

STATSFORVALTNINGEN 

HOVEDSTADEN



Formand for §71-tilsynet Karen J. Klint
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

25-11-2008

Kære Karen J. Klint

Direktøren

Som formand for Det Psykiatriske Patientklagenævn i Region Hovedstaden tillader jeg mig at rette henvendelse til dig for at høre, om vi kunne formå dig til at deltage i hele eller en del af vores næste årsmøde der finder sted **mandag den 20. april 2009, kl. 14.00 til 17.00**. Vi ville sætte stor pris på, om du ville holde et indlæg på ca. 1 time om §71-tilsynets arbejde og §71-tilsynets vurdering af Patientklagenævnets arbejde. Jeg er sikker på, at dette vil vække stor interesse hos alle deltagerne.

STATSFORVALTNINGEN HOVEDSTADEN
BORUPS ALLÉ 177, BLOK D-E
2400 KØBENHAVN NV

JOURNAL NR.: 2007-270/14
SAGSBEHANDLER: HLSOP

TELEFON: 7256 7000

TELEFAX: 38 19 02 45

GIRO: 3001 4329848

EAN-NR. 5798000362222

SE-NR. 29-37-62-20

hovedstaden@statsforvaltning.dk

www.statsforvaltning.dk

TELEFONTID:

Mandag-Onsdag 09.00 - 15.00

Torsdag 13.00 - 18.00

Fredag 09.00 - 14.00

ÅBNINGSTID FOR PERSONLIGE

HENVENDELSER:

Mandag-Onsdag 09.00 - 15.00

Torsdag 09.00 - 18.00

Fredag 09.00 - 14.00

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden behandler klager fra psykiatriske patienter indlagt på de 13 psykiatriske centre i Region Hovedstaden.

På årsbasis drejer det sig om mere end 300 sager med over 600 afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beroligende medicin mv.

I Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden holder vi møder fire gange om ugen - 51 uger om året. Det er tunge sager, der afspejler patienters svære liv. Det er nævnets opgave - med patienten i centrum - at sikre patientens retsikkerhed.

Som bekendt er nævnet forpligtet til hvert år at afgive en årsberetning, der blandt andet sendes til dit udvalg, til Folketingets Ombudsmand, til Sundhedsstyrelsen, til Velfærdsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt naturligvis til de implicerede psykiatriske centre.

Til orientering vedlægges vores årsberetning for 2007.

Årsberetningen fremlægges på et årsmøde, hvori deltager repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, fra Region Hovedstadens Psykiatri, fra ledelsen og fra overlæger på de 13 psykiatriske centre i Statsforvaltningen Hovedstadens område, samt ikke mindst det psykiatriske patientklagenævns medlemmer og stedfortrædere. Desuden vil Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark samt patientrådgivere og bistandsværger tilknyttet ovennævnte psykiatriske centre blive inviteret.

Udkast til årsberetningen for 2008 vil blive fremlagt på årsmødet i april 2009.

Årsmødet er opdelt i to dele. Første del består af et foredrag ved en udefra kommende gæst, mens anden del omhandler en præsentation og drøftelse af et udkast til årsberetningen.

I 2008 var vores gæst inspektionschef Lennart Frandsen, Folketingets Ombudsmand, der kom med et indlæg om den nye psykiatrilov, der trådte i kraft den 1. januar 2007.

Af hensyn til planlægningen vil jeg være taknemmelig, hvis du kan nå at give en tilbagemelding inden jul.

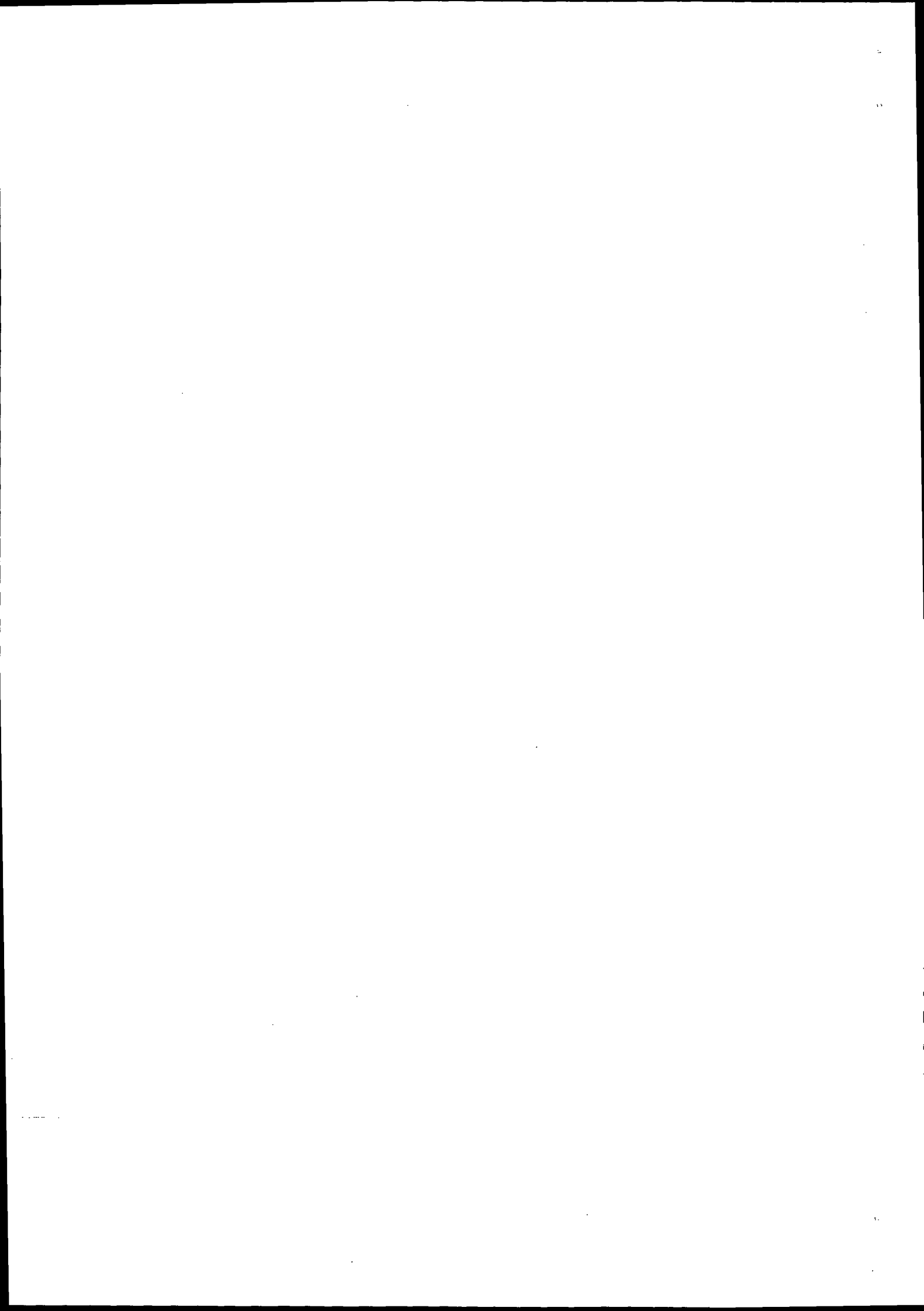
På forhånd tak.

Med venlig hilsen



Bente Flindt Sørensen





Indhold

FORORD	1
AFSNIT I : - DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN VED STATSFORVALTNINGEN HOVEDSTADEN	2
1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2007	2
1b. Patientklagenævnets kompetenceområder og opgaver	3
2. ANTAL SAGER OG SAGSFORDELING	3
3. SAGSBEHANDLINGSTIDEN	5
4. ANTALLET AF MØDER, MØDESTED M.V.	6
5. DELTAGELSE I PATIENTKLAGENÆVNETS MØDER AF LÆGER, PATIENTER OG PATIENTRÅDGIVERE (BISTANDSVÆRGER)	7
5a. Læger	7
5b. Patienter	8
5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne	9
6. AFGØRELSENS UDFALD OG OMGØRELSESPROCENT	11
7. KLAGER OVER DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVNS AFGØRELSESR	13
7a. Anke til domstolene:	14
7b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn:	15
8. PATIENTKLAGENÆVNETS AKTIVITETER I ØVRIGT	15
AFSNIT II : - PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER	17
Mundtlig og skriftlig orientering af patienten om den påtænkte tvang	17
Tilstande, der ganske må ligestilles med psykose	18
Behandlingskriteriet.....	18
Efterprøvelse af frihedsberøvelse.....	19
Fornyset lægelig vurdering så længe en tvangsfiksering opretholdes, herunder uvildig lægelig vurdering efter 48 timer.	20
Samtykke begrebet	22
Tilbagekaldelse af klage	22
Anmodning om udskrivning	23
Vedrørende materiale, der bør medsendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn	23
For sen indsendelse af lægeerklæring/lægemangel.....	23
Sager der påklages til retten.....	24
Behandling af klage over en foranstaltning truffet af overlægen på et psykiatrisk center, når patienten efterfølgende er overflyttet til et andet psykiatrisk center.....	25
AFSNIT III: - PRINCIPIELLE AFGØRELSESR	27
TVANGSINDLÆGGELSE	27
TVANGSTILBAGEHOLDELSE	27
TVANGSBEHANDLING	28
TVANGSFIKSERING	33
FYSISK MAGTANVENDELSE	36
BEROLIGENDE MIDDEL MED TVANG	37
FORMELLE FEJL OG MANGLER.....	38
ANDET	39

FORORD

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

De tidligere psykiatriske patientklagenævne ved Statsamtet Bornholm, Statsamtet Frederiksberg 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 rummer 1/3 af landets indbyggere og har 35,5 % af de indlagte psykiatriske patienter på landsplan. Med hensyn til berørte af tvang drejer det sig om 42,3 %.

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 patientklagenævne i Danmark i oktober 2007 afholdt møde herom. Det skulle derfor nu være muligt direkte at sammenholde tallene fra de fem patientklagenævne 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

Nærværende 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 vedkommende direktør som formand samt af medlemmer. De to medlemmer bliver beskikket af Ministeren for Sundhed og Forebyggelse efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Lægeforeningen og De Samvirkende Invalideorganisationer. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse beskikker et antal medlemmer samt et antal ligestillede stedfortrædere for medlemmerne.

1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2007

Patientklagenævnets formand var i 2007 direktør Bente Flindt Sørensen. Stedfortrædere for formanden var kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, administrationschef Reené Bendsen, kontorchef Inge Dickow, kontorchef Lone B. Christensen, kontorchef Kristine Quietsch, kst. kontorchef Jakob Næsager, souschef Ole Steffen Andersen, souschef Kristine Drisdal Hansen og fuldmægtig Anne Engholm. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det chefkonsulent Leise Døllner.

I 2007 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 har været overlæge Mark Krasnik, læge Lisbeth Ludvigsen, 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.

I 2007 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 har været Anna Jytte Christiansen, Inger Liss Christoffersen, Lisbeth Holmgaard, cand. psyk. Arnfinn Thorsteinsson, projektkonsulent Janne Steen Kjærulff, stud. jur. Johnny Claes Starfield og Kirsten Hanne Falster. For møder på psykiatrisk center Bornholm var det Stephen Mortensen.

Sekretærer for nævnet var specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Regitze Vogel, fuldmægtig Louise Cadovius Jørgensen, fuldmægtig Anders Plougmand, fuldmægtig Helle Andreasen, fuldmægtig Ingrid Stokholm Lauridsen og fuldmægtig Lise Fejerskov Sørensen. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det socialrådgiver Bodil Kryger.

Journalfunktionerne varetages af Ulla Sallaway og Lone Langbo Laursen. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det kontorfuldmægtig Lone Rejnøls Hansen.

Årsberetningen er udarbejdet af Henning Lund-Sørensen, Charlotte Galbo og Regitze Vogel samt Lone Langbo Laursen og 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 fremkommer ved 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 på stedet sin afgørelse, der tilstræbes udsendt samme dag til de berørte parter.

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 derimod være tale om flere sager.

En "afgørelse" er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb. Patientklagenævnets vurdering af ét tvangsindgreb kan føre til, at der træffes to afgørelser vedrørende dette 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 nævnsmødet, og hvor nævnet således allerede har brugt tid på at udsende sagen og på at forberede sagen. Det drejer sig i alle årene om mere end 10 % af samtlige indkomne sager. Der er således tale om et betydeligt antal tilbagekaldte sager, som kan være udtryk for patienternes ambivalens. Nogle

patienter vil gerne klage, men bliver hurtigt opgivende. Det er derfor vigtigt med et enkelt klagesystem, der fysisk kommer ud til den enkelte patient.

Antal sager:

	2005	%	2006	%	2007	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	434	100	373	100	363	100
+ Antal sager, modtaget ej behandlet i foregående kalenderår	3	1	1	0	6	2
- antal tilbagekaldte sager	64	15	55	15	39	11
- antal afviste sager	11	3	5	1	12	3
- antal sager modtaget men ej behandlet i kalenderåret	1	0	6	2	8	2
Antal sager med realitetsafgørelse	361	83	308	83	310	85

Sagernes fordeling i 2007 på de psykiatriske centre er følgende:

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Amager	52	53	64	4	6	5	48	47	59
Ballerup	14	6	6	0	1	0	14	5	6
Bispebjerg	86	62		15	12		71	50	
- voksen			57			8			49
- ungdom			10			0			10
Bornholm	3	8	3	2	0	0	1	8	3
Frederiksberg	36	29	30	10	6	8	26	23	22
Gentofte	54	34	29	17	12	4	37	22	25
Glostrup									
- voksen	31	25	25	5	6	6	26	19	19
- ungdom	2	2	4	1	0	1	1	2	3
- retspsyk.	6	4	3	0	0	1	6	4	2
Hvidovre	67	48	46	6	6	7	61	42	39
Nordsjælland	57	65	44	9	7	5	48	58	39
Rigshospitalet	28	32	40	6	4	6	22	28	34
I alt	436	368	361	75	60	51	361	308	310

Antallet af sager i nævnet i de seneste år:

2005	2006	2007
361	308	310

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 2007 været 12 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, søndage og helligdage.

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid i de seneste år:

	2005	2006	2007
Antal dage (helt tal)	8	7	12

Det bemærkes, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for 2005 og 2006 er beregnet som et vejet gennemsnit af de fire tidligere statsamters sagsbehandlingstid, hvilket skulle tillade en sammenligning med sagsbehandlingstiden fra 2007. Imidlertid er der for 2007 anvendt en helt ny opgørelsesmetode, der reelt umuliggør en sammenligning med de to foregående år. I 2007 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 84 bæltefikseringer og fastholdelser. Det er oplagt, at en sådan sag har en forholdsvis lang sagsbehandlingstid. Resultatet er, at denne ene sag tæller 84 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 klagesagbehandling 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. Det er sekretariatets indtryk, at sagsbehandlingstiden udregnet efter den tidligere beregningsmetode ligger omkring 8 dage.

4. ANTALLET AF MØDER, MØDESTED M.V.

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden afholder møde fire gange hver uge:

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

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 2007 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 lukkede 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, opstå forsinkelser i mødeafviklingen.

Patientklagenævnet har i 2007 afholdt 158 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste tre år.

Samlet antal møder:

	2005	2006	2007
Antal møder	172	165	158

Mødernes fordeling mellem de enkelte dage – herunder de enkelte psykiatriske centre i 2007:

	Møder
Mandagsmøder: Psykiatrisk Center Nordsjælland	24
Tirsdagsmøder: Psykiatrisk Center Hvidovre og Amager	47
Onsdagsmøder: Psykiatrisk Center Ballerup, Frederiksberg, Gentofte og Glostrup	40
Torsdagsmøder: Psykiatrisk Center Bispebjerg og Rigshospitalet	44
Tirsdagsmøder: Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	3
Møder i alt	158

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 deltaget i 260 sager ud af de i alt 310 sager, der har været realitetsbehandlet i nævnet, hvilket giver en fremmøde procent på 84. På samme måde er udregnet mødedeltagelsesprocenten for patientrådgiverne (90%).

5a. Læger

I 2007 har der som i tidligere år været lægelig deltagelse under stort set alle møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Der er dog tilfælde, hvor lægerne ikke har givet møde. Det ene tilfælde var på Bornholm i et tilfælde, hvor formand og sekretariat fra Borups Alle tog til møde indkaldt til fredag kl. 14.00. I dette tilfælde udeblev det psykiatriske center Bornholms repræsentant.

Det andet tilfælde 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 patienten 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.

Mødedeltagelse for læger:

	Deltaget	Ikke deltaget	Deltagelsesprocent
	2007	2007	2007
Amager	59	0	100
Ballerup	6	0	100
Bispebjerg			
- voksen	47	2	96
- ungdom	10	0	100
Bornholm	2	1	67
Frederiksberg	22	0	100
Gentofte	25	0	100
Glostrup			
- voksen	19	0	100
- ungdom	3	0	100
- retspsyk.	2	0	100
Hvidovre	39	0	100
Nordsjælland	39	0	100
Rigshospitalet	34	0	100
I alt	307	3	99

5b. Patienter

Patienten deltog i 260 af de 310 realitetsbehandlede sager, hvilket er en deltagelsesprocent på 84 % (i 2006 var deltagelsesprocenten på 82 % og i 2005 på 91 %). Patienten er i alle sager blevet indkaldt til at deltage i mødet. I de sager, hvor patienten ikke har deltaget, har patienten meldt afbud, hvilket blandt andet har været begrundet i, at patienten var udskrevet.

Mødedeltagelse for patienter:

	Deltaget	Ikke deltaget	Deltagelsesprocent
	2007	2007	2007
Amager	46	13	78
Ballerup	5	1	83
Bispebjerg			
- voksen	40	9	82
- ungdom	9	1	90
Bornholm	2	1	67
Frederiksberg	18	4	82
Gentofte	23	2	92
Glostrup			
- voksen	15	4	79
- ungdom	2	1	67
- retspsyk.	2	1	67
Hvidovre	34	5	87
Nordsjælland	37	2	95
Rigshospitalet	27	6	82
I alt	260	50	84

5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne

De 13 centre har tilknyttet i alt 65 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.

Mødedeltagelse patientrådgivere/bistandsværger:

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Amager	41	37	53	7	10	6	81	79	90
Ballerup	11	3	5	3	2	1	79	60	83
Bispebjerg	53	44		18	6		75	88	
- voksen			44			5			90
- ungdom			10			0			100
Bornholm	1	5	3	0	3	0	100	63	100
Frederiksberg	20	20	22	6	3	0	77	87	100
Gentofte	34	21	24	3	1	1	92	95	96
Glostrup									
- voksen	24	19	18	2	0	1	92	100	95
- ungdom	1	2	3	0	0	0	100	100	100
- retspsyk.	6	2	2	0	2	0	100	50	100
Hvidovre	55	40	34	6	2	5	89	95	87
Nordsjælland	39	40	33	9	18	6	81	69	85
Rigshospitalet	22	26	27	0	2	7	100	93	79
I alt	307	259	278	54	49	32	85	84	90

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved alle 13 psykiatriske centre tilsammen været en pæn stabil fremmødeprocent i perioden 2005-2007. I gennemsnit er mødeprocenten omkring 85, hvilket må anses som meget tilfredsstillende under hensyn til de korte berammelsestider for nævnsmøderne, der igen hænger sammen med et ønske om at behandle patienternes klager, f.eks. over frihedsberøvelse hurtigst muligt.

Med hensyn til 2007 kan det med glæde noteres, at der er sket en stigning på ikke mindre end 6 %. Særlig bemærkelsesværdigt er det endvidere, at 9 af de 13 psykiatriske centre har haft en fremmøde procent på 90 eller derover.

Samtidig har nævnet med stor tilfredshed kunnet konstatere en væsentlig fremgang i fremmøde-procenten på Psykiatrisk Center Amager, Ballerup og Nordsjælland. Derimod må det desværre konstateres, at der for patientrådgiverne på Psykiatrisk Center Rigshospitalet er sket et betydeligt fald i fremmødeprocenten. Dette er problematisk, fordi der er tale om en ikke uvæsentlig nedgang og fordi mødedeltagelsen på Psykiatrisk Center Rigshospitalet dermed kommer under 85%. Sekretariatet har i et møde med patientrådgiverne påtalt dette forhold, der ikke anses for acceptabelt.

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. Dog vil der som følge af den ringe fremmødeprocent

på Psykiatrisk Center Rigshospitalet blive udarbejdet en særskilt statistik for dette center allerede efter 1. kvartal i 2008.

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 (en afgørelse), men kan også indebære både en godkendelse og en tilsidesættelse, f.eks. godkendelse af iværksættelsen af en tvangsindlæggelse, men tilsidesættelse af den fortsatte tvangsindlæggelse. 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 2005 til 2007 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 og indeholder derfor såvel tvangsfikseringer, hvor der alene er anvendt bælte, samt hvor der både er anvendt bælte og en eller flere hånd- og/eller fodremme.

Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten:

	Antal afgørelser			Antal godkendelser		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Tvangsindlæggelse	78	93	95	73	87	88
Tvangstilbageholdelse	235	174	180	214	164	163
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	71	56	114	65	48	90
Beskyttelsesfiksering	2	0	2	1	0	1
Aflåsning af døre i afdelingen	-	-	0	-	-	0
Tvangsbehandling, medicinsk	140	140	134	118	118	108
Tvangsbehandling, ECT	1	1	0	1	1	0
Fysisk magtanvendelse	40	19	73	35	18	62
Beroligende medicin	76	58	67	74	58	66
Andet, f.eks. skærmning	-	-	4	-	-	3
I alt	643	541	669*	581	494	581

* Heraf er 27 flertalsafgørelser.

	Antal tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Tvangsindlæggelse	5	4	7	6	4	7
Tvangstilbageholdelse	21	10	17	9	6	9
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	6	8	24	8	14	21
Beskyttelsesfiksering	1	0	1	50	0	50
Aflåsning af døre i afdelingen	-	-	0	-	-	0
Tvangsbehandling, medicinsk	22	22	26	16	16	19
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	0	0	0
Fysisk magtanvendelse	1	1	11	3	5	15
Beroligende medicin	2	0	1	3	0	1
Andet	0	0	1	0	0	25
I alt	58	45	88	9	8	13

7. KLAGER OVER DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVNS AFGØRELSE

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 2007 blev 118 af nævnets afgørelser indbragt for domstolene og 102 for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ankeprocenter i 2007 var 33 % sammenlignet med tidligere år 2005 og 2006, hvor der var henholdsvis 26 % og 60 %. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

Til sammenligning er tallene for 2005 og 2006 også medtaget i tabellen.

Klager over Patientklagenævnets afgørelser:

	2005			2006			2007		
	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.	Antal afg.	Antal anker	Anke pct.
Tvangsindlæggelse	78	33	42	93	64	69	95	21	22
Tvangstilbageholdelse	235	58	25	174	111	64	180	35	19
Tvangsfiksering	71	16	23	56	33	59	114	62	54
Tvangsbehandling	141	36	26	141	88	62	134	23	17
Fysisk magtanvendelse	40	5	13	19	2	11	73	70	96
Beroligende medicin	76	16	21	58	25	43	67	8	12
Personlig skærmning	-			-			4	1	25
Andet	2	0	0	0			2	0	0
I alt	643	164	26	541	323	60	669	220	33

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 2007 har domstolene stadfæstet 16 af nævnets afgørelser. Ingen afgørelser er blevet tilsidesat. I 8 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 94 afgørelser har nævnet endnu ikke modtaget rettens afgørelse. Det bemærkes, at én af de resterende sager indeholder mere end 50 tvangsfikseringer dvs. mere end 50 af de resterende 94 afgørelser. Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de seneste år:

Anke til domstolene:

	2005	2006	2007
Stadfæstet	62	126	16
Tilsidesat	1	0	0
Frafaldet af patient	28	49	8

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 2007 har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn stadfæstet 20 af nævnets afgørelser. Ingen afgørelser er blevet tilsidesat. To klager er trukket tilbage af patienten. Endelig er 80 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det bemærkes, at én af de resterende sager vedrørende fysisk magtanvendelse indeholder næsten 70 af de resterende 80 afgørelser.

Nedenfor er vist udfaldet af klagesager i de seneste år:

Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn:

	2005	2006	2007
Stadfæstet	56	24	20
Tilsidesat	6	5	0
Frafaldet	11	6	2

8. PATIENTKLAGENÆVNETS AKTIVITETER I ØVRIGT

I årets løb har både Psykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm 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 2007 har nævnet truffet afgørelser i to sager fra Færøerne, hvor henholdsvis en tvangsindlæggelse og en tvangstilbageholdelse blev godkendt. Nævnet har endvidere afvist en sag fra Grønland, fordi indlæggelse var sket på frivilligt grundlag.

Den 30. maj 2007 mødtes som repræsentanter for herværende patientklagenævn kommitteret Henning Lund-Sørensen, forhenværende lægelig direktør Jørgen Valeur Rosenbeck-Hansen og specialkonsulent Charlotte Galbo med John Lesser. John Lesser er præsident for the Mental Health Review Board i staten Victoria i Australien. Mødet var et led i John Lessers studietur til Nordamerika og Europa med temaet "Best Practise in Mental Health Tribunal Hearings Processes, Procedures and Practices". John Lesser havde i forbindelse med studieturen ønsket kontakt med "key tribunal", court and mental health systems/organisations personnel". John Lesser ønskede endvidere at være med som observatør ved patientklagenævns møder, retssager og lignende, og fik således under sit besøg

i Danmark lejlighed til at deltage i herværende patientklagenævns møder på Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital den 31. maj 2007.

Ved mødet orienteredes fra nævnets side bl.a. om statistiske oplysninger vedrørende samtlige patientklagenævn i Danmark, patientklagenævnets virksomhed, ligesom de lokale patientklagenævns, retternes og Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed blev sammenholdt. I relation til spørgsmålet "Best Practise" redegjordes for, at de lokale patientklagenævn har en fælles fagportal på intranettet, og at hvert enkelt patientklagenævn skal afgive en årsberetning.

John Lesser har efterfølgende i en midlertidig rapport bl.a. givet udtryk for, at det danske system er et meget veludviklet klagesystem, der er hurtigt og giver patienten ret til "en høring" foran et bredt sammensat lokalt klagenævn, og hvor der er stærk focus på patientens retssikkerhed. John Lesser har endvidere fremhævet det forhold, at patienten efter den danske lovgivning får beskikket en uvildig patientrådgiver i forbindelse med beslutninger om tvangsforanstaltninger. Som ulemper ved det danske system har John Lesser anført, at klager over tvangsbehandling kan forsinke behandlingsprocessen, og at det kan give mulighed for forskelligheder i de lokale nævns praksis.

AFSNIT II : - PRINCIPIELLE PROBLEMSTILLINGER

Mundtlig og skriftlig orientering af patienten om den påtænkte tvang

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 mulig. 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.

*

Herværende Patientklagenævn har i en enkelt sag påtalt, at kravet om skriftlighed i psykiatrilovens § 31, stk. 1 ikke var overholdt. Underretning om den påtænkte tvang var kun sket mundtligt, inden beslutning om tvangsmedicinering blev truffet. Nævnet fandt efter en konkret vurdering ikke, at den manglende skriftlighed medførte, at beslutningen om tvangsbehandling var ugyldig.

I margin af denne problemstilling kan det nævnes, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har taget stilling til en beslutning om tvangsmedicinering, uden at patientrådgiveren var informeret om medicinens bivirkninger. Sagen er omtalt under afsnit III, Principielle afgørelser, tvangsbehandling.

Tilstande, der ganske må ligestilles med psykose

Det psykiatriske sygdomskriterium, der skal være opfyldt som betingelse for frihedsberøvelse, omfatter efter psykiatrilovens § 5, stk. 1 ikke alene sindssygdom, men også tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom.

Ifølge den kommenterede psykiatrilov ved Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen – Jurist & Økonomforbundets Forlag 1991 – må kriteriet "tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom" fortolkes restriktivt. Der er således tale om en meget snæver udvidelse, hvor betingelserne for at slutte analogt fra den foreliggende tilstand til sindssyg skal opfylde kravene til fuldstændig analogi. Der skal foreligge en egentlig nødrets tilstand – man kunne kalde det en "fuldstændig tilstandsanalogi"- ofte kendetegnet ved, at den foreliggende tilstand ikke lader sig skelne fra sindssygdom.

Efter bemærkningerne til lovforslaget må anvendelsesområdet for begrebet "tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom" fastlægges under hensyn til de overvejende behandlingsmæssige formål, som loven forfølger.

Som eksempler på tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom i psykiatrilovens forstand, nævnes visse affektsplosive tilstande og abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af bevidsthedsændringer, patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka, visse biologisk betingede tilstande, tågetilstand i forbindelse med epileptiske anfald og anorexia nervosa.

Under afsnit III, Principielle Afgørelser, Tvangstilbageholdelse er omtalt en sag, hvor nævnet i 2007 fandt, at den pågældende patient befandt sig i en "tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssygdom". Retten har efterfølgende tiltrådt afgørelsen.

Behandlingskriteriet

Ifølge psykiatrilovens § 5 nr. 1 er tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation betinget af, at *"udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers vil blive væsentlig forringet"*.

Det teoretiske udgangspunkt for behandlingskriteriet er, at der skal være et klart grundlag for, at behandlingen vil medføre en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig og akut forringelse af tilstanden. Herunder vil en mærkbar lindring også være tilstrækkeligt. Der skal således være konkret udsigt til, at patientens tilstand, som følge af det Psykiatriske Centers behandling, vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning.

Østre Landsret har i en dom af 9. oktober 1992 (UfR. 1993, 178Ø) fundet, at der ikke var tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte Retslægerådets lægelige vurdering om, at patienten utvivlsomt var sindssyg. Retten fandt heller ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte Retslægerådets antagelse om, at det ville kunne bedre patientens tilstand at iværksætte medikamentel behandling. Derimod fandt retten det ikke godtgjort, at kravet i § 5 om at "undladelse af frihedsberøvelse ville have været uforsvarligt, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville have været væsentligt forringet", havde været opfyldt.

Landsrettens dom er bemærkelsesværdig af to grunde: For det første fandt landsretten ikke anledning til en nærmere begrundelse af, hvorfor behandlingskriteriet om "udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers vil blive væsentlig forringet" ikke var opfyldt. For det andet fandt landsretten ikke, at behandlingskriteriet var opfyldt **uanset**, at landsretten lagde retslægerådets antagelse om, at medicinsk behandling vil kunne bedre patientens tilstand, til grund.

I en sag, som blev behandlet i 2007, fandt nævnet, at uanset at patienten led af en kronisk paranoid psykose, karakteriseret ved et omfattende system af storheds- og forfølgelsesvanvid med sociale konspirationsteorier og privatpræget fjendtlig opfattelsesmåde, var patienten så velkonstrueret i sine paranoide forestillinger, at medicinsk behandling ville være meningsløs, da der ikke var udsigt til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden, eller at undladelse af behandling på afgørende måde ville forringe patientens aktuelle situation. Nævnet godkendte derfor ikke tvangsbehandlingen af patienten. Det psykiatriske center har anket afgørelsen til Sundhedsvæsnets Patientklagenævn.

Efterprøvelse af frihedsberøvelse

Ifølge psykiatrilovens § 21, stk. 1 er det overlægen, der har ansvaret for at frihedsberøvelse m.m. ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. I bestemmelsens stk. 2 er der for at sikre opfyldelse af dette, fastsat en obligatorisk efterprøvelse henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter frihedsberøvelsen er iværksat og herefter mindst hver 4. uge, hvor overlægen skal påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 3.

Det er således principielt overlægen personligt eller den læge, der substituerer som overlæge, der skal træffe beslutningen. Der kan dog forekomme situationer, hvor dette ikke er muligt, og i sådanne tilfælde er der jf. psykiatrilovens § 4a ikke noget til hinder for, at en anden læge træffer afgørelsen, forudsat at overlægen efterfølgende "snarest" tager stilling til lægens beslutning.

Der er i retspraksis taget stilling til retsvirkningerne af manglende/stiltiende overlægegodkendelser. Såfremt det ikke er overlægen, der træffer beslutning om f.eks. tvangsendlæggelse eller tvangstilbageholdelse, men en underordnet læge, skal overlægen efterfølgende godkende denne beslutning, for at den er lovlig. I Vestre Landsrets dom (UfR.1995 s. 529) hvor en beslutning om tvangstilbageholdelse, som var truffet af en underordnet læge og efterfølgende blot stiltiende accepteret af overlægen, blev tvangstilbageholdelsen kendt ulovlig. Ifølge Østre Landsrets dom (UfR 1996 s. 188) fandt retten det godtgjort, at afdelingslægens beslutning om at nægte at udskrive patienten var blevet godkendt af overlægen samme eftermiddag, og godkendte herefter tvangstilbageholdelsen.

Af lovforslagets almindelige bemærkninger fremgår det, at udtrykket "snarest" indebærer, at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på sygehuset. I bemærkningerne nævnes det tilfælde, hvor en afgørelse om tvangsendlæggelse må træffes af en anden læge, f.eks. fordi patienten bliver bragt til det psykiatriske center om natten, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet om tvangsendlæggelse telefonisk for overlægen.

Det er ikke nærmere præciseret, hverken i loven eller i retspraksis, hvilken tidsmæssig udstrækning der ligger i ordet "snarest".

Ud fra en betragtning om, at frihedsberøvelse er en af de mest indgribende tvangsforanstaltninger, der kan iværksættes over for en patient, og at "overlæge" er indsat som en særlig retssikkerhedsgaranti, har nævnet lagt sig fast på en praksis om, at der højst bør gå to dage, før overlægen har godkendt en beslutning.

Nævnet betragter sin praksis som en maksimums praksis. Nævnet vil således ikke udelukke, at domstolene på et tidspunkt når frem til en kortere tidshorison. Nævnet anser det faktisk for mest sandsynligt. Det bemærkes, at nævnet, indtil der kommer en retsafgørelse, alene nøjes med at udtale kritik, hvis 2-dages-fristen overskrides – selvom det efter nævnets opfattelse grundlæggende er et gyldighedsspørgsmål, hvor tilsidesættelsen burde medføre ugyldighed.

Det skal nævnes, at Region Hovedstadens Psykiatri i en telefonsamtale anmodede nævnet om at genoverveje en fremsat kritik af, at overlægen først godkendte en frihedsberøvelse mere end 2 dage efter iværksættelsen. Region Hovedstadens Psykiatri henviste til, at hvis de psykiatriske centre skulle efterleve denne 2-dages-regel, ville overenskomsten på området skulle genforhandles. Patientklagenævnet fastholdt på stedet sin kritik.

Region Hovedstadens Psykiatri har i brev af 22. april 2008 tilkendegivet, at der blandt centrene i Region Hovedstadens Psykiatri er generel enighed om, at det ville være interessant og ønskeligt at få en domstolsvurdering af den af Det Psykiatriske Patientklagenævns fastlagte praksis, ifølge hvilken der højst bør gå to dage, førend overlægen skal godkende en beslutning om frihedsberøvelse. Som tidligere nævnt er Region Hovedstadens Psykiatri ikke enig i denne praksis.

Fornyet lægelig vurdering så længe en tvangsfiksering opretholdes, herunder uvildig lægelig vurdering efter 48 timer.

På baggrund af resultaterne af det nationale kvalitetsprojekt om tvang, der sluttede den 1. juli 2005, blev der med § 21, stk. 4 og stk. 5 i den nugældende psykiatrilov indført et øget lægeligt tilsyn med tvangsfikseringer. Hensigten med det nye tiltag var at sikre en høj kvalitet i tvangsansværelsen med et øget fagligt niveau og at styrke patientens retssikkerhed i forbindelse med tvangsfikseringer, men også at begrænse længden og antallet af fikseringer. Med bestemmelsen i § 21, stk. 4 blev der således fastsat en mindstehyp-pighed på fire lægelige vurderinger jævnt fordelt i døgnet med henblik på at skærpe lægens opmærksomhed i relation til, om tvangsfikseringen skulle opretholdes og med det overordnede formål, at en tvangsfiksering ikke måtte forlænges længere end højst nødvendigt. Samtidig blev der ved psykiatrilovens § 21, stk. 5 indført en særlig prøvelse af beslutningen om tvangsfiksering, hvis denne forlænges mere end 48 timer. Prøvelsen og vurderingen af indgrebets eventuelle fortsatte opretholdelse er uvildig, og skal således foretages af en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge.

Nævnet har i de sager om længerevarende tvangsfikseringer, som blev behandlet i 2007, bl.a. taget stilling til spørgsmålet om begrebet "jævnt fordelt" i psykiatrilovens § 21, stk. 4, og retsvirkningerne af tilsyn af en "sovende" patient samt utilstrækkelige oplysninger i journal.

Nævnet har i de tilfælde, hvor de lovpligtige fire lægelige vurderinger ikke er sket "jævnt fordelt" over døgnet, udtalt kritik.

Hvis en patient sover under tilsynet, har nævnet udtalt, "at det forhold, at en patient sover kan udskyde en revurdering, men ikke erstatte den". Såfremt det i journalen alene er anført, at patienten "sover" under flere af de på hinanden følgende tilsyn, har nævnet fundet den fortsatte tvangsfiksering ulovlig henset til, at patientens retssikkerhed ikke er tilgodeset ved den lovpligtige lægelige efterprøvelse. Nævnet har i de anførte sager understreget, at de løbende lægelige vurderinger skal noteres i såvel tvangsprotokollen som i journalen, og at det af journalen skal fremgå om, og på hvilken baggrund det lægeligt vurderes, at den fortsatte tvangsfiksering er nødvendig. Hvis patienten sover ved tilsynet, er det naturligvis ikke muligt at foretage denne vurdering. Såfremt oplysningerne om den løbende lægelige vurdering alene findes i sygeplejekardeks, har nævnet ikke fundet det godtgjort, at betingelserne for fortsat berettiget fiksering har været opfyldt. Det er nævnets opfattelse, at oplysningerne i sygeplejekardeks kan understøtte journaloplysninger, men ikke udgøre et selvstændigt grundlag for fortsat tvangsfiksering, der skal ske på grundlag af lægens vurdering.

Nævnet har i nogle få sager konstateret, at der på afdelingen var en opfattelse af, at den "second opinion", som en uvildig læge efter psykiatrilovens § 21, stk. 5 skal foretage efter 48 timer af tvangsfikseringen, kan erstatte et af de løbende lægelige tilsyn efter psykiatrilovens § 21, stk. 4. I givet fald vil den retssikkerhed, der ligger i de 4 løbende revurderinger og formålet med "second opinion", gå tabt. Nævnet har derfor i disse tilfælde udtalt kritik.

*

I en statsforvaltning har en række sager givet anledning til, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn over for de ledende overlæger i Regionen har udtalt, at det er hans opfattelse, at en ledende overlæge ikke kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, på de afdelinger/afsnit, som den pågældende er chef for. I udtalen anføres bl.a. følgende:

"En ledende overlæge vil typisk have det overordnede ansvar for flere afdelinger/afsnit. Den ledende overlæge har det overordnede lægefaglige ansvar for de patienter, der behandles på de pågældende afdelinger/afsnit.

Det lægges til grund, at en ledende overlæge i kraft af sit faglige og administrative ledelsesansvar følger arbejdet på de under den pågældende hørende afdelinger/afsnit og, hvor der er anledning til det, giver konkrete anvisninger vedrørende patienters behandling, ligesom den pågældende personligt har det overordnede lægefaglige ansvar for samtlige patienters behandling.

I forhold til betingelserne i psykiatrilovens § 21, stk. 5, er det på denne baggrund min opfattelse, at en ledende overlæge er at betragte som ansat på de afdelinger/afsnit, som vedkommende er chef for, ligesom den pågældende må anses som (med)ansvarlig for patienternes behandling på de pågældende afdelinger/afsnit.

Det er herefter min opfattelse, at en ledende overlæge ikke kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, på de afdelinger/afsnit, som den pågældende er chef for.

Selve det forhold, at en ledende overlæge ikke står i underordningsforhold til en behandlende læge og ikke personligt har deltaget i behandlingen af en given patient, indebærer således ikke, at betingelserne er opfyldt for, at den ledende overlæge kan foretage vurderingen efter psykiatrilovens § 21, stk. 5, af den pågældende patient.”

Samtykke begrebet

Ifølge den nye bestemmelse i § 1, stk. 2 i psykiatriloven, der trådte i kraft den 1. januar 2007, forstås tvang som anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke. Herved er psykiatrilovens grænse for, hvornår en given foranstaltning er frivillig, eller hvornår der modsat er tale om tvang, bragt i overensstemmelse med samtykkereglerne i sundhedslovens kapitel 5.

Der er ikke derved sket en ændring af de materielle kriterier for anvendelsen af de enkelte tvangsforanstaltninger i henhold til loven, men det sikres, at en foranstaltning i forhold til en patient, der ikke selv har afgivet et informeret samtykke, betragtes som en tvangsmæssig foranstaltning. Alt andet lige skulle ændringen indebære mulighed for flere klager, idet flere indgreb nu må anses som tvangsmæssige.

I og med at der er tale om en ny bestemmelse, anså nævnet det ikke for udelukket, at der ville komme en række klager til prøvelse, netop med henblik på afklaring af afgrænsningen af den nye bestemmelse. Denne antagelse har imidlertid vist sig ikke helt at holde stik.

Der har dog været en enkelt sag, hvor patienten havde givet samtykke til skærmning. Ved en efterfølgende samtale med lægen gav patienten udtryk for, at hun følte sig som i et fængsel. Patienten ville gerne kunne gå frit omkring i afdelingen. Nævnet vurderede, at disse udsagn måtte opfattes som en tilbagekaldelse af samtykket, og det psykiatriske center burde således have truffet en afgørelse om tvangsforanstaltning i form af skærmning. Hvis der havde været tvivl, burde det psykiatriske center have søgt dette afklaret ved direkte spørgsmål til patienten.

Tilbagekaldelse af klage

Patientklagenævnet har beskæftiget sig med tilbagekaldelse af klage i to sammenhænge. Dels i den situation, hvor en patients tilbagetrækning af sin klage er foranlediget af, at det psykiatriske center uden nærmere anledning spørger patienten om klagen opretholdes, og dels det tilfælde hvor patientens udtalelse eller adfærd betød, at det psykiatriske center kom i tvivl om, hvorvidt klagen skulle opretholdes eller ej.

Efter nævnets vurdering er der ikke tvivl om, at det psykiatriske center skal afholde sig fra at tage initiativ til at spørge patienten om klagen opretholdes. Det psykiatriske center er den instans, der klages over, og denne myndighed bør derfor ikke konfrontere patienten med spørgsmål, der angår klagens opretholdelse.

Hvis derimod patienten ved sine udtalelser eller adfærd giver anledning til tvivl om, hvorvidt klagen opretholdes, bør det psykiatriske center henvise patienten til at tale med sin patientrådgiver. Hvis dette ikke er muligt eller, hvis der fortsat er tvivl, bør det psykiatriske center ud fra en retssikkerhedsmæssig betragtning fremsende klagen til Patientklagenævnet, der ved nævnsrådet må afklare, om patienten opretholder sin klage.

Patientklagenævnet havde sidstnævnte tilfælde til behandling i en sag, hvor patienten ved udskrivelse takkede for opholdet, hvilket det psykiatriske center opfattede som en mulig tilbagekaldelse af klagen. Da patienten udeblev fra aftale i ambulatoriet, kunne det psykiatriske center ikke efterfølgende få af- eller bekræftet antagelsen, men undlod alligevel at indsende klagen til Patientklagenævnet, hvilket nævnet udtalte kritik af.

Region Hovedstadens Psykiatri har i brev af 22. april 2008 tilkendegivet, at Region Hovedstadens Psykiatri naturligvis støtter, at patientklager efter patientens ønske skal forelægges Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Anmodning om udskrivning

Såfremt patienten beder om at blive udskrevet, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer efter begæringens fremsættelse tage stilling til, om patienten kan udskrives eller skal tvangstilbageholdes, jf. Psykiatrilovens § 10, stk. 3.

Dette gælder ikke kun for patientens første udskrivningsbegæring, men også i de tilfælde, hvor patienten tidligere har fået afslag på en anmodning om udskrivning og på ny fremsætter anmodning om udskrivning, hvilket patienten har fri adgang til.

Nævnet har i 2007 haft en sag, hvor det fremgik af journalen, at patienten tre gange bad om at blive udskrevet, men hvor lægen med henvisning til, at patienten var tvangstilbageholdt, blankt afviste anmodningen. Der blev således ikke foretaget den lovpåkrævede vurdering, herunder overlægens efterfølgende godkendelse heraf, hvilket nævnet udtalte alvorlig kritik af.

Vedrørende materiale, der bør medsendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn

Nævnet har i 2007 flere gange haft kontakt med de psykiatriske centre, fordi det indsendte materiale ikke var fyldestgørende. Det område, der har været mest tvivl omkring har været, hvilke journalakter der skulle indsendes. Ofte har de relevante journaler slet ikke været medsendt. I andre tilfælde er hele journalen in extenso blevet indsendt, uden at dette var nødvendigt for at belyse sagen. Begge dele er i klar modstrid mod Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006, pkt. 11.

Nævnet vil i den forbindelse henlede opmærksomheden på "Administrativ Vejledning", udsendt af Region Hovedstaden den 19. marts 2007, bilag 2, hvoraf det fremgår, hvilke dokumenter der skal indsendes i forbindelse med de forskellige tvangsindgreb. Særligt med hensyn til journalark kan det nævnes, at det skal være de **relevante** dele af journalen, der medsendes eksempelvis i forbindelse med tvangsindlæggelse: indlæggelsesnotatet, optegnelser fra alle revurderinger og de tilhørende anmærkninger om overlægens godkendelse.

For sen indsendelse af lægeerklæring/lægemangel

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden traf den 13. december 2007 afgørelse i en sag vedrørende tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling.

"Nævnet fandt anledning til at udtale kritik af det forhold, at der var forløbet 14 dage, fra patienten indgav sin klage til hospitalet, til hospitalet fremsendte lægeerklæring med bilag til Patientklagenævnet, jf. Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 122 af 14. december

2006 pkt. 11 i. f., hvorefter erklæringen skal fremsendes "hurtigst muligt". Ifølge nævnets faste praksis accepterer nævnet en svarfrist på maksimalt 5 hverdage.

Overlægen havde i sin erklæring direkte anført, at "lægeerklæring indsendes først nu på grund af lægemangel i afdelingen" og tilsvarende fremgik det af sagens journalark, at "patientrådgiver er meddelt, at lægemangel i afdelingen har forhindret hurtig besvarelse af klagen".

Nævnet betragtede overlægens ytringer som et nødråb om, at man fra hospitalets side ikke så sig i stand til at sikre den retssikkerhed, som patienten har krav på efter lovgivningen.

Da der var tale om en generel problemstilling, mente nævnet, at det var relevant at rette henvendelse til Region Hovedstadens Psykiatri for at høre Psykiatrivirksomhedens bemærkninger med henblik på en afhjælpning af problemet.

Region Hovedstadens Psykiatri har i brev til Statsforvaltningen Hovedstaden oplyst, at reglerne i Sundhedsstyrelsens ovennævnte vejledning er blevet indskærpet over for ledelsen på det pågældende psykiatriske center. Videre hedder det i brevet at "det står klart for alle, at personalenormeringen ikke kan begrunde en tilsidesættelse af patienternes retssikkerhed, herunder kravet om hurtig fremsendelse af en patientklage. Region Hovedstadens Psykiatri kan forsikre Det Psykiatriske Patientklagenævn om, at patienternes retsstilling har meget høj prioritet, hvorfor vi har taget imod kritikken og må beklage hændelsen."

Sager der påklages til retten

Københavns Byret rettede i 2007 henvendelse til Patientklagenævnet med henvisning til den tidskrævende proces med at afklare, om en klager ønsker en bestemt advokat til at føre sin sag. Når Københavns Byret modtog en klage over et af patientklagenævnets godkendte tvangsindgreb, rettede byretten først henvendelse til klager med spørgsmål, om klager ønskede en bestemt advokat beskikket. Inden der kom svar fra klager, kunne høringsproceduren let have taget 7 - 14 dage. I betragtning af de korte sagsbehandlingsfrister, der ellers gælder inden for psykiatrimrådet - både i Patientklagenævnet og ved domstolene jf. retsplejelovens kapitel 43 a - var det ikke hensigtsmæssigt, at der gik så lang tid med afklaring af dette spørgsmål. Til løsning af problemet har Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden anmodet alle patientrådgivere om - i forbindelse med indsendelse af klager om nævnsafgørelser vedrørende tvangstilbæholdelse, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af afdelingens døre - at afklare med patienten, om patienten ønsker en navngiven advokat til at føre sin sag. Patientrådgiveren er anmodet om i klagen også eksplicit at anføre, hvis der ikke fra patientens side er ønske om en bestemt advokat.

Denne fremgangsmåde skulle være med til at sikre en hurtigere sagsbehandling i klagesager.

På denne baggrund udsendte Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden den 20. marts 2007 til samtlige patientrådgivere i regionen et brev med følgende ordlyd:

"Når Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser påklages til retten, er det normalt, at retten udsætter sagen én uge med henblik på at få afklaret, om patienten ønsker én bestemt advokat antaget/beskikket.

Der sker det, at retten skriver til patienten for at få afklaret dette spørgsmål – men inden patientens besvarelse foreligger, er der tit gået mindst én uge.

Det ville være hensigtsmæssigt om I, i forbindelse med udarbejdelsen af klagen til retten, fik afklaret, om patienten ønskede en bestemt advokat antaget/beskikket, og at dette fremgik af klageskrivelsen – både hvis patienten ønskede en bestemt advokat antaget/beskikket, eller hvis patienten ikke havde noget ønske om en bestemt advokat, idet retten derefter umiddelbart efter modtagelsen af klagen ville kunne beskikke en advokat for patienten.

Det bemærkes, at hvis en patient selv antager en advokat, skal patienten som udgangspunkt selv betale advokatens salær m.m. Hvis en patient får en advokat beskikket, betaler det offentlige - uanset sagens udfald.

På baggrund af ovennævnte har vi ændret vores klagevejledning, således at klagevejledningen nu har følgende ordlyd:

"Klagevejledning:

Nævnets afgørelse om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse /tilbageførsel /tvangsfiksering / bæltefiksering/afslåsning af døre i afdelingen kan påklages til byretten.

Indbringelse for retten skal ske inden 4 uger fra nævnets afgørelse. Anmodningen må derfor fremsættes så tidligt, at denne frist kan overholdes. Retten kan dog, når der foreligger særlig grund til at fravige fristen, undtagelsesvis – og i indtil 6 måneder efter nævnets afgørelse – tillade, at sagen indbringes senere.

Når sagen er indbragt, vil retten beskikke en advokat for Dem, medmindre De selv har antaget en advokat. I så fald bedes navnet på advokaten oplyses i ankeskrivelsen. Hvis De ikke ønsker en bestemt advokat antaget/beskikket, bedes dette udtrykkeligt oplyst ved indsendelsen af klagen, idet retten herefter uden videre vil beskikke en advokat for Dem.

Spørgsmålet om udskrivning kan på ny begæres prøvet i nævnet, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse. Har spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed været indbragt for retten, regnes fristen fra rettens afgørelse.

En eventuel anmodning om indbringelse for retten indsendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn, Borups Alle 177, 2400 København NV., der vil videresende klagen sammen med sagens akter."

Behandling af klage over en foranstaltning truffet af overlægen på et psykiatrisk center, når patienten efterfølgende er overflyttet til et andet psykiatrisk center

Nævnsekretariatet har gentagne gange i 2007 været stillet over for problemstillingen om, på hvilket psykiatrisk center et patientklagenævnsmøde skal afholdes, når patienten

er flyttet til andet psykiatrisk center end det center, hvor den påklagede beslutning blev truffet.

Nævnet har, i de tilfælde hvor overflytningen er sket fra et psykiatrisk center i regionen til et andet psykiatrisk center inden for regionen, haft den praksis, at patientklagenævnets møde afholdes, hvor patienten befinder sig, og sundhedspersonalet (overlægen/den behandlende læge m.fl.) fra det første center tilligemed den på det første center beskikkede patientrådgiver forudsættes således at afgive møde på det center, hvor patienten nu er indlagt.

Det er nævnets opfattelse, at denne fremgangsmåde er en direkte forlængelse af tankegangen i den "nye" psykiatrilov. Hvor det tidligere var patienten, der skulle komme til nævnet, er det nu nævnet, der kommer til patienten. Når patienten er flyttet til et andet psykiatricenter, må det derfor – inden for rammerne af nævnets geografiske kompetenceområde – være sundhedspersonalet, der må komme til patienten.

Det er imidlertid ikke altid lykkedes at formå sundhedspersonalet - hvilket oftest vil sige overlægen/den behandlende læge - til at møde på det center, hvor patienten nu er indlagt. Dette har haft den naturlige konsekvens, at sagen bliver behandlet uden lægelig tilstedeværelse, og afgørelsen bliver truffet ud fra de foreliggende skriftlige oplysninger samt det af patienten og patientrådgiveren oplyste på mødet.

I de tilfælde, hvor overflytningen er sket fra et psykiatrisk center i regionen til et psykiatrisk center i en anden region, har nævnet haft den regel, at patientklagenævnets møde afholdes på det psykiatriske center, hvor det påklagede tvangsindgreb blev besluttet. I denne situation forudsætter nævnet, at de psykiatriske afdelinger indbyrdes aftaler, hvorledes transport af patienten kan finde sted, således at patienten kan deltage i mødet.

Region Hovedstadens Psykiatri har i brev af 22. april 2008 tilkendegivet, at Region Hovedstadens Psykiatri er uenig i Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse af, at nævnsmøder – i tilfælde af en overflytning af patienten til et andet center inden mødets afholdelse - afholdes på det center, hvor patienten er indlagt og ikke det center, der har udøvet den påklagede tvang.

Det fremgår af § 8, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1496 af 14. december 2006 om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn, at nævnets møder afholdes på den psykiatriske afdeling, hvor patienten er eller har været indlagt i forbindelse med det tvangsindgreb, der klages over. Det vil være uhensigtsmæssigt at bruge personaleressourcer til transport af personale på tværs af regionen.

Afholdelse af nævnsmøder på andre centre, end det center, der har udøvet den påklagede tvang, bør efter Region Hovedstadens Psykiatris mening alene ske, såfremt afgørende hensyn til patienten kræver det, herunder flugtrisiko eller risiko for en forværring af patientens tilstand.

AFSNIT III: - PRINCIPIELLE AFGØRELSER

Nedenfor er omtalt 13 sager og 7 tilfælde fordelt på:

- Tvangsindlæggelse: 1 sag
- Tvangstilbageholdelse: 1 sag
- Tvangsbehandling: 6 sager
- Tvangsfiksering: 3 sager
- Fysisk magtanvendelse: 1 sag
- Beroligende middel med tvang: 1 sag
- Formelle fejl og mangler: 6 tilfælde
- Andet: 1 tilfælde

TVANGSINDLÆGGELSE

Behandlingskriteriet for tvangsindlæggelse i psykiatrilovens § 5 var ikke opfyldt, da patientens medicinsvigt vedrørte somatisk medicin, og patienten i øvrigt tog den antipsykotiske medicin frivilligt.

Patienten var af det psykiatriske center vurderet til at være psykotisk, men tog den ordinerede antipsykotiske medicin frivilligt, og behandlingen kunne hermed foregå uden for centrets regi.

Årsagen til tvangsindlæggelsen og den efterfølgende tvangstilbageholdelse var, at der havde været medicinsvigt af den somatiske skjoldbruskkirtelbehandling med Eltroxin.

Det var nævnets opfattelse, at behandling af den somatiske lidelse i den konkrete situation ikke kunne give belæg for en frihedsberøvelse efter psykiatrilovens § 5.

Nævnet udtalte endvidere, at det forhold, at den psykiske situation kunne påvirkes af manglende somatisk behandling, ikke i det foreliggende tilfælde kunne føre til et andet resultat, idet patienten frivilligt var velbehandlet for den psykiske lidelse, og idet det ikke var godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 var opfyldt. Denne bestemmelse var i øvrigt ikke påberåbt fra det psykiatriske centers side.

TVANGSTILBAGEHOLDELSE

Tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom.

Frihedsberøvelsen af patienten i den pågældende sag var blevet besluttet på baggrund af mistanke om en gennemgribende udviklingsforstyrrelse og med henblik på udredning og for at kunne pege på relevant behandling, idet det ikke havde været muligt på grund af patientens udeblivelser at foretage udredningen ambulantly.

Fra lægelig side blev det vurderet, at patienten på grund af sin læderede realitetstestning og sin urealistiske opfattelse af sig selv og sin omverden var i en tilstand, der måtte ligestilles med en psykose, og at det derfor ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling.

Nævnet godkendte beslutningen om tvangstilbageholdelse. Nævnet lagde vægt på, at patienten under hele indlæggelsen havde været i en behandlingskrævende psykotisk lignen-

de tilstand, og at det efter observation og udredning var vurderet, at patienten havde Aspergers syndrom og en tiltagende psykose, herunder havde vrangforestillinger specielt om sig selv og urealistiske forestillinger om sin egen situation og fremtid, ligesom patienten havde persekutoriske vrangforestillinger om jævnaldrende og sin mor.

Sagen blev påklaget til retten, der stadfæstede Patientklagenævnets afgørelse, idet retten fandt det godtgjort, at patienten, da beslutningen om tvangstilbageholdelse blev truffet, befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge. Retten henviste bl.a. til at patienten havde formelle tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og en yderst urealistisk forestilling om egne forhold og fremtid.

Patientklagenævnet såvel som retten fandt således, at anvendelsen af "ligestilleheds"-begrebet i den pågældende sag var velbegrunderet på grund af patientens læderede realitetstestning og urealistiske opfattelse af sig selv og sin omverden, sammenholdt med mistanken om en gennemgribende udviklingsforstyrrelse og tiltagende psykose og det behandlingsmæssige formål, der var med indlæggelsen og den efterfølgende tvangstilbageholdelse.

TVANGSBEHANDLING

Manglende udsigt til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring.

Nævnet godkendte ikke en beslutning om tvangsbehandling af en 74-årig, idet det ikke var godtgjort, at undladelse af behandling ville være uforsvarlig, fordi der ikke var udsigt til, at patienten blev helbredt, eller at det ville få en betydelig og afgørende bedring af patientens tilstand.

Patienten var blevet fængslet efter at have sat ild på en trappe på et museum. Under fængselsopholdet blev der lavet en mentalundersøgelse, der konkluderede, at patienten led af en gennem mange år bestående kronisk paranoid psykose, karakteriseret ved et omfattende system af storheds- og forfølgelsesvrangforestillinger med sociale konspirationsteorier og privatpræget fjendtlig opfattelsesmåde. Patientens var idømt psykiatrisk behandling og udvisning.

Ved indlæggelsen fandtes patienten at være rolig, vågen, klar og orienteret, men persevererende i sine persekutoriske forestillinger omkring regeringer og personer. Patientens var formelt tankeforstyrret, psykotisk, med venlig, men dårlig kontakt.

Patientens blev gennem en længere periode forgæves forsøgt motiveret til antipsykotisk behandling med Risperdal, og da patientens begyndte at fremtræde mere forpint, bekymret, urolig og meget optaget af sine persekutoriske vrangforestillinger, besluttede det psykiatriske center at tvangsbehandle med Risperdal. Patientens klagede over denne beslutning.

Nævnet fandt ikke grundlag for at godkende tvangsbehandlingen, idet patientens var så velkonstrueret i sine paranoide forestillinger, at medicinsk behandling ville være meningsløs.

Nævnet vurderede, at den mangeårige kronisk paranoide psykose var af et sådant omfang, at den tenderede til at være patientens livsindhold. I lyset heraf fandt nævnet det ikke godtgjort, at der med behandling ville være udsigt til helbredelse eller en betydelig

og afgørende bedring af patientens tilstand, eller at undladelse af behandling på afgørende måde ville forringe patientens aktuelle tilstand.

Det bemærkes, at nævnets afgørelse af det psykiatriske center er anket til Sundheds-
væsnets Patientklagenævn.

Region Hovedstadens Psykiatri har i brev af 22. april 2008 bedt nævnet om at uddybe grundlaget for nævnets vurdering af, at *patienten var så velkonstrueret i sine paranoide forestillinger, at medicinsk behandling ville være udsigtsløs*, herunder er der bedt om en vurdering af nævnets kompetence til at foretage en sådan vurdering.

Nævnet kan i det hele henholde sig til sin afgørelse, der for så vidt angår begrundelsen er angivet i sin fulde længde ovenfor.

For så vidt angår nævnets kompetence henvises til psykiatrilovens § 5.

Mindste middelsprincip i relation til vurdering af motivationstid samt spørgsmålet om opsættende virkning, når patienten er tvangsfikseret.

Det følger af psykiatrilovens § 4, stk. 1, 2. pkt., at en patient, inden en tvangsbehandling iværksættes, skal have en passende betænkningstid, når forholdene tillader det. Endvidere fremgår det af bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 1, at motiveringsperioden kan fraviges i akutte situationer, hvor udsættelse af behandling er til fare for patientens liv og helbred.

Spørgsmålet om opsættende virkning er derimod reguleret i psykiatrilovens § 32, stk. 3 i.f., hvorefter opsættende virkning kan undlades, hvis patientens eller andres liv eller helbred udsættes for væsentlig fare.

Nævnet har i 2007 behandlet to sager, hvor beslutning om tvangsbehandling blev truffet uden forudgående motivering af patienten for det konkrete præparat og dosis. I begge tilfælde var patienten tvangsfikseret, og i begge tilfælde blev klagen over beslutningen ikke tillagt opsættende virkning. Begrundelsen 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.

Nævnet fandt det i begge sager godtgjort, at undladelse af tvangsbehandling ville være uforsvarlig, fordi udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig eller afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Nævnet fandt ikke, at det efter beskrivelserne i lægeerklæring og journal i de to sager var beskrevet en sådan akut situation, hvor udsættelse af behandlingen pga. motivering ville være til fare for patientens liv eller helbred. Herunder fandt nævnet, at der havde været mulighed for efter en konkret vurdering at anvende mindre indgribende foranstaltninger i form af indgivelse af akut beroligende medicin.

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.

Nævnet udtalte endvidere, at nævnet 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 motivationstiden ikke var efterlevet. Nævnets stillingtagen til spørgsmålet om opsættende virkning fandtes herefter at have vejledende karakter.

Begge sager er af sygehusmyndigheden påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der på grund af sagernes principielle problemstillinger, er anmodet om at give behandlingen af sagerne høj prioritet.

Tvangsbehandling skal opfylde kravet om anvendelse af et afprøvet lægemiddel inden for den i medicin håndbogen angivne mængde.

Det følger af §4 stk. 3 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, at ordinationen af afprøvede lægemidler skal følge de retningslinier, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

I den pågældende sag var patienten gravid. Fra indlæggelsen og i en periode herefter var patienten tilbudt Cisordinol. Patienten blev herefter motiveret for, og der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med Trilafon 4 mg x 2, subsidiært Serenase 2½ mg i.m., ved manglende effekt/ bivirkninger Serenase dråber 2 mg.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt på tidspunktet for beslutningen på grund af patientens psykotiske tilstand, men tilsidesatte beslutningen, da kravet om anvendelse af et afprøvet lægemiddel inden for den i medicin håndbogen angivne mængde ikke var opfyldt. Med hensyn til præparatet Trilafon lagde nævnet vægt på, at det foreskrives, at dosis ved graviditet skal nedsættes til det lavest mulige (6 mg dagligt), og for så vidt angik det subsidiære præparat Serenase, lagde nævnet vægt på, at præparatet efter lægemiddel håndbogen ikke må anvendes under graviditet.

Nævnet kritiserede endvidere, at patienten fra indlæggelsen og i en periode herefter blev tilbudt Cisordinol, der efter medicin håndbogen ikke bør anvendes under graviditet, da data er utilstrækkelige.

Beslutning om tvangsmedicinering uden at patientrådgiveren var informeret om medicinens bivirkninger.

Af dagældende bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 2 - nu - bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller .v. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 2 fremgår, at tvangsmedicinering forudsætter - bortset fra akutte farlige situationer - at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og bivirkninger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt i en konkret sag, at en patient opfyldte betingelserne for tvangsbehandling, da patienten befandt sig i en psykotisk tilstand.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede imidlertid det lokale Patientklagenævns afgørelse om godkendelse af beslutningen om tvangsbehandling, da det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at det var i strid med dagældende bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 § 3, stk. 2, at patientrådgiveren ikke blev forsøgt informeret om behandlingens mulige bivirkninger, inden beslutning om tvangsmedicinering blev truffet. Dette uanset, at det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at overlægen havde forsøgt at informere patienten om bivirkninger ved behandlingen (Risperdal), før der blev truffet beslutning om tvangsmedicinering, men at dette ikke var muligt, og at forsøg på at informere patienten efter Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse var i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 2 § 3, stk. 2. Det var endvidere Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at det ikke kunne tillægges vægt, at der ved det lokale patientklagenævns møde var oplyst om det besluttede præparats virkninger og mulige bivirkninger, idet beslutning om tvangsmedicinering allerede var truffet.

Herværende Patientklagenævn fandt, da sagen blev offentliggjort på Sundhedsvæsenets Patientklagenævns hjemmeside, anledning til straks at orientere samtlige psykiatriske centre i regionen om afgørelsen. Selvom herværende nævn ikke har haft en tilsvarende sag til behandling, er det nævnets opfattelse, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse må fortolkes restriktivt, således at det alene kan være en forudsætning for lovligheden af beslutningen om tvangsmedicinering, at også patientrådgiveren er informeret om behandlingens mulige bivirkninger inden beslutning om tvangsmedicinering træffes i de tilfælde, hvor det på grund af patientens psykotiske tilstand, herunder modstand mod medicin, ikke har været muligt at informere patienten fuldt ud om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det er imidlertid korrekt, at det i forarbejderne til psykiatriloven (Betænkning nr. 1068, 1986) er anført, at tvangsmedicinering forudsætter (fraset akutte farlige situationer), at patienten og patientens rådgiver er fuldt ud informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, jf. udvalgets betragtninger i betænkningens kapitel 11 hvorefter, det er udvalgets principielle opfattelse, at man ved revisionen bør lovfæste en regel om informeret samtykke for så vidt angår lægelig behandling af psykiatriske patienter. Nærværende nævn mener imidlertid ikke - i modsætning til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn - at orienteringen af patientrådgiveren efter ovennævnte bekendtgørelse er et gyldighedsspørgsmål. Manglende efterlevelse af reglen om orientering kan derfor højst af føde kritik.

Det bemærkes, at kravet om både mundtlig og skriftlig underretning om den påtænkte tvang er tilføjet i psykiatrilovens § 31, stk. 1 ved lovændringen, der trådte i kraft den 1. januar 2007, kun omfatter patienten.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede i 2007 på grund af manglende betænkningstid afgørelse truffet den 24. oktober 2006 af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium vedrørende beslutning om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde tidligere den 11. oktober 2006 godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling i form af mikstur Risperdal 2 mg. Patienten blev herefter tilbudt mikstur Risperdal, men det var fortsat den 17. oktober 2006 ikke muligt at indgå i en dialog med patienten, der lå på sin stue med varmen helt skruet op og med flere jakker på. Patienten havde vrangforestillinger om, at der var nogen, der ville kidnappe hende, eller gøre hende fortræd. Samme dag blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med mikstur Risperdal 2 mg, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling. Nævnet fandt, at kravet om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt, idet patienten fra den 15. september 2006 var forsøgt motiveret for frivillig behandling med mikstur Risperdal, før beslutningen om tvangsbehandling med mikstur Risperdal blev truffet den 25. september 2006, samt at hun efter nævnets afgørelse af 11. oktober 2006 vedvarende var forsøgt motiveret for mikstur Risperdal.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, men fandt imidlertid ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det ikke af sagens akter fremgik, at patienten var blevet forsøgt motiveret for frivillig behandling i perioden fra den 13. til den 17. oktober 2006, hvor en ny beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn udtalte, at inden der træffes en ny beslutning om tvangsmedicinering, skal der selvstændigt være motiveret herfor.

Sagen er bemærkelsesværdig, fordi der normalt kun skal motiveres for det primære præparat – hvilket i begge beslutninger var Risperdal 2 mg. Det kan ikke udelukkes, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse var bestemt af, at det subsidiære præparat ville blive det præparat, der skulle anvendes, idet patienten havde været totalt afvisende over for det primære præparat – Risperdal. Men Sundhedsvæsenets Patientklagenævn skriver intet herom, og en sådan indskrænkende fortolkning kan derfor ikke lægges til grund i fremtidige sager. Konklusionen er derfor, at hvis det psykiatriske center senere "tilføjer et subsidiært" præparat, er der tale om en ny beslutning med deraf følgende krav om ny motivationsperiode.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte i 2007 en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden vedrørende beslutning om tvangsbehandling efter 1 dags motivering, men fandt at klagen burde have været tillagt opsættende virkning.

Patienten var indlagt i henhold til retslig kendelse efter gentagne tilfælde af vold og trusler. Dagen efter indlæggelsen traf overlægen beslutning om tvangsbehandling, der blev iværksat umiddelbart, da patienten blev vurderet farlig for sig selv og andre. Klagen, der blev indleveret 17 dage senere, blev ikke tillagt opsættende virkning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundede fravigelsen af praksis om motivering af en patient i 1-2 uger, før en tvangsbehandling kan iværksættes med, at der var tale om en akut situation, hvor patienten var aggressiv og forsøgte at ramme personalet med store spytklatter, og at personalet måtte gå ind på stuen under dække af et dynebetræk, samt at patienten intet havde spist eller drukket på trods af en meget stærk sommervarme.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundede afgørelsen om, at klagen burde have været tillagt opsættende virkning med, at patienten ifølge journalen ikke siden 8 dage efter indlæggelsen havde været aggressiv. Det fandtes derfor ikke godtgjort, at der var tale om en egentlig nødsituation, som nødvendiggjorde omgående gennemførelse af behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at han udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

TVANGSFIKSERING

Tvangsfiksering af anoreksipatient med henblik på at holde denne i ro.

Tvangsfiksering af en patient kan ifølge psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for at lide skade på legeme eller helbred. Tvangsfiksering har her karakter af et indgreb begrundet i nødværge eller nødret. Der er tale om et farekriterium.

Nævnet fandt efter en helt konkret vurdering, at farekriteriet var opfyldt i en sag, hvor patienten led af anoreksi, var i konstant aktivitet, og ikke var i stand til at overholde aftaler om at holde sig i ro.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at det var livsfarligt for patienten at forbrænde energi ud over til strengt nødvendige aktiviteter på grund af patientens fysiske ringe helbredstilstand med en vægt på 33,3 kg, et BMI på 12 og kalium på under 4. Der var således tale om en livstruende tilstand, bl.a. henset til risikoen for hjertestop og skader på de indre organer, hvor det var af afgørende betydning for behandlingen af patienten og for at forhindre denne i at dø af spiseforstyrrelsen, at patienten forholdt sig i ro ved konstant sengeleje, hvorfor dette i den foreliggende situation alene kunne ske ved tvangsfiksering.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i 2007 ændret en afgørelse, der er truffet i 2006 af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium om tvangsfiksering.

Patienten havde tidligere været indlagt 43 gange på psykiatrisk afdeling. De fleste af indlæggelserne var sket i forbindelse med, at patienten havde haft selvmordstanker og havde forsøgt at begå selvmord, herunder havde patienten talrige gange indtaget forskellige former for tabletter i selvmordsøjemed.

Aktuelt blev patienten indlagt under diagnosen paracetamolforgiftning. Patienten krævede sig udskrevet for at tage resten af Pamolpillerne og dø og nægtede at medvirke til blodprøvetagning samt behandling for medicinindtaget. Patienten blev tvangsindlagt på fareindikation, og det blev besluttet at iværksætte somatisk behandling med tvang. Patienten var meget urolig, og der blev derfor indgivet beroligende medicin med tvang. Efterfølgende blev patienten igen urolig og måtte holdes af personalet på gastromedicinsk afdeling,

idet han forsøgte at standse behandlingen. Efter drøftelse med psykiatrisk afdeling blev det besluttet at tvangsfiksere patienten.

Det Psykiatriske Patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at betingelserne for tvangsbehandling med venflon, antidot og blodprøvetagning efter psykiatrilovens § 13, jf. § 5 var til stede. Der blev lagt vægt på, at patienten var psykotisk eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed. Der blev videre lagt vægt på, at patientens liv og helbred var udsat for væsentlig fare.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte endvidere tvangsfikseringen med bælte på farekriteriet, idet der bl.a. blev lagt vægt på, at patienten forsøgte at flygte fra afdelingen og sparkede på udgangsdøren.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen. Nævnet fandt ikke, at det af sagens oplysninger fremgik, at tvangsfikseringen var nødvendig for at afværge, at patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede medpatienter eller øvede hærværk af ikke betydeligt omfang.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn henviste bl.a. til psykiatrilovens § 17, stk. 1, og bemærkede, at der over for personer, der er frihedsberøvet, kan anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i 2007 ændret en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsamtet Bornholm om tvangsfiksering for så vidt angår udstrækningen af tvangsfikseringen og for så vidt angår brugen af hånd- og fodremme.

Patienten blev tvangsfikseret med bælte og fik anlagt én håndrem og én fodrem.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 for at tvangsfiksere patienten på farekriteriet var opfyldt. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt også, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt imidlertid ikke, at udstrækningen af tvangsfikseringen som varede i 4 dage opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at det i sygeplejejournalen var anført, at patienten på 3. dagen var løsnet af bæltet flere gange i løbet af dagen uden problemer, samt at der hverken i journalen eller sygeplejejournalen var oplysninger, der kunne begrunde, at det ville være uforsvarligt at løsne patienten fra bæltet.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vurderede endvidere ikke, at der var holdepunkter for at antage, at anlæggelse af bælte ikke ville være tilstrækkelig til at bringe patienten til ro.

Østre Landsret har i 2007 delvist ændret en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium i 2003. Ændringen vedrørte udstrækningen af tvangsfikseringen.

Den påklagede tvangsfiksering varede uafbrudt i 74 dage. Efter indlæggelsen blev patienten, der var svært psykotisk, behandlet med store mængder beroligende medicin, ligesom den antipsykotiske medicin blev genoptaget. Patienten blev tiltagende aggressiv og truende og blev på grund af sin adfærd og affekt frivilligt bæltefikseret den 27. oktober 2002. Få timer efter den frivillige bæltefiksering blev der truffet beslutning om tvangsfiksering. Bæltefikseringen blev tidvist suppleret med fiksering med fod- og håndremme på grund af en vedvarende farlighedsproblematik, og der blev foretaget daglige vurderinger af opretholdelsen af tvangsfikseringen. Efter 18 dages forløb blev patienten kortvarigt jævnlige løsnet af bæltet til blandt andet personlig hygiejne. I løbet af december måned bedredes patientens tilstand gradvist under kraftig psykofarmakologisk behandling, og behovet for brug af fod- og håndremme var aftagende. Bedringen indtraf i forbindelse med, at patienten frivilligt fik elektrostimulationsbehandling. Den 8. januar 2003 ophørte tvangsfikseringen. Under tvangsfikseringen havde der været indgivet skadesanmeldelser.

Flertallet af det lokale patientklagenævn godkendte den påklagede tvangsfiksering fra iværksættelsen den 27. oktober 2002 og til den 8. november 2002. Efter denne dato fandt flertallet ikke, at der var oplyst fuldt tilstrækkeligt grundlag for fortsat tvangsfiksering.

Flertallet fandt på den ene side, at der nødvendigvis måtte ske en vis stabilisering og bedring af tilstanden, inden tvangsfikseringen gradvist kunne bringes til ophør. På den anden side fandt flertallet, at afdelingen, uanset patientens til tider meget impulsive og voldsomme adfærd og betydelige angst, på et væsentlig tidligere tidspunkt burde have forsøgt at løsne patienten kortvarigt fra bæltet. Det var således flertallets opfattelse, at der efter 12 dage – den 8. november 2002 var indtruffet en sådan stabilisering og bedring, at der eventuelt med inddragelse af fornødent mandligt personale burde være indledt forsøg på at bringe tvangsfikseringen til ophør. Flertallet udtalte, at kravene til opretholdelse af en tvangsfiksering i sagens natur måtte skærpes, efterhånden som den tidsmæssige udstrækning af fikseringen væsentligt øges.

Flertallet lagde vægt på, at patienten den 8. november 2002 og i dagene umiddelbart herefter generelt blev beskrevet som i bedring og ikke udviste målrettet aggressivitet eller alvorligere voldelig adfærd.

Mindretallet fandt, at tvangsfikseringen i hele perioden opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, idet det beskrevne hændelsesforløb indebar så mange episoder af uventet aggressivitet med skader til følge og med nærliggende fare for at omkringstående ville lide skade.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede delvist det lokale patientklagenævns afgørelse, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at tvangsfikseringen havde været lovlig i hele perioden (27. oktober 2002 til 8. januar 2003). Således opfyldte udstrækningen af tvangsfikseringen kravet om mindst indgribende foranstaltning.

I forbindelse med behandlingen af sagen indhentede Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en supplerende udtalelse fra den behandlende overlæge, samt en udtalelse fra en speciallæge i psykiatri og en administrerende overlæge.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på beskrivelserne af patientens tilstand og adfærd i hele perioden, herunder at han var præget af tendens til selvbeskadigende adfærd, men især tendens til psykotisk betingede og uberegnelig og uindfølelig udadrettede korporlig adfærd, hvorefter han efter nævnets opfattelse måtte anses at have udsat plejepersonalet for væsentlig fare.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten i hele perioden blev behandlet med beroligende medicin skiftende i dosis og præparat og suppleret med en såkaldt højdosis anti-psykotisk medicin, ligeledes med skiftende præparat.

Under Landsrettens behandling af sagen havde der været stillet en række spørgsmål til Retslægerådet, og der var afgivet forklaringer.

Landsretten stadfæstede Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse og fandt således, at betingelserne for iværksættelse af tvangsfikseringen den 27. oktober 2002 var opfyldt, ligesom den fortsatte tvangsfiksering indtil den 8. januar 2003 var lovlig.

Landsretten lagde til grund, at patienten dagligt var til akut og nærliggende fare for sig selv og andre. Landsretten lagde bl.a. vægt på, at patienten fra medio november jævnligt og gentagne gange havde været løsnet af bæltet kortvarigt, og at der først indtrådte en afgørende bedring af tilstanden i forbindelse med elektrostimulationsbehandlingen, der blev påbegyndt den 3. januar 2003.

Landsretten fandt endvidere ikke, at der var grundlag for at antage, at tvangsfikseringen kunne have været undgået ved at iværksætte elektrostimulationsbehandling på et tidligere tidspunkt, idet der ikke var grundlag for at iværksætte behandlingen tvangsmæssigt. Der var heller ikke grundlag for at antage, at tvangsfikseringen kunne være bragt til ophør på et tidligere tidspunkt ved anvendelse af andre og mindre indgribende foranstaltninger, herunder overførsel til anden afdeling eller hospital.

FYSISK MAGTANVENDELSE

Afvisning af klage over fastholdelse, idet den påklagede fastholdelse var et led i en pædagogisk hjælp, regulering og korrektion af en uhensigtsmæssig adfærd, og dermed ikke henhørte under det psykiatriske patientklagenævns kompetence.

Ifølge psykiatrilovens § 17, stk. 1 kan en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling fastholdes, såfremt betingelserne for tvangsfiksering er opfyldt.

I den konkrete sag var patienten indlagt på psykiatrisk afdeling efter forældremyndighedsindehavernes ønske og med tilslutning af overlægen. Der var således tale om en frivillig indlæggelse.

Nævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at patienten under den frivillige indlæggelse på psykiatrisk afdeling var omfattet af psykiatrilovens regler henset til formålet med og den modtagne behandling under indlæggelsen.

Nævnet fandt imidlertid ikke, at den påklagede magtudøvelse/fastholdelse var omfattet af psykiatriloven, og foranstaltningen henhørte dermed ikke under nævnets kompetence.

Nævnet lagde vægt på, at der ud fra beskrivelserne af de påklagede situationer var tale om adfærdsmæssige problemer, hvor foranstaltningerne/fastholdelsen var et led i en pædagogisk hjælp og regulering og korrektion af en uhensigtsmæssig adfærd.

Den omhandlede adfærd viste sig f.eks. i forbindelse med patientens skift af værelse, konflikter i skolen, og hvis en anden patient havde taget den omhandlede patients plads i sofaen. I disse situationer reagerede patienten med at være verbalt truende, bed, nev og råbte skældsord samt sparkede. Det blev både fra afdelingens og nævnets side vurderet, at der var tale om trusler og en "uhensigtsmæssig" opførsel fra patientens side med det formål at få sin vilje. Der var således ikke tale om situationer, der var omfattet af psykiatrilovens § 17, stk. 1, ligesom betingelserne i § 14, stk. 2 ikke var opfyldt.

Nævnet lagde også vægt på, at patienten ikke var psykotisk, og at det blandt andet var formålet med indlæggelsen at afprøve miljøterapeutiske interventioner dels i diagnostisk øjemed og dels for at kunne beskrive, hvilke tiltag patienten ville kunne profitere af.

Nævnet orienterede om, at en eventuel klage over, at magtanvendelsen i forbindelse med de pågældende situationer lå uden for de beføjelser, der fulgte af sundhedspersonalets tilsyns- og omsorgspligt, kunne påklages til sygehusmyndigheden, og at den endelige bedømmelse af magtanvendelsens lovlighed henhørte under domstolene. Nævnet oplyste endvidere, at der kunne rettes henvendelse til politiet, såfremt patienten havde oplevet indgrebene som blufærdighedskrænkende, eller der i forbindelse med gennemførelsen fandtes at være anvendt vold.

BEROLIGENDE MIDDEL MED TVANG

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i 2007 ændret en afgørelse om indgivelse af beroligende medicin truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Københavns Overpræsidium i 2006.

Patienten havde været indlagt adskillige gange på psykiatrisk afdeling og var aktuelt indlagt på behandlingsindikation, efter at han havde været absenteret under udgang. Han havde ikke taget medicin, siden han absenterede, men accepterede at fortsætte med den medicin, som han havde fået under den seneste indlæggelse. Ved aktuelle indlæggelse oplyste han bl.a., at han havde smadret sin computer, fordi nogen tappede information, og at han var blevet angrebet af 2-300 verdensherskere og Buddha.

Ved en episode hvor patienten blev intenst vred med et truende kropssprog, blev han indgivet beroligende medicin med magt. Dagen efter nægtede han at tage den ordinerede medicin. Det lokale patientklagenævn godkendte foranstaltningen.

Sundhedsvæsenets patientklagenævn ændrede afgørelsen. Nævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende medicin var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af tilstanden.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt imidlertid ikke, at betingelserne i psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at det tidligere havde været muligt at få patienten til frivilligt at indtage sin medicin ved udsigt til en beroligende injektion.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt herefter, at indgivelsen af beroligende medicin ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

FORMELLE FEJL OG MANGLER

Manglende opfølgning på udskrivningsønske

Nævnet godkendte tvangstilbageholdelsen af en patient, idet det blev fundet godtgjort, at det på tidspunktet for beslutningen om tvangstilbageholdelsen, ville have været uforsvarligt ikke at tilbageholde patienten med henblik på behandling, idet patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed, og idet patienten frembød en nærliggende eller væsentlig fare for sig selv.

I denne sag anmodede patienten tre gange om at blive udskrevet uden at der fra det psykiatriske centers side jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3 blev foretaget den lovpligtige re- vurdering af tvangstilbageholdelsen og overlægens efterfølgende godkendelse heraf.

Manglende iagttagelse af de formelle regler omkring tilbagekaldelse af samtykke.

Patienten havde indvilliget i en behandlingsplan, som omfattede personlig skærmning. Patienten udtrykte dog efterfølgende ved samtale med overlægen utilfredshed med behandlingsplanen, idet patienten følte sig som i et fængsel og mente, at hun burde kunne gå frit omkring i afdelingen.

Nævnet fandt, at disse udsagn måtte opfattes som en tilbagekaldelse af samtykket til den iværksatte personlige skærmning. Nævnet fandt endvidere, at det psykiatriske center, såfremt der var den mindste tvivl om, hvorvidt samtykket fortsat bestod, måtte søge at få dette afklaret ved direkte spørgsmål til patienten.

Nævnet fandt på denne baggrund, at det psykiatriske center burde have truffet en egentlig afgørelse om tvangsforanstaltning i form af skærmning og have udfyldt tvangsprotokol herom.

Pæn afsked fra patienten fortolket som tilbagekaldelse af klage.

Patienten klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Ved udskrivning takker patienten for "opholdet", hvilket af det psykiatriske center umiddelbart blev opfattet som om, patienten trak klagen tilbage. Patienten blev henvist til ambulant behandling og det var det psykiatriske centers plan at forespørge patienten i ambulatoriet om, hvorvidt klagen var fastholdt, men da patienten udeblev fra aftalerne og ikke kunne træffes telefonisk, lykkes det ikke at få spørgsmålet afklaret.

Nævnet bemærkede i den forbindelse, at hvis der er tvivl om klagens opretholdelse, bør det psykiatriske center straks få afklaret med patienten, hvorvidt der er tale om en tilbagekaldelse og hvis dette af praktiske grunde ikke kan lade sig gøre, bør det psykiatriske center hurtigst muligt indsende sagen til patientklagenævnet.

Overlægen kan ikke efterfølgende reparere på begrundelsen for tvangsfiksering.

Patienten blev umiddelbart forud for en tvangsfiksering, beskrevet som "hurtigkørende", "smækker med døren" samt "råber og løber rundt". Nævnet fandt ikke, at det psykiatriske center havde godtgjort, at der forelå en konkret, aktuel og påviselig fare. Det forhold, at overlægen to dage senere i journalen anførte, at patienten havde været til fare for såvel sig selv som andre ved brandstiftelse, suicidale trusler og overfald af personalet, kunne efter nævnets vurdering ikke føre til et andet resultat.

Manglende overlægegodkendelse i forbindelse med anvendelse af remme.

En patient blev tvangsfikseret, fordi han slog om sig, råbte højt af personalet, prøvede at vælte sengen, kastede et bækken efter personalet samt var meget udadreagerende og truende. Der blev desuden anvendt remme.

Da det ikke ud fra journal eller tvangsprotokol kunne ses, at anlæggelse af remme var godkendt af en overlæge, og da det psykiatriske center ved mødet oplyste, at beslutningen om anvendelse af remme ikke havde været godkendt af en overlæge, blev anlæggelse af remme ikke godkendt.

Nævnet bemærkede i øvrigt, at det hverken i journal eller sygeplejekardeks var tilstrækkeligt godtgjort, at det var nødvendigt at supplere bæltet med remme.

Manglende revurderinger og manglende overlægegodkendelse af revurderingerne.

Patienten var i denne sag blevet tvangstilbageholdt fra den 23. marts til den 28. juni, idet patienten blev vurderet psykotisk med læderet emotionel og formel kontakt, formelle tankeforstyrrelser, vaghed, omstændig tankegang, privat logik og muligvis med hørelseshallucinationer.

Nævnet godkendte tvangstilbageholdelsen, men fastslog at frihedsberøvelsen havde været ulovlig i perioden fra den 12. april til den 22. april, da det ikke med tilstrækkelig tydelighed fremgik af journalen, at der var sket en efterprøvelse af frihedsberøvelsen efter 20 dage, jf. § 21, stk. 2, eller at overlægen havde godkendt en sådan revurdering, jf. § 4a.

ANDET

Afvisning af klage over et unavngivent personalemedlem.

Når behandlingen af en klagesag har givet anledning hertil, har nævnet i en række sager i 2007 vejledt patienten om, at klager over personalets adfærd, der ikke har sit udspring i en konkret tvangsforanstaltning, skal rettes til sygehusmyndigheden.

Det Psykiatriske Patientklagenævn kan i henhold til forretningsordenen - bekendtgørelse nr. 1496 af 14. december 2006 om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn - når klagen tillige er rettet mod den eller de sundhedsperson(er), der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, tage stilling til, om der i den anledning er grundlag for at udtale kritik over for de(n) pågældende.

I en konkret sag har nævnet i 2007 afvist at tage stilling til et personalemedlems voldelige adfærd forud for en tvangsfiksering.

Nævnet vurderede i den pågældende sag, at betingelserne for tvangsfiksering var opfyldt, og fandt på grundlag af oplysning om, at retningslinier og instrukser i forbindelse med tvangsudøvelse var overholdt, ikke grundlag for at udtale kritik af personalets generelle håndtering og adfærd i forbindelse med tvangsudøvelsen.

Nævnet afviste at tage stilling til klagen over et konkret personalemedlem med den begrundelse, "at nævnet kun kan tage stilling til kritik over for identificerede sundhedspersoner, og at hverken patienten eller afdelingen havde kunnet komme med nærmere oplysninger om, hvem der specifikt havde udøvet den påklagede voldelige adfærd". Nævnet bemærkede i øvrigt, at navnene på de ved tvangsfikseringen implicerede medarbejdere fremgik af tvangsprotokollen, og at politiet i forbindelse med anmeldelsen og undersøgelsen af sagen havde modtaget de pågældendes navne og foretog afhøringer. I den forbindelse udtalte nævnet, at sagen ville blive genoptaget, hvis patienten på et senere tidspunkt ønskede dette og kunne oplyse, hvem klagen vedrørte.

Det bemærkes, at politiets efterfølgende efterforskning af sagen ikke kunne identificere den pågældende.