

# Årsberetning 2008

**Det Psykiatriske Patientklagenævn ved  
Statsforvaltningen Hovedstaden**

# Indhold

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>AFSNIT I : DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN VED STATSFORVALTNINGEN HOVEDSTADEN</b> .....	<b>2</b>
<a href="#">1a. Patientklagenævnets sammensætning ultimo 2008</a> .....	<a href="#">2</a>
<a href="#">1b. Patientklagenævnets kompetenceområder og opgaver</a> .....	<a href="#">3</a>
<a href="#">2. Antal sager og sagsfordeling</a> .....	<a href="#">3</a>
<a href="#">3. Sagsbehandlingstiden</a> .....	<a href="#">5</a>
<a href="#">4. Antallet af møder, mødested m.v.</a> .....	<a href="#">6</a>
<a href="#">5. Deltagelse i Patientklagenævnets møder af læger, patienter og patientrådgivere (bistandsværger)</a> .....	<a href="#">7</a>
<a href="#">5a. Læger</a> .....	<a href="#">8</a>
<a href="#">5b. Patienter</a> .....	<a href="#">9</a>
<a href="#">5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne</a> .....	<a href="#">10</a>
<a href="#">6. Afgørelsens udfald og omgørelsesprocent</a> .....	<a href="#">11</a>
<a href="#">7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser</a> .....	<a href="#">13</a>
<a href="#">7a. Anke til domstolene</a> .....	<a href="#">13</a>
<a href="#">7b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn</a> .....	<a href="#">14</a>
<a href="#">8. Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt</a> .....	<a href="#">14</a>
<b>AFSNIT II: PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER</b> .....	<b>15</b>
<a href="#">1. Langvarige tvangsfikseringer</a> .....	<a href="#">15</a>
<a href="#">2. 48-timers-revurderingen</a> .....	<a href="#">17</a>
<a href="#">3. Patientklagenævnets kompetence i sager om tvangsbehandling</a> .....	<a href="#">18</a>
<a href="#">4. Mindste middels princip i sager om tvangsbehandling</a> .....	<a href="#">21</a>
<a href="#">5. Omfanget af patientrådgiveres arbejdsforpligtelse</a> .....	<a href="#">23</a>
<a href="#">6. Vidneindkaldelse af nævnsmedlemmer</a> .....	<a href="#">25</a>
<a href="#">7. Henvendelse til Region Hovedstadens Psykiatri</a> .....	<a href="#">26</a>
<a href="#">8. Mundtlig og skriftlig orientering af patienten om den påtænkte tvang</a> .....	<a href="#">27</a>
<a href="#">9. Tiltaleformen</a> .....	<a href="#">28</a>
<b>AFSNIT III: PRINCIPIELLE AFGØRELSE</b> .....	<b>29</b>
<a href="#">1. Frivillighed i forhold til tvang</a> .....	<a href="#">29</a>
<a href="#">2. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse</a> .....	<a href="#">31</a>
<a href="#">3. Tvangsfiksering</a> .....	<a href="#">34</a>
<a href="#">4. Tvangsbehandling</a> .....	<a href="#">38</a>
<a href="#">5. Personlig skærmning</a> .....	<a href="#">49</a>
<a href="#">6. Fysisk magtanvendelse</a> .....	<a href="#">51</a>
<a href="#">7. Beroligende medicin med tvang</a> .....	<a href="#">51</a>
<a href="#">8. Formelle fejl og mangler/kritik</a> .....	<a href="#">51</a>
<b>SKEMAOVERSIGT</b> .....	<b>1</b>
<b>SKEMAOVERSIGT</b>	
<b>55</b>	
<b>BILAG: KOMMENTARER FRA REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI</b>	

# FORORD

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden afgiver hermed sin anden årsberetning.

De tidligere psykiatriske patientklagenævn ved Statsamtet Bornholm, Statsamtet Frederiksborg og Statsamtet København samt Overpræsidiets blev pr. 1. januar 2007 til én enhed, nemlig Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden. Sammenlægningen var et led i strukturreformen og indebar, at der blev etableret et fælles patientklagenævn for hele hovedstadsregionen.

Hovedstadsforvaltningen har 33 % af landets indbyggere og har 35,5 % af de indlagte psykiatriske patienter på landsplan, mens de tvangsberørte udgør ca. 42,3 % af de berørte på landsplan.

Beretningen danner grundlag for drøftelser med de 13 psykiatriske centre i Statsforvaltningen Hovedstadens område: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Gentofte, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Psykiatrisk Center Rigshospitalet.

Ud over den generelle diskussion af praksis vedrørende tvang i psykiatrien samt de statistiske oplysninger på landsplan tjener beretningen til formidling af viden om nævnets arbejde både til en bredere offentlighed og mere specifikt til de implicerede psykiatriske centre. Det er Statsforvaltningen Hovedstadens indtryk, at årsberetningerne hidtil er indgået i arbejdet på de psykiatriske centre og bliver anvendt i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

Af hensyn til sammenligneligheden af de psykiatriske patientklagenævns virksomhed på landsplan er beretningen udarbejdet i overensstemmelse med det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinier af 7. januar 2004. For at sikre en ensartet optælling af sager og afgørelser og for at sikre en ensartet opstilling af de givne data har de fem patientklagenævn i Danmark i oktober 2007 og i oktober 2008 afholdt møder herom. Der var enighed om, at tallene fra før 2007, dvs. fra de tidligere statsamter, ikke i alle tilfælde var umiddelbart sammenlignelige med tal fra de nye statsforvaltninger. Det er derfor besluttet i år kun at medtage tal fra 2007 og 2008. Det skulle derfor nu være muligt direkte at sammenholde tallene fra de fem patientklagenævn og ikke mindst – via almindelig sammentælling – at få et helhedsindtryk af alle fem patientklagenævns samlede virksomhed.

Statsforvaltningen Hovedstaden har varetaget sekretariatsopgaverne for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Afsnit II: Principielle problemstillinger.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

# AFSNIT I : DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN VED STATSFORVALTNINGEN HOVEDSTADEN

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

## **1a. Patientklagenævnets sammensætning ultimo 2008**

Patientklagenævnets formand var i 2008 direktør Bente Flindt Sørensen. Stedfortrædere for formanden var kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, administrationschef Reené Bendsen, kontorchef Hanne Villumsen, kontorchef Karen Rydahl, kontorchef Jakob Næsager samt souschef Kristine Drisdal Hansen. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det chefkonsulent Leise Døllner.

Ultimo 2008 var læge Torben Nikolaisen, fhv. lægelig direktør Jørgen Valeur Rosenbeck-Hansen og læge Carl Christian Larsen de lægelige medlemmer af nævnet. For møder på psykiatrisk center Bornholm var det læge Herwig Jensen. Stedfortrædere var læge Lisbeth Ludvigsen Gede, overlæge Grethe Auken, lægelig direktør, dr.med. Helge Worning, læge Jesper Lundh, læge Steffen Jarlov. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det læge Steen Rasmussen, der var stedfortræder.

Ultimo 2008 var lægesekretær Liselotte Lassen, Anders Wildenschild og civilingeniør Flemming Thomsen de af Sind indstillede medlemmer af nævnet. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det Simon Abrahamsen. Stedfortrædere var Anna Jytte Christiansen, Inger Liss Christoffersen, cand. psyk. Arnfinn Thorsteinsson, projektkonsulent Janne Steen Kjærulff, Kirsten Hanne Falster, Brigitte Paludan samt Ditte Damsgaard. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det Stephen Mortensen.

Sagsbehandlere for nævnet var specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Regitze Vogel, fuldmægtig Louise Cadovius Jørgensen, fuldmægtig Dorte Malmros, fuldmægtig Ingrid Stokholm Lauridsen, fuldmægtig Mette Bygvraa Jønsson, fuldmægtig Maria Juhl Hansen, fuldmægtig Marianne Hansen samt fuldmægtig Rikke Lindholdt Juul. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det socialrådgiver Bodil Kryger.

Journalfunktionerne varetages af Ulla Sallaway og Charlotte Jensen. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det kontorfuldmægtig Lone Rejnols Hansen.

Årsberetningen er udarbejdet af Henning Lund-Sørensen, Charlotte Galbo, Maria Juhl Hansen samt Ulla Sallaway.

## **1b. Patientklagenævnets kompetenceområder og opgaver**

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden behandler klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstuer i forbindelse med indlæggelser på 13 af de psykiatriske centre i Region Hovedstaden: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Gentofte, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Psykiatrisk Center Rigshospitalet.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes på den afdeling, som klagen relaterer sig til. I mødet deltager også overlægen/den behandlende læge på afdelingen, patienten og patientrådgiveren samt andre relevante medarbejdere på den pågældende psykiatriske afdeling. Efter mødet træffer nævnet sin afgørelse, der tilstræbes udsendt samme dag.

## **2. Antal sager og sagsfordeling**

Det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 7. januar 2004 "Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn". Retningslinierne indeholder en fastlæggelse af "sagsbegrebet" og "afgørelsesbegrebet".

En "sag" er defineret, som en patients klage, som er optaget 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 være tale om flere sager.

En "afgørelse" er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb. Patientklagenævnets vurdering af ét tvangsindgreb kan dog i nogle tilfælde føre til, at der træffes to afgørelser vedrørende dette ene tvangsindgreb – jf. afsnit I,6. Det typiske er, at en klage over ét indgreb medfører én afgørelse, men der kan være tilfælde, hvor nævnet eksempelvis vurderer, at iværksættelse af tvangsindgrebet kan godkendes, men ikke tvangsindgrebets opretholdelse, og i så fald vil klagen over ét indgreb statistisk føre til to afgørelser. Herved undgås registrering af delafgørelser i form af delvis godkendelse og delvis tilsidesættelse.

Med hensyn til "tilbagekaldte sager" skal det bemærkes, at der her ofte er tale om sager, som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnmødet, og hvor nævnet således allerede har brugt tid på at udsende sagen og på at forberede sagen. Det har i alle årene drejet sig om mere end 10 % af samtlige indkomne sager. Der er således tale om et betydeligt antal tilbagekaldte sager, som kan være udtryk for patienternes ambivalens.

## Skema 1

## Antal sager

	2007	Procent	2008	Procent
Antal indkomne sager i kalenderåret	363	100	436	100
+ Antal sager, modtaget ej behandlet i foregående kalenderår	6	2	8	2
- Antal tilbagekaldte sager	39	11	49	11
- Antal afviste sager	12	3	7	2
- Antal sager modtaget, men ej behandlet i kalenderåret	8	2	6	1
<b>Antal sager med realitetsafgørelse</b>	<b>310</b>	<b>85</b>	<b>382</b>	<b>88</b>

## Skema 2

## Sagernes fordeling i 2007 og 2008 på de psykiatriske centre

	Sager i alt		Tilbagekaldte/afviste		Realitetsbehandlede	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Amager	64	66	5	3	59	63
Ballerup	6	7	0	0	6	7
Bispebjerg						
- voksen	57	68	8	11	49	57
- ungdom	10	5	0	0	10	5
Bornholm	3	2	0	0	3	2
Frederiksberg	30	29	8	3	22	26
Gentofte	29	50	4	4	25	46
Glostrup						
- voksen	25	25	6	1	19	24
- ungdom	4	2	1	1	3	1
- retspsyk	3	5	1	1	2	4
Hvidovre	46	66	7	14	39	52
Nordsjælland	44	59	5	7	39	52
Rigshospitalet	40	55	6	11	34	44
<b>I alt</b>	<b>361</b>	<b>439</b>	<b>51</b>	<b>56</b>	<b>310</b>	<b>383</b>

Det bemærkes, at tallene fra 2007 og 2008 ikke umiddelbart kan sammenlignes, idet de psykiatriske centres optageområde er ændret to gange i løbet af 2008.

## Skema 3

## Ændringer i optageområder pr. 1. februar 2008

Patientens bopælskommune eller bydel	Betjent tidligere af	Betjenes fra 01-02-08 af
Christianshavn (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Amager	Psykiatrisk Center Rigshospitalet
Vanløse (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Hvidovre	Psykiatrisk Center Frederiksberg
Hvidovre Kommune	Psykiatrisk Center Glostrup	Psykiatrisk Center Hvidovre

## Skema 4

## Ændringer i optageområder pr. 1. oktober 2008

Patientens bopælskommune eller bydel	Betjent tidligere af	Betjenes fra 01-10-08 af
--------------------------------------	----------------------	--------------------------

Ydre Østerbro * (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Bispebjerg	Psykiatrisk Center Rigshospitalet
Indre Nørrebro (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Rigshospitalet	Psykiatrisk Center Bispebjerg

\* Borgere i Ryvang Øst vil i 2008 blive betjent af Psykiatrisk Center Rigshospitalet

## Skema 5

## Antal af sager i nævnet de seneste fire år

2005	2006	2007	2008
361	308	310	382

### 3. 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, hvor klagen er tillagt opsættende virkning, skal nævnet træffe afgørelse inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid har i 2008 været 7 dage. Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af sagsstyringsprogrammet, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor sekretariatet modtager klagen, og indtil sekretariatet afsender afgørelsen til patienten. I sagsbehandlingstiden indgår således også lørdage samt søn- og helligdage.

## Skema 6

## Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste to år

2007	2008
12	7

Der gives én afgørelseskode pr. indgreb. Det betyder, at en sag med mange koder (sager som typisk tager længere tid at behandle) kommer til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativ retning. Eksempelvis har nævnet haft én sag med 62 bæltefikseringer og fastholdelser. Det er oplagt, at en sådan sag har en forholdsvis lang sagsbehandlingstid. Resultatet er, at denne ene sag tæller 62 gange den lange sagsbehandlingstid. Nævnet anser denne opgørelsesmetode for skæv, idet den pågældende patient ikke oplever, at denne sag har en eksorbitant lang sagsbehandlingstid – men det er sådan sagen tæller i den anvendte opgørelsesmetode.

Dertil kommer, at Statsforvaltningen Hovedstaden fra ministeren har fået delegeret klagesagsbehandling af klager over tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser i sager i Grønland og på Færøerne, hvor sagsbehandlingstiden i sagens natur er væsentlig længere end 14 dage – allerede fordi patienten altid får 14 dage til at afgive hørings svar. På grund af den elektroniske beregning af sagsbehandlingstiderne er sagsbehandlingstiden for disse sager ikke udskilt og tæller derfor negativt med i sagsbehandlingstiden fra Statsforvaltningen Hovedstaden.

#### 4. Antallet af møder, mødested m.v.

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden afholder møde fire gange hver uge:

- om mandagen på : Psyk. Center Nordsjælland (Frederikssund, Hillerød og Helsingør)
- om tirsdagen på : Psyk. Center Hvidovre og Amager  
: Psyk. Center Bornholm (efter behov)
- om onsdagen på : Psyk. Center Glostrup (voksne, unge og rets), Ballerup, Gentofte og Frederiksberg
- om torsdagen på : Psyk. Center Bispebjerg (voksne og unge) og Psyk. Center Rigshospitalet

De psykiatriske centre har faste tidsfrister for fremsendelse af mødemateriale til sekretariatet som følger:

- til mandagsmøderne : senest kl. 11.00 tirsdagen før
- til tirsdagsmøderne : senest kl. 11.00 onsdagen før
- til onsdagsmøderne : senest kl. 11.00 torsdagen før
- til torsdagsmøderne : senest kl. 11.00 fredagen før

Når mødematerialet bliver fremsendt fra de psykiatriske centre til sekretariatet på de anførte dage, udsendes klage med bilag og mødeindkaldelse samme dag til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt de relevante psykiatriske centre med henblik på, at centret sørger for videregivelse til patienten og lægerne. Samtidig orienteres nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne pr. mail om mødetidspunktet.

Hvis Post Danmark opfylder sin forpligtelse til brevudbringelse dagen efter afsendelse, betyder det, at der altid er 5 dage fra modtagelse af mødematerialet til nævnsmødet finder sted. Dette skulle give både nævnsmedlemmer og patientrådgivere tid til at sætte sig grundigt ind i sagen – samtidig med at der også tidsmæssigt er mulighed for, at patientrådgivere kan aflægge besøg hos patienten inden nævnsmødet.

Alle møder i 2008 er blevet afholdt på de psykiatriske centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske center. Det hænder dog ret ofte, at patienter, især fra de intensive afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres situation. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere hospitaler, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen.

Patientklagenævnet har i 2008 afholdt 177 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste fire år.

#### Skema 7

#### Samlet antal møder i de seneste fire år

2005	2006	2007	2008
172	165	158	177



Antal møder	2007	2008
Mandage: Psykiatrisk Center Nordsjælland	24	34
Tirsdage: De Psykiatriske Centre Hvidovre og Amager	47	50
Onsdage: De Psykiatriske Centre Ballerup, Frederiksberg, Gentofte og Glostrup	40	45
Torsdage: Psykiatrisk Center Bispebjerg og Rigshospitalet	44	46
Tirsdage: Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	3	2
<b>Møder i alt</b>	<b>158</b>	<b>177</b>

### 5. Deltagelse i Patientklagenævnets møder af læger, patienter og patientrådgivere (bistandsværger)

I nævnets afgørelser er eksplicit anført, hvorvidt der har deltaget læge, patient og patientrådgiver/bistandsværge i behandlingen af en sag på nævnsrådet. Hvis en patientrådgiver/bistandsværge ikke har deltaget i mødet, er det tillige i afgørelsen anført, hvorvidt der er meddelt afbud, eller om der er tale om en udeblivelse uden afbud.

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. Eksempelvis har patienterne i 2008 deltaget i 331 sager ud af de i alt 382 sager, der har været realitetsbehandlet i nævnet, hvilket giver en fremmødeprocent på 87 %. På samme måde er udregnet mødedeltagelsesprocenten for patientrådgiverne på i alt 92 %.

## 5a. Læger

I 2008 har der som i tidligere år været lægelig deltagelse ved stort set alle møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Der er dog to grupper af tilfælde, hvor lægerne ikke har givet møde. I den ene gruppe var lægerne på kursus eller fraværende på grund af sygdom. Den anden gruppe angik den situation, hvor en patient efter at være overflyttet til et andet psykiatrisk center i regionen, klagede over et tvangsindgreb foretaget på det første center, hvor patienten tidligere var indlagt. I disse tilfælde er reglen, at mødet afholdes, hvor patient befinder sig, og sundhedspersonalet fra det første center forudsættes således at give møde på det center, hvor patienten nu er indlagt. Det er imidlertid ikke altid lykkedes at formå lægerne på det første center til at møde op på det center, hvor patienten aktuelt er indlagt.

Skema 9

Mødedeltagelse for læger

	Deltaget		Ikke deltaget		Deltagelsesprocent	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Amager	59	63	0	0	100	100
Ballerup	6	7	0	0	100	100
Bispebjerg						
- voksen	47	54	2	3	96	95
- ungdom	10	5	0	0	100	100
Bornholm	2	2	1	0	67	100
Frederiksberg	22	26	0	0	100	100
Gentofte	25	46	0	0	100	100
Glostrup						
- voksen	19	23	0	1	100	96
- ungdom	3	1	0	0	100	100
- retspsyk	2	4	0	0	100	100
Hvidovre	39	51	0	0	100	100
Nordsjælland	39	51	0	1	100	98
Rigshospitalet	34	43	0	1	100	98
<b>I alt</b>	<b>307</b>	<b>376</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>99</b>	<b>98</b>

## 5b. Patienter

Patienterne deltog i 2008 i 331 af de 382 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 87 % ( i 2007 var deltagelsesprocenten på 84 % og i 2006 på 91 % ). Patienterne er i alle sager blevet indkaldt til at deltage i mødet.

Skema 10

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget		Ikke deltaget		Deltagelsesprocent	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Amager	46	51	13	12	78	81
Ballerup	5	6	1	1	83	86
Bispebjerg						
- voksen	40	53	9	4	82	93
- ungdom	9	4	1	1	90	80
Bornholm	2	1	1	1	67	50
Frederiksberg	18	21	4	5	82	81
Gentofte	23	45	2	1	92	98
Glostrup						
- voksen	15	21	4	3	79	88
- ungdom	2	1	1	0	67	100
- retspsyk	2	4	1	0	67	100
Hvidovre	34	41	5	10	87	80
Nordsjælland	37	48	2	4	95	92
Rigshospitalet	27	35	6	9	82	80
<b>I alt</b>	<b>260</b>	<b>331</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>84</b>	<b>87</b>

## 5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne

De 13 psykiatriske centre har tilknyttet i alt 64 patientrådgivere, som fordeler sig således:

Psykiatrisk Center Amager	:	6
Psykiatrisk Center Ballerup	:	4
Psykiatrisk Center Bispebjerg	:	10
Psykiatrisk Center Bornholm	:	6
Psykiatrisk Center Frederiksberg	:	5
Psykiatrisk Center Gentofte	:	5
Psykiatrisk Center Glostrup	:	6
Psykiatrisk Center Hvidovre	:	5
Psykiatrisk Center Nordsjælland	:	13
Psykiatrisk Center Rigshospitalet	:	4

Der er ikke i lovgivningen regler om, hvor mange patientrådgivere der skal være tilknyttet et psykiatrisk center. Efter sekretariatets opfattelse må 5 patientrådgivere som udgangspunkt betragtes som det minimale antal pr. psykiatrisk center, medmindre patientrådgiverne mener at kunne løfte opgaven med færre patientrådgivere, og det psykiatriske center ikke fremkommer med bemærkninger herimod.

I efterfølgende tabel er anført antallet af sager på hvert psykiatrisk center, som patientrådgiverne henholdsvis har deltaget/ikke har deltaget i.

Skema 11

Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Amager	37	53	57	10	6	6	79	90	90
Ballerup	3	5	6	2	1	1	60	83	86
Bispebjerg	44			6			88		
- voksen		44	53		5	4		90	93
- ungdom		10	4		0	1		100	80
Bornholm	5	3	2	3	0	0	63	100	100
Frederiksberg	20	22	26	3	0	0	87	100	100
Gentofte	21	24	41	1	1	5	95	96	89
Glostrup									
- voksen	19	18	22	0	1	2	100	95	92
- ungdom	2	3	1	0	0	0	100	100	100
- retspsyk	2	2	3	2	0	1	50	100	75
Hvidovre	40	34	49	2	5	2	95	87	96
Nordsjælland	40	33	44	18	6	8	69	85	85
Rigshospitalet	26	27	43	2	7	1	93	79	98
<b>I alt</b>	<b>259</b>	<b>278</b>	<b>351</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>84</b>	<b>90</b>	<b>92</b>

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved alle 13 psykiatriske centre tilsammen været en pæn og stigende fremmødeprocent i perioden 2006-2008. En gennemsnitlig mødeprocent på omkring 85 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.

Med hensyn til 2008 kan det med glæde noteres, at der fra 2006 er sket en stigning på ikke mindre end 8 point. Særlig bemærkelsesværdigt er det endvidere, at alle de 8 store psykiatriske centre bortset fra Gentofte og Nordsjælland har haft en fremmødeprocent på 90 eller derover.

Samtidig har nævnet med stor tilfredshed kunnet konstatere en væsentlig fremgang i fremmødeprocenten på Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Derimod må det desværre konstateres, at der for patientrådgiverne på Psykiatrisk Center Gentofte er sket et fald i fremmødeprocenten.

Men alt i alt er en fremmødeprocent på 92 absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over.

Sekretariatet har 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 psykiatriske centre. Dette vil eventuelt blive suppleret med særlige undersøgelser og initiativer.
2. Halvårligt at synliggøre problemstillingen ved at udsende statistikker til patientrådgiverne over fremmøde-procenterne.
3. Løbende at synliggøre problemstillingen ved i hver enkelt nævnsafgørelse at omtale, hvorvidt patientrådgiveren har været tilstede.
4. Hurtig udmelding til patientrådgiverne pr. mail om antal sager til det kommende nævnsmøde. Patientrådgiverne får således 6 dage før nævnsmødets afholdelse oplyst det præcise mødetidspunkt – hvilket skulle være med til at lette patientrådgivernes mulighed for at tilrettelægge deres arbejde.

## **6. Afgørelsens udfald og omgørelsesprocent**

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

Nedenstående tabel viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i 2007 og 2008 har været påklaget til Patientklagenævnet. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser.

I tabellen indgår alene realitetsbehandlede klager. Af tabellen fremgår ikke eventuelle bemærkninger eller påtale i forbindelse med et påklaget tvangsindgreb samt klager, der er tilbagekaldt inden eller under mødet, og afvisning af sager, hvor det på mødet konstateres, at den pågældende foranstaltning ikke er sket ved tvang, f.eks. hvor det viser sig, at patienten tager medicinen frivilligt eller opholder sig frivilligt på afdelingen.

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

## Skema 12

### Afgørelsernes udfald

	Antal afgørelser		Antal godkendelser	
	2007	2008	2007	2008
Tvangsindlæggelse	95	97	88	91
Tvangstilbageholdelse	180	238	163	223
Tilbageførsel	0	1	0	1
Tvangsfiksering	114	100	90	85
Beskyttelsesfiksering	2	3	1	3
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	134	137	108	112
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	0
Fysisk magtanvendelse	73	55	62	52
Beroligende medicin	67	107	66	101
Andet, f.eks. skærmning	4	4	3	4
<b>I alt</b>	<b>669*</b>	<b>742**</b>	<b>581</b>	<b>672</b>

\* heraf er 27 flertalsafgørelser (4 %)

\*\* heraf er 32 flertalsafgørelser (4 %)

## Skema 13

### Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

	Antal tilsidesættelser		Omgørelsesprocent	
	2007	2008	2007	2008
Tvangsindlæggelse	7	6	7	7
Tvangstilbageholdelse	17	15	9	6
Tilbageførsel	0	0	0	0
Tvangsfiksering	24	15	21	15
Beskyttelsesfiksering	1	0	50	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	26	25	19	18
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	0
Fysisk magtanvendelse	11	3	15	5
Beroligende medicin	1	6	1	6
Andet, f.eks. skærmning	1	0	25	0
<b>I alt</b>	<b>88</b>	<b>70</b>	<b>13</b>	<b>9</b>

Det kan oplyses, at omgørelsesprocenterne i 2005 og 2006 var hhv. 9 % og 8 %.

## 7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Lovændringen den 1. januar 2007 betød, at klager over Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering ikke som tidligere skulle påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, men til byretten. Bestemmelsen om klage over Patientklagenævnets afgørelse om aflåsning af dør i afdelingen skal ligeledes indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43a.

Dette indebærer, at Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen kan indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1 sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk magt, personlig alarm, pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan påklages til Sundhedsvæsenets patientklagenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2008 blev 81 af nævnets afgørelser indbragt for domstolene og 82 for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ankeprocenten i 2008 var 23 % sammenlignet med 2007, hvor den var 33 %. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

### Skema 14

### Klager over Patientklagenævnets afgørelser

	2007			2008		
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsindlæggelse	95	21	22	97	17	18
Tvangstilbageholdelse	180	35	19	238	38	16
Tvangsfiksering	114	62	54	100	26	31
Tvangsbehandling	134	23	17	137	29	21
Fysisk magtanvendelse	73	70	96	55	45	82
Beroligende medicin	67	8	12	107	6	6
Personlig skærmning	4	1	25	4	2	50
Andet	2	0	0	4	0	0
<b>I alt</b>	<b>669</b>	<b>220</b>	<b>33</b>	<b>742</b>	<b>163</b>	<b>22</b>

### 7a. Anke til domstolene

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, bæltefiksering samt aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2008 har domstolene stadfæstet 31 af nævnets afgørelser. Ingen afgørelser er blevet tilsidesat. I 7 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 43 afgørelser har

nævnet endnu ikke modtaget rettens afgørelse. Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de sidste to år:

#### Skema 15

#### Anke til domstolene

	2007	2008
Stadfæstet	95	31
Tilsidesat	0	0
Frafaldet af patient	10	7

#### 7b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan af patienten eller hospitalerne påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I 2008 har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn stadfæstet 13 af nævnets afgørelser. To afgørelser er blevet tilsidesat. Endelig er 67 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det bemærkes, at én af de resterende sager vedrørende fysisk magtanvendelse indeholder næsten 43 af de resterende 67 afgørelser.

Nedenfor er vist udfaldet af klagesager i de seneste år:

#### Skema 16

#### Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

	2007	2008
Stadfæstet	20	13
Tilsidesat	1	2
Frafaldet af patient	2	0

#### 8. Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt

I årets løb har både Psykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet afholdt patientrådgivermøder med deltagelse af repræsentanter for Patientklagenævnet. Patientrådgiverne har her haft lejlighed til at drøfte spørgsmål med både centret og nævnet, ligesom der har været en almindelig informationsudveksling. Nævnet skal opfordre de øvrige psykiatriske centre til at indkalde til patientrådgivermøder. Der er altid forhold, der til fælles gavn kan løses i dette forum.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er ved delegation beføjet til på skriftligt grundlag at træffe afgørelser i klagesager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse fra Grønland og Færøerne. I 2008 har nævnet truffet afgørelser i tre sager fra Grønland, hvor to tvangsindlæggelser og to tvangstilbageholdelser blev godkendt. Nævnet har endvidere afvist en sag fra Grønland. I de to af sagerne, der begge indeholdt både en tvangsindlæggelse og en tvangstilbageholdelse, godkendte nævnet disse tvangsforanstaltninger. Den tredje sag fra Grønland blev afvist, fordi indlæggelsen var sket på frivilligt grundlag.



## AFSNIT II: PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER

### 1. Langvarige tvangsfikseringer

I bemærkningerne til lovforslaget, der pr. 1. januar 2007 ændrede psykiatriloven, er anført en række bemærkninger om langvarige tvangsfikseringer.

Det anføres, at regeringen ikke finder, at der bør indsættes en absolut tidsgrænse for varigheden af tvangsfikseringer. Med henblik på at sikre en høj kvalitet i tvangsanvendelsen og en begrænsning i fikseringernes udstrækning foreslog regeringen i stedet, at der blev fastsat klare og ensartede regler for mindstehyppigheden af fornyet lægeligt tilsyn og i den forbindelse for en stillingtagen til ophør eller fortsat fiksering.

Sundhedsstyrelsen havde anbefalet, at det lægelige tilsyn blev skærpet til mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt. Hensigten var, at det systematisk øgede lægetilsyn skulle skærpe lægens opmærksomhed i relation til, om tvangsfikseringen skulle oprettholdes eller om mulige alternativer hertil. Det overordnede formål var at tvangsfikseringerne ikke måtte udstrækkes længere end højst nødvendigt.

Lovforslagets bemærkninger giver ikke noget svar på, hvad man fra lovgivers side opfatter som en "langvarig tvangsfiksering". Der kan nok heller ikke her gives en bestemt tidsgrænse for, hvad man skal anse som en "langvarig tvangsfiksering". Dette er ikke uforeneligt med, at det kan være formålstjenligt at fremkomme med nogle fortolkningsbidrag til indkredsning af, hvad der kan ligge i dette begreb.

Det siger vist uden videre sig selv, at en tvangsfiksering, der eksempelvis varer 4 dage, må anses som en langvarig tvangsfiksering. Men spørgsmålet er, om ikke også en tvangsfiksering, der varer kortere end fire dage, må betegnes som en "langvarig tvangsfiksering".

Her kan først peges på, at en tvangsfiksering, der udstrækkes ud over nogle få timer, må anses at udgøre en frihedsberøvelse, der kræver, at betingelserne for tvangstilbageholdelse skal være opfyldt. Dette er angivet i tidligere lovbemærkninger og fulgt op af retspraksis på området. De nye regler om systematisk lægeligt tilsyn mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, må direkte eller i hvert fald indirekte siges at angive noget om, at en tidsperiode på omkring 6 timer er tilstrækkelig til, at der kan være indtrådt nye forhold og derfor forpligter til ny revurdering. De seks timer anses i denne sammenhæng for (tilstrækkelig) lang tid.

I lyset af ovennævnte fortolkningsbidrag vil det ikke være urimeligt at konkludere, at tvangsfikseringer, der udstrækkes mere end nogle få timer, må betegnes som "langvarige tvangsfikseringer".

Selvom Europarådets Torturkomites udtalelser ikke har nogen direkte retsvirkning i Danmark, er torturkomiteens udsagn tidligere indgået med vægt i udformningen af de danske regler om bl.a. obligatorisk patientrådgiverbeskikkelse ved tvangsfiksering og indførelse af skærpningsbestemmelsen. I den kontekst kan der peges på Europarådets Torturkomites seneste rapport, hvor det er anført, at varigheden af eksempelvis tvangsfiksering ( application of means of mechanical restraint ) skal være den kortest

mulige (normalt minutter eller få timer) (should be for the shortest possible time (usually minutes or a few hours)).

Det er vigtigt, at man også på de psykiatriske centre anvender denne optik på tvangsfikseringernes længde. Ellers vil der ikke være den store effekt af ønsket om at reducere længden af tvangsfikseringerne. Samtidig har denne indfaldsvinkel betydning i forhold til vurderingen af, hvorvidt en tvangsfiksering skal opretholdes. Når det tilkendegives, at tvangsfikseringer af nogle få timers længde må anses som en "langvarig tvangsfiksering", er det samtidigt klart, at en tvangsfiksering kun kan opretholdes, hvis betingelserne for iværksættelse af tvangsfikseringen fortsat er tilstede. Men det er ikke sådan - i alle tilfælde - at reglerne praktiseres i dag.

Patientklagenævnet er ofte ude for, at en tvangsfiksering opretholdes under henvisning til, at "patienten ikke tager afstand fra den adfærd eller de udsagn, der førte til tvangsfikseringen". Der er her tale om et selvopfundet begreb, der ikke har hjemmel i psykiatriloven.

Det samme gælder, når tvangsfikseringen i andre tilfælde opretholdes med henvisning til, "at der ikke kan indgås aftaler med patienten".

I lyset af ovennævnte bemærkninger er Patientklagenævnet ved at stramme op på vurderingen af, hvornår det er acceptabelt at forlænge en igangværende tvangsfiksering. Svaret er for så vidt enkelt. En forlængelse af en tvangsfiksering kan kun godkendes, hvis betingelserne i psykiatrilovens § 14 stk. 2 fortsat er opfyldt, og det skal vel at mærke dokumenteres i journalen.

Når Europarådets Torturkomite således anmoder den danske regering om hurtigt at genoverveje lovgivningen på området, er der ingen tvivl om, at man langt hen af vejen kan opnå meget ved blot et stramme op på den givne praksis.

Det er Patientklagenævnets opfattelse, at tvangsfikseringer næppe kan afskaffes, men der kan i hvert fald arbejdes hen imod en situation, hvor man kan sige, at udstrækningen i højere grad er dokumenteret og dermed berettiget ifølge psykiatriloven.

Når dette kombineres med en opstramning i betingelserne for at iværksætte en tvangsfiksering, vil der være tale om en klargøring og præcisering af området.

Der tænkes i den forbindelse på, at Patientklagenævnet er i færd med at stramme op på, hvad nævnet vil acceptere som begrundelse for at godkende iværksættelsen af en tvangsfiksering.

Formuleringer som at patienten var "ophidset", "truende," "latent farlig," "vred og opkørt" er udtryk for det psykiatriske centers vurderinger, som kan være rigtige, men nævnet har bare ikke mulighed for at vurdere, om nævnet er enig, medmindre præmisserne for vurderingerne oplyses. Hvis nævnet skal kunne godkende det psykiatriske centers vurderinger, skal centret oplyse, på hvilken måde patienten var ophidset, truende, latent farlig eller vred og opkørt. Hvis det psykiatriske center ikke løfter denne bevisbyrde, kan nævnet ikke godkende tvangsindgrebet.

Ovennævnte stramninger af praksis vil efter nævnets vurdering hæve niveauet for dokumentation af tvangsfikseringer og give større mulighed for at vurdere indgrebet på

saglig vis og vil langt hen af vejen imødekomme den kritik, som er fremsat fra Europarådets Torturkomites side, uden at man går på kompromis med det danske flerstrengede system, hvor tvangsindgrebet – hvad enten det drejer sig om skærmning, fastholdelse, beroligende medicin, og tvangsfiksering o.l. – bestemmes af den konkrete situation, og uden at man meget snævert koncentrerer sig om ulemperne ved ét bestemt tvangsindgreb. Tvangsfiksering er således kun ét af flere tvangsindgreb, men kan i bestemte situationer meget vel være det bedst egnede.

## **2. 48-timers-revurderingen**

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden vil ud fra de indvundne erfaringer med hensyn til 48-timers-reglen gerne komme med nogle bemærkninger herom.

I lovbemærkningerne er det anført, at Sundhedsstyrelsen anbefalede, at der skete en særlig prøvelse af beslutningen om tvangsfiksering, hvis denne udstrækkes i mere end 48 timer. Prøvelsen skal foretages af en læge, som ikke er ansat på det psykiatriske afsnit, hvor indgrebet fandt sted, og som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge. Hermed skulle der sikres en uvildighed i relation til vurderingen af behovet for indgrebets eventuelle fortsatte opretholdelse. Det hedder videre i bemærkningerne, at der i vurderingen kan inddrages aspekter, som ligger ud over den helt snævre vurdering af patienten, herunder af forhold i afdelingen, som patienten oplever som uhensigtsmæssige, arbejdstilrettelæggelsen m.v.

Patientklagenævnet har i sin årsberetning fra 2007 gjort opmærksom på, at den eksterne læge heller ikke bør være overordnet læge.

Med hensyn til de sideordnede læger findes der inden for Region Hovedstaden flere meget store psykiatriske centre, der er opdelt i flere sideordnede voksenafsnit. Forholdet er nærmere det, at to sideordnede overlæger ved ferie, sygdom og kursusfravær fungerer i hinandens stillinger, og at det er de samme to overlæger, der også fungerer som eksterne 48-timers læger i hinandens afdelinger. Ordningen lever op til lovens krav, idet der er tale om forskellige "afsnit". Men man kunne rejse spørgsmålet, om der kunne være et habilitetsproblem, når to sideordnede læger skal kontrollere hinanden i sager af så indgribende karakter.

Det må anses som et politisk spørgsmål om 48-timers-vurderingen også skal "gentages" på et senere tidspunkt. Men retssikkerhedsmæssige synspunkter ville i hvert fald ikke tale imod. Tværtimod. Der kan ud fra nævnets erfaring være anledning til at spørge, hvorfor patienter, der bæltefikseres i mere end 48 timer, skal afskæres fra en opfølgning på den nyvundne retssikkerhed, når et indgrebs intensitet må siges at øges væsentligt ved forlængelser ud over 48 timer.

### 3. Patientklagenævnets kompetence i sager om tvangsbehandling

Patientklagenævnets kompetence er fastlagt i § 14 i bekendtgørelse om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævn (bekendtgørelse nr. 1496 af 14. december 2006) jf. psykiatriloven § 12, stk. 2. Patientklagenævnets afgørelser kan herefter gå ud på, at et tvangsindgreb godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette. Ved klage over beslutning om tvangsbehandling kan nævnet godkende eller tilsidesætte beslutningen. Dette gælder også, hvis klagen angår det præparat eller den dosering, der er angivet i beslutningen. Det Psykiatriske Patientklagenævn kan således ikke anwise et andet præparat eller dosering.

Ved afgørelsen af alle klager over tvangsindgreb, herunder klager over tvangsbehandling, skal Patientklagenævnet vurdere, om det anvendte tvangsmiddel har været det mindst indgribende tvangsmæssige middel, jf. lovens § 4 om "det mindste middels princip".

I konkrete sager har nævnet på baggrund af en konkret fortolkning af den tillagte kompetence godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling, men har begrænset dosis. Dette har normalt drejet sig om tilfælde, hvor overlægens beslutning ikke har været i overensstemmelse med anbefalingerne i medicin håndbogen. Begrænsningen er i disse tilfælde sket ud fra anbefalingerne i medicin håndbogen, og jf. § 4, stk. 3 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006, hvorefter ordinationen skal følge de retningslinier, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen. Nævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at Lægemiddelstyrelsens godkendelse af et lægemiddel sker ud fra en afvejning af, om virkningen er større end bivirkningerne. Dette indebærer, at det er vigtigt, at den maksimale dosis som altovervejende hovedregel ikke må overskrides.

Når nævnet i konkrete sager har valgt at godkende "det mindre i det mere" er dette sket ud fra en konkret afvejning og som helt afgørende hovedhensyn ud fra patientens behandlingsbehov. Såfremt Patientklagenævnet i disse tilfælde havde fulgt forretningsordenens ordlyd, ville dette kunne have indebåret, at nævnet havde tilsidesat beslutningen om tvangsbehandling i sin helhed med deraf følgende ny motivationstid, ny beslutning og ny klage med efterfølgende behandling i nævnet. Nævnet har således efter en konkret vurdering ikke fundet, at denne procedure var i overensstemmelse med et retssikkerhedsprincip og -hensyn over for patienten, og har derfor fortolket forretningsordenens § 14, stk. 2, således, at Patientklagenævnet i disse situationer må kunne vælge "det mindre i det mere" og godkende en beslutning om tvangsbehandling samt valg af præparat, men således at dosis begrænses til den i medicin håndbogen anførte maksimale dosis.

I en konkret sag havde overlægen besluttet en dosisøgning fra 18,75 mg til 25 mg af et depotpræparat – samtidig indeholdt overlægens beslutning en yderligere dosisøgning på op til 50 mg, idet overlægens beslutning også tilkendegav, at dosis kun øges "inden for konventionel dosisområde".

På nævnsmødet blev der alene drøftet en dosisøgning fra 18,75 mg til 25 mg, som patienten havde stærke indvendinger imod. Da nævnet i sin afgørelse alene godkendte stigningen fra 18,75 mg til 25 mg, indbragte overlægen sagen for Sundhedsvæsenets

Patientklagenævn, der anmodede nævnet om bemærkninger til forslag til afgørelse om hjemvisning. Formanden for Patientklagenævnet udtalte i denne anledning følgende:

” Først vil jeg gerne slå fast, at sagen er afgjort konkret. Som det også fremgår af mødereferatet angik drøftelsen på nævnsmødet spørgsmålet om en dosisøgning fra den nuværende dosis på 18,75 mg til 25 mg. Også overlægen argumenterede ud fra den forholdsvis lette dosisøgning fra 18,75 mg til 25 mg jvf. referatet, hvor overlægen henviser til ”den lette dosisøgning”. Patienten var stærkt imod selv denne lette dosisøgning og henviste til konkrete bivirkninger, som patienten tidligere selv havde oplevet efter en dosis på 25 mg. I denne situation valgte nævnet at godkende ”det mindre i det mere”. Herved opnåede man to fordele, dels fik patienten den medicin, som han havde brug for, og dels afskar man ikke en yderligere øgning – men den kunne i givet fald kun gennemføres ved ny motivation for en ny dosisøgning. Patienten opnåede dermed den maksimale retssikkerhed.

Nævnet har således truffet en meget konkret afgørelse, der ikke vil være retningsgivende for nævnets videre praksis, idet nævnet er enig i, at nævnet normalt ikke kan tage stilling til dosis. Men overlægen så sagen som en principiel afgørelse og ønskede derfor en principiel afklaring af nævnets kompetenceområde. Hvis man ser sagen i det lys, er det korrekt at hjemvise sagen. Der skal ikke være tvivl om, at nævnet principielt er enig med overlægen, men det er vigtigt, at der er mulighed for at træffe helt konkrete afgørelser, der følger hospitalets ønske om at behandle patienten, men hvor nævnet vælger ”det mindre i det mere”. Det er det, der er sket i den foreliggende sag.

Sagen skal imidlertid også ses i et mere overordnet perspektiv. Nævnet er tit ude for, at ordinationen går på injektion Zyprexa. I denne situation vælger nævnet at følge hospitalets ordination, men ikke hele vejen, idet nævnet kun godkender injektion Zyprexa i maksimalt 3 dage. Det ville være særdeles uheldigt, om nævnet ud fra et principielt synspunkt helt skulle tilsidesætte den foreliggende ordination med injektion Zyprexa.

Nævnet kan også komme ud for, at ordinationen går ud over maksimumdoseringen efter medicin håndbogen. Her vil nævnet i givet fald være tilbøjelig til at godkende op til den i medicin håndbogen anførte maksimale dosis. En fuldstændig tilsidesættelse kunne have betydelige skadevirkninger.

Nævnet kan også komme ud for, at der ordineres 4 forskellige præparater. I følge praksis accepterer nævnet som udgangspunkt højst to forskellige præparater. Undtagelse gøres eksempelvis, hvis der i ordinationen indgår injektion Zyprexa i maksimalt 3 dage. Skulle nævnet her kun kunne godkende alle 4 præparater eller tilsidesætte alle 4 præparater? Herværende nævn vil igen ud fra tanken om at følge hospitalets indstilling længst muligt og ud fra synsvinklen om ”det mindre i det mere” i nogle situationer kunne nå frem til en godkendelse af kun 2 af præparaterne.

Konklusionen er derfor, at det er vigtigt, at nævnet som det principielle udgangspunkt ikke blander sig i doseringen, men at der kan foreligge konkret omstændigheder, der gør, at der træffes en konkret begrundet afgørelse.

Det skal tilføjes, at anvisning af et andet præparat nok aldrig vil kunne komme på tale. Allerede motivationskravet ville tale herimod.”

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hjemviste afgørelsen under henvisning til § 14 i forretningsordenen og med bemærkning om, at Patientklagenævnets godkendelse ikke var i overensstemmelse med den beslutning om tvangsmedicinering, der var anført i tvangsprotokollen, idet der var anvist en anden dosering. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kommenterede ikke i øvrigt de i Patientklagenævnets udtalelse anførte betragtninger.

Patientklagenævnet kan i den forbindelse henvise til lovkommentaren: Tvang i psykiatrien 1991, side 179, hvor det er anført at:

”Specielt med hensyn til tvangsbehandling bemærkes endvidere, at patientklagenævnets kompetence ikke er begrænset til en efterprøvelse af, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, jf. § 12, stk. 1, og en bedømmelse af den tvang, der i givet fald er anvendt, jf. § 12, stk. 3, 2. pkt. Nævnet er også beføjet til at tage stilling til selve det lægelige indhold af behandlingen, herunder valg af præparat og selve doseringen, jf. § 12, stk. 2, og lovforslagets bemærkninger til § 36”.

Endvidere må henvises til nævnets sammensætning, hvor lovgiver har lagt vægt på, at nævnet også besidder lægelig kompetence.

Den pågældende sag er omtalt neden for under afsnit III, Principielle Afgørelser, Tvangsbehandling.

Sagen har i øvrigt givet anledning til, at nævnet i øjeblikket overvejer at gøre behandlingsgodkendelse afhængig af, at tvangsbehandlingsbeslutningen angiver en eksakt maksimum dosis. I sagen blev maksimum dosis anført som ”inden for konventionel doseringsområde”. Patienten var formentlig ikke opmærksom på, at dette kunne indebære en dosisøgning ikke blot fra 18,75 mg til 25 mg, men til 50 mg. En angivelse af eksPLICIT dosisinterval må siges bedre at leve op til tankegangen bag §3 i bek. 1499 af 14. december 2006, hvorefter tvangsmedicineringen forudsætter, at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

#### 4. Mindste middels princip i sager om tvangsbehandling

Vigtigheden af iagttagelse af "mindste middels princip" i psykiatrilovens § 4 i forbindelse med tvangsmedicinering er bl.a. understreget ved, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort for at forklare patienten behandlingens nødvendighed, medmindre der foreligger en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen vil være til fare for patientens liv eller helbred, og at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Motivationstiden er som minimum 7 – 14 dage, men kan efter en konkret vurdering være både kortere og længere. Hvor der er tale om en mindreårig patient, har Patientklagenævnet været inde på tankegangen om, at motiveringen ikke alene skulle omfatte den mindreårige men også forældremyndighedsindehaveren.

Under afsnit III, Principielle Afgørelser, Tvangsbehandling er bl.a. omtalt to sager vedrørende motivationstid, når en patient er tvangsfikseret. De to sager var også omtalt i årsberetningen for 2007. I begge sager fandt nævnet, at det forhold, at en patient var tvangsfikseret ikke i sig selv kunne medføre, at psykiatrilovens regler om en passende betænkningstid ikke blev iagttaget. Patientklagenævnet tilsidesatte derfor beslutningerne om tvangsbehandling. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har efterfølgende tiltrådt Patientklagenævnet afgørelser.

Med hensyn til dokumentation for at en patient er blevet motiveret for et bestemt præparat, dosis og behandlingsform, har nævnet tidligere fundet det tilstrækkeligt, at begyndelsesdato for motiveringen fremgik af journalen, og at det i journalen i forbindelse med beslutningen var noteret, at patienten fra begyndelsesdato til beslutningsdato var motiveret for den konkrete tvangsbehandling. Foranlediget af en stramning i Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis og af § 8 - indhold i patientjournalen - i bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorer, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), har også Patientklagenævnet strammet praksis for dokumentationskrav i forbindelse med motivering for en tvangsbehandling.

Nævnet finder således, at det er en forudsætning for godkendelse af en tvangsbehandling, at motivationsperioden er dokumenteret enten ved daglige tilførsler i journalen eller ved daglige anførsler på medicinskema eller andet om, at patienten dagligt er tilbudt medicinsk behandling i form af konkret præparat, dosis og behandlingsform. I tilfælde, hvor dette fremgår af en elektronisk journal, som hverken patienten eller Patientklagenævnet har adgang til at se, har nævnet ikke fundet, at psykiatrilovens regel "det mindste middels princip" er iagttaget.

Under afsnit III, Principielle Afgørelser, Tvangsbehandling er omtalt en sag, hvor Patientklagenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da dokumentation for motivation af patienten var noteret i en elektronisk journal, som Patientklagenævnet ikke havde adgang til at se, og som i øvrigt kun kunne udskrives ved systemnedbrud.

Endvidere er betydningen af iagttagelse af "mindste middels princippet" også understreget i forbindelse med behandlingsform i psykiatrilovgivningen. Således fremgår det af § 5 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006, at depotpræparater i videst

muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har fortolket denne bestemmelse restriktivt og udstukket en praksis, hvorefter tvangsmedicinering med depotpræparater som hovedregel kun kan komme på tale i tilfælde, hvor patienten eksempelvis er meget aggressiv eller væsentlig forpint, og hvor daglige injektioner vil være forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse eller kan være særligt angstprovokerende.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns stramme praksis har bl.a. indebåret, at Patientklagenævnet ikke kunne godkende en tvangsbehandling med depotmedicin i tilfælde, hvor en patient, der havde været psykisk syg i mange år med talrige indlæggelser til følge, og hvor patienten tidligere i længerevarende perioder havde været velbehandlet med depotmedicin, men hvor patienten under nuværende indlæggelse ikke beskrives som "væsentlig forpint eller meget aggressiv".

Det Psykiatriske Patientklagenævn tillader sig at stille spørgsmålstegn ved, om det er lovens intention med så streng en praksis. Nævnet er naturligvis enig i, at depotpræparater ikke må være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Nævnet står imidlertid ofte over for patientklager, hvor patienten tidligere har været behandlet med depotmedicin med god effekt, men hvor patienten nu generelt modsætter sig behandling uanset behandlingsform, og hvor patienten ikke kan anses som "væsentlig forpint eller meget aggressiv". Overlægen kan i disse situationer have besluttet tvangsbehandling med depotmedicin – med et over for patienten afprøvet præparat – ud fra sin erfaring med patienten, hvorefter det er overlægens vurdering, at depotmedicin er den behandlingsform, der behandlingsmæssigt er mindst indgribende over for denne patient. Patienten vil således alene skulle have injektioner med 2 ugers interval, og behandling med depotmedicin vil erfaringsmæssigt medføre størst mulig sandsynlighed for, at patienten forbliver i et nødvendigt behandlingsforløb sammenholdt med, at der ved depotbehandling vanligvis opnås en bedre effekt ved lavere dosering – end hvis der er tale om daglige injektioner eller peroral behandling – da medicinkoncentrationen i plasma bliver mere jævnt, og at man formentlig hermed også opnår færre bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har naturligvis ved sine afgørelser lagt sig op af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis. Det Psykiatriske Patientklagenævn kunne tænke sig en mere overordnet diskussion om depotmedicin, hvori indgår de lægelige erfaringer og vurderinger omkring iagttagelsen af "mindste middels principet" set i relation til tvangsbehandling med depotmedicin, herunder spørgsmålet om, hvad der i tilknytning hertil er "retssikkerhed" set ud fra patientens synsvinkel.



## 5. Omfanget af patientrådgiveres arbejdsforpligtelse

Sekretariatet udsendte den 21. november 2008 et brev til patientrådgiverne med følgende indhold:

”Fra patientrådgiverside er der blevet rejst spørgsmål om udstrækningen af patientrådgivernes arbejdsforpligtelse.

Skal en patientrådgiver mødes med patienten, efter at tvangsindgrebet er ophævet, og beskikkelsen dermed er ophørt? Skal en patientrådgiver give møde i Det Psykiatriske Patientklagenævn, efter at beskikkelsen er ophørt? Skal en patientrådgiver følge en patient til møde i retten? Skal patientrådgiveren følge op på de afgørelser, som Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kommer med?

Svaret på ovennævnte spørgsmål kan i et vist omfang læses i psykiatrilovens § 28, der siger, at ” beskikkelsen som patientrådgiver bortfalder samtidig med, at tvangsindgrebet bringes til ophør. Patientrådgiveren bistår dog patienten i forbindelse med klager, som allerede er iværksat , eller som samtidig iværksættes”.

Efter **lovkommentaren** ( side 138-139 ) ”skal en anmodning om klage over et tvangsindgreb, som patienten fremsætter over for patientrådgiveren umiddelbart efter indgrebets ophør, men som først modtages af patientrådgiveren, efter at vedkommende har fået meddelelse om beskikkelsens ophør som følge af tvangsindgrebets ophør, fremmes af patientrådgiveren, når det må antages, at klageanmodningen er fremsat senest i forbindelse med tvangsindgrebets ophør.

I relation til frihedsberøvelse vil det formentlig på den ene side betyde, at patientrådgiveren ikke har pligt til at iværksætte en klage, som f.eks. fremsættes en uge efter at patienten er udskrevet, og meddelelsen herom er givet til patientrådgiveren, og på den anden side, at det vil være naturligt, at patientrådgiveren iværksætter klage, som patienten f.eks. begærer inden for et døgn efter frihedsberøvelsens ophør, men medens indlæggelsen vedvarer som frivillig indlæggelse”.

**Sekretariatets** udlægning er ligeledes en fortolkning af det gældende regelsæt. I denne fortolkning indgår aflønningen som et væsentligt element. Når tvangsindgrebet ophæves, ophører samtidig patientrådgiverens beskikkelse og dermed patientrådgiverens aflønning. Udgangspunktet må derfor være, at patientrådgiverens opgaver ophører samtidig med ophævelse af tvangen og ophøret af beskikkelsen.

Som det fremgår af psykiatrilovens § 28, 2 pkt., bistår patientrådgiveren dog også i forbindelse med klager, som allerede er iværksat eller som samtidig iværksættes. Heri ligger, at patientrådgiveren har pligt til - efter at beskikkelsen er ophørt - at aflægge besøg hos patienten med henblik på drøftelse af udformning af klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Desuden er patientrådgiveren forpligtet til - når klagen kommer til behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn - at give møde sammen med patienten. Det er dog en forudsætning, at patientrådgiverens møde med patienten og patientrådgiverens deltagelse i Det Psykiatriske Patientklagenævn skal ligge i umiddelbar eller i hvert fald middelbar forlængelse af beskikkelsens ophør.

Med hensyn til patientrådgiverens deltagelse i retsmøder er det sekretariatets opfattelse, at patientrådgiverens forpligtelser i forhold til en retssag ophører i og med, at patientrådgiveren eventuelt har været patienten behjælpelig med at udforme en klage til retten. Herefter beskikkes der en advokat for patienten, og det må være advokatens opgave at hjælpe patienten med retssagen. Patientrådgiveren har således ingen forpligtelse til at køre med patienten til retsmødet eller til at overvære retsmødet.

Med hensyn til patientrådgiverens opfølgning på afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er det sekretariatets opfattelse, at patientrådgiveren ikke er forpligtet til at mødes med patienten for at forklare og drøfte Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse med patienten. Det følger allerede af, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse sædvanligvis først vil foreligge mere end et år efter, at der er klaget.

## 6. Vidneindkaldelse af nævnsmedlemmer

En advokat henvendte sig til sekretariatet med spørgsmål om, hvordan sekretariatet ville forholde sig til vidneindkaldelse af nævnsmedlemmer/stedfortrædere.

I en konkret sag havde Det Psykiatriske Patientklagenævns flertal godkendt en tvangsindlæggelse/ tvangstilbageholdelse. Et mindretal ville ikke godkende tvangsindlæggelsen/tvangstilbageholdelsen. Sagen var anket til byretten, og advokaten overvejede på patientens vegne at indkalde det dissentierende mindretal som vidne i retten.

Sekretariatet skrev følgende til advokaten: "Sekretariatet må først og fremmest slå fast, at det er retten der afgør, om retten vil acceptere en sådan vidneførelse. Afgørelsen ligger således hos retten – men sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn vil dog gerne knytte nogle bemærkninger til problemstillingen:

1. Det Psykiatriske Patientklagenævn har pligt til fyldestgørende at begrunde sin afgørelse. Supplerende bemærkninger fra nævnets side burde derfor ikke kunne forekomme. Herefter må en eventuel vidneførelse skønnes at være uden betydning for sagen. Ifgl. rpl. § 341 kan en sådan bevisførelse ikke finde sted.
2. Retssagens parter er patienten og sygehusmyndigheden in casu Region Hovedstadens Psykiatri. Det Psykiatriske Patientklagenævn er således ikke tiltænkt nogen rolle i ankesagen. En eventuel bevisførelse vil være i modstrid hermed. Det bemærkes, at modpartens advokat herefter sandsynligvis som modtræk vil begære den øvrige del af nævnets medlemmer indkaldt som vidne.
3. Højesteret har i en sag fra 1977 (UfR 77.439 HR) afslået en begæring om førelse af sekretær fra huslejenævn som vidne i en højesterets sag. Højesteret fandt ikke, at vidneførelse af nævnssekretæren var et egnet bevismiddel og fandt i øvrigt ikke at nævnet kunne anses for forpligtet til at besvare de stillede spørgsmål.

Dette må så meget desto mere gælde nævnsmedlemmer.

Ifølge Det Psykiatriske Patientklagenævns forretningsorden (bek. 1496 af 14. december 2006) § 12, stk. 3 skal nævnets afgørelse være skriftlig med begrundelse og med angivelse af, om det er et enigt nævn eller et flertal af nævnets medlemmer, der har truffet afgørelsen.

Ifølge den kommenterede psykiatrilov (Tvang i psykiatrien ved Poul Dahl Jensen og Jørgen Poulsen, side 189) skal nævnets afgørelse udfærdiges skriftligt uden angivelse af et eventuelt mindretalsvotum.

Nævnet har imidlertid – med kraftig skelen til landsretsdomme og højesteretsdomme – valgt i sin begrundelse også at medtage mindretalsvota. Det er nævnets vurdering, at dette kunne være af betydning for patienten i sit valg af, om sagen skal ankes eller ej. Derimod var ordningen ikke tiltænkt som en mulighed for at identificere et mindretal med henblik på vidneindkaldelse".

Det bemærkes, at advokatens overvejelser faldt ud til fordel for ikke at indkalde Patientklagenævnets medlemmer som vidner.

## **7. Henvendelse til Region Hovedstadens Psykiatri**

Sekretariatet har gentagne gange på de psykiatriske centre været ude for, at klager er forsvundet, eller i hvert fald er blevet meget forsinkede. Sekretariatet har en tro på, at klare regler om aflevering/modtagelse af klager ville kunne afbøde de fleste af den slags tilfælde.

Da problemstillingen ikke knytter sig til et specifikt psykiatrisk center, henvendte sekretariatet sig den 15. august 2008 til Region Hovedstadens Psykiatri med opfordring til, at der blev udarbejdet fælles regler for patienters og patientrådgiveres aflevering/hospitalernes modtagelse af klager.

Sekretariatet betonedede det vigtige i:

1. at reglerne var så enkle (f.eks. stilet til administrationskontoret) og entydige (f.eks. en bestemt fax el.lign.) som muligt
2. at der blev taget højde for, at klagen kunne afleveres/indsendes:
  - mundtligt
  - overbringes på stedet
  - sendes pr. post/telefax/e-mail
3. at patienten/patientrådgiveren hurtigst muligt fik kvittering for klagens modtagelse
4. at det blev præciseret, at klagemodtagelse skulle noteres i patientens journal, og
5. sidst, men ikke mindst, at der blev etableret en procedure, der sikrede, at klagen kunne ekspederes, også i overlægens fravær.

Sekretariatet udtrykte i henvendelsen håb om, at ovennævnte initiativer kunne blive afsættet til, at der blev udformet regler, der kunne eliminere et ikke uvæsentligt problem.

Region Hovedstadens Psykiatri har i et notat af 25. september 2008 anført, at "eftersom det er forskelligt, hvilken konkret fremgangsmåde, der fungerer bedst for hvert enkelt psykiatrisk center, skal samtlige psykiatriske centre med henblik på at undgå forsinkede og forsvundne klager i fremtiden udarbejde og nedfælde en vejledning for fremgangsmåde ved behandling af klager til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Det opfordres til, at vejledningen er så specifik som muligt, hvad angår, hvem der har ansvar for at videreinformere til hvem og via hvilket medie (telefonisk, telefax, e-mail, brev – gerne med angivelse af numre og adresser), så der ikke er nogen tvivl om, hvad proceduren er; også når der er ferie og ved personaleudskiftning".

## 8. Mundtlig og skriftlig orientering af patienten om den påtænkte tvang

Årsberetning for 2007 indeholdt et afsnit om mundtlig og skriftlig orientering af patienter om den påtænkte tvang. I årsberetningen var bl.a. anført:

”Med den nye psykiatrilov, der trådte i kraft den 1. januar 2007, blev der indført en pligt for det psykiatriske center til både mundtligt og skriftligt at orientere patienten om den påtænkte tvang, jf. psykiatrilovens § 31, stk. 1. Før 1. januar 2007 indeholdt bestemmelsen ingen formkrav. Ændringen til både mundtlig og skriftlig information blev besluttet med henblik på at sikre, at patienten får så god en information som muligt. Underretningen skal som hovedregel ske inden iværksættelsen, jf. dog § 31, stk. 2 vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Underretningen skal orientere om tvangens nærmere indhold, baggrund og formål, og skal således være konkret begrundet.

På baggrund af en orientering fra Statsforvaltningen Hovedstaden til ledelsen på de psykiatriske centre om lovændringen henvendte en ledende overlæge fra et af de psykiatriske centre sig, idet den pågældende overlæge fandt, at § 31's krav om ”inden” tvangsindgrebet iværksættes, indeholdt et etisk problem.

Overlægen anførte, at hvis patienten inden tvangsindgrebet skriftligt skal orienteres om indgrebets nærmere indhold, baggrund og formål, kunne patienten let få den opfattelse, at lægen allerede inden beslutningen havde bestemt sig for at foretage et tvangsindgreb. At lægen således var forudindtaget. Det ville være meget lidt befordrende for en fremtidig behandlingsalliance. Det ville være alt for firkantet, at lægen på denne måde fremkom med en tvangshensigt. Det var simpelthen ikke hensigtsmæssigt at møde patienten på denne måde.

På det pågældende psykiatriske center havde man drøftet flere løsningsmodeller:

1. en afkrydsningsmodel med mulighed for en håndskrevet skriftlig begrundelse,
2. at udbygge journalnotatet, så det opfyldte kravene i § 31.

Selvom løsningsmodel 2 først ville kunne udleveres efter tvangsindgrebet, var det nok den løsning, man ville anvende på dette psykiatriske center.

På den psykiatriske afdeling havde man også drøftet om journalnotatet – i stedet for at blive givet direkte til patienten – kunne udleveres til patientrådgiveren med henblik på, at patientrådgiveren drøftede forholdet med patienten”.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet et orienteringsskema, der både var generelt – i den forstand at skemaet omfattede alle tvangsindgreb, hvor det relevante skulle afkrydses og konkret – i den forstand, at der var plads til angivelse af de konkrete omstændigheder. Imidlertid var Region Hovedstadens Psykiatri ikke helt tilfreds med resultatet. Region Hovedstadens Psykiatri fandt, at ” skemaet var for kompakt og uoverskueligt set fra patientens side. Der er således p.t. nedsat en arbejdsgruppe under ”Komiteen for patientrettigheder og tvang”, der arbejder på at udarbejde flere skemaer i stedet for ét samlet, så patienten får en mere målrettet/konkret/forståelig underretning og information om netop den påtænkte tvang, der skal udøves i den specifikke situation”.

## **9. Tiltaleformen**

Velfærdsministeriet har i 2008 besluttet, at alle afgørelser inden for ministerområdet som alt overvejende hovedregel benytter sig af du-formen.

På nævnsmøderne har Det Psykiatriske Patientklagenævn i langt de overvejende tilfælde benyttet sig af du-formen. Patientklagenævnet ser du-formen i selve afgørelserne som en naturlig forlængelse af denne praksis.

## AFSNIT III: PRINCIPIELLE AFGØRELSER

### 1. Frivillighed i forhold til tvang

Nedenfor er omtalt nogle principielle sager, der skal medvirke til at afklare begreberne frivillighed og tvang og betydningen af, at en foranstaltning er foretaget tvangsmæssigt eller med frivillighed. Problemstillingen er aktualiseret med lovændringen den 1. januar 2007, hvor samtykkebegrebet blev ændret, så det svarer til samtykkereglerne i sundhedsloven jf. psykiatrilovens § 1, stk. 2. Hertil kommer, at det følger af mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4, at patientens samtykke altid bør søges opnået, forud for iværksættelsen af tvang.

**En patient var blevet indlagt efter at være blevet ledsaget af to betjente til psykiatrisk skadestue. Han havde ved ankomsten til skadestuen tilkendegivet, at han var meget interesseret i at blive indlagt. Indlæggelsen måtte herefter anses for frivillig**

Patienten, som led af paranoid skizofreni, havde de seneste år haft flere langvarige indlæggelser på baggrund af medicinsvigt.

Patienten blev indbragt til psykiatrisk skadestue efter at være gået tæt på og været truende over for personalet på den institution, som patienten boede på. Patienten ville efter et par opklarende spørgsmål fra personalet gerne indlægges på den intensive afdeling.

Patienten klagede efterfølgende over tvangsindlæggelsen.

Nævnet fandt på baggrund af ovennævnte, at indlæggelsen var sket frivilligt. Da nævnet alene har kompetence til at tage stilling til indlæggelser, der er sket med tvang, var nævnet afskåret fra at tage stilling til selve indlæggelsen. Nævnet tog således alene stilling til den efterfølgende tvangstilbageholdelse.

Afgørelsen er interessant, fordi der umiddelbart skabes en formodning om, at indlæggelsen sker tvangsmæssigt, når den pågældende patient ledsages til det psykiatriske center af to politibetjente. Men denne formodning afkræftes, når det eksplicit i journalen står anført, at patienten samtykker i indlæggelsen. Patienten tilkendegiver oven i købet at være interesseret i en indlæggelse. Hvis dette ikke havde været klart tilkendegivet i journalen, måtte det anses som tvivlsomt, om indlæggelsen var foregået frivilligt. En tvivl, som det psykiatriske center ville have været forpligtet til at afklare, hvis ikke indlæggelsen skulle anses som tvangsmæssig.

**Fortsat tvangstilbageholdelse efter psykiatrilovens § 5 tilsidesat, idet mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4 tilsagde, at betingelserne ikke længere var opfyldt, når patienten frivilligt ville medvirke til behandling**

Patienten var tvangsindlagt, idet hun i psykotisk tilstand havde frembudt en væsentlig fare for andre ved at smide møbler og genstande ud af vinduet fra sin lejlighed på 3. sal. Patienten havde efter tvangsindlæggelsen forlangt sig udskrevet og var blevet tvangstilbageholdt.

Ved mødet i Patientklagenævnet tilkendegav patienten, at patienten efter en eventuel udskrivelse ville indgå i en behandlingsalliance. Nævnet vurderede i øvrigt, at patienten fremstod vågen, klar og orienteret under mødet.

Nævnet fandt på den baggrund ikke, at der var grundlag for fortsat at tvangstilbageholde patienten, idet behandlingsformålet kunne opnås ved ambulante behandling.

Sagen viser, at frivillighedsvurderingen ikke blot skal foretages i forbindelse med indlæggelsen, men skal indgå i den løbende vurdering af patienten.

**Fortsat tvangstilbageholdelse efter psykiatrilovens § 5 tilsidesat, idet betingelserne efter mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4 ikke længere var opfyldt, da patienten tilkendegav at ville forblive frivilligt indlagt, såfremt tvangen blev ophævet**

En patient var frivilligt indlagt efter at have henvendt sig i psykiatrisk skadestue bevæbnet med en kniv og med en udtalelse om, at han ville slå muslimer ihjel. Han havde efterfølgende begæret sig udskrevet og var blevet tvangstilbageholdt, idet formålet med, at han ville forlade hospitalet, var at tage ind på tandlægehøjskolen, hvor der var mange muslimer.

Patienten havde været stukket af fra hospitalet og var blevet fundet i Kastrup lufthavn, hvor han ville viderebringe informationer om muslimernes komplot.

Nævnet fandt på baggrund af patientens tilkendegivelse på mødet om, at han ville forblive frivilligt indlagt, indgå i en behandlingsalliance og tage medicin i den dosis som lægerne anbefalede, at der ikke længere var grundlag for at tvangstilbageholde ham.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde været i frivillig medicinsk behandling med succes.

Sagen viste, at der selv for livstruende patienter kan være mening i at ophæve en tvangstilbageholdelse, når patienten alligevel vil forblive frivilligt på det psykiatriske center, og ikke mindst fordi en ophævelse af tvangstilbageholdelsen kan være det forhold, der gør, at der kan etableres en frivillig medicinsk behandling.



## 2. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

**En patient kunne ikke tvangstilbageholdes med hjemmel i 24-timers-reglen i psykiatrilovens § 10, stk. 3, umiddelbart efter, at der var modtaget meddelelse om, at Patientklagenævnet havde ophævet frihedsberøvelsen. Dette gjaldt uanset, at patienten i et kort tidsrum havde overvejet muligheden for frivillig indlæggelse. Der var heller ikke hjemmel i psykiatrilovens § 10, stk. 1, jf. § 5, til den skete frihedsberøvelse**

Patientklagenævnet havde ophævet den fortsatte frihedsberøvelse af en patient med henvisning til, at patienten var bedret væsentligt. Patientklagenævnet modtog 8 dage efter en ny klage fra den samme patient, hvoraf det fremgik, at patienten ønskede at klage over den fortsatte tvangstilbageholdelse. Det fremgik af sagens akter, at patienten havde modtaget meddelelse om Patientklagenævnets afgørelse. Overlægen ophævede tvangstilbageholdelsen og indledte umiddelbart efter en drøftelse med patienten om muligheden for frivillig indlæggelse. Patienten havde overvejet muligheden i et par minutter og derefter fremsat en række betingelser, som det psykiatriske center ikke kunne acceptere. Patienten havde på den baggrund fastholdt sit udskrivningsønske, og overlægen havde besluttet at tvangstilbageholde patienten med hjemmel i 24-timers-reglen i psykiatrilovens § 10, stk. 3, og derefter med hjemmel i psykiatrilovens § 10, stk. 1, jf. § 5.

Nævnets formand tog umiddelbart efter, at sagen kom til hans kendskab kontakt til det psykiatriske center og påpegede, at den skete frihedsberøvelse var uretmæssig, og at den straks skulle ophæves, da formanden ellers var nødt til at henlede politiets opmærksomhed på sagen. Det psykiatriske center efterkom dette pålæg, og traf aftale med patienten om fortsat frivillig indlæggelse, der bestod i et par dage, inden patienten på ny begærede sig udskrevet på det efterfølgende møde i Patientklagenævnet, og overlægen foretog en tvangstilbageholdelse med hjemmel i psykiatrilovens § 10, stk. 3, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5.

Nævnet tilsidesatte i sin afgørelse overlægens beslutning om tvangstilbageholdelse, der var foretaget i umiddelbar forlængelse af, at nævnets afgørelse om ophævelse af frihedsberøvelse var meddelt hospitalet. Nævnet fastslog i sin afgørelse, at det var fundamentalt, at der kun er to indgange til et psykiatrisk center: Enten ved frivillighed eller ved tvangsindlæggelse.

Patienten i denne sag var ingen af delene. Patienten befandt sig på det psykiatriske center i tiden umiddelbart efter, at Patientklagenævnets afgørelse om ophævelse af frihedsberøvelsen var meddelt hende. Nævnet fandt, at hverken dette forhold eller det forhold, at hun tog en drøftelse med overlægen vedrørende frivillig indlæggelse, hvorunder hun samtykkede til frivillig indlæggelse i to minutter og umiddelbart efter fremsatte betingelser herfor, kunne karakteriseres som en frivillig indlæggelse.

Nævnet påpegede, at en anvendelse af 24-timers reglen i en situation som den ovennævnte må anses for et brud på patientens retssikkerhed, der ved en tvangsindlæggelse er sikret ved reglerne i psykiatrilovens §§ 6-9 og ved frivillig indlæggelse er sikret ved reglen om informeret samtykke i psykiatrilovens § 1, stk. 2

Nævnet fastslog, at psykiatrilovens § 10, stk. 1 og stk. 3 kun kan anvendes, når en frivilligt indlagt patient fremsætter et udskrivningsønske.

Nævnet oplyste i sin afgørelse patienten om, at hun havde mulighed for at søge erstatning ved domstolene for den uretmæssige frihedsberøvelse. Nævnensformanden gjorde under nævnsmødet det psykiatriske center opmærksom på, at nævnets fortolkning havde været forelagt ministeriet, der havde erklæret sig enig i denne fortolkning. Trods dette fastholdt det psykiatriske center, at centrets fremgangsmåde havde været i overensstemmelse med psykiatriloven. Nævnensformanden så sig på den baggrund nødsaget til at rette henvendelse til Region Hovedstadens Psykiatri for at sikre, at denne fremgangsmåde ikke blev gentaget – hverken på det pågældende psykiatriske center eller på nogle af de øvrige psykiatriske centre i Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens Psykiatri svarede, "at man tog sagen meget alvorligt, og man var underlagt Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, også selvom Region Hovedstadens Psykiatri ikke måtte være enig med nævnet. Region Hovedstadens Psykiatri sluttede af med at tilkendegive, at man vægtede patienternes retssikkerhed højt, hvorfor der er taget skridt til en gennemgang af sagen med alle regionens psykiatriske centre, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævns fortolkning af psykiatrilovens § 10 vil blive indskærpet".

Sagen viser, at det er vigtigt, at også patientrådgiverne er opmærksomme på sager af denne karakter.

**Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse i en sag, hvor en patient i forbindelse med tvangsmedicinering var blevet ført til sin stue og tilbageholdt ved, at dørhåndtaget til stuen blev holdt udefra i en halv time**

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at tilbageholdelsen havde været ulovlig, idet der ikke var hjemmel til den foretagne foranstaltning. Der var tale om et ikke-ubetydeligt tidsrum og, der havde ikke været et medlem af personalet til stede på stuen, hvorfor foranstaltningen måtte anses for at være ligeså indgribende som de tvangsmæssige indgreb, der var reguleret i psykiatriloven.

Overlægen klagede til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse med henvisning til, at foranstaltningen faldt uden for nævnets kompetence, da den ikke var reguleret i psykiatriloven. Bedømmelsen af foranstaltningens lovlighed skulle efter Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse have været foretaget af domstolene.

Ombudsmanden tog sagen op af egen drift, idet der efter ombudsmandens opfattelse var tvivl om, hvorvidt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn havde kompetence til at tage stilling til de lokale nævns kompetence. Ombudsmanden henviste til, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns kompetence var positivt afgrænset i den dagældende psykiatrilovens § 38 og omfattede tvangsfiksering, tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse og beskyttelsesfiksering. De lokale patientklagenævne havde efter den dagældende psykiatrilovs § 35 kompetence til at tage stilling til tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer samt aflåsning af patientstue.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn skrev i sin redegørelse til ombudsmanden, at det var nævnets opfattelse, at nævnet i sager, der ikke angik frihedsberøvelse, havde samme saglige kompetence som de lokale nævn. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn henviste i den forbindelse til forarbejderne til psykiatriloven, hvoraf det fremgik, at nævnet i den nævnte type sager havde samme saglige kompetence som de lokale nævn, og at nævnets rolle var at foretage en samlet vurdering af den anvendte tvang.

Ombudsmanden anførte indledningsvist, at psykiatrilovens § 35 udtømmende gjorde op med de regionale patientklagenævns saglige kompetence, og at retsstillingen var den samme efter ændringen af psykiatriloven. I det omfang en klage faldt uden for nævnenes saglige kompetence, ville den kompetente myndighed almindeligvis være sygehusmyndigheden med klagemulighed til amtet. Ombudsmanden fastslog, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke er tillagt en generel kompetence til at tage stilling til de lokale nævns afgørelser om nævnenes kompetence.

Ombudsmanden fastslog derefter, at bestemmelserne i psykiatrilovens § 18 a og § 18 b om indelåsning af patienter på stuer på sikringen modsætningsvis indebærer, at den nævnte fremgangsmåde på almindelige psykiatriske afdelinger er ulovlig.

Det var ombudsmandens opfattelse, at en ulovlig indespærring på en stue efter omstændighederne kunne udgøre en frihedsberøvelse af patienten, som Det Psykiatriske Patientklagenævn havde saglig kompetence til at tage stilling til. Afgørelsen ville efterfølgende kunne indbringes for domstolene efter de almindelige regler om rekurs af nævnets afgørelser om frihedsberøvelser.

Hvorvidt indgrebet i det konkrete tilfælde havde den nødvendige intensitet til at udgøre en selvstændig frihedsberøvelse, var i sidste instans en domstolsvurdering.

Ombudsmanden fandt således ikke, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn havde været kompetent til at træffe den ovennævnte afgørelse, og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede - på baggrund af ombudsmandens udtalelse i sagen - sin tidligere afgørelse.

### 3. Tvangsfiksering

I 2008 har Patientklagenævnet i forbindelse med klager over tvangsfiksering i flere sager godkendt iværksættelsen af tvangsfikseringen, men tilsidesat den fortsatte tvangsfiksering, da betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 for forlængelse af tvangsfikseringen ikke har været dokumenteret i journalen. Nævnet har strammet op om dokumentationskravene i journalen i forbindelse med stillingtagen til såvel iværksættelsen som udstrækningen af en tvangsfiksering, herunder har nævnet strammet op på, hvad nævnet kan acceptere som begrundelse for iværksættelse af tvangsfiksering og for udstrækningen af tvangsfikseringen. I tilknytning til vurderingen af, hvorvidt udstrækningen af en tvangsfiksering har været berettiget, har nævnet påset, at reglerne i psykiatrilovens § 21, stk. 4 om "fornyset lægelig vurdering mindst 4 gange i døgnnet – jævnt fordelt –" har været overholdt, og at tidspunktet for tilsynet og lægens vurderinger og iagttagelser af patienten er noteret i journalen. Nævnet har i den forbindelse henset til bl.a., at § 21, stk. 4 blev indsat i psykiatriloven med henblik på at skærpe lægens opmærksomhed i forhold til, om tvangsfikseringen skal opretholdes og med det overordnede formål, at en tvangsfiksering ikke må forlænges længere end højst nødvendigt.

Nævnet har i 2008 i forbindelse med klager over tvangsfiksering taget stilling til overholdelsen af prøvelsen som fastsat i psykiatrilovens § 21, stk. 5 om revurdering efter 48 timer.

Ved tvangsfiksering også med hånd- og/eller fodremme har nævnet påset, at overlægens godkendelse forelå, og at der var dokumenteret en særlig begrundelse for ud over bælte også at anvende hånd- og/eller fodremme. Dette indgreb er fundet foretaget med urette i de tilfælde, hvor overlægens godkendelse af hånd- og/eller fodremme ikke foreligger. Ligeledes er indgrebet ikke godkendt, når der ikke i journalen er tilføjet en særlig begrundelse for anvendelsen af hånd- og/eller fodremme.

#### **Iværksættelse af tvangsfiksering er tilsidesat på grund af mangelfuld dokumentation og begrundelse i journalen for indgrebets berettigelse**

I en konkret sag fandt nævnet ikke, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1 i psykiatriloven var opfyldt, da det ikke var tilstrækkeligt dokumenteret og begrundet i journal og lægeerklæring, at patientens tilstand forud for tvangsindgrebet var af en sådan karakter, at det var nødvendigt at afværge, at patienten eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten ikke havde taget sin medicin i de sidste 9 dage fra tidspunktet for beslutningen om tvangsfiksering, og at patienten herefter var blevet tiltagende psykotisk. Patienten blev beskrevet som småtruende over for personalet, udskældende og vredladen. Den pågældende dag var patienten tydeligt paranoidt fortolkende omkring den medicinske behandling. Patienten ønskede antipsykotisk medicin, der kunne smøres på tænderne, var vredladen, truende og ville ikke tale med lægen eller sin kontaktperson. Patienten forlod lokalet og smækkede døren med foden. Patienten ville endvidere ikke acceptere frivillig overflytning til intensiv afdeling, men begyndte at diskutere. Accepterede dog beroligende medicin.

Nævnet fandt ikke, at det i journalen var beskrevet, at patientens trusler eller adfærd i den pågældende situation udgjorde en sådan aktuell og påviselig fare, at det kunne befrygtes, at patienten udsatte sig selv eller personalet for at lide skade på legeme eller helbred, og fandt derfor ikke, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, for tvangsfiksering var opfyldt.

I en anden sag kunne nævnet heller ikke godkende en tvangsfiksering, da det ikke på overbevisende og fyldestgørende måde i journalen var godtgjort, at betingelserne for tvangsfiksering i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, var opfyldt.

Nævnet lagde vægt på, at det i journalen alene var beskrevet, at patienten var højtråbende, udkældende, tiltagende opkørt og forpint. Patienten kastede sig fra side til side og skreg.

Nævnet fandt ikke, at denne beskrivelse kunne dokumentere kravet om, at der skal være tale om en nærliggende fare for patienten selv eller andre, og at faren skal være konkret, aktuell og påviselig. Det forhold, at det i journalen var anført, at patienten "gjorde udfald" mod overlægen, læste nævnet ud fra konteksten som et verbalt udfald i form af beskyldninger om at være nazist og fascist. Nævnet påpegede i den forbindelse, at såfremt der havde været tale om et fysisk udfald, burde dette have været præciseret og detaljeret i betydelig grad.

Afgørelsen blev truffet af et flertal af nævnets medlemmer.

I en tredje sag, hvor iværksættelsen af tvangsfikseringen ikke blev godkendt, begrundedes dette med, at det af lægeerklæringen alene fremgik, at patienten havde "udvist truende adfærd" - uden at dette var konkretiseret. Endvidere lagde nævnet vægt på, at det af journalen alene fremgik, at patienten "bliver anspændt og opleves som latent aggressiv", og at "der er overhængende risiko for, at patienten bliver fysisk farlig for de andre patienter" - uden at disse udsagn var konkretiseret.

På denne baggrund kunne Patientklagenævnet ikke anse det for godtgjort, at betingelserne for tvangsfiksering efter psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 var opfyldt.

### **Udstrækningen af tvangsfiksering er tilsidesat på grund af mangelfuld dokumentation og begrundelse i journalen for indgrebs fortsatte opretholdelse**

Nævnet har i flere tilfælde fra et bestemt tidspunkt ikke godkendt den fortsatte tvangsfiksering. Det har drejet sig om situationer f.eks., hvor der ved det lægelige tilsyn ikke i journalen er anført forhold, der godtgør berettigelsen af den fortsatte tvangsfiksering, men hvor det alene er noteret, at patienten er mere "afdæmpet" og "betydeligt bedret". Ligeledes har nævnet ikke fundet, at det kan begrunde fortsættelse af en tvangsfiksering, at "en patient ikke vil tage afstand fra de handlinger, der medførte iværksættelsen af en tvangsfiksering", eller det forhold "at der ikke kan indgås aftaler med patienten".

Nævnet har i disse situationer præciseret, at det skal dokumenteres i journalen på hvilken baggrund, det er den lægelige vurdering, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, for den fortsatte tvangstilbageholdelse er opfyldt. Det er nævnets vurdering, at oplysninger i sygeplejekardeks om patientens tilstand og adfærd alene kan understøtte journaloplysninger, men ikke kan udgøre et selvstændigt grundlag for fort-

sat tvangsfiksering, der skal ske på grundlag af lægens vurdering. Dog anser nævnet det for tilstrækkeligt, at der i den lægelige journal henvises til beskrivelser i sygeplejekardeks. Lægen har på denne måde gjort sygepleje-iagttagelserne, til sine egne.

**Udstrækningen af tvangsfiksering set i relation til de fornyede lægelige vurderinger mindst 4 gange i døgnet – jævnt fordelt - , jf. psykiatrilovens § 21, stk. 4**

Det følger af psykiatrilovens § 21, stk. 4, at 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 fire gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt.

Nævnet har i de tilfælde, hvor den lægelige vurdering ikke er sket "jævnt fordelt" over døgnet, eller hvor der kun har været 3 lægelige vurderinger i et døgn, indskærpet reglerne om hyppigheden af det lægelige tilsyn i § 21, stk. 4.

Såfremt patienten har sovet ved et tilsyn, har nævnet påpeget, at det forhold, at en patient sover kan udskyde en revurdering, men ikke erstatte den. Dette indebærer, at der umiddelbart efter, at patienten er vågnet, skal foretages den lovhjemlede vurdering.

På baggrund af en konkret vurdering har nævnet i situationer, hvor der ikke har været foretaget vurdering – jævnt fordelt – mindst 4 gange i døgnet, ikke fundet det godt-gjort, at det fortsat var nødvendigt at tvangsfiksere patienten. Der har f.eks. været tale om situationer, hvor patienten har sovet under flere på hinanden følgende tilsyn, uden at der umiddelbart efter patientens opvågning er foretaget fornyet tilsyn, og hvor patienten efterfølgende i journalen er beskrevet som "uroilig" og "latent aggressiv", men hvor det ikke fremgår, om dette har indebåret, at man fortsat anså det som nødvendigt at tvangsfiksere patienten for at afværge, at patienten eller andre var udsat for nærliggende fare.

**"Second Opinion", jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5**

Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til en behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5.

I et enkelt tilfælde, hvor der ikke efter 48 timer var gennemført en second opinion fra en ekstern læge, har nævnet kritiseret dette, ligesom nævnet i et enkelt tilfælde har kritiseret, at det var overlægen på eget afsnit, som foretog vurderingen af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering efter 48 timer. I sidstnævnte tilfælde blev vurderingen foretaget under ferie af den pågældende overlæge, der før såvel som efter ferien var ansvarlig overlæge på afsnittet.

Ligeledes har nævnet i en enkelt sag, hvor der var gennemført second opinion allerede efter 36 timer, bemærket, at det følger af bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006, § 16, stk. 7, at den behandlende læge umiddelbart efter udløbet af de 48 timer i

følge stk. 2 skal sikre sig, at der tilkaldes en læge, der kan foretage nævnte vurdering. Det forhold, at en ekstern vurdering er gennemført inden 48 timer, kan ikke erstatte den lovbestemte vurdering efter § 16, stk. 7.

Endvidere har nævnet i flere sager udtalt, at den eksterne læges vurdering efter 48 timer ikke kan træde i stedet for den fornyede lægelige vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, der foreskriver tilsyn minimum fire gange i døgnet.

### **Hånd- og fodremme**

Også i forbindelse med anlæggelse af hånd- og fodremme samt udstrækningen heraf, har nævnet i flere sager tilsidesat beslutningen om anlæggelse af hånd- og fodremme eller den fortsatte opretholdelse heraf, idet det ikke i journalen var særskilt dokumenteret, hvorfor det var nødvendigt at anlægge hånd- og fodremme, respektive at opretholde indgrebet.

I flere sager er anvendelsen af hånd- og fodremme ikke godkendt, da beslutningen ikke er truffet af overlægen, jf. bestemmelsen herom i psykiatrilovens § 15, stk. 2.

I en enkelt sag har nævnet tilsidesat anvendelsen af hånd- og fodremme, da nævnet ikke fandt, at den anvendte begrundelse var tilstrækkelig til at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14. Anlæggelsen af hånd- og fodremme blev begrundet med "hensynet til transport af patienten". Nævnets vurdering er, at hensyn af den karakter ikke er omfattet af de formål, loven angiver for tvangsfiksering – herunder anlæggelse af remme.

#### **4. Tvangsbehandling**

Patientklagenævnet har i 2008 i adskillige sager i forbindelse med klager over tvangsbehandling konkret taget stilling til og kommenteret anvendelsen af depotmedicin ved tvangsmedicinering samt spørgsmålet om motivationstidens længde. I forbindelse med motivationstidens længde har nævnet påset, at dokumentationen for motivering af patienten for frivillig behandling var fyldestgørende. Patientklagenævnet har endvidere i enkelte sager, hvor betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt, begrænset overlægens beslutning om størrelse af dosis. Begrænsningen har som hovedregel været begrundet i de anbefalinger, der fremgår af medicin håndbogen.

I 2008 har nævnet i et par sager haft lejlighed til at tage stilling til tvangsmedicinering med Leponex og har i tilknytning hertil taget stilling til spørgsmålet om blodprøvetagning og EKG med tvang. I en enkelt sag har nævnet også taget stilling til blodprøvetagning med tvang, hvor tvangsbeslutningen vedrørte et andet præparat end Leponex. I 2008 har Patientklagenævnet tilsidesat 2 beslutninger om tvangsbehandling, da der ikke fandtes at foreligge et behandlingssigte.

Nævnet har endvidere taget stilling til spørgsmålet, om der alene kan klages over en dosisøgning, men ikke over initialbeslutningen. Klagen var alene tillagt opsættende virkning, for så vidt angår dosisøgningen.

#### **Tvangsbehandling med depotpræparater**

Det følger af bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 5, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender. Det er således som udgangspunkt nævnets praksis i relation også til lovens betingelser om mindste middels princip ved tvangsbehandling at godkende tvangsbehandling med primært tablet eller mixtur, alternativt injektion, og kun under ganske særlige omstændigheder at godkende anvendelsen af depotpræparater som tvangsbehandling.

#### **Tvangsbehandling med depotmedicin – hvor peroral behandling/daglige injektioner ikke var forbundet med daglig magtanvendelse**

I flere sager har nævnet fundet, at betingelserne for tvangsbehandling efter psykiatrilovens § 12, jf. § 5 var opfyldt, men at beslutningen om behandling med depotmedicin ikke opfyldte mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4.

Nævnet har i disse sager ud fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis vedrørende anvendelsen af depotmedicin tilsidesat anvendelsen af depotmedicin som tvangsbehandling, idet nævnet har lagt vægt på, at tvangsmedicinering med depotpræparater kun kan komme på tale i tilfælde, hvor patienten eksempelvis er meget aggressiv eller væsentlig forpint, og hvor daglige injektioner vil være forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse eller kan være særligt angstprovokerende.



I en sag, hvor der var truffet beslutning om tvangsbehandling med depotmedicinering, hvor patienten havde været kendt i det psykiatriske regi i over 20 år og tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin som depotbehandling med god effekt på den psykotiske tilstand, udtalte nævnet i tilknytning til afgørelsen følgende:

”Nævnet er enig i overlægens udsagn om, at man ved depotbehandling vanligvis opnår bedre behandlingseffekt ved lavere dosering, da medicinkoncentrationen i plasma bliver mere jævnt, og at man formentlig hermed også opnår færre bivirkninger. Desuden rummer depotbehandling den fordel, at den i højere grad sigter mod senere ambulante behandling uden for det psykiatriske center.”

Nævnet tilsidesatte dog beslutningen om opstart af tvangsbehandling med depotmedicin ud fra den af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn anlagte praksis, bl.a. på baggrund af at patienten på mødet oplyste, at han foretrak at få medicinen én gang om dagen frem for én gang om ugen. Det fremgik endvidere af journalen, at patienten faktisk blev tvangsmedicineret med daglige injektioner, og at dette ikke var særligt angstprovokerende for patienten eller forbundet med brug af fysisk magtanvendelse, ligesom der ikke forelå oplysninger om, at patienten var meget aggressiv eller væsentligt forpint.

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden finder det dog i denne forbindelse relevant, at de oven for nævnte oplysninger om bedre behandlingseffekt ved lavere depotdosering, og at depotbehandling i højere grad end daglig behandling med tablet/injektion sigter mod senere ambulante behandling, indgår ved fremtidige drøftelser om anvendelsen af depotpræparater ved tvangsbehandling, især for så vidt angår ”svingdørspatienter”.

### **Tvangsbehandling med overgang til depotmedicin**

I en sag godkendte nævnet ikke overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med ”peroral behandling i 14 dage eventuelt vedvarende, efterfulgt af depotbehandling i.m. hver 14. dag”.

Nævnet tilsidesatte beslutningen om depotbehandling. Beslutningen om tilsidesættelse af den perorale behandling blev truffet, da overlægens beslutning måtte opfattes som en helhed, og da tabletbehandling i 14 dage ikke kunne karakteriseres som egentlig behandling. Nævnet fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling efter psykiatrilovens § 12, jf. § 5 var opfyldt.

### **Tvangsbehandling med depotmedicin – peroral behandling/daglige injektioner konkret vurderet at være forbundet med daglig magtanvendelse**

Som eksempel kan nævnes en konkret sag, hvor nævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandling med depotmedicin var opfyldt.

Patienten, der boede i et psykiatrisk botilbud, havde siden ungdommen været kendt i psykiatrisk regi under diagnosen paranoid skizofreni. Patienten havde i mange år været behandlet med og haft gavn af Cisordinol depotinjektioner, men havde uanset denne behandling i årenes løb haft flere indlæggelser på psykiatrisk afdeling efter medi-

cinsvigt. Patienten havde en generel massiv modstand mod antipsykotisk medicin, som han dels mente var farlig, og dels ikke fandt, at han havde behov for.

Aktuelt var patienten blevet tvangsindlagt på farekriteriet efter forværring af den psykotiske tilstand, hvilket på ny var udløst af ophør med depotinjektioner.

Nævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med Cisordinol depot ud fra oplysninger om, at det ikke var muligt at indgive patienten antipsykotisk medicin peroralt, og at daglige injektioner ville være at betragte som et overgreb. Der blev også lagt vægt på, at patienten i lange perioder havde været i regelmæssig depotbehandling med Cisordinol, samt at patienten under mødet oplyste, at han fandt det ubehageligt at blive stukket, og hvis han fik valget om medicinform, ville han foretrække, at medicineringen blev foretaget med så lange mellemrum som muligt, hvorfor han hellere ville have en injektion hver 14. dag end hver dag.

### **Tvangsbehandling godkendt med bemærkning om begrænsning af den maksimale daglige dosis**

I følge § 14 i bekendtgørelse nr. 1496 af 14. december 2006 om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævne, kan det psykiatriske patientklagenævns afgørelser gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette.

Nævnet har i et antal sager efter en konkret vurdering godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling, men har begrænset dosis, hvor denne ikke har været i overensstemmelse med anbefalingerne i medicin håndbogen. Det har bl.a. drejet sig om beslutning om tvangsbehandling med injektion Zyprexa eller med injektion Zeldox som løbende behandling uden tidsbegrænsning. Nævnet har i disse tilfælde begrænset udstrækningen til maksimalt 3 dage og har i afgørelsen udtalt, at injektionsbehandling med disse præparater kun er beregnet til kortvarig behandling, og henvist til det anførte i medicin håndbogen om, at der ved parenteral behandling senest efter 3 dage bør skiftes til oral behandling. Nævnet har også med andre præparater været ude for, at ordinationen går ud over maksimumdoseringen efter medicin håndbogen. Her har nævnet godkendt op til den i medicin håndbogen anførte maksimale dosis.

Der er tale om helt konkrete afgørelser, hvor nævnet har valgt at godkende "det mindre i det mere" ud fra patientens behandlingsbehov og ud fra anbefalingerne i medicin håndbogen, idet nævnet normalt i medfør af den tillagte kompetence i forretningsordenen ikke kan tage stilling til dosis jf. forretningsordenen §14.

I en konkret sag godkendte nævnet tvangsbehandling med Risperdal depot op til 25 mg i.m. hver 14. dag. Nævnet fandt ikke grundlag for at godkende en yderligere dosisøgning og meddelte ved efterfølgende korrespondance med overlægen, at der ved formuleringen i afgørelsen om, "at medicineringen justeres efter effekt og bivirkninger inden for sædvanligt doseringsområde" i det konkrete tilfælde var ment, at medicineringen, såfremt der ved en dosis på 25 mg optrådte bivirkninger som beskrevet af patienten, så kunne der på ny justeres ned til 18,75 mg. Den besluttede tvangsbehandling i følge tvangsprotokollen var "injektion Risperdal depot 25 mg i.m. hver 2. uge med dosisjustering inden for konventionel dosering".

Sagen blev af overlægen indbragt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, idet overlægen påpegede, at Patientklagenævnets afgørelse var formuleret som om Risperdal depotet maksimalt kunne doseres med 25 mg i.m. hver 14. dag. Afdelingen ønskede mulighed for at kunne øge depotdosis inden for konventionel dosering, hvilket var op til 50 mg i.m. hver 14. dag.

I udtalelsen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn anførte nævnet bl.a., at patienten var stærkt imod dosisøgningen fra de nuværende 18.75 til 25 mg og havde fremført konkrete bivirkninger efter en tidligere dosis på 25 mg. Endvidere havde overlægen på mødet argumenteret ud fra den forholdsvis lette dosisøgning fra 18.75 til 25 mg. I denne situation valgte nævnet at godkende det mindre i det mere. Herved opnåede man to fordele. Dels fik patienten den medicin, som han havde brug for, dels afskar man ikke en yderligere øgning (ud over 25 mg) – men den kunne i givet fald kun gennemføres ved ny motivation for en ny dosisøgning. Patienten opnåede dermed den maksimale retssikkerhed, og nævnet tog hensyn til patientens indvendinger, der var baseret på egne erfaringer fra tidligere behandling med en dosis på 25 mg.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hjemviste afgørelsen til fornyet behandling i Patientklagenævnet. Sundhedsvæsenets citerede i afgørelsen forretningsordenens § 14, og anførte, at det forhold, at nævnet kan godkende eller tilsidesætte beslutningen, også gælder, hvis klagen angår det præparat eller den dosering, som er angivet i beslutningen. Det Psykiatriske Patientklagenævn kan således ikke anvise et andet præparat eller dosering, men skal ved vurderingen af beslutninger om tvangsbehandling også inddrage, om mindste middels princippet er iagttaget ved valg af dosis.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn bemærkede, at Patientklagenævnets godkendelse ikke var i overensstemmelse med den beslutning om tvangsmedicinering, der var anført i tvangsprotokollen, idet der var anvist en anden dosering og hjemviste på den baggrund sagen til fornyet behandling.

Ved efterfølgende behandling og afgørelse godkendte nævnet den ordinerede tvangsbehandling, som noteret i tvangsprotokollen.

### **Tvangsbehandling med Leponex omfattende blodprøvetagning og EKG**

Nævnet har i to sager i 2008 godkendt tvangsbehandling med præparatet Leponex og i den forbindelse også godkendt tilhørende blodprøvetagning og kontrol af EKG.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten var motiveret for præparat og dosis i 20 dage, at patienten gennem flere år havde været forsøgt medicineret med forskellige præparater, men at patienten, når han havde fået medicin – selv ved injektion gennem en længere periode, havde dette været uden større virkning på de psykotiske symptomer. Leponex var således sidstevalgspræparat til psykotiske patienter, hvor der var forsøgt monoterapi med 1. og 2. valgs præparater op til terapeutiske doser i tilstrækkelig lang tid, men hvor der fortsat er psykotiske symptomer.

Det bemærkes, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i en tidligere sag havde givet samtykke til tvangsmæssig blodprøvetagning i forbindelse med Leponex behandling, selv om blodprøvetagning principielt lå uden for Patientklagenævnets kompetenceområde. Ministeriet har formentlig anset blodprøvetagning som et accessorisk og absolut nødvendigt element i Leponex behandlingen.

## **Tvangsbehandling med Risperdal og blodprøvetagning**

I en sag godkendte et flertal af Patientklagenævnets medlemmer overlægens beslutning om, at patienten efter behov skulle have taget blodprøver i forbindelse med tvangsbehandling med Risperdal.

Flertallet anførte, at tvangsmæssig blodprøvetagning egentlig ligger uden for nævnets kompetence, men henviste til, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse tidligere havde givet samtykke til tvangsmæssig blodprøvetagning i forbindelse med Leponex behandling.

Nævnet anførte videre, at det fremgik af overlægens udsagn, at den hidtidige tvangsbehandling med Zyprexa havde været usikker på grund af manglende blodprøvetagning – og hvis Risperdal behandlingen ikke viste tilstrækkelig effekt, ville næste præparat være Leponex, hvor der ville være mulighed for tvangsmæssig blodprøvetagning. For at søge at undgå Leponex behandling og at undgå, at Risperdal blev givet i for høj dosis med alvorlige bivirkninger til følge, mente flertallet, at der i den konkrete situation var grund til behandlingsmæssigt at analogisere fra Leponex behandlingssituationen. Alternativet var ingen behandling eller en behandling forbundet med betydelig risiko for alvorlige bivirkninger, hvortil kom, at blodprøver ud fra en generel betragtning måtte anses som et accessorisk element i Risperdal behandling.

Der er således tale om en meget konkret begrundet sag – som dog alligevel må anses for principiel.

### **Mindste middels princip ved tvangsbehandling**

Det følger af psykiatrilovens § 4, at tvang kun må anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige, og anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid. I bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 2 anføres, at tvangsmedicinering kun må anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige, og efter § 3, stk. 1 forudsætter tvangsbehandling, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred.

Nævnet påser i alle sager, hvor klagen vedrører tvangsbehandling, om mindste middels princip er iagttaget i relation til motivationstiden, valg af præparat og dosis ved beslutning om tvangsbehandling, behandlingens form, samt tvangsbehandlingens udstrækning.

### **Mindste middels princip i relation til vurdering af motivationstid, herunder motivationstidens længde**

Som elementer i vurderingen af mindste middels princip set i relation til, om patienten i den konkrete sag har haft en passende betænkningstid, inden beslutning om tvangsbehandling bliver truffet, indgår f.eks., om patienten tidligere er blevet behandlet med antipsykotisk medicin, herunder om der er tale om en førstegangslæggelse, eller

om der er tale om en patient, der er velkendt i psykiatrisk regi, og som tidligere har haft gavn af behandling med antipsykotisk medicin f.eks. i form af det ordinerede præparat og den ordinerede dosis, samt om patienten er under 18 år, herunder information og motivation for præparat og dosis af forældremyndighedens indehaver.

Det er således nævnets praksis – såvel som Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis – at en patient bør motiveres for et konkret behandlingstilbud i minimum 7 – 14 dage, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen vil være til fare for patientens liv eller helbred. Mindste middels princip i relation til et konkret behandlingstilbud og en konkret behandlingsform fortolkes således, at patienten skal kunne forholde sig til både det ordinerede præparat, til behandlingsform (om der er tale om daglig tabletbehandling, daglig behandling ved injektion eller depotbehandling) samt til hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Motivationstiden i forbindelse med tvangsbehandling regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefaler et konkret behandlingstilbud.

### **Tvangsbehandling besluttet på 6. dagen – patienten var indlagt for første gang**

Nævnet fandt i en sag grundlag for at tvangsbehandle patienten, men fandt ikke at behandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning set i relation til motivationstiden. Nævnet begrundede dette med, at beslutningen om tvangsbehandling blev truffet 6 dage efter, at patienten første gang blev forsøgt motiveret for frivillig behandling med antipsykotisk medicin. Nævnet lagde vægt på, at der var tale om en førstegangsindlæggelse, og at patienten ikke tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin. Nævnet udtalte, at motiveringsperiodens længde i den konkrete sag, der angik en førstegangsindlæggelse, og hvor patienten ikke tidligere havde modtaget medicinsk behandling, hellere måtte være 2 uger end 1 uge, og at en motiveringstid på 1 uge eller derunder måtte forudsætte en særlig forklaring, som ikke var fremført i den konkrete sag.

### **Patienten motiveret for konkret præparat, men ikke for konkret behandlingsform eller konkret dosis**

Som tidligere nævnt påser nævnet, at mindste middels princip er iagttaget i relation til valg af præparat, behandlingsform og dosis.

Nævnet har i 2008 i et antal sager fundet, at der var grundlag for tvangsbehandling, men har tilsidesat beslutningen, enten da der var truffet beslutning om anvendelse af anden behandlingsform end den, der var motiveret for, eller fordi der ikke forelå dokumentation for, at patienten dagligt var motiveret for en konkret behandlingsform. Ligeledes er en beslutning om tvangsbehandling blevet tilsidesat, hvor beslutningen ikke indeholdt angivelse af konkret dosis, men alene af, hvilket præparat beslutningen omhandlede.

Nævnet understregede i disse sager, at det er en betingelse, at der motiveres for såvel et konkret præparat som for en konkret dosis og en konkret behandlingsform.

## **Motivering med konkret dosis og konkret præparat i motivationsperioden**

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i 2008 ændret en beslutning om tvangsmedicinering truffet af Patientklagenævnet i 2007.

Det lokale patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med Risperdal depot op til 50 mg hver 14. dag, således at medicineringen justeres efter effekt og bivirkninger.

Nævnet lagde ved afgørelsen bl.a. vægt på, at patienten siden tvangstilbageholdelsen den 2. oktober 2007 havde været forsøgt motiveret for frivillig medicinsk behandling med Risperdal i depotform, før beslutningen om tvangsbehandling med dette præparat blev truffet den 15. oktober 2007. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin i depotform med god effekt, og at denne behandlingsform var den, der havde haft den bedste effekt på patientens tilstand. Ligeledes var det ikke muligt at gennemføre tabletbehandling med tvang, og daglige injektioner var angstprovokerende for patienten.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, men ændrede afgørelsen, da det var nævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkelig godtgjort, at patienten var blevet motiveret for en konkret behandling, idet han blev motiveret for behandling med Risperdal i enten tablet eller depotform samt i to dage for Seroquel.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten i perioden fra den 3. til den 15. oktober 2007 løbende blev søgt motiveret for frivillig medicinsk behandling, og at der var ordineret behandling med enten tablet Risperdal eller tablet depot. Det fremgik videre af journalen, at patienten den 10. og den 11. oktober 2007 i stedet blev motiveret for frivillig behandling med Seroquel, idet han havde udtrykt en vilje til at indtage dette præparat frivilligt.

## **Mindste middels princip i relation til vurdering af motivationstid, når patienten er tvangsfikseret**

I årsberetningen for 2007 omtaltes to sager under "Afsnit III – Principielle Afgørelser", og under overskriften "Mindste middelsprincip i relation til vurdering af motivationstid samt spørgsmålet om opsættende virkning, når patienten er tvangsfikseret".

I de to sager var beslutning om tvangsbehandling blevet truffet uden forudgående motivering af patienten for det konkrete præparat og dosis, der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med. I begge tilfælde var patienten tvangsfikseret, og i begge tilfælde blev klagen over beslutningen ikke tillagt opsættende virkning. Overlægens begrundelse for den manglende motivering, samt beslutningen om ikke at give klagen opsættende virkning, var i begge situationer, at patienten udgjorde en nærliggende og væsentlig fare for andre.

I begge sager fandt Patientklagenævnet det godtgjort, at undladelse af tvangsbehandling ville være uforsvarlig, fordi udsigten til patienten helbredelse eller en betydelig eller afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet fandt imidlertid ikke, at der efter beskrivelserne i lægeerklæring eller journal forelå en sådan akut situation, hvor udsættelse af behandlingen på grund af motivering ville

være til fare for patientens liv eller helbred. Nævnet fandt endvidere ikke, at det forhold, at patienten i de to sager var bæltefikseret på grund af en konkret og nærliggende fare for andre, i sig selv kunne medføre, at patienten ikke fik en passende betænkningstid forud for beslutningen om tvangsbehandling, jf. bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 1. Det fremgår således af § 3, stk. 1, at motiveringsperioden kan fraviges i akutte situationer, hvor udsættelse af behandling er til fare for patientens liv eller helbred.

For så vidt angik spørgsmålet om "opsættende virkning", anførte nævnet, at man fortolkede undtagelsen fra hovedreglen om at tillægge en klage opsættende virkning indskrænkende. Set i lyset af, at patienten i de to sager på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling og klagen herover var tvangsfikseret, fandt nævnet ikke, at omgående gennemførelse af behandling var nødvendig for at afværge, at patienten udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet tilsidesatte således i begge sager beslutningen om tvangsbehandling, da en passende motivationstid ikke var efterlevet. Nævnets stillingtagen til spørgsmålet om opsættende virkning fandtes herefter at have vejledende karakter.

Begge sager blev af Region Hovedstadens Psykiatri påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der i 2008 har truffet afgørelse i begge sager. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte Patientklagenævnets afgørelse, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

I den ene sag fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke, at en motivationsperiode på 4 dage var tilstrækkeligt i den konkrete situation, hvor patienten var fikseret, hvorfor der ikke var nærliggende fare for, at han ville skade sig selv (eller andre). Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt heller ikke, at det var dokumenteret, at patienten ved beslutningen var væsentlig forpint af sin tilstand.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tog ikke stilling til, at patientens klage ikke var tillagt opsættende virkning.

I den anden sag havde Region Hovedstadens Psykiatri i erklæringen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn bl.a. anført, at medicineringen af patienten var en forudsætning for at reducere patientens farlighed for andre, og således en forudsætning for, at tvangsfikseringen kunne ophøre.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte – som oven for nævnt – Patientklagenævnets afgørelse og gav følgende begrundelse for afgørelsen:

"Det er Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at hvor en tvangsfiksering skønnes at udgøre den mindst indgribende foranstaltning, kan en snarlig ordineret beroligende injektion være egnet til at undgå, at tvangsfikseringen trækker længere ud end højst nødvendig. Bedømmelsen afhænger blandt andet af et skøn over, om en beroligende injektion vil kunne medføre en væsentlig forkortning af fikseringstiden. Indledning af en egentlig tvangsbehandling med henblik på en mere gennemgribende behandling af patientens sygdom vil imidlertid kun i sjældne tilfælde være et egnet og proportionalt middel til at afkorte fikseringsperioden, nemlig hvor man på baggrund af

særlige omstændigheder undtagelsesvis må regne med en usædvanlig lang fikseringsperiode.

Det er endvidere Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at patientens tilstand på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling ikke var akut, og at udsettelse af behandling således ikke var til fare for hans liv eller helbred.

Det er endvidere Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at det ikke i journal, sygeplejelog eller lægeerklæring er dokumenteret, at der blev forventet en usædvanlig lang fikseringsperiode, og der er ikke anført faktorer som for patienten udgjorde en særlig risiko for længerevarende fiksering, specielt risikoen for udvikling af lungeemboli, der er en akut livstruende tilstand. Der var heller ikke noget ved patientens psykiske tilstand, som var umiddelbart livstruende, særligt var han ikke, som han er beskrevet, i risiko for at udvikle akut delir.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn finder derfor, at betingelserne for akut tvangsbehandling ikke var opfyldt.”

**Beslutning om tvangsbehandling blev ikke godkendt, da det ikke var dokumenteret, at patienten i en passende periode forud for beslutningen var motiveret for frivillig medicinsk behandling med det konkrete præparat og dosis. Motiveringen fremgik alene af elektroniske medicinskemaer, som det ikke var muligt for Patientklagenævnet at få adgang til**

I den konkrete sag havde overlægen truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Zyprexa, og således at medicineringen skulle justeres efter effekt og bivirkninger inden for sædvanligt justeringsområde.

Nævnet fandt det godtgjort, at patienten var psykotisk, og at det på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling ville have været uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten.

Nævnet fandt imidlertid ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det ikke blev fundet dokumenteret, at det psykiatriske center i en periode på mindst 1 – 2 uger forud for beslutningen om tvangsbehandling havde forsøgt at motivere patienten for frivillig medicinsk behandling med primært tablet Zyprexa 10 mg.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen den 6. februar 2008 fremgik, at ”patienten gerne ville tage Zyprexa. Således forsøgsvis Zyprexa 10 mg ved sovetid”. Imidlertid fremgik det ikke af journalen, at patienten dagligt blev tilbudt medicin og havde afslået det i perioden mellem den 6. februar 2008 og den 22. februar 2008, hvor beslutning blev truffet. Endvidere fremgik det ikke af behandlingsplanen, at patienten blev motiveret for behandling med tablet Zyprexa 10 mg.

I følge det oplyste på mødet fremgik tilbud og afslag på tilbud af elektroniske medicinskemaer. Det var imidlertid ikke muligt for Patientklagenævnets medlemmer at få adgang til disse, idet skemaerne alene kunne udprintes ved systemnedbrud.



Nævnet fandt det herefter ikke for tilstrækkeligt godtgjort, hverken i journalen, lægeerklæringen eller på mødet, at patienten var blevet forsøgt motiveret for behandling med tablet Zyprexa 10 mg i mindst 1 – 2 uger forud for beslutningen.

### **Behandlingssigte**

Nævnet har i et antal sager tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, da der ikke forelå et behandlingssigte. Tilsidesættelsen har været begrundet i, at der under indlæggelsen er sket en så betydelig bedring af patientens psykotiske tilstand, at undladelse af iværksættelse af medikamentel antipsykotisk behandling ikke kunne anses for at være uforsvarlig.

### **En beslutning om tvangsbehandling er en samlet beslutning, og der kan således ikke alene klages over en dosisøgning, der er omfattet af beslutningen**

I en sag fandt såvel overlægen som patienten, at nævnet kun skulle tage stilling til en dosisøgning fra 5 mg til 8 mg Serenase, idet patienten alene ønskede at klage over dosisøgningen.

Overlægen havde under indlæggelsen truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Serenase 5 mg, og således at medicineringen skulle justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for sædvanligt doseringsområde. Ifølge medicin håndbogen indebærer det mulighed for dosisøgning op til 10 mg x 3 dagligt.

Patienten havde ikke tidligere klaget over beslutningen om tvangsbehandling med tablet Serenase 5 mg med justering efter effekt og bivirkninger. Patienten havde efter det oplyste ikke på noget tidspunkt under indlæggelsen taget medicinen frivilligt.

Efterfølgende var det besluttet at øge dosis til 8 mg. Øgningen fremgik af journalen.

Det blev på mødet konstateret, at der ikke forelå en ny beslutning i forbindelse med dosisøgningen til 8 mg Serenase, men at denne var en del af initialbeslutningen. En fornyet beslutning ville i øvrigt have krævet iagttagelse af de almindelige regler for beslutninger om tvangsbehandling, herunder fornyet motivering, udfyldelse af tvangsprotokol m.v., hvilket ikke var sket i forbindelse med dosisøgningen.

Det psykiatriske center havde alene tillagt klagen opsættende virkning for så vidt angik dosisøgningen fra 5 mg til 8 mg Serenase.

Efter nævnets opfattelse var der tale om en samlet beslutning - om tvangsbehandling med tablet Serenase 5 mg, og således at medicineringen skulle justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for sædvanligt doseringsområde - som det psykiatriske center kunne disponere indenfor. Ved en eventuel dosisøgning, der var afstemt efter effekt og bivirkninger, og som skete inden for sædvanligt doseringsområde, skulle der således ikke træffes en ny beslutning om tvangsbehandling, idet øgningen var indeholdt i den initiale beslutning. Dette indebærer, at en klage over dosisøgning inden for sædvanligt doseringsområde, måtte opfattes som en klage over den initiale beslutning om tvangsbehandling. Det fremgik i øvrigt af journalen, at patienten var i behandling med 5 mg Serenase på tvangsmæssig basis, og patienten udtalte på nævnmødet, at han ville tage Serenase 5 mg dagligt, så længe han var indlagt, men ville ophøre hermed efter udskrivning.

Nævnet tog stilling til beslutningen om tvangsbehandling i sin helhed og godkendte denne.

Nævnet fandt, at klagen skulle have været tillagt opsættende virkning og kunne ikke godkende den fortsatte tvangsbehandling med tablet 5 mg Serenase, der var foretaget efter beslutningen om dosisøgning til 8 mg Serenase.

Nævnet lagde vægt på, at selv om en patient alene angiver at klage over dosisøgningen, kunne dette ikke føre til, at det psykiatriske center fortsatte tvangsbehandling med initialdosering (in casu 5 mg Serenase dagligt), og kun tillagde dosisøgningen opsættende virkning. Således måtte en påbegyndt tvangsbehandling afbrydes, også selv om der kun klages over dosisøgningen, idet klagen måtte anses for at have opsættende virkning for hele behandlingen.

## 5. Personlig skærmning

En 23-årig kvinde, der led af en spiseforstyrrelse og en personlighedsforstyrrelse, og som gennem 10 år havde været i kontakt med det psykiatriske system, blev frivilligt indlagt på åben afdeling. Hun blev forsøgt behandlet gennem to måneder, men der skete ingen ændring i hendes fysiske tilstand, og hun blev på grund af et livstruende lavt P-kalium tal overflyttet til intensiv afdeling i henhold til en behandlingsdom. Hendes vægt var 36,2 kilo og hun var urolig, forvirret, mager, afkræftet og uden sygdomsforståelse.

Der blev efter overflytningen lagt en behandlingsplan, hvoraf det blandt andet fremgik, at patienten skulle have en fast vagt, der sad udenfor hendes dør med døren på klem, når hun var på sin stue. Vagten sad hos hende, når hun spiste, og i forbindelse med toiletbesøg sad vagten hele tiden uden for døren med døren på klem og konstant øjenkontakt med patienten.

Det psykiatriske nævn godkendte på baggrund af ovennævnte beslutningen om personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18c.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede efterfølgende Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse med henvisning til, at foranstaltningen faldt uden for psykiatrilovens bestemmelse om personlig skærmning og derfor ikke var undergivet Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at foranstaltningen muliggjorde, at patienten kunne opholde sig bag en delvist lukket dør, og at hun derved havde et privatliv. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde endvidere ud fra en samlet vurdering vægt på, at vagten kunne være tilbagetrukket, når hun færdedes på fællesområderne.

Det følger af psykiatrilovens § 18 c, at personlig skærmning skal forstås som foranstaltninger, hvorved personalet konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Udtrykket "umiddelbar nærhed" skal ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 § 28, stk. 2 fortolkes således, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg således, at der er mulighed for hurtigst muligt at gribe ind over for patienten.

Nævnet har en række bemærkninger til den afgørelse, som Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har truffet.

Overlægen har, efter at sagen blev behandlet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, oplyst, at den faste vagt "sad uden for patientens dør med døren på klem, når patienten opholdt sig på sin stue". Overlægen havde samtidig oplyst, at "man således respekterede, at patienten havde et vist privatliv".

Overlægen har endelig oplyst, "at vagten godt kunne være trukket lidt tilbage, når patienten var ude i miljøet, og at det formentlig er i forbindelse med patientens tid ude, at patienten har fået fat i slik mv., der efterfølgende blev fundet på patientens stue".

Samtidig er det også oplyst, "at der var tale om en fast vagt, der i forbindelse med bad og toilet sad uden for døren til badeværelset med denne på klem, men således at der hele tiden var øjenkontakt med patienten". Forholdet blev af det psykiatriske center opfattet som en 24-timers-skærmning, og der blev udfyldt tvangsprotokol i overensstemmelse hermed.

Når man i praksis nærmere skal fastlægge indholdet i skærmningsbestemmelsen, er bemærkninger til lovforslaget værdifulde. Ifølge § 18 c skal der være tale om personer, der konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Ved "umiddelbar nærhed" forstås ifølge bemærkningerne til loven, "at patienten til stighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning, og at der hermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side".

Det hedder videre i lovbemærkningerne, at "Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur mv. har anbefalet, at der udarbejdes nationale standarder for anvendelse af skærmning. Personlig skærmning på et meget højt niveau, hvor patienten f.eks. ikke kan foretage toiletbesøg alene, kan ud fra et lægefagligt synspunkt være nødvendigt f.eks. for at forebygge selvmord. Det er dog et betydeligt indgreb i den personlige integritet. Hvis patienten ikke samtykker i denne del af behandlingen, og denne ikke er ganske kortvarig, finder regeringen, at det bør lovfæstes, at der skal træffes en egentlig beslutning om skærmning, og at der bør kunne klages over beslutningen, samt at indgrebet skal registreres i tvangsprotokollen og indberettes til Sundhedsstyrelsen".

Det Psykiatriske Patientklagenævn læser bemærkningerne som en tilkendegivelse af, at skærmningens intensitet er afgørende. Ud fra bemærkninger må det forhold, at patienten ikke kan foretage toiletbesøg alene, siges at være en personlig skærmning på et meget højt niveau.

Ud fra en objektiv vurdering mener nævnet, at ovennævnte overvågning med fast vagt har været meget intensiv, hvor der har været overvågning under toiletbesøg og badning, og der har iøvrigt været mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Nævnet er ligeledes tilbøjelig til at antage, at også patienten selv har opfattet skærmningen som særdeles intensiv. Det forhold, at stuedøren stod på klem, har patienten næppe opfattet som en respekt af et vist privatliv, når der umiddelbart udenfor befandt sig en fast vagt.

Såvel ud fra en objektiv som en subjektiv vurdering, er det nævnets opfattelse, at den faste vagt har været opfattet som en meget intensiv foranstaltning.

Uanset dette vælger Sundhedsvæsenets Patientklagenævn at anlægge en snæver fortolkning af psykiatrilovens § 18 e, hvilket efter nævnets opfattelse strider imod, at man fra lovgivers side betragter skærmningsbestemmelsen som en regel, der styrker patientens retssikkerhed (jf. p 22). Der henvises i lovbemærkningerne til, at der hermed etableres adgang til at klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn med ankeadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, samt at patienten i disse tilfælde får tildelt patientrådgiver. I øvrigt skal indgrebet registreres i tvangsprotokol og indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Konsekvensen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse er, at denne intensive skærmning kunne anses som en anstaltsanordning, der kan påklages til hospitalsledelsen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden vil dog fremover følge Sundhedsvæsenets Patientklagenævns fortolkning.

## **6. Fysisk magtanvendelse**

Ingen afgørelser af principiel karakter.

## **7. Beroligende medicin med tvang**

Ingen afgørelser af principiel karakter.

## **8. Formelle fejl og mangler/kritik**

Nævnet har i en række sager fundet anledning til at udtale kritik af, at de psykiatriske centre havde overtrådt retsforrifter, uden at dette i sig selv har kunnet medføre en tilsidesættelse af den anvendte tvang. Nævnet har anvendt kritik, når nævnet har vurderet, at det har været af betydning for patientens retssikkerhed, og når nævnet vurderede, at kritikken kunne medvirke til at undgå gentagelser.

### **For sent indkommet lægereklæring**

Nævnet har i flere sager udtalt kritik af, at sagen, herunder lægereklæringen var indkommet for sent i nævnet. Nævnet har i sin praksis fastsat fristen for fremsendelse af sager til nævnet til maksimalt 5 hverdage. Fristen er fastlagt på baggrund af psykiatrilovens § 36, hvoraf det fremgår, at sygehusmyndigheden er forpligtet til at fremsende sagens akter herunder lægereklæring til Det Psykiatriske Patientklagenævn, og til punkt 11 i vejledning nr. 122 af 14. december 2006, hvoraf det fremgår, at lægereklæringen skal fremsendes "hurtigst muligt".

Hurtig fremsendelse til nævnet er særligt vigtigt i sager om tvangsbehandling med opsættende virkning. I disse sager er det således forventningen, at klagen ekspederes hurtigere end de anførte maksimalt 5 hverdage, hvis der er behov herfor set i relation til de givne indsendelsesfrister.

I en sag var klagen afleveret til sygehusmyndigheden om mandagen. Torsdag kl. 11 var der frist for fremsendelse til nævnet af sager til behandling den følgende onsdag. Nævnet kritiserede, at sagen, herunder lægereklæringen ikke var fremsendt til nævnet således, at den var nævnet i hænde torsdag kl. 11.

I en anden sag var klagebrevet stilet til en navngiven overlæge på afdelingen. Da den pågældende overlæge var på ferie blev brevet først åbnet, da overlægen var tilbage på arbejde 14 dage senere. Nævnet kritiserede proceduren. Sagen gav anledning til at Patientklagenævnet fremsendte et brev til Region Hovedstadens Psykiatri om opstramning af procedurerne for aflevering og modtagelse af klager jf. afsnit 2.

### **Kritik af overlægens manglende underskrift på lægeerklæringen**

Det fremgår af punkt 11 i vejledning nr. 122 af 14. december 2006, at lægeerklæringen skal være underskrevet af overlægen.

Nævnet fandt i to sager anledning til at kritisere, at lægeerklæringen var fremsendt uden overlægens underskrift.

En overlæge anførte, at et krav om overlægeunderskrift i nogle tilfælde kunne medføre at lægeerklæringen – af praktiske årsager – først blev fremsendt efter deadline for indsendelse af lægeerklæringer. Det blev over for overlægen tilkendegivet, at nævnet i sådanne situationer accepterede, at en anden underskrev overlægeerklæringen, når det skete efter bemyndigelse fra overlægen og dermed på overlægens vegne.

### **Kritik af for sen udlevering af sagsmateriale til patient**

Nævnet havde i en sag fremsendt sagens materiale som såvel brev som fax den 19. i måneden. Nævnet udtalte kritik af, at patienten først fik materialet udleveret den 24. i måneden – dagen inden nævnsmødets afholdelse.

Nævnet er i nævnsmøder blevet mødt med en påstand fra patienten om, at vedkommende ikke havde modtaget mødematerialet. Nævnet tillægger det afgørende betydning, at patienten inden nævnsmødet har modtaget og gennemlæst sagens akter og helst også drøftet indholdet med sin patientrådgiver. For i videst muligt omfang af eliminere denne påstand fremsender nævnet derfor materialet både med posten og med fax.

### **Kritik af manglende overholdelse af pligten til at føre tvangsprotokol**

Nævnet har i adskillige sager i 2008 konstateret, at oplysninger om anvendelse af tvang ikke var anført i tvangsprotokollen. Dette har medført kritik.

Nævnet henleder opmærksomheden på psykiatrilovens § 20, hvoraf det fremgår, at oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5- 10 a, 12 og 13, 14- 17 a og 18 a samt § 18 c, stk. 2, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 e, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18.

### **Kritik af mangelfuld eller manglende journalføring**

Nævnet bemærker, at de psykiatriske centre ud over de særlige regler om tvangsprotokoller og skriftlig forudgående oplysning om anvendelse af tvang, der fremgår af psykiatriloven, også er omfattet af den almindelige pligt til at føre journal efter journalføringsbekendtgørelsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006). Det er således ikke nok, at anvendelse af tvang fremgår af tvangsprotokollen. Det skal også uddybes i journalen.

Nævnet har i flere sager kritiseret, at overlægens godkendelse af beslutningen om anvendelse af tvang ikke fremgik af journalen, men alene af tvangsprotokollen.

Nævnet fandt i en sag, at manglende journalføring og manglende udfyldelse af tvangsprotokol om overlægens godkendelse medførte, at en tvangsindlæggelse måtte anses for ulovlig, idet det så ikke var godtgjort over for nævnet, at den faktisk havde fundet sted, således som foreskrevet i psykiatriloven.

Nævnet fandt i en sag, at det var kritisabelt, at ophøret af en tvangsfiksering alene fremgik af sygeplejerskekardex og ikke af journalen eller tvangsprotokollen.

### **Kritik af for sen eller manglende overlægegodkendelse**

Det fremgår af psykiatrilovens § 4 a, at overlægen "snarest muligt" skal tage stilling til en beslutning om frihedsberøvelse truffet i overlægens fravær. Nævnet har i sin praksis fastlagt fristen til maksimalt 2 dage efter, at beslutningen er truffet, idet det skal understreges, at kompetencen til at træffe beslutningen i loven er henlagt til overlægen, og at dette udgør en retssikkerhedsgaranti for patienten.

Nævnet har i en række sager kritiseret, at godkendelsen er sket for sent. Nævnet er opmærksom på, at lovforslaget af nogle læses som om der i særlige tilfælde gælder en lempelig praksis for overlægens efterfølgende godkendelse. I bemærkningerne anføres således, at "overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på det psykiatriske center". Dette udsagn udlægges af nogle på den måde, at overlægen, der tager på påskeferie onsdagen før skærtorsdag, kan vente med at godkende en tvangsindlæggelse, der eksempelvis finder sted skærtorsdag, indtil overlægen er tilbage på det psykiatriske center tirsdagen efter påske.

Nævnet er ikke enig i denne fortolkning, der efter nævnets opfattelse er retssikkerhedsmæssigt betænkelig. Når kompetencen er henlagt til overlægen, er det en klar indikation af indgrebets intensitet. Samtidig må det bemærkes, at ovennævnte eksempel ikke direkte er anført i lovbemærkningerne. Her er der nævnt det tilfælde, hvor en patient indlægges om natten med henblik på tvangsindlæggelse, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet om tvangsindlæggelse telefonisk for overlægen. I den situation forudsættes overlægen efter lovbemærkningerne snarest at skulle tage stilling til beslutningen om tvangsindlæggelsen - hvilket er noget andet end den ovennævnte udvidede fortolkning.

Nævnet mener, at der af hensyn til sagens karakter, skal anlægges en indskrænkende fortolkning. Nævnet blev ved sidste årsmøde i 2008 af inspektionschef hos Folketingets Ombudsmand Lennart Frandsen bekræftet i denne opfattelse. Lennart Frandsen gav udtryk for, at et telefonisk indhentet samtykke var gyldigt. Herefter er det efter nævnets opfattelse tydeligt, at en udvidende fortolkning af lovbemærkningerne er uholdbar. Nævnet skal opfordre til, at det ved en lovrevision i bemærkningerne sker en vis form for præcisering af den tidsmæssige udstrækning af bestemmelsen i psykiatrilovens § 4a.

Nævnet har endvidere i en række sager ikke kunnet konstatere, at godkendelsen faktisk havde fundet sted, og har på den baggrund kendt frihedsberøvelsen ulovlig i en periode, indtil der var foretaget en fornyet revurdering, som var godkendt af overlægen.

### **Kritik af beskikkelse af forskellige patientrådgivere**

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1495 af 14. december 2006 § 5, stk. 1, at hvis en patient tidligere under en indlæggelse har haft beskikket en patientrådgiver, skal denne patientrådgiver i almindelighed beskikkes.

Nævnet udtalte i en sag kritik af, at et psykiatrisk center i forbindelse med tvangstilbageholdelser havde beskikket tre forskellige patientrådgivere.

### **Kritik af for sen beskikkelse af patientrådgiver**

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1495 af 14. december 2006 § 4, stk. 1, at ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse skal beskikkelse af en patientrådgiver ske *i forbindelse med*, at frihedsberøvelsen iværksættes

Nævnet har i en sag fundet anledning til at udtale kritik af, at der først var beskikket en patientrådgiver dagen efter, at frihedsberøvelsen var iværksat.



## SKEMAOVERSIGT

<b>Antal sager.....</b>	<b>4</b>
<b>Sagernes fordeling i 2007 og 2008 på de psykiatriske centre.....</b>	<b>4</b>
<b>Ændringer i optageområder pr. 1. februar 2008.....</b>	<b>4</b>
<b>Ændringer i optageområder pr. 1. oktober 2008.....</b>	<b>5</b>
<b>Antal af sager i nævnet de seneste fire år.....</b>	<b>5</b>
<b>Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste to år...5</b>	<b>5</b>
<b>Samlet antal møder i de seneste fire år.....</b>	<b>6</b>
<b>Mødernes fordeling i 2007 og 2008.....</b>	<b>7</b>
<b>Mødedeltagelse for læger.....</b>	<b>8</b>
<b>Mødedeltagelse for patienter.....</b>	<b>9</b>
<b>Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger.....</b>	<b>10</b>
<b>Afgørelsernes udfald .....</b>	<b>12</b>
<b>Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.....</b>	<b>12</b>
<b>Klager over Patientklagenævnets afgørelser.....</b>	<b>13</b>
<b>Anke til domstolene.....</b>	<b>14</b>

**Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.....14**  
Det Psykiatriske Patientklagenævn ved  
Statsforvaltningen Hovedstaden  
Borups Allé 177, Blok D-E  
2400 København NV

Telefon 45 11 20 00 45 11 20  
Direkte 02 45 11 20 07 psykia-  
Fax tri@psv.reg ionh.dk  
Mail

Web [www.psykiatri-regionh.dk](http://www.psykiatri-regionh.dk)

Journal nr.: 200711388  
Ref.: Anne Overgaard Brath

Dato: 15. april 2009

### **Vedr. udkast til årsberetning 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden**

Region Hovedstadens Psykiatri har modtaget det udarbejdede udkast til årsberetning 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Det er Region Hovedstadens Psykiatri vurdering, at anvendelse af tvang i psykiatrien skal begrænses mest muligt, men at anvendelsen af tvang samtidig er nødvendig. Den seneste revision af psykiatriloven repræsenterer en god balance mellem hensynet til patienten og dennes retssikkerhed samt muligheden for at udøve lovgivningens bestemmelser og intentioner i den kliniske praksis på de psykiatriske centre. Region Hovedstadens Psykiatri vurderer i den forbindelse ikke, at der er behov for en skærpelse af lovgivningen. Der er derimod brug for, at den gældende lovgivning overholdes, og at den kliniske praksis løbende kvalitetsudvikles med henblik på at reducere brugen af tvang.

Årsberetningen er en god anledning til en overordnet drøftelse af praksis, eventuelle problemstillinger samt dilemmaer i forbindelse med overholdelse af psykiatriloven på de psykiatriske centre, og den giver et godt overblik over afgørelser og mødestatistik

mv.

Region Hovedstadens Psykiatri finder dog, at udkast til årsberetning 2008 giver anledning til en række principielle kommentarer, idet Det Psykiatriske Patientklagenævn i udkast til årsberetning 2008 på flere områder lægger op til en skærpelse af praksis. Region Hovedstadens Psykiatri har også haft lejlighed til at kommentere udkast til årsberetning 2008 for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Sjælland. Heri udtrykkes der ikke behov for skærpelse af praksis. Denne forskel de lokale psykiatriske patientklagenævn imellem giver anledning til eftertanke.

Særligt finder Region Hovedstadens Psykiatri det problematisk, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ønsker at ændre praksis, så kritikpunkterne i Europarådets Torturkomité's rapport følges. Der er udtalt forskel på psykiatri-kulturen de europæiske lande imellem, dels hvad angår fortolkning af lovgivning samt former for tilladt tvang.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af kritikken i Europarådets Torturkomité's rapport igangsat en undersøgelse, der sammenligner brugen af tvang i de lande, vi normalt sammenligner os med. Region Hovedstadens Psykiatri foreslår en drøftelse af resultatet heraf, når dette foreligger i efteråret. Såfremt praksis på området skal ændres, er det Region Hovedstadens Psykiatri's opfattelse, at det skal ske på landsplan ved en beslutning truffet af de centrale sundhedsmyndigheder.

Region Hovedstadens Psykiatri har følgende konkrete bemærkninger til udkast til årsberetningen 2008:

Indledningsvis skal det bemærkes, at hverken Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød eller Psykoterapeutisk Center Stolpegård ikke umiddelbart ses at fremgå, hverken under forordet på side 1 eller senere i statistikken. (Psykoterapeutisk Center Stolpegård har til orientering ikke anvendt tvang). Det skal i forlængelse heraf anføres, at der således ikke er 13, men 15 psykiatriske centre i Statsforvaltningen Hovedstadens område.

### **Langvarige fikseringer**

Der fastsættes ikke i psykiatriloven en absolut tidsgrænse for varigheden af tvangsfikseringer, og det er endvidere ikke defineret, hvilken tidsmæssig udstrækning der kan falde ind under betegnelsen "langvarige fikseringer". Det Psykiatriske Patientklagenævn henviser i denne forbindelse til Europarådets Torturkomité's rapport som forklaringsbidrag. Det bør her understreges, at udtalelser i en sådan rapport ikke har eller bør have nogen direkte og umiddelbar retsvirkning i Danmark. Region Hovedstadens Psykiatri er af den opfattelse, at såfremt der skal ske en stramning af praksis, skal en sådan ske på landsplan og på baggrund af en beslutning truffet af de centrale sundhedsmyndigheder.

### **48 timers reglen**

Det anføres i udkast til årsberetning 2008, at Det Psykiatriske Patientklagenævn i forbindelse med tvangsfikseringer i længere tid end 48 timer ser et problem i vurdering foretaget af sideordnede læger. Det bør her tilføjes, at læger ansat i psykiatrien i lighed med læger ansat i andre specialer konfererer med sideordnede læger og indhenter disses uvildige vurderinger som en naturlig del af det kliniske arbejde. Region Hovedstadens Psykiatri er af den opfattelse, at Det Psykiatriske Patientklagenævn lægger op til en skærpelse af praksis. Det skal understreges, at Region Hovedstadens Psykiatri's læger er bekendte med forvaltningslovens regler om inhabilitet, og der ses ikke at være noget konkret grundlag for en yderligere skærpelse og dermed ændring af nuværende praksis. Region Hovedstadens Psykiatri skal også her fastholde, at en ændring af praksis kræver en lovændring, således at ændringen bliver gældende på landsplan og på baggrund af en beslutning truffet af de centrale sundhedsmyndigheder.

Det Psykiatriske Patientklagenævn nævner i udkast til årsberetning 2008 endvidere det spørgsmål, hvorvidt 48-timers vurderingen bør "gentages" på et senere tidspunkt. Re-

gion Hovedstadens Psykiatri tilslutter sig det retssikkerhedsmæssige synspunkt, at det ville være i god tråd med psykiatrilovens bestemmelser om revurdering generelt at foretage løbende revurderinger af bæltefikserede i forlængelse af den eksterne vurdering efter de 48 timer, men må anføre at vurderingerne 4 gange i døgnet stadig bliver foretaget. En skærpelse af praksis kræver en lovændring, der vil gælde på landsplan og på baggrund af en beslutning truffet af de centrale sundhedsmyndigheder.

### **Omfanget af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence**

Det anføres i udkast til årsberetning 2008, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ser sig kompetente til i konkrete sager at kunne vurdere og træffe afgørelse vedr. dosis samt antal præparater ved tvangsbehandling. Region Hovedstadens Psykiatri skal med henvisning til såvel bekendtgørelsen om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævne samt Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis med hjemvisning af sådanne sager afvise denne kompetenceudvidelse, der står ulovhjemlet hen. De psykiatriske patientklagenævns afgørelser kan enten indeholde en godkendelse eller en tilsidesættelse af en beslutning. En doseringsbeslutning vil altid bero på en konkret lægefaglig vurdering foretaget af den behandlende psykiatriske overlæge, og beslutningen vil altid være truffet på baggrund af overvejelser vedrørende den enkelte patient. Medicinhåndbogen er alene ment som en generel vejledning for lægen, da medicinhåndbogen ikke indeholder doserings- samt præparatforslag baseret på den enkelte patients konkrete situation. Et nævn uden psykiatrisk fagkundskab kan ikke selv foretage en sådan vurdering. Såfremt der skal ske kompetenceudvidelse for Det Psykiatriske Patientklagenævn, skal dette ske på landsplan og på baggrund af en beslutning truffet af de centrale sundhedsmyndigheder.

Det bør i den forbindelse anføres, at de behandlende psykiatriske overlæger kender den enkelte patient, mens Det Psykiatriske Patientklagenævn på møderne alene oplever et øjebliksbillede af patienten. Med henblik på at vurdere om patienten på tidspunktet for mødet er tvangstilbageholdelig, er Region Hovedstadens Psykiatri af den opfattelse, at nævnet ikke på denne spinkle baggrund har belæg for at vurdere en patients tilstand. Den psykiatriske overlæges indgående og langvarige kendskab til patienten muliggør en stillingtagen til, om patientens fremtræden på nævnsmødet er repræsentativ og troværdig, og den psykiatriske overlæges sygdomskendskab bør tillægges betydning ved nævnets vurdering af patientens psykopatologi, behandlingsbehov, farlighed og reaktionsmønster. Formålet, med at overlægen i psykiatrilovens § 10, stk.3 har 24 timer (og 48 timer ved anmodning om udskrivning inden det første døgn efter indlæggelse) til at vurdere, om patienten er tvangstilbageholdelig, er netop, at vurderingen skal foretages på baggrund af en længerevarende observation indeholdende en helhedsvurdering og ikke et øjebliksbillede. Det Psykiatriske Patientklagenævn bør af hensyn til den enkelte patient udvise stor forsigtighed med at foretage selvstændige vurderinger af patienten på baggrund af dennes tilstand på tidspunktet for aflholdelse af nævnsmødet som sket i afgørelsen nævnt nederst s. 29 i udkast til årsberetning 2008.

Region Hovedstadens Psykiatri skal her henlede opmærksomheden på hensynet til patienten. Det er vigtigt, at nævnsmøderne bliver afholdt på en taktfuld måde, således at patienten ikke føler sig unødigt krænket. Det forhold vil i mange situationer afholde den deltagende læge fra at gå i rette med patientens udsagn på nævnsmødet. Som tidligere nævnt er overlægens vurdering baseret på et længerevarende kendskab til patienten, hvilket afspejles i indhold og konklusion i den speciallægeerldæring, der er udarbejdet til formålet. For at sikre at nævnet forudsætninger for at træffe en afgørelse er optimale, er det Region Hovedstadens Psykiatri vurdering, at speciallægeerklæringernes indhold bør tillægges betydelig vægt.

### **Dokumentation af motivationsperiode i forbindelse med tvangsbehandling**

Det Psykiatriske Patientklagenævn behandler under "Afsnit III - principielle Afgørelser" mindste middels princip i relation til vurdering af motivationstid, når patienten er tvangsfikseret. Region Hovedstadens Psykiatri skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at der i disse situationer i hver enkelt sag sker afvejning af det etiske dilemma om en respektfuld behandling, herunder muligheden for forkortelse af motivationsperiode for tvangsbehandling ved tvangsfikserede patienter, hvis det vurderes, at det kan nedbringe længden af tvangsfikseringen.

Region Hovedstadens Psykiatri ønsker her at henlede opmærksomheden på, at der ud over psykiatrilovens passus om at give patienten passende betænkningstid ikke lov-mæssigt stilles krav til varighed eller dokumentation for motivation af patienten. Region Hovedstadens Psykiatri skal i den forbindelse henstille til at Det Psykiatriske Patientklagenævn lægger overlægens udsagn om dokumentationsbehov og -omfang til grund for deres vurdering.

Det Psykiatriske Patientklagenævn problematiserer desuden i udkast til årsberetning 2008 de tilfælde, hvor motivationsperiode i forbindelse med tvangsbehandling alene er dokumenteret i elektronisk journal. Region Hovedstadens Psykiatri skal hertil anføre, at dokumentationsforpligtelsen er overholdt ved elektronisk journalføring, såfremt patient samt patientklagenævn kan få udskrift heraf ved behov. Det erkendes, at der har været et regionalt problem vedr. muligheden for print af elektroniske journaler, men dette problem er nu løst.

Region Hovedstadens Psykiatri ser i forlængelse af ovennævnte behov for at påpege, at begrebet "patientjournal" er én journal, omfattende bl.a. sygeplejekardex, medicinjournal m.m. Dette er i overensstemmelse med journalføringsbekendtgørelsen, og på baggrund heraf finder Region Hovedstadens Psykiatri hverken opfattelsen nederst s. 35 korrekt eller kritikken i afgørelsen nederst s.52 i udkast til årsberetning 2008 berettiget.

### **Afsluttende bemærkninger**

Det kan til orientering oplyses, at det er besluttet, at samtlige psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri skal afholde årlige dialogmøder med de til det enkelte



center tilknyttede patientrådgivere. De psykiatriske centre er blevet oplyst om, at Det Psykiatriske Patientklagenævn gerne deltager i disse møder.

Det Psykiatriske Patientklagenævn stiller spørgsmål ved, om Sundhedsvæsenets Patientklagenævns stramme praksis vedrørende tvangsbehandling med depotmedicin er i overensstemmelse med lovens intentioner, hvilket Region Hovedstadens Psykiatri tilslutter sig.

Vedrørende forsvundne og meget forsinkede patientklager kan Region Hovedstadens Psykiatri bekræfte, at samtlige psykiatriske centre udarbejder en lokal vejledning for fremgangsmåde ved behandling af klager til Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvilket forventes at føre til en væsentlig reduktion af problemet.

Udkast til årsberetning 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er som indledningsvist nævnt en velkommen opdateret gennemgang af en række vanskelige behandlingssituationer, hvor den optimale løsning er vanskelig at opnå. Dette bekræfter, at der er behov for en tilbagevendende kontakt mellem Det Psykiatriske Patientklagenævn og Region Hovedstadens Psykiatri. Det kunne i denne forbindelse være ønskeligt med halvårlige møder, hvor der kunne være lejlighed til at drøfte konkrete sager og praksis. Møder med sådanne drøftelser mellem de psykiatriske patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er ligeledes ønskelige.

Det skal afslutningsvis understreges, at ovennævnte kommentarer er fremkommet på baggrund af drøftelser med de 15 psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri, der henhører under Statsforvaltningen Hovedstaden. Region Hovedstadens Psykiatri ser frem til at deltage i årsmødet 2009 den 20. april 2009 og herefter til at modtage den endelige årsberetning for 2008.

Med venlig hilsen



Martin Lund  
Direktør

