

DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN

FOR

KØBENHAVNS AMT

ÅRSBERETNING FOR 2006

FORORD

Hermed afgiver Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium sin beretning om nævnets virksomhed i 2006, jf. § 39 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998). Årsberetningen er nævnets ottende og sidste årsberetning, da Københavns Overpræsidium pr. 1. januar 2007 er nedlagt.

Beretningen er udarbejdet i overensstemmelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinier af 7. januar 2004 for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn.

Beretningen er udarbejdet i samarbejde med de psykiatriske afdelinger på Amager Hospital, Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, samt Landsforeningen af Patientrådgivere & Bistandsværger i Danmark.

Københavns Overpræsidium har varetaget sekretariatsopgaverne for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium.

Afsnit II: Principielle problemstillinger mv.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

AFSNIT I: DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN VED KØBENHAVNS OVERPRÆSIDIUM

1. Patientklagenævnets sammensætning

Nævnets formand er direktør Bente Flindt Sørensen, der den 1. juni 2006 afløste overpræsident Emil le Maire. Nævnets øvrige medlemmer er fhv. lægelig direktør Jørgen Valeur Rosenbeck-Hansen, der er beskikket af Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter udtalelse fra Den Almindelige Danske Lægeforening, og støtte- og kontaktperson Anders Wildenschild, der den 1. december 2006 afløste psykolog Else Andersen. Anders Wildenschild er beskikket af Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter udtalelse fra De Samvirkende Invalideorganisationer.

Suppleanter for Bente Flindt Sørensen er kommitteret Henning Lund-Sørensen, kontorchef Hanne Villumsen og kontorchef Jonna Waage.

Suppleanter for Jørgen Valeur Rosenbeck-Hansen er afdelingslæge Grethe Auken og fhv. lægelig direktør, dr.med. Helge Worning.

Suppleanter for Anders Wildenschild er cand. psyk. Arnfinn Thorsteinsson, samt projektkonsulent Janne Steen Kjærulff og stud.jur. Johnny Claes Starfild, der den 1. december 2006 afløste overassistent David Bonde Henriksen og cand.psyk. Maybritt Thomasen.

Møderne fordeles – på grund af det store mødeantal - mellem medlemmerne og suppleanterne. Det er således ikke kun i tilfælde af medlemmernes forfald, at suppleanterne deltager.

Sekretærer for nævnet har været afdelingsleder Jytte Murphy og overassistent Kirsten Wolff. Fuldmægtig Birgitte Krohn Madsen har medvirket ved udarbejdelsen af årsberetningen.

Endvidere har nævnet været betjent af overassistent Vinnie Svarter med stud.jur. Lise Fejerskov Sørensen som afløser.

2. Patientklagenævnets kompetenceområde og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn behandler klager over tvangsforanstaltninger i forbindelse med indlæggelser på de psykiatriske afdelinger på Amager Hospital, Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Nævnet er første instans for klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beroligende medicin og beskyttelsesfiksering, jf. kap. 3-5 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

3. Antal sager og antal afgørelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 7. januar 2004 ”Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn”. Retningslinierne, der trådte i kraft fra og med beretningen for 2003, indeholder en afklaring af sagsbegrebet og afgørelsesbegrebet.

En ”sag” er defineret som en patients klage til patientklagenævnet, som skal optages som et punkt på nævnets 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 derimod blive tale om flere sager.

	2004		2005		2006	
Antal indkomne sager	236	100 %	229	100%	199	100%
-årsregulering (ult.2004,2005, 2006)	- 1	0 %	1	0%	- 6	3%
- antal tilbagekaldte sager	- 40	17%	- 27	12%	- 26	13%
- antal afviste sager	- 0	0%	- 1	0%	0	0%
- antal sager med realitetsafgørelse	195	83 %	202	88%	167	84%

Sagernes fordeling i 2006 på de fire hospitaler er følgende:

	Ialt		Tilbagekaldte sager		Realitetsbeh.sager	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Amager Hospital	52	53	4	6	48	47
Bispebjerg Hospital	83	60	12	10	71	50
Hvidovre Hospital	67	48	6	6	61	42
Rigshospitalet	28	32	6	4	22	28
I alt	230	193	28	26	202	167

Med hensyn til ”tilbagekaldte sager” skal det bemærkes, at der her ofte er tale om sager som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnsmødet, og hvor nævnet således allerede har brugt tid på udsendelse af sagerne og på sagsforberedelse. Det drejer sig i alle årene om mere end 10 % af samtlige indkomne sager. Der er således tale om et betydeligt antal tilbagekaldte sager, som også viser patienternes ambivalens. Nogle patienter vil gerne klage, men bliver hurtigt opgivende. Det er derfor vigtigt med et hurtigt fungerende og enkelt klagesystem, der fysisk kommer ud til den enkelte patient.

En ”afgørelse” er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb.

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

Nedenfor er vist antallet af afgørelser i nævnet i de seneste år:

2004	2005	2006
316	342	279

Afgørelsernes fordeling på de fire hospitaler er følgende:

	2004	2005	2006
Amager Hospital	84	75	73
Bispebjerg Hospital	102	99	88
Hvidovre Hospital	83	137	79
Rigshospitalet	47	31	39
I alt	316	342	279

4. Sagsbehandlingstiden

Patientklagenævnet skal efter psykiatrilovens § 36, stk. 3, træffe afgørelse snarest muligt. Er der ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal klageren underrettes om grunden hertil. Ved klager over tvangsbehandling skal nævnet træffe afgørelse inden 7 hverdage efter klagens modtagelse, hvis klagen er tillagt opsættende virkning.

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid har i 2006 været 7,8 dage.

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af EDB-anlægget, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor sekretariatet modtager klagen, og indtil sekretariatet afsender afgørelsen til patienten. I sagsbehandlingstiden indgår således også lørdage, søndage og helligdage.

Nedenfor er vist patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid i de seneste år:

År	2004	2005	2006
Antal dage	7	8	8

5. Møderne

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium har afholdt møder 2 gange om ugen: Hver tirsdag på to hospitaler og hver torsdag på de andre to hospitaler. Til tirsdagsmøderne er der frist for mødemateriale fra hospitalerne - herunder overlægens erklæring - fredagen før kl.10.30. Til torsdagsmøderne er der frist for materiale fra hospitalerne mandagen før kl.11.30. På disse "frist-dage" udsendes klage med bilag og mødeindkaldelse til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt de relevante hospitaler med henblik på, at hospitalet sørger for videregivelse til patienten og lægerne.

Nævnet har flere gange i de sidste par år måttet indskærpe vigtigheden af, at hospitalerne straks efter modtagelse fra nævnets sekretariat videregiver mødematerialet til patienten. Som nævnt ovenfor arbejder nævnet – af hensyn til, at patienterne hurtigst muligt kan få deres sag forelagt for nævnet - med nogle særdeles korte berammelsestider: Fra fredag til tirsdag og fra mandag til torsdag. Da patienten til nævnsmødet skal have haft lejlighed til at sætte sig ind i lægeerklæringen med bilag og eventuelt drøfte indholdet med sin patientrådgiver, er det nødvendigt, at hospitalet sikrer, at patienten hurtigt får materialet. Det kan i denne sammenhæng med tilfredshed noteres, at 2006 er forløbet stort set uden at nævnet har fundet anledning til på ny at indskærpe regleres overholdelse.

Alle møder er blevet afholdt på hospitalerne. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende hospital. Det hænder dog ret ofte, at patienter, især fra de lukkede afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen.

Der er afsat 30 minutter til hvert møde. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres situation. Herved kan der, da der ofte er flere møder på to hospitaler, opstå forsinkelser i mødeafviklingen. I forhold til tidligere, hvor der kun var afsat 20 minutter til hvert møde, er forsinkelserne dog nu begrænset væsentligt, hvilket er blevet påskønnet fra hospitalernes og patientrådgivernes side.

Patientklagenævnet har i 2006 afholdt 83 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste tre år.

2004	2005	2006
88	89	83

6. Deltagelsen i møderne

Lægerne har i 2006 deltaget i 98 % af nævns møderne (i 2004: 100% og i 2005: 100%).

Patienterne har i 2006 deltaget i 91 % af møderne (i 2004: 89% og i 2005: 95%).

Det bemærkes, at mødedeltagelsesprocenten er udregnet som antallet af sager (med realitetsafgørelser), hvori den pågældende gruppe har deltaget, i forhold til det samlede antal sager (167). Eksempelvis har patienterne deltaget i 152 sager ud af de i alt 167 sager, der har været realitetsbehandlet i nævnet. På samme måde er udregnet mødedeltagelsesprocenten for patientrådgiverne (88%).

Patientrådgiverne

De fire hospitaler har tilknyttet ialt 26 patientrådgivere.

Amager Hospital har tilknyttet 6 patientrådgivere, Bispebjerg Hospital 10 patientrådgivere, Hvidovre Hospital 5 patientrådgivere og Rigshospitalet 5 patientrådgivere. Der er ikke i lovgivningen regler om, hvilket antal patientrådgivere der skal være tilknyttet et hospital. Efter nævnets opfattelse må 5 patientrådgivere som udgangspunkt betragtes som det minimale antal pr. hospital, medmindre patientrådgiverne mener at kunne løfte opgaven med færre patientrådgivere og hospitalet ikke fremkommer med bemærkninger herimod.

I nedenstående tabel er anført antallet af sager på hvert hospital, som patientrådgiverne har deltaget i, henholdsvis ikke har deltaget i.

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Amager H.	47	41	37	11	7	10	81	85	79
Bispebjerg H.	49	53	44	9	18	6	84	75	88
Hvidovre H.	40	55	40	5	6	2	89	90	95
Rigshospitalet	32	22	26	2	0	2	94	100	93
I alt/gsn.frav.	168	171	147	27	31	20	86	85	88

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved alle fire hospitaler tilsammen været en pæn stabil fremmødeprocent i perioden 2004-2006. I gennemsnit er mødeprocenten omkring 85, hvilket må anses som meget tilfredsstillende under hensyn til de korte berammelsestider for nævnsmøderne, der igen hænger sammen med et ønske om at behandle patienternes klager, f.eks. over frihedsberøvelse, hurtigst muligt.

Nævnet har igen i år med stor tilfredshed konstateret, at der på to af de fire hospitaler (Hvidovre Hospital og Rigshospitalet) er et fremmøde på 95 % og 93 %.

Samtidig har nævnet med stor tilfredshed kunnet konstatere en væsentlig fremgang i fremmødeprocenten på Bispebjerg Hospital. I årsberetningen for 2005 påtalte nævnet at der i 2005 var sket et betydeligt fald i fremmødeprocenten på Bispebjerg Hospital. Ikke blot er denne udvikling vendt – der er tale om en fremgang, der mere end udligner den tidligere tilbagegang. Dog må det oplyses, at der samtidig har været et markant fald (30%) i antallet af realitetsbehandlede sager på Bispebjerg Hospital. Nævnet vil ikke udelukke, at det på et tidpunkt iværksætter en undersøgelse af om der er en sammenhæng mellem disse forhold.

Derimod må det desværre konstateres, at der for patientrådgiverne på Amager Hospital er sket et betydeligt fald i fremmødeprocenten. Dette er problematisk, fordi der er tale om en ikke uvæsentlig nedgang og fordi mødedeltagelsen på Amager Hospital dermed kommer under 85%.

Patientklagenævnet har ligesom i tidligere år søgt at fremme og fastholde mødeprocenten blandt andet ved:

1. Årligt at synliggøre problemstillingen ved i nævnets årsberetning at oplyse mødeprocenten for hvert af de omtalte hospitaler. Dette vil eventuelt blive suppleret med særlige undersøgelser og initiativer.
2. Halvårligt at synliggøre problemstillingen ved at udsende statistikker for fremmøde-procenterne til patientrådgiverne.
3. Løbende at synliggøre problemstillingen ved i hver enkelt nævnsafgørelse at omtale, hvorvidt patientrådgiveren har været tilstede.

7. Tvangsanvendelsen på de psykiatriske hospitaler

Tvangsanvendelse på de psykiatriske hospitaler

Antal indlagte – Antal tvangsindgreb

Antal	År	Amager Hospital	Bispebjerg Hospital Voksen	Bispebjerg Hospital Ungdom	Hvidovre Hospital	Rigs-hospitalet	I alt
Indlagte	2004	1262	1847	107	1221	1212	5649
	2005	1180	1923	124	1243	1334	5804
	2006	1131		102	1227	707	
Tvangs-indlæggelse	2004	111	125	4	90	79	409
	2005	93	158	7	83	71	412
	2006	101		1	87	77	
Tvangstilbageholdelse	2004	190	165	32	134	100	621
	2005	200	206	23	135	78	642
	2006	162		24	104	70	
Tvangsmedicinering	2004	1745	2046	194	845	683	5513
	2005	899	2282	390	780	728	5079
	2006	760		456	336	864	
Tvangs-fiksering	2004	161	208	72	120	118	679
	2005	207	308	126	187	171	999
	2006	141		218	158	108	
Fysisk magt	2004	52	141	177	139	39	548
	2005	72	156	241	122	37	628
	2006	81		316	91	9	
Beroligende Medicin	2004	286	380	76	157	100	999
	2005	276	500	127	291	135	1329
	2006	178		242	244	31	
Beskyttelses-fiksering	2004	20	21	0	1	12	54
	2005	11	30	0	0	9	50
	2006	13		0	4	5	

Note: Det bemærkes, at årsopgørelserne for tvangsindgrebene er baseret på sammenlægning af kvartalsopgørelser. Dette bevirker, at de patienter, der er indlagt i flere kvartaler, tæller med to eller flere gange. Årsopgørelserne er derfor udtryk for maksimumstal. De præcise tal foreligger først på et senere tidspunkt, når tallene er renset for ”dobbeltgængere”.

Patientklagenævnet har i brev af 9. januar 2007 anmodet hospitalerne om tal for tvangsanvendelse - for Bispebjerg Hospital, voksenpsykiatrisk afdeling desværre forgæves.

Antal berørte personer

Antal	År	Amager Hospital	Bispebjerg Hospital Voksen	Bispebjerg Hospital Ungdom	Hvidovre Hospital	Rigshospitalet	Ialt
Indlagte	2004	1262 *	(1847)*	42	823	863	4837
	2005	?	1923	85	964	744	
	2006	?		76	835	251	
Tvangs-Indlæggelse	2004	103	(125)*	4	88	75	395
	2005	90	158	5	79	70	402
	2006	95		1	85	70	
Tvangs-tilbageholdelse	2004	182	(165)*	25	123	97	592
	2005	182	29	18	131	75	435
	2006	146		18	99	61	
Tvangs-Medicinering	2004	53	60	2	35	34	184
	2005	39	55	6	27	21	148
	2006	27		5	22	30	
Tvangs-Fiksering	2004	79	116	20	72	49	336
	2005	85	170	11	85	56	407
	2006	67		18	94	51	
Fysisk magt	2004	42	81	31	74	32	260
	2005	56	83	19	47	27	232
	2006	44		23	56	9	
Beroligende Medicin	2004	103	128	19	81	52	383
	2005	92	199	19	102	54	466
	2006	59		18	104	26	
Beskyttelses-Fiksering	2004	15	17	0	1	10	43
	2005	8	28	0	0	7	43
	2006	6		0	4	4	

Note: Det bemærkes, at antallet af berørte patienter – bortset fra antallet af indlagte – er maksimumstal, jf. forrige tabel.

8. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Tvangsindlæggelse	36	40	55	32	37	52
Tvangstilbageholdelse	112	129	91	100	117	89
Tvangsbehandling	85	66	75	78	57	62
Tvangsfiksering	40	48	32	30	42	25
Fysisk magt	11	10	2	10	9	1
Beroligende medicin	31	49	24	29	47	24
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	1	0	0
I alt	316	342	279	280	309	253

	Tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Tvangsindlæggelse	4	3	3	11	8	5
Tvangstilbageholdelse	12	12	2	11	9	2
Tvangsbehandling	7	9	13	8	14	17
Tvangsfiksering	10	6	7	25	13	22
Fysisk magt	1	1	1	9	10	50
Beroligende medicin	2	2	0	6	4	0
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	-
I alt	36	33	26	11	10	9

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte i 2006 ialt 26 af hospitalernes beslutninger om tvangsanvendelse. Antallet af tilsidesættelser de tre seneste år fremgår af nedenstående tabel.

År	2004	2005	2006
Tilsidesættelser	36	33	26

Omgørelsesprocenten var i 2006 9 %. Omgørelsesprocenterne for de tre seneste år fremgår af nedenstående tabel.

År	2004	2005	2006
Tilsidesættelser	11	10	9

I 2004 var 15 af de 316 afgørelser flertalsafgørelser, mens de øvrige 301 afgørelser blev truffet af et enigt nævn (95 % i enighed).

I 2005 var 19 af de 342 afgørelser flertalsafgørelser, mens de resterende 323 afgørelser blev truffet af et enigt nævn (94 % i enighed).

I 2006 var 8 af de 279 afgørelser flertalsafgørelser, mens de resterende 271 afgørelser blev truffet af et enigt nævn (97 % i enighed).

9. Klager over Patientklagenævnets afgørelser

I 2006 blev 69 af nævnets 279 afgørelser indbragt - for domstolene (44) eller påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (25). Dette svarer til en ankeprocent på 25. Dermed har ankeprocenten stabiliseret sig i forhold til 2005, hvor den var (30), og den ligger nu - bortset fra 2004 - på niveau med de forudgående år (i 2002 og 2003 henholdsvis 28 og 27). Ankeprocenten i 2006 er steget inden for tvangstilbageholdelse.

	2004			2005			2006		
	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.
Tvangsindlæggelse	37	13	35	40	19	48	55	15	27
Tvangstilbageholdelse	111	25	23	129	31	24	91	29	32
Tvangsbehandling	85	12	14	66	22	33	75	18	24
Tvangsfiksering	40	4	10	48	12	25	32	4	13
Fysisk magt	11	1	9	10	5	50	2	0	0
Beroligende medicin	31	1	6	49	15	31	24	3	13
Andet	1	0	0	0	0	0	0	0	0
I alt	316	56	18	342	104	30	279	69	25

a. Anke til domstolene:

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangstilbageførelse kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2006 har domstolene stadfæstet 23 af nævnets afgørelser. Ingen afgørelser er blevet tilsidesat. I 10 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I 11 sager har retten endnu ikke truffet afgørelse.

Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de seneste år:

	2004	2005	2006
Stadfæstet	30	37	23
Tilsidesat	0	0	0
Frafaldet af patient	8	11	10

b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn:

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beroligende medicin og beskyttelsesfiksering kan af patienten eller hospitalerne påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I 2006 har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn stadfæstet 11 af nævnets afgørelser. 2 afgørelse er blevet tilsidesat. 3 klager er trukket tilbage af patienten. Endelig er 9 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Nedenfor er vist udfaldet af klagesagerne i de seneste år.

	2004*	2005*	2006
Stadfæstet	11	30	11
Delvist stadfæstet	2	2	0
Tilsidesat	3	4	2
Frafaldet	1	5	3
Note* De anførte tal er de korrigerede tal for året, der tager højde for, at flere af nævnets afgørelser først blev afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn året efter.			

(Med hensyn til 2004-opgørelsen bemærkes, at 1 afgørelse, der er påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, endnu ikke er afgjort.)

10. Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt

Patientklagenævnet har også i 2006 afholdt to møder med hospitalerne og Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger. Det første møde blev afholdt i april og drejede sig især om årsberetningen for 2005. Det andet møde, der fandt sted i oktober 2006, havde som tema en drøftelse af den forestående revision af psykiatriloven. Herudover var der en generel erfaringsudveksling .

I årets løb har både Hvidovre Hospital og Rigshospitalet afholdt patientrådgivermøde med deltagelse af repræsentanter for Patientklagenævnet. Patientrådgiverne har her haft lejlighed til at drøfte spørgsmål med både hospitalet og nævnet, ligesom der har været en almindelig informationsudveksling. Nævnet har med tilfredshed konstateret, at Rigshospitalet igen i år har fulgt nævnets opfordring til årligt at indkalde til patientrådgivermøde. Nævnet håber, igen i år – måske igen forgæves - at også Amager Hospital vil tage initiativ til at afholde patientrådgivermøde.

Daværende formand for Patientklagenævnet Emil le Maire og fg. formand Henning Lund-Sørensen har i årets løb holdt foredrag på møder, i Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark i henholdsvis maj og november måned.

AFSNIT II: PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER M.V.

1. Referat af mødet den 8. december 2006.

Referat af orienteringsmøde fredag den 8. december 2006 i den kommende Statsforvaltningen Hovedstaden – de psykiatriske patientklagenævn

Inviterede deltagere: nævnsmedlemmer og suppleanter, patientrådgivere og bistandsværger samt alle de psykiatriske hospitaler/Psykiatriske Centre med tilknytning til De Psykiatriske Patientklagenævn i Statsamtet Frederiksborg, Statsamtet København og Københavns Overpræsidium samt Foreningen af bistandsværger og patientrådgivere i Danmark ved formand Ole Kølle.

Dagsorden:

- 1: Velkomst ved direktør Bente Flindt Sørensen (BFS).
- 2: Oplæg om strukturreformens betydning for de psykiatriske patientklagenævn ved kommitteret Henning Lund-Sørensen (HL-S).
- 3: Oplæg om den nye psykiatrilov ved specialkonsulent Lene Christensen (LC), Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- 4: Oplæg om Sundhedsvæsenets Patientklagenævns nyeste praksis ved Thomas Anker-Møller (T A-M), Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Ad dagsordenens punkt 1: Velkomst ved direktør Bente Flindt Sørensen (BFS).

BFS bød velkommen og udtrykte forventning om et fremtidigt samspil med respekt for de enkeltes roller samt et godt og konstruktivt samarbejde med ledetråd i ”det bedste for patienten”. BFS henviste i den forbindelse til Folketingets Ombudsmands og § 71 udvalgets interesse for området.

BFS redegjorde videre for de forandringer, der allerede er sket i Det/De Psykiatriske Patientklagenævn i forbindelse med Statsamterne Københavns, Frederiksborgs og Københavns Overpræsidiiums sammenflytning den 1. september 2006 som konsekvens af beslutningen i 2004 om en strukturreform, og viste ved plancher bl.a., at 1/3 af landets indbyggere bor i regionen. Vi har 35,5 % af de indlagte, og med hensyn til berørte af tvang er vi helt oppe på 42,3 %, hvilket siger noget om befolkningssammensætningen i hovedstaden i forhold til den øvrige del af landet.

BFS gav udtryk for, at sammenlægningen skal benyttes til at hæve standarden til den højeste fællesnævner og finde den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse af nævnets virksomhed.

Ad dagsordenens punkt 2: Oplæg om strukturreformens betydning for de psykiatriske patientklagenævn ved kommitteret Henning Lund-Sørensen (HL-S).

HL-S nævnte, at opgaverne i Det Psykiatriske Patientklagenævn i Bornholms Statsamt forbliver på Bornholm. Med hensyn til sammenlægningen af de øvrige patientklagenævn i regionen havde man allerede inden sammenflytningen opdaget forskelle i tilrettelæggelsen af arbejdsgange, herunder

den måde møderne blev tilrettelagt på, så alene af den grund kunne arbejdet ikke videreføres som tidligere.

Den nuværende mødeafholdelse og mødeforberedelse blev illustreret ved plancher, og HL-S pointerede vigtigheden af tilbagemeldinger fra hospitaler og patientrådgivere, så der løbende bliver tale om en konstruktiv erfaringsudveksling med henblik på at skabe de bedst mulige løsninger for alle involverede.

Med hensyn til indsendelse af klagesager understregede HL-S, at sagerne helst skal indsendes på selve dagen for deadline, og deadline kl. 11.00 skal overholdes. Hvis hospitalerne ringer ind umiddelbart før deadline vedrørende en klagesag, der ønskes medtaget, så kan der ekstraordinært accepteres op til 1 times forsinkelse.

HL-S opfordrede til, at lægeerklæringen nu blev fremsendt med e-post til Patientklagenævnet. Brev om sikker e-post adresse vil blive fremsendt til hospitalerne i begyndelsen af det nye år.

Det er vigtigt, at der hele tiden er fokus på mødedeltagelsen for patientrådgivere. De to Statsamters og Overpræsidiets opgørelsesmetoder over mødedeltagelse for patienter og patientrådgivere har været forskellige, og de er derfor ikke direkte sammenlignelige. HL-S henviste i den relation til Rambøll Management, der i rapporten om psykiatrilovsundersøgelsen bl.a. har fundet, at fremmødeprocenten for patientrådgivere ikke er tilfredsstillende – dette gjaldt dog ikke for Det Psykiatriske Patientklagenævn i Statsamtet København og i Overpræsidiets - samt til, at § 71 udvalgets væsentligste kommentar til de første årsrapporter for De Psykiatriske Patientklagenævn havde været kritik af en generel lav mødeprocent for patientrådgiverne.

Opmærksomheden skal derfor hele tiden rettes på initiativer til at forbedre mødedeltagelsen for patientrådgiverne, f.eks. ved at henlede opmærksomheden på denne problemstilling på et møde som dette, ved at erindre patientrådgivere, der udebliver uden at have meddelt afbud til et møde, om lovens ord om, at patientrådgiverne ”så vidt muligt” skal give møde, ved udsendelse af en halvårlig statistik for det enkelte hospital og ved bemærkninger og statistik i årsrapporten.

HL-S nævnte i den forbindelse et brev fra bistandsværgen Fritz Rose vedrørende den uafklarede situation for bistandsværger i forbindelse med ændringerne i psykiatriloven. Brevet var videresendt til Justitsministeriet; men der foreligger endnu ikke noget endeligt svar fra ministeriet. Vi ved dog, at indstillinger om beskikkelse af bistandsværger skal sendes til politidirektøren i de nye politikredse.

Vedrørende patientrådgivere er den nye bekendtgørelse udarbejdet, og der vil fortsat blive udarbejdet en liste over patientrådgivere med deres tilknytning til det enkelte hospital.

Der blev fra nogle bistandsværgers side givet udtryk for stor utilfredshed med manglende viden om deres funktion, samt en utilstrækkelig kontakt mellem bistandsværger og de psykiatriske afdelinger, hvilket ofte medfører, at hospitalerne beskikker en patientrådgiver, selv om der er tale om en retslig patient, der har tilknyttet en bistandsværgen. Man er således ikke altid på hospitalet opmærksom på retslige patienters specifikke rettigheder. Det blev oplyst fra sundhedspersonalets side, at beskikkelse af en patientrådgiver i stedet for en bistandsværgen i konkrete situationer kan ske af hensyn til patienten, fordi patientrådgiverne normalt bor tæt på de psykiatriske hospitaler, mens de retslige patienters bistandsværger i mange tilfælde kan komme langsvejs fra, f. eks. fordi de i sin tid

er blevet beskikket, mens patienten opholdt sig i Jylland. Derfor er der ikke altid den kontakt til patienten, som er ønskværdig i indlæggelsessituationen. HL-S konkluderede, at hospitalerne i forbindelse med retslige patienter skal være opmærksom på, at, skal der tages kontakt til bistandsværgeren.

Det blev generelt understreget, at det ville være hensigtsmæssigt at både sundhedspersonalet og bistandsværger har et bedre kendskab til lovgivningen for så vidt angår rettigheder og pligter bistandsværger og hospitaler imellem.

Der var stor debat og uenighed om de mest hensigtsmæssige tidspunkter for placering af patientklagenævnets møder på de enkelte afdelinger. Der kan være specifikke problemer i forhold til overlægernes fremmøde-muligheder, tidspunkter for patientrådgivernes muligheder for at forlade deres normale arbejde for at deltage i nævnsmøder og de rette tidspunkter for møderne set ud fra en behandlingsmæssig synsvinkel. Uenighederne var yderligere præget af en uensartet praksis i forhold til mødetilrettelæggelsen i de tre sammenlagte nævn. Spørgsmålet om mødeafholdelsen, der nu for alles hospitalers vedkommende ligger om formiddagen, således at 1.ste møde er kl. 9.00 blev diskuteret, idet der blandt deltagerne var delte meninger om, hvorvidt den nuværende tilrettelæggelse er den bedste.

BFS oplyste, at tidspunktet for nævnsmøderne med start kl. 9.00 er valgt for at efterkomme ministeriets råd om at placere møderne enten først eller sidst på dagen. Der er mange interesser, der skal varetages, og der er forståelse for, at der er problemer der, hvor mødetidspunktet er ændret fra om eftermiddagen til formiddagen. Drøftelsen havde givet mange input, der vil blive taget med i en evaluering, der eventuelt kunne finde sted om ca. 2 år.

Ad dagsordenens punkt 3: Oplæg om den nye psykiatrilov ved specialkonsulent Lene Christensen (LC), Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

LC orienterede om revisionen af psykiatriloven og hovedpunkterne i den nye psykiatrilov, jf. den på mødet fremlagte oversigt. I det lovforberedende arbejde har der været mange modsatrettede interesser involveret med det resultat som fremgår af den lov, der træder kraft den 1ste januar 2007. Når loven praktiseres, må der ses på, om de påtænkte initiativer virker, og man må se på de tilbagemeldinger, der kommer. For forståelsen af loven er lovforslaget et godt udgangspunkt. Lovtilblivelsen har været en stor opgave, der bl.a. indeholdt en indledende høring af de forskellige interessegrupper, en uvildig undersøgelse ved Rambøll Management, en gennemgang af praksis og kontakter til Norge og Sverige. Hovedsigtet med lovforslaget har været at styrke retssikkerheden, reducere anvendelsen af tvang og at fastholde de svageste patienter i nødvendig behandling. Revisionen har indebåret omkring 30 ændringer i forhold til den hidtidige psykiatrilov, bl.a. er titlen på loven ændret, således at ordet ”frihedsberøvelse” ikke indgår, og tvangsdefinitionen er blevet ændret og bragt i overensstemmelse med det øvrige sundhedsretlige område. Med ændringen i tvangsdefinitionen vil der også være tale om tvang ved anvendelse af foranstaltninger, selvom patienten ikke udtrykkeligt giver udtryk for klage, men alene udviser passivitet eller modvilje. Den ændrede definition kan således i sig selv indebære en registreret stigning i anvendelsen af tvang.

Behovet for en skriftlig husorden er bragt ind i lovgivningen for på den måde at søge at eliminere den skjulte tvang. Når der således lægges generelle retningslinier frem, bliver de faste regler for at fungere på afdelingen klare. Der er indført pligt til udlevering af kopi af behandlingsplan til patienten – patienten kan naturligvis frabede sig behandlingsplanen - og til at tilbyde eftersamtale(r)

efter ophør af en tvangsforanstaltning. Det er tanken om, at når der tales om tingene, opnås en bedre forståelse af, hvad der er foregået.

Med hensyn til begrebet personlig skærmning har der tidligere været forskellige snit/definitioner af, hvornår der var tale om, at sundhedspersonalet udførte deres arbejde og observerede patienten, og hvornår der var tale om en indgribende foranstaltning over for patienten. Der er nu lavet en juridisk definition af skærmning, som f.eks. ved selvmordsfare (§ 18 c, nr. 1), hvor en patient ikke må lades alene på badeværelset. Når en patient er fulgt tæt i uafbrudt 24 timer eller derover er der tale om ”tvang”, og dette kan der klages over, og der skal beskikkes en patientrådgiver. Dette uanset om tvangen er udøvet på en åben eller lukket afdeling, da psykiatriloven ikke tager stilling til dette spørgsmål.

En psykiater anførte, at aflåsning af yderdøren for retslige patienter, som opholder sig på et åbent afsnit ikke protokolføres, da disse patienter ikke er frihedsberøvet i psykiatrilovens forstand. Denne problemstilling lovede LC at tage med tilbage til ministeriet.

Loven indebærer ændringer i forbindelse med langvarige fikseringer - lægeligt tilsyn mindst 4 gange i døgnet, second opinion ved fikseringer ud over 48 timer, eftersamtaler, obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver. Disse foranstaltninger har til hensigt at skabe en faglig drøftelse og er udtryk for et forsøg på at skabe fokus på de langvarige fikseringer, som man har haft i Danmark og i et vist omfang at komme dem til livs. Overflytning af ankeadgang fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til retten er valgt, da det kan være vanskeligt i disse situationer at sige, hvornår der foreligger en frihedsberøvelse (grundlovens § 71). Hvis overflytningen viser sig at være uhensigtsmæssigt, må spørgsmålet tages op igen.

Nyt er også den indførte hjemmel (§ 18 f) til personlig hygiejne - sigtet hermed er at undgå fare for smitte af andre patienter, lugtgener m.v. – og til undersøgelse af post og partientstuer m.m. (§19 a). Der skal foreligge en begrundet mistanke f.eks. om, at der er stoffer i et brev. Loven giver ikke mulighed for at et brev må læses af personalet, og heller ikke mulighed for undersøgelse efter faste rutiner. Der skal således foreligge en konkret mistanke i forhold til en konkret patient.

På forespørgsel oplyste LC, at bestemmelserne om ”udskrivningsaftaler” er flyttet til afsnittet om tvangsbehandling af rent lovtekniske grunde, og ikke indebærer ændringer i retstilstanden.

Ad dagsordenens punkt 4: Oplæg om Sundhedsvæsenets Patientklagenævns nyeste praksis ved Thomas Anker-Møller (T A-M), Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

TA-M gennemgik med udgangspunkt i omdelt materiale Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammensætning og kompetence, samt fortalte om nævnets sagsbehandling med særlig vægt på tvangsbehandling.

TA-M. nævnte, at klager over sundhedspersonalet adfærd i forbindelse med tvangsforanstaltninger kan behandles sammen med realitetsklagen, hvor sundhedspersonalet kan kritiseres. Nævnet foretager en fuld prøvelse af sagen.

Med hensyn til klager over tvangsbehandling, hvor patienten har accepteret behandlingen i et stykke tid, er udgangspunktet at klagen skal tillægges opsættende virkning. Patienten kan ikke klage og samtidig indgå i en behandlingsalliance, hvor medicinen fortsat tages frivilligt indtil

patientklagenævnets afgørelse foreligger. Hvis patienten ønsker at klage, skal der gives opsættende virkning. Hvis der klages flere gange over samme beslutning, gives klagen ikke opsættende virkning. Ved dosisøgning skal der også gives opsættende virkning, hvis den forøgede dosis ligger ud over, hvad der er godkendt af patientklagenævnet.

Der benyttes normalt 1 sagkyndig konsulent i forbindelse med vurdering af klager over tvangsbehandling. I vanskelige sager benyttes 2 konsulenter. I sager, hvor det lokale psykiatriske patientklagenævn ikke har fundet, at patienten er sindssyg (§ 5) har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hyppigst omstødt afgørelsen, idet konsulenten lægger sig meget op af overlægens vurdering.

Med hensyn til valg af præparat og dosis skal der altid være tale om mindst indgribende foranstaltning. Hvis der foreligger tvivl, spørges de sagkyndige, hvad der er normalt at anvende i den givne situation. Nævnets holdning er, at man faktisk bør underkende en beslutning, hvis der er valgt en for lav dosis. I forbindelse med en verserende sag, hvor præparatet Leponex er anvendt, er det p.t. til vurdering, hvorvidt der også må tages blodprøver og EKG ved tvang.

Mindst indgribende foranstaltninger forudsætter at behandlingen har været forberedt med en motivationstid på 1 til 2 uger. En passende betænkningstid regnes fra det tidspunkt, hvor patienten har modsat sig behandling. Det er ikke nødvendigt, at det noteres dagligt i journalen, at patienten er tilbudt medicin. Det er tilstrækkelig dokumentation, at der foreligger et fyldigt notat.

For så vidt angår behandling med depotmedicin anerkender Sundhedsvæsenets Patientklagenævn på grund af indhentet viden i dag i større omfang medicinering hermed, bl.a. ved svingdørspatienter, og hvor patienten ved tidligere indlæggelser har haft gavn af antipsykotisk medicin i depotform.

For så vidt angår den nye bestemmelse i § 12, stk. 3 vedrørende behandling med ECT omtalte TAM, at bestemmelsen var ønsket politisk, men der var en uoverensstemmelse mellem politikerne og virkeligheden omkring hensigtsmæssigheden i anvendelsen af ECT.

BFS afrundede mødet, og takkede for den store interesse. Det er hensigten, at Statsforvaltningen Hovedstaden vil afholde tilsvarende møder ca. 1 gang om året, eventuelt i forbindelse med udgivelsen af årsrapporten for 2007.

2. Uddrag af udtalelse af 15. november 2006 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende udkast til ændrede bekendtgørelse, cirkulære og vejledninger, som følge af den nye psykiatrilov.

”I skrivelse af 26. oktober 2006 anmodede Indenrigs- og Sundhedsministeriet om eventuelle bemærkninger til de medsendte udkast til bekendtgørelser og vejledninger.

Høringsbrevet er bl.a. sendt til Foreningen af Statsamtmand og til samtlige psykiatriske patientklagenævn.

På vegne af ovennævnte fremsendes hermed et fælles svar.

1. Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Ad § 7: Statsamterne har kendskab til en ankesag, (jf. Overpræsidiets årsberetning 2002, side 33 pkt. 3.6) hvor Sundhedsvæsenets Patientklagenævn omgjorde det lokale nævn, der vurderede at patienten opfyldte kriterierne efter § 7 og derfor var enig i, at hospitalet ikke havde givet klagen opsættende virkning jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn var enig i, at patienten opfyldte kriterierne efter § 7, men fandt at klagen burde være givet opsættende virkning.

Det lokale nævn fortolkede § 7's formulering om ”alvorlig risiko”, som en situation, der kunne sidestilles med psykiatrilovens § 32, stk.3 om ”væsentlig fare”. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn var ikke enig i denne fortolkning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævns fortolkning forekommer meget spidsfindig.

Ud fra en praktisk synsvinkel forekommer det hensigtsmæssigt om § 7's formulering er identisk med psykiatrilovens § 32, stk. 3.

2. Bekendtgørelse om patientrådgivere.

Ad § 5, stk.1.: Det er statsamternes oplevelse, at bestemmelsen om, at patientrådgivere skal beskikkes efter tur er et tilbagevendende problem, idet der altid er patientrådgivere, der har en fornemmelse af at de bliver ”sprunget over”.

Måske kunne det overvejes, at hospitalerne hvert år til statsforvaltningen udarbejdede en oversigt over antallet af beskikkelser for hver enkelt patientrådgiver og en redegørelse for væsentlige afvigelser fra gennemsnittet.

3. Bekendtgørelse om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn.

Ad § 3, stk. 2: Nogle statsforvaltninger har et påtrængende behov for at stedfortræderne kan fungere på lige fod med de ordinære nævnsmedlemmer. Efter ombudsmandens opfattelse jf. Frederiksborg undersøgelsen er dette imidlertid ikke foreneligt med den givne formulering i stykke 2. Det er

derfor nødvendigt at stk. 2 udgår og erstattes med ”eller en tilsvarende beskikket stedfortræder for et medlem”.

Følgende bekendtgørelser og vejledninger udstedes af Sundhedsstyrelsen.

1. Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, eftersamtaler, husordener, tvangsfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og klagemuligheder m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.

Ad pkt. 10, side 9 i.f.: Patientklagenævnene har forskellig praksis af fortolkningen af begrebet ”hurtigst muligt”. Nogle nævn har accepteret, at lægerne må bruge 5 hverdage til at udarbejde en lægeerklæring.

Måske ville det være formålstjenstligt med en mere præcis vejledende norm eller i hvert fald en maksimumsgrænse.

2. Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Ad fiksering og anvendelse af remme: Regeringen har med den nye psykiatrilov bl.a. markeret ønsket om skærpet opmærksomhed omkring tvangsfiksering.

I loven er indbygget forskellige tiltag til at sikre at bæltefikseringer ikke tidsmæssigt udtrækkes længere end nødvendigt.

Patientklagenævnene hilser disse tiltag velkomne. Men desværre må det konstateres, at det i mange tilfælde ville være formålstjenstligt også at stramme op på efterlevelsen af mindstemiddelsprincippet i relation til bæltefikseringens iværksættelse. Det kunne således være nyttigt hvis tvangsprotokollen for tvangsfikseringer også rummede mulighed for/pligt til afkrydsning af hvilke foranstaltninger der havde været iværksat for at undgå tvangsfikseringen eksempelvis – skærmning på stue – beroligende indsprøjtning – fastholden – samtale og en åben rubrik til andre tiltag.

Hermed ville hospitalspersonalets opmærksomhed blive skærpet omkring selve tvangsfikseringens iværksættelse.

Det må medgives, at disse oplysninger næppe har den største interesse statistisk set. Men tvangsprotokollen indeholder allerede andre afkrydsninger af samme karakter. Eksempelvis er anførelsen af tidspunktet for overlægens tiltræden af et tvangsindgreb heller ikke interessant ud fra et statistisk synspunkt.

Henset til patientklagenævnenes udtalte problemer med oplysningsniveauet i tvangsfikseringssagerne, ville det være nyttigt om ovennævnte forslag kunne gennemføres.

Med venlig hilsen

Bente Flindt Sørensen”

AFSNIT III: PRINCIPIELLE AFGØRELSER

Afgørelserne gennemgås emnemæssigt i den rækkefølge, som fremgår af psykiatriloven, og er inddelt i 6 kategorier:

- tvangsendlæggelse
- tvangstilbageholdelse
- tvangsbehandling
- tvangsfiksering
- fysisk magtanvendelse
- beroligende middel med tvang
- andet

Tvangsendlæggelse

Vedr. Den modtagne læges optegnelse, som grundlag for indlæggelse.

Nævnet ophævede tvangsendlæggelsen, idet nævnet fandt, at beskrivelsen af patienten i forbindelse med modtagelsen ikke kunne danne grundlag for at anse tilstanden som psykotisk eller ganske sidestillet hermed. Nævnet henviste i afgørelsen til ØLD af 26. september 2005, hvoraf det fremgår at betingelserne for tvangsendlæggelse i psykiatrilovens § 5 ikke er opfyldt, hvis det ikke med tilstrækkelig klarhed fremgår af den modtagende læges journaloptegninger, at betingelserne for tvangsendlæggelsen er opfyldt.

Tvangstilbageholdelse

Vedr.: Psykosebegrebet.

Nævnet godkendte en tvangstilbageholdelse. Nævnet henviste til, at det ville have været uforsvarligt at ophæve tvangstilbageholdelsen tidligere, uanset at patienten i journal og sygeplejekardex blev betegnet som ”apsykotisk”.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at apsykotisk forstås som ”ikke produktivt psykotisk” og overlægens oplysning om, at patientens stabilitet skulle vurderes over en længere tid henset til det alvorlige forudgående psykiske forløb. Der blev henvist til artiklen ”Psykosebegrebet” af professor, overlæge dr.med. Villars Lunn, i Ugeskrift for Læger 1979, side 1265: ”Om de manio-depressive patienter gælder det som bekendt, at de i almindelighed kun periodisk befinder sig i en psykotisk tilstand – betegnelsen maniodepressiv psykose er af den grund lidet hensigtsmæssig og bør erstattes med den manio-depressive sygdom eller lignende. Intervallært henhører disse patienter således principielt ikke til psykosekategorien. På den anden side vil man ud fra kendskabet til patienternes svært kompromitterede virkelighedstilpasning og realitetstestning i de manifesterede faser være tilbøjelig til her at strække det kvantitative kriterium meget vidt, således at forstå at selv diskrete depressive eller maniske træk hos en sikkert manio-depressiv patient i forensisk henseende bør placere ham inden for psykosegruppen.

Et ganske lignende syn vil man anlægge på den kronisk skizofrene patient, som under indflydelse af medikamentel behandling forekommer klinisk fuldt remitteret. Også her gælder det således, at blot ganske diskrete tegn på svigtende realitetstestning, specielt usikkerhed hvad angår vurderingen af egen tilstand, bør være tilstrækkelige til i forensisk henseende at henføre ham til psykosekategorien.”

Artiklen er omtalt i nævnets årsberetning for 2004 side 16.

Nævnet fandt på den baggrund, at selv ganske svage tegn på svigtende realitetstestning bør være tilstrækkelige til at finde patienten omfattet af psykosebegrebet, når der er tale om en kronisk skizofren patient, der under indflydelse af medikamentel behandling forekommer klinisk remitteret.

Vedr.: Tilstande, der ganske kan sidestilles med psykose.

Nævnet godkendte ikke beslutning om tvangstilbageholdelse. Afgørelsen blev truffet af et flertal af nævnets medlemmer. Flertallet fandt at patienten ikke i sin anorektiske situation var til fare for sig selv i en sådan grad, at tilstanden kunne betragtes som sindssygelig. Flertallet fandt, at der på grundlag af de foreliggende oplysninger var en sådan usikkerhed om, hvorvidt patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed, at det ville være betænkeligt at fastslå dette.

Et mindretal fandt, at det på tidspunktet for beslutningen om tvangstilbageholdelse ville have været uforsvarligt ikke at tilbageholde patienten med henblik på behandling, idet pågældende befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssygdom, således at patienten måtte anses for at være til fare for sig selv, ligesom tilstanden måtte antages at kunne bedres betydeligt og afgørende ved behandling.

Vedr.: Manglende efterlevelse af psykiatrilovens § 4 a.

Nævnet godkendte iværksættelsen af tvangstilbageholdelsen. Tvangstilbageholdelsen var på afgørelsestidspunktet ophørt, hvorfor der alene blev taget stilling til iværksættelsen. Nævnet udtalte kritik af, at overlægens stillingtagen til tvangstilbageholdelsen, der blev iværksat den 11. november 2006, først fandt sted den 14. november 2006 og således ikke i overensstemmelse med psykiatrilovens § 4a in fine fandt sted ”snarest” efter iværksættelse af tvangstilbageholdelsen.

Tvangsbehandling

Vedr.: Frivillig behandling etc. tvangsmæssig behandling.

Nævnet godkendte beslutning om tvangsbehandling, selvom patienten oplyste gerne at ville tage medicinen frivilligt. Nævnet lagde imidlertid overlægens oplysning om at patienten aldrig tog hele den ordinerede medicin til grund. Overlægen oplyste supplerende, at patienten heller ikke havde taget sin medicin på nævnmødedage sådan som patienten selv anførte.

Nævnet fandt at patienten havde behov for kontinuerlig antipsykotisk behandling, hvilket pågældende ikke kunne leve op til, ligesom patienten i sin aktuelle tilstand ikke kunne antages at være i stand til at samarbejde om en ambulant behandling.

Vedr.: Opsættende virkning.

Nævnet godkendte tvangsbehandling, men kunne ikke godkende, at beslutningen om tvangsbehandling, der først var tillagt opsættende virkning, senere blev ændret og dermed ikke blev tillagt opsættende virkning. Patienten var på tidspunktet, hvor hospitalet ændrede beslutning til ikke længere at give klagen opsættende virkning, særdeles vred og aggressiv, opkørt, truende og gav udtryk for at ville angribe alle. Patienten fik på det grundlag akut beroligende medicin, men nævnet fandt, at der ikke samtidig hermed var grundlag for straks at iværksætte tvangsbehandlingen. Nævnet fandt, at der ikke var tale om en sådan nødsituation, at betingelserne i psykiatrilovens § 32, stk. 3, var opfyldt. Der forelå således ikke en egentlig nødsituation, der kunne danne grundlag for iværksættelse, inden afgørelsen fra Patientklagenævnet.

Nævnet henviste i denne forbindelse til, at beslutning om tvangsbehandling efterfulgt af en klage som alt overvejende hovedregel først kan iværksættes, når beslutningen herom er godkendt af det lokale nævn. Der kræves således en egentlig nødsituation, for at en psykiatrisk afdeling kan iværksætte tvangsbehandling, inden der foreligger en afgørelse fra Patientklagenævnet, jfr. Sundhedsvæsenets Patientklagenævns rapport om psykiatriske ankesager 1997-2002, side 30.

Vedr.: Godkendelse uanset ingen motivation.

Nævnet godkendte beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling fandtes efter omstændighederne at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning, uanset at patienten ikke blev forsøgt motiveret for frivillig behandling forud for beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet lagde vægt på, at patienten var betydeligt selvbeskadigende, udadreagerende og svært forpint som følge af tiltagende hørehallucinationer med pinefuldt og aggressivt indhold. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tvangsmæssigt måtte have ernæring med sonde, og at den pågældende patient i en længere periode havde modtaget Zyprexa mod sin vilje, og at patienten var fuldstændig afvisende overfor enhver form for medicin.

Vedr.: Depot, der godkendes ud fra konkret vurdering.

Nævnet godkendte beslutning om tvangsbehandling med depot. Nævnet fandt efter en konkret vurdering, at tvangsbehandling med Trilafon i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på tidspunktet, hvor beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet lagde vægt på, at patientens hverdag på tidspunktet var præget af angst for hele sin situation, herunder flytning og den tilbudte medicin, - og at pågældende var forpint heraf. Nævnet lagde endvidere vægt på, at depotbehandlingen ville blive så kort som muligt – formentlig 1-2 gange – med henblik på genoptagelse af den indtil 3 uger før gennemførte tabletbehandling. Nævnet tillagde det nogen betydning, at patienten havde været indlagt 40 gange, og at pågældende siden december 2004 havde fået etableret et fast værelse på Rigshospitalets lukkede afsnit med fri udgang for at hindre idelige flytninger. Det blev også tillagt nogen vægt, at Det Sociale Nævn havde givet tilladelse til, at patienten kunne anbringes på et opholdssted mod sin vilje jf. servicelovens § 109e. Ud fra en samlet vurdering fandt nævnet, at den tidsbegrænsede, formålsbestemte og angstdæmpende depotforanstaltning måtte anses som mindst indgribende behandlingsform på det givne tidspunkt.

Vedr.: Manglende motivation for det besluttede præparat.

Nævnet godkendte ikke beslutning om tvangsbehandling. Patienten blev fundet psykotisk og behandlingskrævende, men patienten var ikke blevet motiveret for behandling med samme præparat, som overlægen traf beslutning om tvangsbehandling med. Nævnet fandt, at der ikke var tale om en situation, hvor præparatskifte undtagelsesvist (ex. oplysningen om bivirkninger eller oplysningen om en ændring i patientens tilstand) kunne accepteres, og fandt på den baggrund, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Vedr.: Kravet om at undladelse af behandling vil være uforsvarlig jf. § 5 i psykiatriloven.

Nævnet godkendte ikke beslutning om tvangsbehandling. Nævnet fandt at patienten var sindssyg eller i en tilstand der ganske måtte ligestilles hermed, men nævnet fandt imidlertid ikke, at undladelse af behandling af patienten ville være uforsvarlig henset til udsigten til helbredelse eller bedring af patientens tilstand. Nævnet lagde vægt på, at der var sket en klar bedring i patientens helbred og adfærd, efter beslutningen om tvangsbehandling var truffet.

Afgørelsen drejede sig om en patient med anden etnisk herkomst end dansk og viser, at det for disse patienter kan være vanskeligt at foretage den rigtige vurdering. Nævnet havde 7 dage forinden

ovennævnte afgørelse truffet afgørelsen om, at patienten opfyldte kriterierne for tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse. Nævnet fandt imidlertid ikke, at der efter det oplyste var det fornødne grundlag for at fastslå, at tvangsbehandling var påkrævet nu, hvor patientens tilstand var markant ændret uden tilbagefald. Nævnet lagde vægt på overlægens udtalelse om, at der var sket en klar forbedring i patientens helbred og patientens ændrede adfærd siden beslutning om tvangsbehandling blev truffet, hvorefter patienten igen var begyndt at spise, at gå i bad og skifte tøj jævnlige samt nu havde social kontakt til en ligestillet medpatient. Nævnet fandt derfor ikke for tiden, at undladelse af behandling vil være uforsvarlig, fordi udsigten til, at patienten blev helbredt eller ville få en betydelig og afgørende bedring af sin tilstand, ellers ville blive væsentligt forringet.

Tvangsfiksering

Vedr.: Patient, der var til ulempe for medpatienter.

Hospitalet foretog tvangsfiksering med henvisning til, at patienten var højtråbende og til gene for medpatienter. Nævnet fandt, at tvangsfiksering var sket med urette. Nævnet fandt det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at der var tale om forulempelse af medpatienter i et sådant omfang, at det ikke kunne have været afværget med mindre indgribende midler, f.eks. fastholden. Nævnet lagde vægt på, at hospitalet ikke havde godtgjort, at patienten kunne være indgivet beroligende medicin tvangsmæssigt, uden tvangsfiksering.

Vedr.: Manglende oplysning om ophør for tvangsfiksering.

Nævnet godkendte tvangsfikseringen. Nævnet fandt det beklageligt, at det ikke fremgik af tvangsprotokollen, hvornår tvangsfikseringen var ophørt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hjemviste sagen til fornyet behandling efter at det senere blev afklaret hvornår tvangsfikseringen ophørte.

Vedr.: Manglende anvendelse af afværgeforanstaltning inden tvangsfiksering.

Nævnet fandt, at tvangsfiksering var sket med urette. Nævnet lagde vægt på, at hospitalet ikke forinden iværksættelsen af bæltefikseringen forsøgte anvendelse af mindre indgribende foranstaltninger, f.eks. anmodning til patienten om at gå til sin stue.

Fysisk magtanvendelse

Vedr.: Manglende anvendelse af afværgeforanstaltning inden anvendelse af fysisk magt.

Nævnet godkendte ikke anvendelsen af fysisk magt, der fandtes foretaget med urette. Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at det ikke ved det skriftlige materiale - lægejournal og sygeplejekardex - sås tilstrækkeligt godtgjort, at det forud for anvendelsen af fysisk magt var forsøgt at tale patienten til ro med henblik på at undgå anvendelse af fysisk magt. Indgrebet fandtes således ikke at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet godkendte anvendelsen af fysisk magt. Afgørelsen blev truffet af et flertal af nævnets medlemmer. Flertallet fandt, at patientens tilstand var af en sådan karakter, at det var nødvendigt at afværge, at pågældende udsatte sig selv eller andre for skade på legeme og helbred. Et mindretal fandt, at personalet ved sin kategoriske optræden var med til at tilspidse situationen, hvorfor mindretallet ikke kunne godkende indgrebet.

Andet

Vedr.: Kritik af sagsbehandlingstid

Nævnet udtalte kritik af hospitalets lange sagsbehandlingstid af patientens klage af 1. november 2006. Nævnet modtog patientens klage den 29. november 2006 sammen med lægeerklæring af 23. november 2006. Nævnet henviste til vejl. nr, 203 af 8. december 1998, pkt. 9, hvorefter lægeerklæringen skal fremsendes ”hurtigst muligt”.

Vedr.: Et udskrivningsønske skal have en vis klarhed før der kan anses, at foreligge et egentligt udskrivningsønske.

Patienten gjorde gældende, at der forelå en overtrædelse af psykiatrilovens § 10, stk. 3, idet overlægen efter et udskrivningsønske snarest og senest inden 24 timer skal meddele patienten om denne kan udskrives.

Nævnet var enig i den anførte fortolkning af psykiatriloven men fandt ikke, at der den pågældende dag havde været fremsat et egentligt udskrivningsønske, hvorfor der efter nævnets opfattelse ikke var sket en overtrædelse af psykiatrilovens § 10, stk. 3.