgå aftaler kunne indgå som et element i vurderingen, men kunne ikke være det udslagsgivende forhold og slet ikke, hvis aftalen gik ud på, at patienten kunne få lov til at gå på toilettet på betingelse af, at patienten bagefter skulle i bælte igen.

Efter Nævnets opfattelse skulle der (og skal der fortsat) lægges vægt på:

Lægernes subjektive vurderinger nedskrevet i journalen

Objektive forhold: hvad havde patienten rent faktisk sagt og gjort siden iværksættelsen af bæltefikseringen – hvordan forholdt patienten sig på tidspunktet for tilsynet.

Her kunne der også lægges vægt på forhold op til bæltefikseringen.

Patientens udsagn: hvad var patienten blevet spurgt om, og hvad havde patienten svaret?

Lægerne skulle ud fra ovennævnte tre synsvinkler foretage en samlet vurdering af, om betingelsen i § 14, stk. 3, var opfyldt. Vurderingen skulle journalføres.

For at opretholde en bæltefiksering skulle betingelserne efter psykiatrilovens § 4 også være opfyldt. Mindste-middels-princippet skulle således være iagttaget.

Nævnet gjorde opmærksom på, at mindste-middels-princippet efter psykiatrilovens § 4 udgjorde et selvstændigt lovkrav, der skulle tænkes ind i alle tvangsindgreb. Det var således et ufravigeligt krav, at overlægen i sine overvejelser om opretholdelsen af bæltefikseringen gjorde sig overvejelser omkring anvendelsen af mindre indgribende tvangsindgreb, såsom personlig skærmning, fastholdelse mfl.

Hospitalet skulle for hvert bæltetilsyn godtgøre, at mindste-middels-princippet havde været iagttaget eller beskrive, hvorfor det ikke fandt anvendelse i den pågældende si-

tuation. Hvis hospitalet ikke kunne løfte bevisbyrden, måtte hospitalet bære ansvaret for det.

Nævnet tilføjede, at overlægen i forbindelse med hvert tilsyn i journalen skulle redegøre for sin "vurdering" af den fortsatte bæltefiksering jf. bekendtgørelse 1338 af 2.12.2010 § 22, stk. 1.

Nævnet oplyste, at Nævnet var indstillet på at acceptere, at overlægen eksempelvis under henvisning til psykiatrilovens § 4a samlede flere tilsyn – eksempelvis for ét døgn – med henblik på en samlet overlægevurdering af de foretagne lægelige tilsyn.

Nævnet gjorde opmærksom på, at det var overlægens "vurdering", der skulle journalføres, hvilket var noget mere end blot en simpel godkendelse.

Som illustration tilføjede nævnet:

Ved det følgende tilsyn lå patienten ifølge journaloptegnelserne "roligt", men "anspændt" i bæltet. Lægen angav, at personalet havde brugt tid til at lære patienten bedre at kende. Desuden henviste den tilsynsførende læge til, at patienten fortsat skulle være i bælte, "da patienten var farlig for andre i nat, og personalet var kommet til skade i den forbindelse"

Nævnet bemærkede hertil, at heller ikke ved dette tilsyn fra lægelige side var overvejelser omkring iagttagelse af mindste-middels-princippet, og heller ikke ved dette tilsyn havde overlægen journalført sine overvejelser omkring den fortsatte bæltefiksering.

Ved det følgende tilsyn var der således redegjort for:

Lægernes subjektive vurdering: patienten anses for "anspændt" – her var det vigtigt, at det blev anført, på hvilken måde patienten var anspændt.

Objektive forhold: Patienten anses som "rolig" og henvisning til episoden, der førte frem til bæltefikseringen, hvor patienten var farlig og personalet kom til skade. Efter nævnets vurdering kunne en samlet vurdering ikke føre til, at Nævnet anså § 14, stk. 3, for opfyldt ved det tredje tilsyn.

Dertil kom, at mindste-middels-princippets iagttagelse ikke var omtalt i journalen.

Ved det tredje tilsyn var det journalført, at patienten "på ny var urolig, anspændt og rev i bæltet." Patienten krævede at komme ud for at få luft og blev mere og mere vred. Den lægelige vurdering var, at patienten fortsat var uberegnelig i sin adfærd og potentielt personfarlig.

Heller ikke ved dette tilsyn var der fra lægelige side overvejelser omkring iagttagelse af mindste-middels-princippet og heller ikke ved dette tilsyn havde overlægen journalført sine overvejelser omkring den fortsatte bæltefiksering.

Ved det tredje tilsyn var der således redegjort for:

Lægernes subjektive vurdering: patienten var "urolig og anspændt" – dog uden, at det var angivet, på hvilken måde at patienten var "urolig og anspændt"

Patienten var fortsat uberegnelig i sin adfærd.

Objektive forhold: patienten rev i bæltet

patientens udsagn: vil ud for at få luft

Efter nævnets vurdering kunne en samlet vurdering ikke føre til, at nævnet anså § 14, stk. 3, for opfyldt ved tilsynet den 29. juni kl. 13.25.

Dertil kom, at mindste-middels-princippet ikke var omtalt i journalen.

Tvungen opfølgning

Stabil behandling

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutning om, at der skulle ske tvungen opfølgning, efter at patienten var udskrevet.

Patienten var udeblevet fra behandling i henhold til den seneste behandlingsplan, og havde sidst fået medicin 3 måneder forud for den aktuelle indlæggelse, hvilket atter havde medført genopblussen af den psykotiske tilstand med tanker om overvågning, bestråling og strøm i patientens lejlighed.

Nævnet vurderede desuden, at patienten var kommet i stabil behandling med Cisordinol depot 100 mg hver 14. dag, og at overlægen kendte patientens reaktion på præparatet, som havde haft god effekt på patienten. Nævnet lagde vægt på, at patienten under sin indlæggelse havde taget depot Cisordinol tre gange, hvorefter patientens tilstand var bedret, således at der ved seneste revurdering af frihedsberøvelsen ikke længere var grundlag for at opretholde frihedsberøvelsen. Nævnet vurderede på den baggrund, at patientens tilstand var stabiliseret.

Bilag

Bilag 1 - Sageres fordeling på det enkelte hospital/center

Skema 17

Sageres fordeling på det enkelte hospital/center									
Hospital	Sager i alt			Tilbagekaldte/ Afviste			Realitetsbehandlede		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Amager	91	100	110	10	10	11	81	90	99
Andet sted	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Augustenborg	9	0	0	1	0	0	8	0	0
Ballerup	123	108	108	6	12	11	117	96	97
Bispebjerg Ung	12	2	1	1	0	0	11	2	1
Bornholm	5	6	12	0	1	1	5	5	11
Brønderslev	56	95	67	3	14	2	53	81	65
Dianalund	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Esbjerg	13	28	36	0	6	6	13	22	30
Frederiksberg	64	73	23	6	6	3	58	67	20
Frederikshavn	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Glostrup Rets- psyk.	8	14	3	1	1	1	7	13	2
Glostrup - Ung	3	3	5	0	2	2	3	1	3
Glostrup - Vok- sen	56	137	83	5	19	9	51	118	74
Haderslev	10	0	0	0	0	0	10	0	0
Herning	18	29	51	2	6	9	16	23	42
Holbæk	3	0	0	0	0	0	3	0	0
Holstebro	14	18	0	1	1	0	13	17	0
Horsens	37	30	33	4	4	5	33	26	28
Hvidovre	117	3	0	11	0	0	106	3	0
Kolding	28	14	0	7	2	0	21	12	0
København	203	178	241	24	18	13	179	160	228
København - Ung			2			0			2
Køge	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Middelfart	42	49	30	4	6	1	38	43	29
Nordsjælland - Ung	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Nordsjælland - V	104	105	130	10	6	16	94	99	114
Nykøbing Sj.	17	0	0	0	0	0	17	0	0
Odense	81	91	65	16	8	6	65	83	59
Randers	17	19	23	3	2	3	14	17	20
Ribe	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Risskov	143	141	104	17	18	16	126	123	88
Risskov B&U	5	4	13	1	1	2	4	3	11
Roskilde	54	60	45	5	1	2	49	59	43
Sct. Hans	11	12	5	3	2	2	8	10	3
Slagelse	29	70	108	0	6	2	29	64	106
Svendborg	29	22	24	5	2	3	24	20	21
Thisted	0	2	2	0	1	0	0	1	2
Vejle	21	22	48	2	2	5	19	20	43
Viborg	37	68	85	5	9	13	32	59	72
Vordingborg	63	44	45	6	6	2	57	38	43
Aabenraa	7	26	41	3	10	3	4	16	38
Aalborg	77	75	72	14	11	4	63	64	68

Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere (ptr)/bistandsværger (bv)

	Deltaget 2017		Ikke deltaget 2017		Deltagelsesprocent 2017	
	Ptr	Bv	Ptr	Bv	Ptr	Bv
Hospital						
Amager	92	3	4	0	96	100
Ballerup	91	2	3	2	97	50
Bispebjerg, Ung	1	0	0	0	100	-
Bornholm	14	0	0	0	100	-
Brønderslev	56	2	3	1	95	67
Esbjerg	20	0	9	0	69	-
Frederiksberg	18	0	2	0	90	-
Glostrup Rets- psyk.	2	0	0	0	100	-
Glostrup Ung	3	0	0	0	100	-
Glostrup - Vok- sen	68	1	1	3	99	25
Herning	36	5	1	0	97	100
Horsens	25	0	3	0	89	-
København	203	5	14	3	94	63
København B&U	1	0	1	0	50	-
Middelfart	18	10	1	1	95	91
Nordsjælland - V	98	2	12	2	89	50
Odense	58	0	0	1	100	0
Randers	19	0	1	0	95	0
Risskov	74	6	6	3	93	67
Risskov B&U	8	0	3	0	73	-
Roskilde	38	2	1	2	97	50
Sct. Hans	2	0	0	1	100	0
Slagelse	78	12	11	3	88	
Svendborg	21	0	0	0	100	-
Thisted	2	0	0	0	100	-
Vejle	35	2	4	0	90	100
Viborg	60	5	2	5	97	50
Vordingborg	36	3	2	1	95	75
Aabenraa	31	0	4	0	89	-
Aalborg	60	4	7	0	90	100

Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2017

Region	Antal
Hovedstaden	52

Region	Antal
Midtjylland	40
Nordjylland	13
Sjælland	11
Syddanmark	34

Hospital	Antal
Amager	3
Ballerup	4
Bornholm	4
Brønderslev	4
Esbjerg	6
Frederiksberg hører under København	
Glostrup	8
Haderslev	3
Herning	8
Holstebro	2
Horsens	2
Kolding	2
København	10
Middelfart	7
Nordsjælland	10
Odense	4
Randers	3
Risskov	15
Risskov B&U	3
Roskilde	8
Sct. Hans	5
Slagelse	5
Svendborg	4
Vejle	2
Viborg	8
Vordingborg	4
Aabenraa	7
Aalborg	9

Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2017

Fornavn	Efternavn	Område	Hverv
Andreas	Kilden	Aarhus	Sind
Anita	Fjerbæk	Odense	Sind

Fornavn	Efternavn	Område	Hverv
Anne	Hvidberg Jørgensen	Aabenraa	Sind
Annette	Gjerris	København	Lægeforeningen
Arne	Ramskov Hansen	København	Sind
Arnnfinn	Thorsteinsson	København	Sind
Bendt Viggo	Kjeldsen	Aarhus	Lægeforeningen
Benedikte	Greve	København	Sind
Birgit	Holm Petersson	København	Lægeforeningen
Birgitte	Larsen	Aarhus	Sind
Birte	Bonde Bendixen	Slagelse og Vordingborg	Sind
Bjerne	Søberg	Odense	Sind
Bjørn	Helstrup	København	Sind
Carl	Krebs	Vordingborg	Sind
Christian	Ullum Reby	Odense	Lægeforeningen
Conny	Andersen	Aabenraa	Lægeforeningen
Ditte	Damsgaard	København	Sind
Dorit	Obel	Aarhus	Lægeforeningen
Elsebet	Balslev-Clausen	København	Sind
Erik	Christoffersen	Aalborg	Sind
Frede	Nørgaard	Aalborg	Lægeforeningen
Frode	Jensen	Slagelse	Lægeforeningen
Gunnar	Axelgaard	Aarhus	Lægeforeningen
Hanne	Madsen	Aarhus	Sind
Hedvig	Pelle	København, Slagelse og Vordingborg	Lægeforeningen
Ingelise	Svendsen	Slagelse	Sind
Jan	Vestergaard Christiansen	København	Lægeforeningen
Jan	Christensen	Bornholm	Lægeforeningen
Jane	Larsen	Aalborg	Sind
Jeanette	Juul Quaade	Aarhus	Sind
Jens	Ibsen	Aalborg	Sind
Jens Peter	Larsen	Aarhus	Sind
Jeppe	Bruun-Pedersen	Aabenraa	Sind
Jørn	Jespersgaard	Aabenraa	Sind
Jørn Leif	Sørensen	Aarhus	Lægeforeningen
Kate	Arndal	Odense	Sind
Kim	Rattenborg	Aarhus	Sind
Kirsten	Petersen	Slagelse og Vordingborg	Lægeforeningen
Kirsten Hanne	Falster	København	Sind

Fornavn	Efternavn	Område	Hverv
Lars	Tougaard	Odense	Lægeforeningen
Lars Peter	Gudbjerg	Aalborg	Lægeforeningen
Leni	Grundtvig Nielsen	København	Sind
Lisbeth	Dilling	København	Sind
Marianne	Van Den Pol	Aarhus	Sind
Mette	Rasmussen	Bornholm	Sind
Mogens	Nielsen	Vordingborg	Sind
Mogens	Stubkjær Hüttel	Odense	Lægeforeningen
Mogens Kim	Skadborg	Aarhus	Lægeforeningen
Nils	Engelbrecht	København	Lægeforeningen
Ole	Lisberg	Aalborg	Lægeforeningen
Orla	Annexgaard	Aarhus	Sind
Oscar Bjørn	Jensen	Aarhus	Lægeforeningen
Peter Kaare	Østergaard	Odense	Lægeforeningen
Poul	Hvass Hansen	Aalborg	Lægeforeningen
Simon	Abrahamsen	Bornholm	Sind
Steen	Tinning	Odense	Lægeforeningen
Steffen	Kierulff	København	Lægeforeningen
Thorbjørn	Halvorsen	Aabenraa	Sind
Torben Bækkel	Kjær	Slagelse og Vordingborg	Lægeforeningen
Tove	Tolstrup	Aarhus	Sind
Tove	Hansen	Aarhus	Lægeforeningen
Vibeke	Boolsen	København	Sind
Zinaida	N. Baban	København	Sind

Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2017

Fornavn	Efternavn	Hverv
Charlotte	Galbo	Specialkonsulent
Henning	Lund-Sørensen	Kommitteret
Jesper	Dalsgaard	AC
Kirsten Skovbo	Nielsen	AC
Lars	Orthmann	AC
Line	Høgh	AC
Mette Morgenstjerne	Sørensen	AC
Nora	Grandt	AC
Subhana	Abghari	AC
Susanne	Storgaard Eldrup	AC

Hørings svar fra Regionerne

Region Syddanmarks bemærkninger til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning 2017

Region Syddanmark har modtaget skrivelse af 19. november 2018 fra Nævnenes Hus, hvorved der bedes om regionens bemærkninger til udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning 2017.

Region Syddanmark har følgende bemærkninger til udkastet:

Ad Afsnit I – 1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning – s. 8

Region Syddanmark noterer sig, at halvdelen af de lægelige medlemmer af Det Psykiatriske Patientklagenævn i regionen er speciallæger i psykiatri. Region Syddanmark kan således konstatere, at antallet af speciallæger i psykiatri er uændret siden årsberetningen for 2016.

Under henvisning til Region Syddanmarks bemærkninger til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning 2016, skal det gentages, at det er regionens opfattelse, at det bør tilstræbes, at det lægelige medlem i nævnet i alle tilfælde bør være en speciallæge i psykiatri.

Det skal yderligere bemærkes, at en del af lægerne er pensionerede og det ville være at foretrække, at der var tale om aktivt praktiserende læger fra psykiatrispecialet.

Ad Afsnit I – 3. Sagsbehandlingstiden – s. 14

Det Psykiatriske Patientklagenævn skal have ros for at holde den gennemsnitlige sagsbehandlingstid på under 14 dage.

Det fremgår af psykiatrilovens § 36, stk. 3, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Det er ønskeligt, at Det Psykiatriske Patientklagenævn mindsker sagsbehandlingstiden yderligere i forhold til klager om tvangsbehandling, dels for ikke at forsinke vigtig patientbehandling og dels for at forhindre brug af anden nødvendig tvang i sagsbehandlingstiden.

På denne baggrund kan det forslås, at der ved næste årsberetning sker en opdeling af sagstyperne ved angivelsen af sagsbehandlingstiderne. Dette ville give et klarere billede af sagsbehandlingstiderne for de to klagesagskategorier for så vidt angår sagsbehandlingstider.

Ad Afsnit I – 7b. Indbringelse for domstolene – s. 25

Nævnets opregning af domstolens omgørelse af nævnets afgørelser vækker igen undren hos Region Syddanmark ligesom ved årsberetningen for 2016, om end det i år er uddybet, at nævnet følger anbefalingerne i Indenrigs- og Sundhedsministeriets "Retningslinjer for udarbejdelse af årsberetninger for de psykiatriske patientklagenævn" fra 7. januar 2004.

Efter Region Syddanmarks vurdering, skulle antallet af afgørelser, der er omgjort af domstolene, være højere end 6. Det kan i denne forbindelse oplyses, at Region Syddanmark modtog 5 domme i 2017, som omgjorde Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser.

Det kunne derfor være ønskeligt med en angivelse af antal afgørelser, der delvist tilsidesættes af domstolene. Det er regionens opfattelse, at dette ville give et mere retvisende billede af omgørelsesprocenten.

Ad Afsnit III – Anvendelse af fysisk magt – s. 59

Region Syddanmark skal rose Det Psykiatriske Patientklagenævn for sin uddybende sondring af accessoriske- og selvstændige tvangsforanstaltninger.

Region Syddanmark tager sondringen samt de efterfølgende sagseksempler til efterretning.

Ad Afsnit III – Frihedsberøvelse – s. 76

Det fremgår af psykiatrilovens § 10, stk. 1, at tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

Det fremgår således af bestemmelsens ordlyd, at patienten skal være *indlagt*.

Region Syddanmark skal i øvrigt bemærke, at tvangstilbageholdelse er *obligatorisk*, når de materielle betingelser herfor er opfyldt. Det er derfor regionens opfattelse, at Det Psykiatriske Patientklagenævn med rette kunne have underkendt tvangsendlæggelsen men godkendt tvangstilbageholdelsen.

Det er således Region Syddanmarks opfattelse, at tvangstilbageholdelsen – uanset forholdene omkring indlæggelsen – burde godkendes såfremt de materielle betingelser herfor var opfyldt.

Ad Afsnit III – Frihedsberøvelse – s. 78

Indledningsvist skal det bemærkes, det vækker undren hos Region Syddanmark, at Det Psykiatriske Patientklagenævn anvender udtryk som "formel ulovlig" eller "ulovlig" i sine afgørelser, når det af § 14, stk. 1 i *bekendtgørelse 2010-12-02 nr. 1339 om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn* fremgår, at "Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser kan gå ud på, at tvangsgrebet godkendes eller at indgrebet findes at være foretaget med urette".

I forhold til denne konkrete sag, er det regionens opfattelse, at psykiatrilovens §§ 6-9 samt *bekendtgørelse 2010-12-02 nr. 1340 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsendlæggelser* stiller krav om en tretrinssprøvelse af en tvangsendlæggelse, forud for tvangsendlæggelsens iværksættelse.

Region Syddanmark er enig med nævnet i, at politiets manglende medvirken må medføre, at der svingtes en retsgaranti for indlæggelsen. Derfor er regionen uforstående over for, at nævnet på trods heraf godkender tvangsindlæggelsen.

Regionen kan være i tvivl om, hvorvidt svaret på spørgsmålet "skal politiet medvirke til indlæggelsen?" endegyldigt er besvaret benægtende fra nævnets side i medfør af denne afgørelse.

Ad Afsnit III – Tvangsfiksering s. 82-88

Region Syddanmark kan generelt om afsnittet anføre, at årsberetningen bekræfter regionens oplevelse af, at nævnet fortsat indsnævrer reglerne om tvangsfiksering. Det er yderligere regionens opfattelse, at overlægens lægeerklæring samt udtalelser på nævnsmødet ikke tillægges nok vægt ved nævnets vurdering af sagerne.

Venlig hilsen



Anders Meinert Pedersen
Lægeafdelings direktør



Gökhan Dinç
Jurist

Nævnenes Hus - Det Psykiatriske Patientklagenævn
Toldboden 2
8800 Viborg

Kære Thomas Faust Ryborg

Region Midtjylland er ved mail af 19. november 2018 blevet anmodet om bemærkninger til udkast til årsberetningen 2017 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Dato 03-12-2018

1-30-70-9-07

Region Midtjylland finder, at der er tale om en velskrevet og informativ årsberetning, der kan anvendes i det videre arbejde med at efterleve Nævnets praksis.

Side 1

Det er positivt at konstatere, at omgørelsesprocenten for Region Midtjylland er faldet yderligere fra 2016 til 2017.

Venlig hilsen



Claus Graversen
Sygeplejefaglig direktør



Telefon 38640001

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg

Journal-nr.: 18057308
Dato: 4. december 2018

Kære Thomas Faust Ryborg

Tak for det tilsendte udkast til det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2017.

Du beder om eventuelle bemærkninger til det tilsendte.

I Region Hovedstadens Psykiatri finder vi, at årsberetningen er grundig og velskrevet og kan bidrage til læring.

Vi har i øvrigt ingen bemærkninger til årsberetningen.

Med venlig hilsen

Martin Lund



Det Psykiatriske Patientklagenævn
Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg

Dato: 4. december 2018

Brevid: 3845926

Psykiatrilædelserens stab

Fælledvej 6, 3. sal

4200 Slagelse

Tlf.: 58 53 60 600

E-mail: psykiatrien@regionsjaelland.dk

Kære Thomas Faust Ryborg

Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2017.

Psykiatrien Region Sjælland finder årsberetningen informativ og anvendelig, og den vil give nyttig læring til vores personale.

Vi har ikke yderligere bemærkninger til årsberetningen.

Direkte tlf.: 5853 6006

E-mail: lecu@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk/psykiatrien

Venlig hilsen

S. Bredkjær

Søren Bredkjær
Vicedirektør



Bemærkninger fra Region Nordjylland til udkast til årsberetning 2017 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn

Tak for udkast til årsberetning 2017 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi har direkte i udkast til årsberetningen anført enkelte kommentarer og rettelser, som vi opfordrer til indarbejdes i årsberetningen. Herudover har vi følgende bemærkninger:

Afsnit I – statistiske oplysninger.

Den samlede statistik har interesse, uagtet det ikke umiddelbart er muligt at uddrage konklusioner på baggrund af statistikken. Definitionen på en sag og en afgørelse skal have sin mening og det er vanskeligt på baggrund af statistikken at iværksætte initiativer.

Det fremgår, at der fra 2015 til 2017 er sket en lille stigning i antal sager med realitetsafgørelser samtidig med, at der er et fald i antal afgørelser.

Den samlede omgørelsesprocent er i 2017 på 15%, men omgørelsesprocenten for beslutninger om tvangsmedicinering er fortsat meget høj, således 23%. Nævnenes underkendelse af beslutning om tvangsmedicinering skyldes vanskelighed ved at opfylde nævnenes krav til dokumentation i patientjournalen af motivationsfasen. Der er ikke tvivl om, at der sker en forsinkelse af den nødvendige behandling af psykotiske patienter. Samtidig kan det virke uforståeligt for patienten, at sygehuset i tilfælde af en underkendelse fra nævnet er forpligtet til umiddelbart at starte ny motivationsperiode for at sikre patienten den nødvendige behandling hurtigst muligt. Dette kan ikke afvente en eventuel klage på sygehusets initiativ til Ankenævnet – og dermed bliver anke på sygehusets initiativ formentlig undladt i mange tilfælde, hvor det ville være relevant for at opnå en ændring i Ankenævnets praksis.

Vi skal i den forbindelse henvise til artiklen ”En patientrådgivers dagbog” LPD avisen september 2018, hvor en patientrådgiver beskriver problem med at forstå nævnets afgørelse vedrørende tvangsmedicinering. Patientrådgiveren undres endvidere over, at sygehuset umiddelbart kan påbegynde motivation igen.

Den samlede omgørelsesprocent for tvangsfikseringer opgøres til 10%. Det beskrives imidlertid, at de tilfælde hvor tvangsfikseringens udstrækning er tilsidesat, ikke fremgår af statistikken. Det oplyses til at være sket 50 gange ud af de 170 godkendte tvangsfikseringer, det vil sige i næsten 30 % af de påklagede godkendte tvangsfikseringer. Af de 188 afgørelser i 2017 vedrørende tvangsfiksering er der således i 68 sager sket hel (18 sager) eller delvis (50 sager) tilsidesættelse af en tvangsfiksering, hvilket er en omgørelsesprocent på 36%. Der er ikke nærmere belysning om baggrunden for nævnets underkendelse af tvangsfikseringer eller den tidsmæssige udstrækning. Der er ret få afgørelser optaget i nævnets årsberetning.



Det er af interesse med en belysning af den konkrete begrundelse for underkendelse af udstrækningen af en tvangsfiksering, fx om begrundelsen er, at lægelig vurdering efter 2-4 timer efter iværksættelsen er forsinket eller at der ikke er tilstrækkelig dokumentation af mindstemiddelsprincippet i en/flere revurderinger.

En omgørelsesprocent på 36 % er ikke acceptabelt. Der er i psykiatrien kontinuerligt fokus på nedbringelse af tvang, herunder i særlig grad tvangsfikseringer. Omgørelsesprocenten er efter vores vurdering begrundet i en problematik i forhold til dokumentation i patientjournalen. Det er vigtigt med fyldestgørende dokumentation, men i konkrete tilfælde, hvor fx et enkelt revurderingsnotat ikke beskriver mindstemiddelsprincippet, forekommer det meget formalistisk at underkende den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen fra dette tidspunkt – uanset supplerende belysning i lægeerklæring og på mødet samt efterfølgende fyldige journalnotater. Der bør være et fokus på at sikre den rigtige/sande afgørelse og nævnene kunne overveje i konkrete klagesager at indhente retslægerådets udtalelse.

Under 7b belyses afgørelser fra domstolene. Det oplyses, at retsafgørelser, som delvist tilsidesætter nævnets afgørelse ikke belyses i statistikken, idet sådanne afgørelser statistisk tæller som en stadfæstelse. Der belyses ikke, hvilke type tvang, der er indbragt for domstolene (frihedsberøvelse, tvangsfiksering, aflåsning af døre eller tvungen opfølgning efter udskrivelse) eller statistik for sager, der påankes videre til Landsretten.

Vi vil opfordre til, at Det Psykiatriske Patientklagenævn fremadrettet udarbejder mere detaljeret statistik vedrørende afgørelser, som påklages til domstolene, herunder statistik for, hvor ofte domstolene ændrer patientklagenævnets afgørelse helt eller delvist.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

Årsberetningen indeholder for flere former for tvang, en oversigt over nævnenes dokumentationskrav efterfulgt af konkrete afgørelser, som eksemplificerer kravene. Det giver indblik i nævnets praksis, og er både lærerigt og oplysende i forhold til psykiatrilovens bestemmelser.

Vi vurderer det meget vigtigt, at der ikke optages afgørelser i årsberetningen, som er blevet uaktuelle, fx begrundet i en ændring i Ankenævnets praksis, - da det kan medføre en usikkerhed i forhold til praksis.

Bemærkninger til afgørelser vedrørende tvangsbehandling:

Afgørelserne viser uændret strenge krav til dokumentation i journalen, som nøje skal overholde alle de af ankenævn og patientklagenævn opstillede betingelser for dokumentation. Som beskrevet af en patientrådgiver i LPD avisen medfører denne strenge praksis, at en afgørelse i nogle tilfælde er uforståelig for patienten.

Formålet med motivation forud for beslutning om tvangsmedicinering er et forsøg på at opnå patientens samtykke til behandling. Lykkes motivationen, starter patienten frivilligt med den tilbudte dosis. Om den videre behandling kan gennemføres frivilligt, kan afhænge af, om patienten også kan motiveres til den dosisøgning, som måtte vise sig nødvendig af hensyn til optimal behandlingseffekt. Den gode motivationsamtale er individuel og situationsbestemt, hvor dialogen tager afsæt i patientens spørgsmål og ønsker. Det er ikke befordrende for samtalen, at lægen skal have afleveret et fuldstændig fast defineret budskab, hvor enhver afvigelse fører til, at nævnet statuerer, at der ikke er motiveret ensartet.

På side 32 er fx en afgørelse, hvor en enkelt dags journalførte motivation ikke levede op til nævnenes krav om, at der skal motiveres for hele dosisintervallet.

På side 37 er en afgørelse, hvor mindste middels princippet ikke findes opfyldt, begrundet i at der under motivationsfasen var drøftet en lavere initialdosis end der blev truffet beslutning om. Ankenævnet anfører, at overlægen måtte have vurderet, at en lavere initialdosis kunne være tilstrækkelig, da det ellers ikke ville være relevant at drøfte denne mulighed med patienten.

Kommentar: Der er afgørende forskel på frivillig medicinering og tvangsmedicinering. Når behandling gennemføres frivilligt kan og skal øget dosering ske med patientens accept. Når der er tale om tvangsmedicinering

ring er medicineringen bundet af tvangsordinationen. Er der i løbet af motivationen tegn på, at patienten vil acceptere frivillig medicinering i en lav dosering, kan det vurderes relevant som frivillig medicinering at starte med den lave dosering, uanset viden om, at den lave dosering ikke er tilstrækkelig – for derefter at fortsætte motivationen for en øget dosis. En sådan drøftelse bør ikke influere på en i øvrigt velgennemført motivationsfase.

På side 42 er en afgørelse, hvor ankenævnet ikke godkender beslutning om en dosis op til højst 40 mg. Zyprexa. Ankenævnet bemærkede, at der kunne træffes en ny beslutning om øgning af dosis, såfremt det viste sig nødvendigt.

Kommentar: En ny motivationsfase og tvangsbeslutning kan let forsinke eller afbryde den kontinuerlige behandling og kan ødelægge en eventuel begyndende sygdomsindsigt og behandlingsalliance. Læger er under strafansvar forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed og vil naturligvis ikke anvende større doser medicin end nødvendigt. Endvidere har patienten mulighed for at klage på ny, fx hvis dosering når over ”sædvanlig dosis”. Det forekommer på denne baggrund uforståeligt, at en sag som den anførte ikke kan godkendes.

Bemærkninger til afgørelser vedrørende anvendelse af fysisk magt

Der refereres flere afgørelser, som på fin vis illustrerer praksis. Der er beskrivelse af sondring mellem fysisk fastholdelse som et selvstændigt indgreb og som et accessorisk indgreb. De refererede afgørelser viser, at det ikke i alle tilfælde er en vurdering, der er helt let.

Interessant er også afgørelsen refereret på side 61, hvor Ankenævnet vurderer, at der ikke var tale om et tvangsindgreb efter psykiatriloven. Der henvises til og citeres udtalelse fra Justitsministeriet om de retlige grænser for sådanne foranstaltninger udenfor strafferetsplejen som må fastlægges ud fra anstaltsmæssige synspunkter om, hvad hensynet til opretholdelse af ro, orden og sikkerhed tilsiger.

Bemærkninger til afgørelser vedrørende beroligende medicin med tvang

Der er en oversigt over de krav, der stilles - herunder til dokumentation af iagttagelse af mindstemiddels princippet. I den forbindelse refereres afgørelser, hvor Ankenævnet ud fra den konkrete beskrivelse i journal og oplysninger i lægeerklæring vurderer, at der er tilstrækkelig dokumentation for at det i den konkrete situation ikke var muligt at tale patienten til ro.

Det er positivt, at Ankenævnet således vurderer en sag på baggrund af journalens og de under klagesagen fremkomne oplysninger om den faktuelle situation i stedet for ufravigelige krav om særlige formuleringer i patientjournalen.

På side 73 til 75 refereres tre eksempler vedrørende Stesolid som beroligende medicin. I eksempel 1 og 2 underkendes beroligende medicin med tvang begrundet i Ankenævnets praksis om at injektion Stesolid 10 mg. måtte anses som en højere dosis end de 10 mg. Stesolid som tablet, som patienten var tilbudt til frivillig indtagelse. I eksempel 3 godkendes i en tilsvarende situation den beroligende medicin med tvang efter belysning af, at tablet diazepam (Stesolid) optages 100% og at absorptionen af tablet Stesolid er hurtig og næsten fuldstændig.

Kommentar: Ankenævnets praksis må fremadrettet forventes at være som anført i eksempel 3: at virkningen af en dosis Stesolid som tablet for alle praktiske formål svarer til samme dosis indgivet ved injektion.

Det er vigtigt at få formidlet og belyst gældende praksis – hvorfor vi ikke finder det hensigtsmæssigt at referere uaktuelle afgørelser.

Bemærkninger til afgørelser vedrørende frihedsberøvelse

På side 78 er en afgørelse vedrørende politiets medvirken til indlæggelse i en situation, hvor patienten opholder sig på hospitalet.

Kommentar: De faktuelle omstændigheder er ikke nærmere belyst. I situationer omfattet af psykiatriloven § 13 stk. 1, 2. punktum skal politiet ikke medvirke til tvangsindlæggelse.



Det foreslås, at nævnets afgørelse inddrager relevant beskrivelse af regelsættet, jfr. Sundhedsministeriets brev af 26. februar 1999.

På side 80 er en afgørelse, hvor nævnet ikke vurderede, at betingelserne for at tvangsindlægge patienten var opfyldt, - da det ikke fremgik af journalen, at den modtagende læge vurderede at patienten var sindssyg osv. Kommentar: denne afgørelse viser en praksis, hvor nævnet forlanger ”klare indikationer for tvangsindlæggelse” under henvisning til ”to-læge prøvelsen”.

Overlægen i Psykiatrien er ikke bundet af det skøn, som den indlæggelse læge har foretaget, - men ved tvangsindlæggelse på røde papirer vil indlæggende læges erklæring og anmodning normalt føre til tvangsindlæggelse. Der kan være situationer, hvor patienter ved modtagelsen i psykiatrien er i stand til at holde sammen på sig selv og ikke fremstå psykotisk under lægesamtalen ved modtagelse på afdelingen. Det er meget vigtigt, at patientklagenævnet ikke anlægger urealistiske krav til den prøvelse af kriterierne for tvangsindlæggelse, som skal ske i henhold til psykiatrilovens § 9 stk. 2.

I ”Psykiatiriet” af Helle Bødker Madsen og Jens Garde anføres følgende: ”Overlægens afgørelse efter § 9 stk. 2, om hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt, er en vanskelig opgave. Overlægen skal selvfølgelig påse, at de formelle betingelser er opfyldt, herunder at papirerne er korrekt udfyldt, men overlægen må normalt lægge den indlæggende læges oplysninger til grund. Overlægen har dog en vis forpligtelse til straks at skønne over, om de materielle betingelser, herunder kravet om psykose (eller tilstand, der ganske kan ligestilles hermed), er opfyldt, men det vil ofte kræve en vis tids observation, før der kan foretages en nøjere vurdering af, om betingelserne for tvangsindlæggelse har været opfyldt. Det vil derfor antagelig kun undtagelsesvis forekomme, at overlægen afviser at modtage en patient som tvangsindlagt, hvis de formelle betingelser er opfyldt og de foreliggende oplysninger i indlæggelsespapirerne i hvert fald ud fra en umiddelbar betragtning kan danne grundlag for tvangsindlæggelsen”.

Bemærkninger til afgørelser vedrørende tvangsfiksering

På side 83, side 85 og side 88 udtaler nævnet i de tre refererede afgørelser kritik af, at overlægens vurdering efter hvert bæltetilsyn ikke var tilført journalen. Nævnet henviser til § 22 stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2/12 2010 med senere ændring.

Som det må være nævnet bekendt, er der tale om en fejl, når det i bekendtgørelsens § 22 stk. 1, 2. punktum anføres at ”Overlægens vurdering skal tilføres journalen”. Sundheds- og Ældreministeriet har ved brev af 17. oktober 2018 til Psykiatrien i Region Nordjylland oplyst, at det er en fejl at ”lægen” i § 22 stk. 1, 2. punktum ifm ændringsbekendtgørelse 1107 af 11/9 2015 er blevet ændret til ”overlægen”. Det fremgår af ministeriets brev, at Det Psykiatriske Patientklagenævn er orienteret herom ved kopi af ministeriets brev til psykiatrien i Region Nordjylland.

Det er vigtigt, at Patientklagenævnets årsberetning formidler gældende ret og praksis. Det er følgelig ikke hensigtsmæssigt, at der refereres afgørelser, hvor der udtaler kritik på et forkert grundlag og dermed formidler en forkert praksis.

Vi skal derfor opfordre til, at nævnets kritik i de refererede sager udgår – eller alternativt at nævnet oplyser, at denne kritik er uberettiget og at ministeriets brev optages i årsberetningen.

Med venlig hilsen

Tina Gram Larsen
Lægefaglig direktør

/

Ingrid Schmidt Nielsen
Juridisk specialkonsulent

Psykiatricledelsen
Region Nordjylland
Att.: Lægefaglig direktør Tina Gram Larsen og specialkonsulent Ingrid
Schmidt Nielsen

Vedrørende henvendelse om fejl i bekendtgørelse

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget jeres henvendelse af 11. juni 2018 hvoraf det fremgår, at der efter jeres vurdering er sket en fejl i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 (herefter bekendtgørelsen) forbindelse med ændringsbekendtgørelse nr. 1107 af 11. september 2015 (herefter ændringsbekendtgørelsen).

I har henvist til, at ændringsbekendtgørelsen er udformet som rettelser til bekendtgørelsen, hvor "lægen" i flere paragraffer skulle rettes til "overlægen".

I denne forbindelse er følgende blevet indført i bekendtgørelsens § 22, stk. 1:

*Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet **lægelig** vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3 gange i døgnet, jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet. **Overlægens** vurdering skal tilføjes journalen.*

Bekendtgørelsens § 22, stk. 1, sidste sætning, fastsættes således en journaliseringspligt for overlægen. I henviser i denne forbindelse til, at det alene fremgår af § 21, stk. 4 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (herefter psykiatriloven), at der skal foretages en ny *lægelig* vurdering, og at § 4 a endvidere ikke henviser til § 21, stk. 4.

Endelig har I bemærket, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har henvist til bekendtgørelsens § 22, stk. 1 i forbindelse med en konkret afgørelse, og således med hjemmel i § 22, stk. 1 har indført en ny forpligtigelse for overlægen.

Sundheds- og Ældreministeriet har til brug for besvarelsen af jeres henvendelse indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har bekræftet, at det er en fejl, at "lægen" er blevet ændret til "overlægen" forbindelse med udformningen af ændringsbekendtgørelsen.

Det har således ikke været hensigten at indføre en ny journaliseringsforpligtigelse for overlægen i bekendtgørelsens § 22, stk. 1.

Sundheds- og Ældreministeriet vil gøre Det Psykiatriske Patientklagenævn opmærksom på dette ved kopi af dette brev.

Til jeres orientering er Sundheds- og Ældreministeriet i gang med at udarbejde et lovforslag med en række ændringer af psykiatriloven. Lovforslaget skal efter planen

fremsættes i februar 2019. Såfremt lovforslaget vedtages, skal der udarbejdes konsekvensændringer i en række bekendtgørelser. I forbindelse med dette arbejde vil Sundheds- og Ældreministeriet rette fejlen i bekendtgørelsen.

Vi skal beklage det sene svar på jeres henvendelse.

Med venlig hilsen


Katrine Ring
Kontorchef

En patient-rådgivers dagbog



Anna Storgård

Så er der lidt gang i skriveriet igen. Det jeg bruger en del tid på er faktisk at rette fejl og mangler. Enten i forbindelse med løn / kørsel, men også til klagesager, som der af en eller anden grund er kludder i. Jeg føler mig nogle gange som en brokkende gammel kælling, men.... menneskeligt er det at lave fejl, men bare ikke så mange fejl burde der ske i systemet. Sygdom hos personalet i løn har bevirket, at tingene går vældig langsomt, og når så afdelingerne ikke får indberettet korrekt, ja så er det jo at tingene ikke fungerer. Patienten jeg havde fra august til december i 2017, måtte jeg ringe mange gange om, før jeg kunne få mit vederlag, og kørslen blev først bragt i orden i februar måned i år.

Patienten jeg havde sidst på året i ca. 3 måneder, ankede afgørelsen i Patientklagenævnet til Retten. Selv om det var i november måned vi var i Patientklagenævnet, kom sagen først for Retten midt i januar 2018. Patienten havde selv ønsket en bestemt advokat, så vi mødte alle tre velforberejdede op i Retten. Dommeren tog ikke i mange sekunder øjnene op fra sin computer. Mon han så patienten! Jeg kan ikke forstå at man sparer sekretærer i sådanne sager, det virker ikke særlig nærværende af en dommer, når han hele tiden ser ned og skal skrive referat på computeren. Advokat og patient synes jeg gjorde det ganske godt. Patienten var vel-formulerende og havde fundet ud af, at konkrete påstande fra lægen side, kunne besvares med "måtte være en misforståelse, tingene var ikke sagt med den betydning" o.s.v.

Her godt en måned efter Retssagen, har jeg endnu ikke fået afgørelsen. Besøgte patienten – selv om min beskikkelse er opført for hende for længe siden. Patienten skulle udskrives dagen efter, men havde heller ingenting hørt – ej heller fra advokaten. Dommeren havde eller meddelt ved afslutningen af retsmødet, at afgørelsen ville komme sidst i januar – altså 14 dage efter. Jeg har gjort Nævnenes hus opmærksom på, at vi ingenting har hørt og jeg har desuden ringet til Retten og meddelt dem det samme. Dommeren havde afsat sin dom – og selv om telefonen blev omstillet flere gange, kunne ingen forstå, hvorfor patienten eller jeg ikke havde modtaget afgørelsen. Jeg fik den så læst op i telefonen, men det ændrer jo ikke ved, at der sidder en patient et sted og

føler sig frustreret og ingenting ved. Jeg kunne dog ringe til hende og fortælle at hun ikke fik medhold. Egentlig blev jeg lidt overrasket over afgørelsen, synes måske at den er lige på kanten. Nå, men man skal vist være glad, hvis man enkelte gange oplever medhold i sine klager. I februar måned har jeg endnu ikke hørt fra Retten, de lovede ellers at undersøge tingene.

Så havde jeg et par patienter som jeg kun fik besøgt en enkelt gang. Heldigvis er der mange tvangsindgreb der kun varer kort tid.

I januar blev jeg beskikket for en kvinde – gammel kending. Egentlig var hun udskrevet sidst på året med en opfølgning af en tvangsmedicinering (da var jeg ikke beskikket for hende) På grund af administrativt fejl, blev den ikke forlænget efter de 3 måneder, så hun kom ikke ind for at få sin medicin, og hun ophørte med at få det. Efter kort tid blev hun tvangsindlagt igen. Det ville patienten i første omgang ikke klage over, men da personalet så begyndte med motivation til medicin, som hun også tidligere var medicineret med, ville patienten klage. Vi kom til møde i nævnet og efter en dag kom afgørelsen. Patienten fik **medhold** i sin klage. Der kunne ikke tvangsmedicineres. Jeg måtte have sagen printet ud og gennemlæst et par gange inden jeg fattede pointen- eller måske har jeg ingenting fattet. Patientklagenævnet gav overlægen med hold i det hele, at patienten var sindssyg, havde brug for hjælp, opfyldte kravene til en medicinering, at medicinen var Ok i den bestemte dosis o.s.v – og alligevel tilsidesatte de overlægen afgørelse. Patienten forstod ikke det skreven og efter at jeg havde tænkt lidt, kom jeg til resultatet, at afgørelsen var truffet ud fra, at medicinen gav bivirkninger. Det havde patienten beskrevet for dem på mødet. Hun kendte jo medicinen fra tidligere, og synes det gav mange bivirkninger i starten og hvor det så gradvis aftog indtil hun igen fik depotmedicinen. Personalet undrede sig, men jeg undrede mig endnu mere, da jeg ugen efter fik beskeden, at man havde indledt motivationsdage for en tvangsbehandling igen. Samme depot medicin og samme dosis. Forsøgte at læse mig frem til, om reglerne for at genoptage en klage har en tidsfrist for hospitalet. Patienten kan først efter 2 måneder sende ny klage, men hvad med sygehuset? Fik fat i Nævnenes Hus og fik det svar, at der ikke

var regler for sygehuset, men gav mig dog ret i, at det var en lidt "mærkelig" fremgangsmåde fra sygehusets side. Det vil jo med andre ord sige, at finder lægen ikke Patientklagenævnets afgørelse i orden, prøves der bare igen, med håb om, at der så er nogle andre nævnsmedlemmer tilsted, som ser anderledes på det.

Jeg måtte så igen til at sende en klage for patienten. NU skulle jeg også ta` tvangstilbageholdelsen med i klagen, så efter knap 14 dage skulle Patientklagenævnets møde afholdes. Jeg kom lidt før tid for at snakke med patienten først, men hun var meget vredladen. Det var løgn alt sammen, og det var ikke hende, der blev skrevet om. Forsøge at gøre det enkelt og klart hvad mødet gik ud på, men patienten ville bestemt ikke med til mødet. Jeg forstod udmærket hendes frustrationer, det er svært at forstå, at man i den ene uge får medhold i sin klage og ikke skal have medicin og så ugen efter skal igennem samme proces igen.

Det er selvfølgelig en påstand, men jeg synes at der til nævnsmøder bliver sendt nogle ganske unge og også ofte uerfarne reservelæger, som ikke kender patienten. De er meget lidt inde i sagen og kender til dels heller ikke lovgivningen. Jeg ved godt at overlægen ikke har tid til alle møder, men jeg oplever, at man lige i sidste øjeblik når at få indkaldt en reservelæge, som ikke har nået at sætte sig ind i sagen, og når så det meget ofte også er læger fra udlandet, giver det også nogle sproglige udfordringer.

Patienten fik ikke medhold og får i dag sin depotmedicin og er udskrevet fra hospitalet med opfølgning af medicin. Min beskikkelse er stadigvæk gældende, men jeg har endnu ikke set løn eller kørsel for patienten – så det kan jeg give mig til at rykke for.

Så blev jeg beskikket for to meget unge piger med spiseforstyrrelser. Beskikkelserne lød på tvangsbehandling med sonde. Tvangsbehandlingen træder dog først i kraft, hvis patienten ikke vil spise næste måltid. Det er lykkedes at undgå sonde for begge piger i et godt stykke tid, men en af pigerne kunne dog ikke undgå sone i enkelte dage. Den ene beskikkelse ophørte efter et par uger, medens den anden varede en måneds tid. Jeg kan godt lide at besøge de unge, dem kan man altid få en fornuftig snak med. Kløge og fornuftige piger, som det er svært at fatte, hvorfor det lige på området *mad* de er så "forstyrret" og hvor der ikke er meget fornuft at registrere.

Næste patient var en kvinde, som bestemt ikke fremstod psykotisk. Hun redegjorde godt for sine problemer og var ligesom fanget mellem to stole. Hendes alkohol misbrug hav-

de hun været på behandlingssted for, men de vurderede, at hun skulle have behandling for hendes psykiske problemer først, ja så kom hun på lukket afdeling og de udskrev hende efter to dage, da de mente hendes misbrug først skulle behandles. Ja nemt er det ikke.

Så havde jeg lige en ældre herre, en af dem man besøger, hvor man skal ta` en vældig dyb indånding, inden man går ind på stuen. Jeg har rigtig svært ved ikke at få opkastnings fornemmelser ved den lugt der fortæller om meget lidt vask. Manden var meget flink og høflig og vi fik en god snak selv om jeg sad lidt langt væk fra ham. Næste dag ophørte beskikkelsen.

Som kom turen til en udenlandsk ung mand. Han var enorm dårlig da jeg besøgte ham, så dårlig at jeg synes jeg skulle snakke med personalet om det. De var opmærksomme på hans tilstand, og skønnede også, at der var brug for indlæggelse på somatisk sygehus. Der lå han så nogle dage, hvor han fik næring til sig, og jeg besøgte ham igen på lukket afdeling. Det gik ikke særlig godt. Han var nu frisk og oppegående, men han blev aggressiv da jeg ville tale med ham. Jeg havde forinden besøget, haft kontakte til Nævnenes Hus, da jeg var usikker på, om klagen var sendt. Jeg havde ved første besøg hos patienten udfyldt et skema (fået tilsendt af Nævnenes Hus) med afkrydsning vedrørende klage over tvangsmedicin (medicin som han igennem længere tid har fået). Patientten ville ikke have sin depotmedicinen og han ville bestemt klage. Da jeg bad ham om en underskrift, sagde han at det kunne han ikke, så jeg bad ham bare om et kryds eller tegn, hvad han gjorde. Ved næste besøg erfarer jeg, at han har en behandlingsdom. Nu bliver jeg virkelig usikker, for hvor er bistandsværgeren? Og er det en klage, når han er dømt til behandling. Nå jeg fik ikke meget hjælp til opklaringen nogen steds fra, så jeg har nu ringet til afdelingen om, at jeg synes de skal afmelde min beskikkelse – fyren tager sin medicin igen.

Næste patient er en psykotisk ung mand, som bor på et bosted. Undrer mig virkelig over, at det kan være godt for en autistisk mand uden sprog, at komme på en lukket afdeling, hvor alting er ukendt og nyt. Efter et par dage ophører beskikkelsen. Jeg håber da virkelig, at patienten er tilbage i sit hjem og at de kan takle hans psykiske problemer der.

Så går vi varme tider i møde – så rigtig god sommer til alle.

Venlig hilsen
Anna Storgaard, Patientrådgiver
annloustorgaard@gmail.com

Institut for Menneskerettigheder søger bistandsværgere (liste- og pårørendebistandsværgere) til et projekt om foranstaltningsdomme

Institut for Menneskerettigheder sætter i et nyt projekt fokus på foranstaltningsdomme, herunder bistandsværgernes rolle og dommenes forløb.

Til undersøgelsen søger vi en række bistandsværgere, både pårørende- og listebistandsværgere, der gerne vil interviewes om deres opgaver og oplevelser som bistandsværgere for personer, der er under foranstaltningsdom (§68 & §69). Interviewet vil være af ca. en times varighed og kan foregå pr. telefon eller ved møde. Vi vil,

hvis muligt, gerne optage samtalen. Hvis vi bruger et citat fra samtalen i den afsluttende rapport, vil disse blive anonymiseret.

Er du interesseret i at deltage i undersøgelsen, så kan du kontakte Tinne Steffensen, Analytiker i Handicapteamet, Ligebehandlingsafdelingen på;

tins@humanrights.dk eller ringe på tlf. 91 32 56 25

Læserbrev af Uwe Petersen

Trist Udvikling

Talrige gange har jeg i mit tidligere job som patientrådgiver ved AUH, Risskov set frem til at kunne beholde, fortsætte og koncentrere mig om pt. rådgiverjobbet når jeg blev pensionist.

Men som årene er gået og arbejdsvilkårene især i de seneste år desværre har ændret sig for meget i negativ retning, sagde jeg for nylig efter mange svære overvejelser, jobbet op.

Unødig tid

Medvirkende til baggrunden for min opsigelse var især at jeg i forb. m. indkaldelse til de sidste 3-4 møder i patientklagenævnet gik forgæves af endnu uvisse grunde. I et enkelt tilfælde fandt mødet dog sted ca. en time senere end det tidspunkt jeg havde fået oplyst.

Hertil kommer den urimelige megen tid, som jobbet konstant krævede for at få manglende honorarer udbetalt. Til tider en udfordrende bureaukratisk opgave, som f.eks. indtil min opsigelse altid foregik ved i første omgang at kontakte den respektive afdeling. Herefter blev man henvist til Region Midtjylland, som derpå igen henviste til afdelingen.

Megen unødig tid blev også brugt dels på besøg, der var forgæves fordi hospitalet ikke havde oplyst, at beskikkelserne var ophævet og dels opsporing af patienter, som var blevet overført til andre afdelinger uden at hospitalet havde oplyst herom.

Færre patientrådgivere

På det årlige møde for hospitalsledelse, patientklagenævn og pt. rådgivere kunne man ganske vist løbende påtale og få drøftet arbejdsforholdene, herunder bl.a. ovennævnte problemer. Men med begrænset effekt da det ofte dukkede op igen som et punkt på dagsordenen ved de efterfølgende årsmøder. Her var det tankevækkende, at antallet af pt. rådgivere som deltog i disse møder med årene faldt og at flere kollegaer udtalte, at det var nytteløst og blot en gentagelse af det forrige møde. I skrivende stund kan desuden nævnes, at jeg kender en kollega, som overvejer den samme beslutning som min og hvor begrundelsen er den samme.

Konsekvensen af de stadig tilbagevendende og tiltagende fejl i procedureregler, lovbrud og forglemmelser fra hospitalets side var, at jeg især i de sidste par år ofte oplevede at skulle bruge mere tid på unødige og andre irrelevante ting end selve patientrådgivningen.

Gode minder

På trods af de tiltagende forringede arbejdsbetingelser og min negative beskrivelse, skal det imidlertid pointeres, at jeg siden ordningen med pt. rådgivere blev etableret i 1989 og stort set indtil for nylig, har været glad for og tilfreds med jobbet. Der var flest positive oplevelser. Og var det ikke lige fordi jobbet efterhånden krævede mere tid til unødige og andre irrelevante ting end selve pt. rådgivningen eller at hospitalet flytter til Skejby, ville jeg som oprindelig ønsket have fortsat.

Til adressaterne på vedhæftede liste

Vedr. tvangsbehandling af legemlig lidelse efter psykiatrilovens § 13.

Ved revisionen af psykiatriloven, der trådte i kraft ved årsskiftet, ændredes bl.a. reglerne om tvangsbehandling af legemlig (somatisk) lidelse. På given foranledning skal Sundhedsministeriet hermed vejledende udtale følgende om adgangen til tvangsbehandling af legemlig lidelse efter psykiatrilovens § 13:

1. Psykiatrilovens anvendelsesområde

Psykiatriloven finder som udgangspunkt alene anvendelse for patienter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling og fysisk befinder sig der, jf. lovens § 1, stk. 1. Dette udgangspunkt fraviges imidlertid med reglerne i lovens § 13 om tvangsbehandling af legemlig lidelse, idet bestemmelsen under visse betingelser giver adgang til tvangsbehandling af legemlig lidelse på en somatisk afdeling.

2. Betingelser

Psykiatrilovens § 13, stk. 1 opstiller følgende betingelser for tvangsbehandling af en legemlig lidelse:

- patienten skal være indlagt,
- patienten skal opfylde betingelserne for frihedsberøvelse efter lovens § 5, og
- den legemlige lidelse skal udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

3. Fremgangsmåden

Er patienten indlagt på psykiatrisk afdeling tager overlægen stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Overlægen på den psykiatriske afdeling og overlægen på den somatiske afdeling træffer i fællesskab beslutning om tvangsbehandling, jf. lovens § 13, stk. 2. I overlægens fravær kan beslutning træffes af en anden læge på vedkommende afdeling. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.

Hvis tvangsbehandlingen fordrer ophold i den somatiske afdeling, udstationeres patienten på somatisk afdeling med status af tvangstilbageholdt på psykiatrisk afdeling.

Er patienten indlagt på en somatisk afdeling, skal der forinden tvangsbehandling gennemføres være udarbejdet en erklæring om tvangsindlæggelse af en læge på afdelingen, og overlægen på den psykiatriske afdeling skal træffe afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. § 13, stk. 1, 2. pkt. og § 4 a. Når den psykiatriske overlæge har truffet afgørelse om at tvangsindlægge, har patienten status af tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling.

Da patienten allerede er indlagt, er politiets bistand til tvangsindlæggelsen ikke fornøden. Lovens § 13, stk. 1, 2. pkt., jf. § 6, stk. 3, henviser derfor ikke til § 7, stk. 1 om, at politiet træffer bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse og yder bistand her- til. Der skal således ikke foreligge anmodning (politierklæring) fra politiet til den psykiatriske afdeling om tvangsindlæggelse

Denne adgang til tvangsbehandling af legemlig lidelse hos patienter, der ikke forinden fysisk har været bragt ind på en psykiatrisk afdeling, blev indsat i loven ved lovrevisionen. Formålet med denne tilføjelse har været at undgå, at man af rent formelle grunde tvinges til fysisk at bringe en somatisk patient ind på en psykiatrisk afdeling for straks efter at føre patienten tilbage til den somatiske afdeling, hvor den somatiske behandling skal gennemføres.

Da patienten i forvejen er indlagt på sygehuset (på en somatisk afdeling), foreskriver loven anvendelse af en modificeret fremgangsmåde ved tvangsindlæggelsen. Denne modificerede fremgangsmåde træder i stedet for en tvangstilbageholdelse, der efter loven kun kan gennemføres, når patienten er indlagt på en psykiatrisk afdeling.

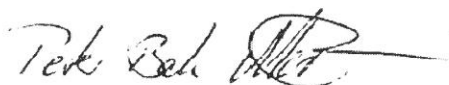
4. Anvendelse af tvang under patientens ophold på somatisk afdeling

Når der ved ophold på en somatisk afdeling er behov for at anvende tvang, kan dette alene ske efter den psykiatriske overlæges og overlægen på den somatiske afdelings bestemmelse efter reglerne i loven. Iværksættelse af tvangsforanstaltninger foretages af

plejepersonalet fra psykiatrisk afdeling i samarbejde med personalet fra den somatiske afdeling, jf. § 9 i bekendtgørelse nr. 879 af 10.12.1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Så snart patientens tilstand og den somatiske behandling tillader det, skal patienten, efter aftale mellem den psykiatriske overlæge og overlægen på den somatiske afdeling, flyttes til psykiatrisk afdeling, jf. § 10 i ovennævnte bekendtgørelse.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Peter Bak Mortensen', with a long horizontal flourish extending to the right.

Peter Bak Mortensen

Nævnenes Hus
Toldboden 2
8800 Viborg
nh@naevneneshus.dk
www.naevneneshus.dk/