



Årsberetning 2011

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved
Statsforvaltningen Hovedstaden

Indhold

Forord	2
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen	
Hovedstaden	3
1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2011	3
1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver.....	3
2. Antal sager og sagsfordeling	4
3. Sagsbehandlingstiden.....	6
4. Antallet af møder, mødested m.v.	7
5. Deltagelse i Det Psykiatriske Patientklagenævns møder af læger, patienter og patientrådgivere/bistandsværger	8
5a. Læger	9
5b. Patienter.....	9
5c. Patientrådgivere/bistandsværger	10
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocent.....	12
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	14
7a. Anke til domstolene	15
7b. Klage til Det psykiatriske Ankenævn.....	15
8. Det Psykiatriske Patientklagenævns aktiviteter i øvrigt	16
Afsnit II: Principielle problemstillinger	17
1. Vedr. konkret sag om tvangsfiksering... ..	17
2. Vedr. lægeerklæringens indhold.....	19
3. Vedr. korrespondance og spørgsmål om tvungen opfølgning efter udskrivning	23
4. Vedr. tvangsbehandling med Zyprexa – dosis.....	29
5. Vedr. skrivelse til Sundhedsstyrelsen vedr. registrering af tvang.....	31
Afsnit III: Principielle afgørelser	34
1. Tvangsindlæggelse/tvangstillbageholdelse.....	34
2. Tvangsfiksering	43
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning	47
4. Tvangsbehandling	49
5. Fysisk magtanvendelse.....	60
6. Beroligende medicin med tvang	61
7. I øvrigt	63
Afsnit IV: Artikel om Det psykiatriske Patientklagenævn	64

Forord

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

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i 2011 afholdt møder på følgende psykiatriske centre: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center København, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center København, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland.

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

Af hensyn til sammenligneligheden af de psykiatriske patientklagenævns virksomhed på landsplan er beretningen udarbejdet i overensstemmelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinier af 7. januar 2004. Det er derfor muligt direkte at sammenholde tallene fra de fem patientklagenævn og ikke mindst – via almindelig sammentælling – at få et helhedsindtryk af alle fem patientklagenævns samlede virksomhed.

Statsforvaltningen Hovedstaden varetager sekretariatsopgaverne for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Når der i årsberetningen henvises til Det Psykiatriske Patientklagenævn er det underforstået, at det drejer sig om Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Afsnit II: Principielle problemstillinger.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

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

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2011

Patientklagenævnets formand er direktør Niels Preisler.

Stedfortrædere for formanden er kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, vicedirektør Vibeke Hauberg, kontorchef Jette Røgild, kontorchef Jakob Næsager, kontorchef Jane Hansen, samt specialkonsulent Kristine Drisdal Hansen. For møder på Bornholm er det chefkonsulent Leise Døllner.

De lægelige medlemmer er speciallæge Torben Nikolaisen og overlæge Grethe Auken. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det læge Herwig Jensen. Stedfortrædere er læge Preben Bredesgaard, læge Nils Engelbrecht, læge Annette Elna Frölich, læge Steffen Jarlov, læge Helge Ralov, læge Peder Christian Reistad og læge Marianne Schrøder. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det læge Jan Christensen.

De af Sind indstillede medlemmer er Kirsten Hanne Falster, lægesekretær Liselotte Lassen og cand. psyk. Arnfinn Thorsteinsson. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det Simon Abrahamsen. Stedfortrædere er Zinaida N. Baban, Vibeke Boolsen, Ditte Damsgaard, Lisbeth Dilling, Bjørn Helstrup, Johannes Nymark, Kim Sund Rosted-Løvgreen samt Anne Rebecca Zenner. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det Stephen Mortensen.

Sagsbehandlere for Det Psykiatriske Patientklagenævn er specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Louise Cadovius Jørgensen, fuldmægtig Marianne Hansen, socialrådgiver Bodil Kryger, fuldmægtig Pernille Martensen, fuldmægtig Nini Christensen, fuldmægtig Dorte Kirkebæk Bloch og fuldmægtig Hedvig Semajer-Garic. På Bornholm er det socialrådgiver Lea Leemet.

Journalfunktionerne varetages af Aylin Danismaz og Pia Nielsen.

Årsberetningen er udarbejdet af Henning Lund-Sørensen og Charlotte Galbo.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i 2011 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, personlig skærmning og tvungen opfølgning efter udskrivning, i forbindelse med indlæggelser på følgende psykiatriske centre i Region Hovedstaden: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psy-

kiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center København, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center København, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland.

Det tidligere Psykiatrisk Center Gentofte er i 2011 fusioneret med Psykiatrisk Center Ballerup. Det tidligere Retspsykiatrisk Center Glostrup er i 2011 fusioneret med Psykiatrisk Center Glostrup.

Det Psykiatriske Patientklagenævns behandler klager fra patienter, der under indlæggelse på psykiatriske afdelinger har været udsat for en af de ovenfor anførte former for tvang. Klagerne sendes til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved patientrådgivers mellemkomst eller afgives mundtligt over for det psykiatriske centers personale, der formidler klagen videre. I enkelte tilfælde er det patienten selv, som retter henvendelse til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes som udgangspunkt på det psykiatriske center, som klagen vedrører.

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

1. Hvis patienten flytter til et andet center i Regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsescenter - afholdes nævnsmødet på det center, hvor patienten nu befinder sig.
2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk center uden for Regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsescenter - afholdes nævnsmødet på det center, hvor tvangsudøvelsen fandt sted.

Ad. 1. hvis patienten flytter til et andet center inden for Regionen – kommer patientklagenævnet og centerpersonalet fra det første center til patienten på det center, hvor patienten nu er indlagt.

Ad. 2. hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk center uden for regionen – må patienten komme til det psykiatriske center, hvor tvangsudøvelsen fandt sted.

Denne praksis ligger i forlængelse af lovbestemmelsen om, at patientklagenævnet kommer til patienten på det psykiatriske center, hvor patienten er indlagt.

I mødet deltager endvidere sædvanligvis den ansvarlige overlægen/den behandlende læge på afdelingen, patienten og patientrådgiveren samt andre relevante medarbejdere på den pågældende psykiatriske afdeling. Efter mødet træffer Det Psykiatriske Patientklagenævn sin afgørelse, der tilstræbes udsendt senest den følgende dag.

2. Antal sager og sagsfordeling

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, der er optaget som et punkt på det psykiatriske patientklagenævns dagsorden på et bestemt møde. Det gælder, uanset om klagen indeholder flere klagepunkter. Hvis en patient klager flere gange i løbet af året, vil der være tale om flere sager.

En "afgørelse" er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb. Det psykiatriske patientklagenævns vurdering af ét tvangsindgreb kan dog i nogle tilfælde føre til, at der træffes to afgørelser vedrørende dette ene tvangsindgreb – jf. afsnit I, 6.

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

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 det psykiatriske patientklagenævn således allerede har brugt tid på at udsende sagen og på at forberede sagen. Det har gennemsnitligt drejet sig om ti % af samtlige indkomne sager.

Skema 1

Antal sager

	2009	Procent	2010	Procent	2011	Procent
Antal indkomne sager i kalenderåret	475	100	514	100	510	100
+ Antal sager, modtaget ej behandlet i foregående kalenderår	6	1	5	1	3	1
- Antal tilbagekaldte sager	44	9	60	12	46	9
- Antal afviste sager	2	1	3	0	4	1
- Antal sager modtaget, men ej behandlet i kalenderåret	5	1	3	1	0	0
Antal sager med realitetsafgørelse	430	88	453	86	463	91

Skema 2

Sagernes fordeling i 2009, 2010 og 2011 på de psykiatriske centre

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Amager	79	71	58	4	8	8	75	63	50
Ballerup	13	11	68	2	3	5	11	8	63
Bornholm	2	5	4	0	0	0	2	5	4
Frederiksberg	40	48	43	0	6	5	40	42	38
Gentofte*	36	52	-	3	7	-	33	45	-
Glostrup									
- voksen	44	33	34	6	2	4	38	31	30
- ungdom	1	2	4	0	0	0	1	2	4
- retspsyk**	4	7	-	1	0	-	3	7	-
Hvidovre	56	80	83	12	11	5	44	69	78
København									
- voksen	125	145	138	11	16	17	114	129	121
- ungdom	4	8	3	1	0	0	3	8	3
Nordsjælland									
- voksen	74	54	75	9	10	4	65	44	71
- ungdom	1	0	1	0	0	0	1	0	1

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
I alt	479	516	511	49	63	48	430	453	463

* se Ballerup for 2011 – jf. side 4 øverst

** se Glostrup voksen for 2011 – jf. side 4 øverst

Skema 3

Antal af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn de seneste fem år

2007	2008	2009	2010	2011
310	383	430	453	463

Det er bemærkelsesværdigt, at der over en fem årig periode er sket en stigning på 49% i antallet af sager. Folketingets § 71-tilsyn har i bemærkninger til nævnets årsberetning 2010 anmodet nævnet om at have fokus på årsagerne til denne stigning.

Det er nævnets vurdering, at de nedenfor angivne forhold er de væsentligste forklaringer på stigningen.

1. Tidligere var der blandt nogle patientrådgivere en tendens til at tale patienterne fra at klage – enten med henvisning til, at det fik patienten ikke noget ud af, eller ved at udskyde klagen med ordene, "du kan altid klage i morgen". I dag betones det retssikkerhedsmæssige aspekt i højere grad. Det har en selvstændig betydning, at andre øjne ser på tvangsindgrebet.
2. Vurderet ud fra journalerne er de psykiatriske centre blevet meget mere konsekvente i deres information til patienten om klageadgangen. Efter hvert eneste tvangsindgreb orienteres om klagemuligheden.
3. Ændring i samtykkebegrebet den 1. januar 2007 – hvorved flere indgreb blev anset for tvangsmæssige og dermed kunne give anledning til klage.
4. En almindelig afsmittende effekt, der ligger i, at en patient hører, at en anden patient har klaget.
5. Den lettere klageadgang, hvor patientklagenævnet kommer til patienten – i modsætning til tidligere, hvor patienten skulle komme til møde i statsamtet.
6. Nævnet oplever, at klageadgangen i større udstrækning end tidligere benyttes af patienten til at få lejlighed til (igen) at fremføre sine synspunkter over for det tilstedeværende centerpersonale.

3. Sagsbehandlingstiden

Det Psykiatriske Patientklagenævn skal efter psykiatrilovens § 36, stk. 3, træffe afgørelse snarest muligt. Er der ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal klageren underrettes om grunden hertil. Ved klager over tvangsbehandling, hvor klagen er tillagt opsættende virkning, og klager over iværksættelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, skal Det Psykiatriske Patientklagenævn træffe afgørelse inden syv hverdage efter klagens modtagelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid har i 2011 været syv dage.

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af sagsstyringsprogrammet, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor sekretariatet mod-

tager klagen, og indtil sekretariatet afsender afgørelsen til patienten. I sagsbehandlingstiden indgår således også lørdage samt søn- og helligdage.

Skema 4

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste tre år

2009	2010	2011
7(12)	8	7

Der gives én afgørelseskode pr. indgreb. Det betyder, at en sag med mange koder (sager som det typisk tager længere tid at behandle) kommer til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativ retning. Eksempelvis havde Det Psykiatriske Patientklagenævn i 2009 én sag med 321 bæltefikseringer. Sagsbehandlingstiden var 26 dage. Statistisk indgår sagen med 321 afgørelseskoder med en sagsbehandlingstid på 26 dage.

Sagsbehandlingstiden i 2009 inklusive nævnte sag var 12 dage – anført i parentes. Sagsbehandlingstiden uden medregning af den ekstraordinære sag var syv dage, hvilket svarer til Det Psykiatriske Patientklagenævns sædvanlige sagsbehandlingstid. I 2011 var sagsbehandlingstiden syv dage.

4. Antallet af møder, mødested m.v.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har planlagt møde fire gange hver uge:

- om mandagen på : Psykiatrisk Center Nordsjælland (Frederikssund, Hillerød og Helsingør) samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nord-Sjælland
- : Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)
- om tirsdagen på : Psykiatrisk Center Hvidovre og Amager
- om onsdagen på : Psykiatrisk Center Glostrup (voksne og unge), Ballerup og Frederiksberg
- om torsdagen på : Psykiatrisk Center København og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center København

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

- 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. 10.00 fredagen før

Når mødematerialet bliver sendt 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 af A-post til dagen efter afsendelse, betyder det, at der altid er fem dage fra modtagelse af mødematerialet til mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn 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 patientrådgiveren kan aflægge besøg hos patienten inden mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Alle møder i 2011 er blevet afholdt på de psykiatriske centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske center. Det hænder dog ofte, at patienter, især fra de intensive afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed især som følge af, at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres situation. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere centre, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2011 afholdt 188 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste fem år.

Skema 5

Samlet antal møder i de seneste fem år

2007	2008	2009	2010	2011
158	177	181	182	188

Antal møder	2009	2010	2011
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Nordsjælland	35	29	43
<u>Tirsdage:</u> De Psykiatriske Centre Hvidovre og Amager	49	48	47
<u>Onsdage:</u> De Psykiatriske Centre Ballerup, Frederiksberg, og Glostrup	48	48	46
<u>Torsdage:</u> Psykiatrisk Center København	47	58	48
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	2	5	4
Møder i alt	181	182	188

5. Deltagelse i Det Psykiatriske Patientklagenævns møder af læger, patienter og patientrådgivere/bistandsværger

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

Det bemærkes, at fremmødeprocenten er udregnet som antallet af sager, hvori den pågældende gruppe har deltaget i forhold til det samlede antal sager med realitetsafgørelser. Eksempelvis har patienterne i 2011 deltaget i 387 sager ud af de i alt 463 sager, der har været realitetsbehandlet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvilket giver en fremmødeprocent på 84%. På samme måde er fremmødeprocenten for patientrådgiverne udregnet til i alt 93%.

5a. Læger

I 2011 har der som i tidligere år været lægelig deltagelse ved stort set alle nævnsmøder – som regel ved deltagelse af den behandlingsansvarlige overlæge.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2010
Amager	73	63	50	2	0	0	97	100	100
Ballerup	11	8	63	0	0	0	100	100	100
Bornholm	2	5	4	0	0	0	100	100	100
Frederiksberg	40	41	37	0	1	1	100	98	97
Gentofte*	31	45	-	2	0	-	94	100	-
Glostrup									
- voksen	38	30	29	0	1	1	100	97	97
- ungdom	1	2	4	0	0	0	100	100	100
- retspsyk**	3	6	-	0	1	-	100	86	-
Hvidovre	42	69	77	2	0	1	95	100	99
København									
- voksen	107	127	118	7	2	3	98	98	98
- ungdom	3	8	3	0	0	0	100	100	100
Nordsjælland									
- voksen	64	44	70	1	0	1	98	100	99
- ungdom	1	0	1	0	0	0	100	100	100
I alt	416	448	456	14	5	7	97	99	98

* se Ballerup for 2011 – jf. side 4 øverst

** se Glostrup voksen for 2011 – jf. side 4 øverst

Psykiatrisk Center København er en fusion af Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Fusionen fandt sted den 1. januar 2010. For sammenlignelighedens skyld er tallet for Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet for 2009 summeret under Psykiatrisk Center København. For de specifikke tal for denne årgang henvises til årsberetningerne for 2009.

5b. Patienter

Patienterne deltog i 2011 i 387 af de 463 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 84% (i 2010 var deltagelsesprocenten på 80%, i 2009 på 80 % og i 2008 på 87%). Patienterne er i alle sager blevet indkaldt til at deltage i nævnsmødet.

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Amager	65	51	39	10	12	11	87	81	78
Ballerup	8	4	50	3	4	13	73	50	79
Bornholm	0	5	4	2	0	0	0	100	100
Frederiksberg	29	31	31	11	11	7	73	74	82

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Gentofte*	26	37	-	7	8	-	79	82	-
Glostrup									
- voksen	31	27	25	7	4	5	82	87	83
- ungdom	1	1	4	0	1	0	100	50	100
- retspsyk**	3	7	-	0	0	-	100	100	-
Hvidovre	34	62	71	10	7	7	77	90	91
København									
- voksen	87	93	96	27	36	25	76	72	79
- ungdom	3	8	3	0	0	0	100	100	
Nordsjælland									
- voksen	56	37	63	9	7	8	86	84	89
- ungdom	1	0	1	0	0	0	100	100	100
I alt	344	363	387	86	90	76	80	80	84

* se Ballerup for 2011 – jf. side 4 øverst

** se Glostrup voksen for 2011 – jf. side 4 øverst

Psykiatrisk Center København er en fusion af Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Fusionen fandt sted den 1. januar 2010. For sammenlignelighedens skyld er tallet for Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet for 2009 summeret under Psykiatrisk Center København. For de specifikke tal for denne årgang henvises til årsberetningerne for 2009.

5c. Patientrådgivere/bistandsværger

De psykiatriske centre har tilknyttet i alt 49 patientrådgivere, som fordeler sig således:

Psykiatrisk Center Amager	:	5
Psykiatrisk Center Ballerup	:	8
Psykiatrisk Center Bornholm	:	4
Psykiatrisk Center Frederiksberg	:	4
Psykiatrisk Center Glostrup	:	5
Psykiatrisk Center Hvidovre	:	5
Psykiatrisk Center København	:	10
Psykiatrisk Center Nordsjælland	:	12

Det bemærkes, at fire patientrådgivere er patientrådgivere på mere end ét psykiatrisk center.

Der er ikke i lovgivningen regler om, hvor mange patientrådgivere der skal være tilknyttet et psykiatrisk center

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

Som tidligere anført er Psykiatrisk Center København en fusion af Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet. Fusionen fandt sted den 1. januar 2010. For sammenlignelighedens skyld er tallet for Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk

Center Rigshospitalet for 2009 sommeret under Psykiatrisk Center København. For de specifikke tal for dette år henvises til årsberetningen for 2009.

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Amager	67	60	47	8	3	3	89	95	94
Ballerup	10	8	62	1	0	1	91	100	98
Bornholm	2	5	4	0	0	0	100	100	100
Frederiksberg	39	39	35	1	3	3	98	93	92
Gentofte*	27	44	-	6	1	-	82	98	-
Glostrup	39			3			93		
- voksen		31	30		0	0		100	100
- ungdom		2	4		0	0		100	
- retspsyk**		6	-		1	-		86	-
Hvidovre	42	64	75	2	5	3	93	93	96
København	108			9			92		
- voksen		120	108		9	13		93	89
- ungdom		8	3		0	0		100	100
Nordsjælland	54			12			82		
- voksen		37	62		7	9		84	87
- ungdom		0	1		0	0		100	100
I alt	388	424	431	42	29	32	91	94	93

* se Ballerup for 2011 – jf. side 4 øverst

**se Glostrup voksen for 2011 – jf. side 4 øverst

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved de psykiatriske centre tilsammen været en stabil fremmødeprocent i perioden 2009-2011. En gennemsnitlig mødeprocent på omkring 85 må anses som meget tilfredsstillende under hensyn til de korte berammelsestider for nævnsmøderne, der igen hænger sammen med et ønske om at behandle patienternes klager, f.eks. over frihedsberøvelse, hurtigst muligt.

Det nuværende resultat med en samlet gennemsnitlig mødeprocent på 93% er meget tilfredsstillende og en fremgang i forhold til 2006, hvor mødeprocenten var på 84%.

Sekretariatet har søgt at fremme og fastholde mødeprocenten blandt andet ved:

1. Årligt at synliggøre problemstillingen ved i Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning at oplyse mødeprocenten for hvert af de omtalte psykiatriske centre.
2. Halvårligt at synliggøre problemstillingen ved at udsende statistikker til patientrådgiverne over fremmødeprocenterne.
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 seks dage før nævnsmødets afholdelse oplyst

det præcise mødetidspunkt, hvilket skulle være med til at lette patientrådgivernes mulighed for at tilrettelægge deres arbejde.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocent

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

Nedenstående tabel viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2009 til 2011 har været påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

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

Skema 10

Afgørelsernes udfald

	Antal afgørelser			Antal godkendelser		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Tvangsindlæggelse	112	124	141	107	118	133
Tvangstilbageholdelse	247	225	229	229	214	211
Tilbageførsel	0	1	0	0	1	0
Tvangsfiksering	395	69	87	190	49	66
Beskyttelsesfiksering	1	5	1	1	5	1
Aflåsning af døre i afdelingen	1	0	1	1	0	1
Tvangsbehandling, medicinsk	143	178	219	118	146	173
Tvangsbehandling, ECT	2	-	1	1	-	1
Fysisk magtanvendelse	22	21	17	18	19	12
Beroligende medicin	126	180	178	104	162	146
Tvungen opfølgning	-	-	3	-	-	2
Andet, f.eks. skærmning	6	1	5	4	4	3
I alt	1055*	807**	882***	773	718	749

* heraf er 31 flertalsafgørelser (3%)

** heraf er 25 flertalsafgørelser (3%)

*** heraf er 25 flertalsafgørelser (3%)

Skema 11

Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocent

	Antal tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Tvangsindlæggelse	5	6	8	4	5	6
Tvangstilbageholdelse	18	11	18	7	5	8
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	205	20	21	52	29	24
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	25	32	46	17	18	21
Tvangsbehandling, ECT	1	-	0	50	-	0
Fysisk magtanvendelse	4	2	5	18	10	29
Beroligende medicin	22	18	32	17	10	18
Tvungen opfølgning	-	-	1	-	-	33
Andet, f.eks. skærmning	2	0	2	33	0	40
I alt	282	89	133	27 (14)	11	15

Når omgørelsesprocenten i 2009 var særlig høj, skyldes det en enkelt sag med 321 tvangsfikseringer, hvoraf 141 blev godkendt og 180 blev tilsidesat, hvilket for denne sag gav en omgørelsesprocent på 56%. Da ovennævnte sag er meget usædvanlig, kan det oplyses, at den samlede omgørelsesprocent uden denne sag var på 14%, som ikke adskiller sig nævneværdigt fra Det Psykiatriske Patientklagenævns tidligere omgørelsesprocenter. Det samme gælder Det Psykiatriske Patientklagenævns omgørelsesprocent i 2011 på

15%, der holder sig inden for det interval fra 10-15 %, som er den sædvanlige omgørelsesprocent i et psykiatrisk patientklagenævn.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

En lovændring, der trådte i kraft den 1. januar 2007 betød, at klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering ikke som tidligere skulle påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, men til byretten.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning og aflåsning af døre i afdelingen kan indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk magt, personlig alarm, pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. psykiatrilovens § 38.

I 2011 blev 121 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene og 73 for Det Psykiatriske Ankenævn. Ankeprocenten i 2011 var 22% sammenlignet med 2010, hvor den var 17% og 32% i 2009 og 22% i 2008. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

Skema 12

Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser						
	2009			2010		
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsindlæggelse	112	30	27	124	30	24
Tvangstilbageholdelse	247	60	24	225	52	23
Tvangsfiksering	395	197	38	69	2	3
Tvangsbehandling	145	23	16	178	34	19
Fysisk magtanvendelse	22	2	9	21	3	14
Beroligende medicin	126	25	20	180	17	9
Personlig skærmning	0	0	0	0	0	0
Andet	8	2	25	10	1	10
I alt	1055	339	32	807	139	17

2011			
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsindlæggelse	141	44	31
Tvangstilbageholdelse	229	60	26
Tvangsfiksering	87	17	20
Tvangsbehandling	219	36	16
Fysisk magtanvendelse	17	2	12
Beroligende medicin	178	35	20
Personlig skærmning	0	0	0
Andet	11	0	0
I alt	882	194	22

7a. Indbringelse for domstolene

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning samt aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2011 har domstolene stadfæstet 55 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I 30 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 36 afgørelser har Det Psykiatriske Patientklagenævn endnu ikke modtaget rettens afgørelse. Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de sidste tre år:

Skema 13

Anke til domstolene

	2009	2010	2011
Stadfæstet	68	40	55
Tilsidesat	197	0	0
Frafaldet af patient	22	18	30

De 197 tilsidesatte afgørelser i 2009 kan alle - bortset fra en enkelt afgørelse - henføres til den tidligere omtalte særlige sag med 321 bæltefikseringer. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte i denne sag 141 bæltefikseringer, delvist godkendte 91 bæltefikseringer og tilsidesatte 89 bæltefikseringer. De 141 plus 91 afgørelser i alt 232 afgørelser blev indbragt for Retten på Frederiksberg, hvor sagen blev begrænset til 196 afgørelser, der alle blev tilsidesat, idet Retten på Frederiksberg anlagde en endnu strengere vurdering end den skærpede praksis, Det Psykiatriske Patientklagenævn havde anvendt. Der henvises i det hele til årsberetning 2010, afsnit II, punkt 12, som er et notat om sagen og til denne årsberetning afsnit II, punkt 2.

7b. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan af patienten eller de psykiatriske centre påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2011 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet otte af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. Syv afgørelser er blevet tilsidesat. Endvidere er 49 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Det Psykiatriske Ankenævn.

Nedenfor er vist udfaldet af klagesager i de seneste tre år:

Skema 14

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2009	2010	2011
Stadfæstet	35	24	8
Tilsidesat	15	5	7
Frafaldet af patient	5	6	9

8. Det Psykiatriske Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt

I årets løb har Henning Lund-Sørensen og Charlotte Galbo deltaget i patientrådgivermøder på de psykiatriske centre. Patientrådgiverne har her haft lejlighed til at drøfte spørgsmål med både centret og sekretariatet, ligesom der har været en almindelig informationsudveksling.

Henning Lund-Sørensen har holdt oplæg ved Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmarks konference den 2. april – 3. april 2011 i København.

Henning Lund-Sørensen har været underviser på Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmarks kurser i Svendborg: på modul 3-4 (videregående) lørdag den 1. oktober og søndag den 2. oktober 2011 samt på modul 1-2 (begyndere) lørdag den 26. november og søndag den 27. november 2011.

Nævnets sekretariat har afholdt to møder i 2011 for nævnssekretariaterne ved alle nævn. På møderne har der bl.a. været drøftet koordinering af nævnspraksis og statistik og registreringsspørgsmål.

Det Psykiatriske Patientklagenævn er ved delegation beføjet til på skriftligt grundlag at træffe afgørelser i klagesager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i Grønland og på Færøerne. Der har ikke været sager for nævnet i 2011.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Konkret sag om tvangsfiksering.

Folketingets § 71 tilsyn blev af det psykiatriske center løbende orienteret om 321 tvangsfikseringer af en 13 årig pige, der i perioden 3. marts til 3. november 2008 var indlagt på Børne- og ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i flere omgange truffet afgørelser i sagen. Retten på Frederiksberg har ligeledes i flere omgange truffet afgørelse i sagen – senest ved dom den 10. juni 2010, der henvises til årsberetning 2010 side 35 ff.

Østre Landsret har den 26. maj 2011 afsagt dom i sagen.

I. Landsrettensdommens ordlyd:

”Selv om førelsen af tvangsprotokollerne og lægejournalerne til dels var mangelfuld og dermed afveg fra forskrifterne i psykiatrilovgivningen, findes disse afvigelser under de foreliggende omstændigheder ikke at kunne anses som så afgørende, at nogen tvangsfiksering af denne grund kan underkendes. Som antaget i dissensen til dommen af 10. juni 2010, kan ingen tvangsfiksering tilsidesættes med den begrundelse, at tvang ikke i videst muligt omfang var forebygget ved behandlingstilbud efter psykiatrilovens § 2. Det kan ikke fastslås, at mindre indgribende foranstaltninger var tilstrækkelige, og at den anvendte tvang ikke stod i rimeligt forhold til det, som søgtes opnået herved, jf. lovens § 4, stk. 2. Efter lægeerklæringerne, lægejournalerne, de lægelige forklaringer og den øvrige bevisførelse er det godtgjort, at patienten forud for tvangsfikseringerne befandt sig i en sådan tilstand, at det var nødvendigt at afværge, at hun eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade, jf. § 14, stk. 2. nr. 1. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 10575 af 20. december 2006 blev – som også anført i den nævnte dissens – fulgt, når tvangsfiksering genoptoges inden 1 time.

Nogle tvangsfikseringer blev opretholdt uden fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af fikseringen, så ofte som forholdene tilsagde det, dog mindst 4 gange i døgnnet jævnt fordelt, jf. § 21, stk. 4. Det kan som anført i dommen af 10. juni 2010 ikke kræves, at patienten vækkes. I øvrigt er landsretten enig med flertallet i denne dom og tilsidesætter med samme begrundelse de tvangsfikseringer, hvor forskriften om fornyet vurdering ikke blev overholdt.

Landsretten underkender desuden anvendelse af armremme, jf. § 14, stk. 1, med begrundelse som givet af flertallet.

Landsretten bedømmer ikke spørgsmålene om anvendelse af hånd- og fodremme uden overlægens beslutning, jf. herved § 15, stk. 2, og om særskilt stilling til fortsat anvendelse af remme, jf. § 16, stk. 3, i bekendtgørelsen nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, fordi disse spørgsmål udelukkende er rejst i forbindelse med tvangsfikseringer, som landsretten un-

derkender i henhold til det foregående. Det samme gælder spørgsmålet om ekstern vurdering af fortsat tvangsfiksering udstrakt længere end 48 timer, jf. lovens dagældende § 21, stk. 5. De 13 tvangsfikseringer, hvis ulovlighed erkendes af Region Hovedstaden, foreligger ikke til vurdering.

Resultatet er derfor, at patienten får medhold, for så vidt angår de nedenfor nævnte tvangsfikseringer. I øvrigt stadfæstes dommen af 26. november 2008, for så vidt den foreligger til prøvelse, samt omkostningsbestemmelsen i dommen af 10. juni 2010, ligesom Region Hovedstaden frifindes, for så vidt sidstnævnte dom foreligger til prøvelse.”

II. Konklusionerne i Landsrettens dom

1. Landsretten fastslår generelt, at en tvangsfiksering ikke kan tilsidesættes med henvisning til det psykiatriske centers organisatoriske og bygningsmæssige rammer, jf. psykiatrilovens § 2.
2. Landsretten underkendte anvendelse af armremme, idet angivelsen af tvangsmidler i psykiatrilovens § 14 var udtømmende, og at gentagen brug af armremme ikke kunne begrundes i nødretlige principper.
3. Landsretten fastslår, at psykiatrilovens § 21, stk. 4, om mindst fire daglige tilsyn jævnt fordelt, ikke indebærer, at patienten skal vækkes.
4. Landsretten fastslår, at timereglen i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 10575 af 20. december 2006 skal forstås bogstaveligt, således at en tvangsfiksering, der genoptages inden der er forløbet én time efter, at bæltet blev løsnet, betragtes som én fortløbende bæltefiksering.

Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis er i overensstemmelse med Landsrettens konklusioner.

2. Lægeerklæringens indhold.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9857 af 20. januar 2011 pkt. 13. fremgår, hvad indholdet af lægeerklæringer til brug for klagesagsbehandling i det psykiatriske patientklagenævn skal være:

” En lægeerklæring til brug for behandling af klager over tvangsforanstaltninger, jf. psykiatrilovens § 36, skal indeholde sygehistorie, en beskrivelse af grundlaget for diagnosen eller eventuelle tentative diagnoser, begrundelse for nødvendigheden af at iværksætte den pågældende tvangsforanstaltning, samt for konsekvenserne af ikke at iværksætte tvangsforanstaltningen. Herunder kan inddrages tidligere erfaringer med patientens sygdom.

Erklæringen skal være så fyldestgørende, at det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen ikke skal indhente supplerende erklæringer. Samtidig skal erklæringen kun indeholde de oplysninger, der er nødvendige for, at det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen kan træffe afgørelse. Erklæringen skal være underskrevet af den behandlingsansvarlige overlæge. Ved indbringelse af klagen til det psykiatriske patientklagenævn skal der sammen med lægeerklæringen tillige medsendes de relevante tvangsprotokoller, behandlingsplan samt kopi af øvrige relevante dele af journalen.”

Patientklagenævnet har gengivet en lægeerklæring, der kan illustrere, hvorledes Sundhedsstyrelsens vejledning kan opfyldes på en hensigtsmæssig måde.



Psykiatri

Psykiatrisk Center

Statsforvaltningen Hovedstaden
Psykiatriaafdelingen
Borups Alle 177
2400 København NV

Telefon
Direkte
Fax

INDGÅET

- 8 JULI 2011

Statsforvaltningen
Hovedstaden

Vedr.

Foranlediget af patientens klage over beslutning af 06.07.11 om tvangsmedicinering med Risperdal subsidært Serenase skal følgende erklæring gives:

Socialt

Patienten bor alene med kat. Han modtager førtidspension.

Somatisk

I det væsentligste rask.

Tidligere psykiatrisk

Første kontakt til herværende psykiatriske center var 07.03.03, hvor han var til forvisitationssamtale i DPC Lyongade efter henvisning fra alkoholenheden. Patienten havde været psykisk syg i en del år og havde fået sin førtidspension på psykisk grundlag. Patienten havde endvidere udover et alkoholafhængighedssyndrom et hashmisbrug.

Ved forvisitationen fandt man, at patienten havde en skizofreni.

Han var i behandling med en lille dosis Fluanxol, Rivotril, Lysantin og Fontex. Pga. nedsat stemningsleje og angst blev han øget i Fontex og senere blev han også øget i Fluanxol.

Patienten har gennem årene flere gange uden held søgt at holde op med at ryge hash. Han drikker i perioder, afløst af perioder hvor han får Antabus. Han har aktuelt været i Antabus-behandling siden 18.01.11 fraset en kort periode omkring påsken.

I marts 2010 blev han sat i Abilify mhp. udtrapning af Fluanxol, da han var generet af ekstrapyramidale bivirkninger især BLM. Efter et par måneders behandling meddelte pt. imidlertid, at han ikke kunne tåle Abilify. Han havde fået kløe og underligt i hovedet.

Patienten overgik kort efter forvisitationen 07.03.03 til OP-team Lyongade, men i december 2010 gik patienten tilbage til DPC Lyongade.

I den tid han har været fulgt, har produktive psykotiske symptomer på intet tidspunkt været fremtrædende.

Aktuelt

Patienten er aktuelt indlagt, efter han i en periode har virket noget hyperaktiv og efter han havde indtaget nogle hashkager og herefter sat ild til noget papir i den opgang, hvor han bor. Patienten har under indlæggelsen fremtrådt svært psykotisk, rastløs og med påskyndet psykomotorisk tempo, usamlet med en springende tankegang samt paranoid.

Patienten fik 22.06.11 ordineret 2 mg Risperdal dagligt. Hver dag blev han søgt motiveret for at tage medicinen, hvilket fremgår af EPM. At motivationen har fundet sted er særskilt dokumenteret i lægejournalen 28.06.11 og 29.06.11. Efter, at jeg uden held havde søgt at få ham til at tage medicinen 29.06.11, lykkedes det imidlertid for en sygeplejerske at få ham til at tage den. Han blev herefter øget til 4 mg Risperdal daglig. Det fremgår af EPM, at patienten trods daglig forsøg på at få ham til at tage de 4 mg Risperdal, er det ikke lykkedes at få ham til at tage den.

Det er 04.07.11, 05.07.11 og 06.07.11 særskilt dokumenteret i journalen, at patienten er blevet tilbudt tablet Risperdal 4 mg, og at han har nægtet at tage den. Det fremgår endvidere af journalen, at han er blevet informeret om behandlingens formål, forventet effekt af behandlingen samt evt. bivirkninger. Endelig er det dokumenteret, at han ved evt. tvangsbehandling subsidært til Risperdalbehandlingen vil blive behandlet med injektion Serenase initialt 5 mg i.m. dagligt. Han er også gjort bekendt med den forventede effekt af Serenase samt bivirkninger.

Da det ikke har været muligt at motivere patienten for en frivillig behandling, har jeg 06.07.11 besluttet, at patienten skal tvangsbehandles med tablet Risperdal initialt 4 mg daglig med efterfølgende dosisændring inden for normal doseringsinterval afhængig af klinisk effekt og evt. bivirkninger subsidært injektion Serenase initialt 5 mg i.m. dagligt med efterfølgende dosisændring inden for normalt doseringsinterval afhængig af klinisk effekt og bivirkninger.

Patienten har klaget over denne beslutning og klagen tillægges opsættende virkning.

Patienten er tvangstilbageholdt.

Konklusion

Det drejer sig om en 49-årig mand med skizofreni, som aktuelt har været indlagt i herværende psykiatriske center, Psykiatrisk Center siden 21.06.11.

Patienten har under indlæggelsen fremstået svært psykotisk, og det har ikke været muligt at motivere ham for en sufficient antipsykotisk behandling. Da det skønnes uforsvarligt ikke at behandle ham, da udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, er det besluttet, at han skal tvangsbehandles med tablet Risperdal subsidiært injektion Serenase. Det vurderes, at en mindre indgribende foranstaltning ikke vil være tilstrækkelig. Patienten klager over beslutningen og klagen tillægges opsættende virkning.

Patienten er tvangstilbageholdt.

Med venlig hilsen

overlæge

3. Korrespondance og spørgsmål om tvungen opfølgning efter udskrivning.

I 2011 har Det Psykiatriske Patientklagenævn besvaret en skriftlig og en telefonisk henvendelse vedrørende spørgsmål i relation til tvungen opfølgning efter udskrivning.

Nævnet finder det væsentligt i forsøgsperioden, at tvivlsspørgsmål gøres til genstand for vurdering, således at Folketinget og Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed til sin tid har det bedst mulige bedømmelsesgrundlag, når der skal tages stilling til ordningens forlængelse/ophævelse.

Det er derfor af betydning, at de psykiatriske centre løbende fremkommer med spørgsmål eller tilkendegivelser om ordningens praktiske implementering.

Der henvises til de følgende sider, hvor brev fra Psykiatrisk Center København – Opsøgende Psykoseteam og Det Psykiatriske Patientklagenævns svar samt telefonisk henvendelse fra overlæge Hans Knudsen, Psykiatrisk Center Ballerup er gengivet.

Det skal tilføjes, at afslutningen på henvendelsen fra det opsøgende psykoseteam blev, at den iværksatte tvungne opfølgning blev opgivet, da medicineringen ikke måtte ske i eget hjem.



Psyklatri

Psykiatrisk Center

Statsforvaltningen
Hovedstadens psykiatriafd.
Borups Alle 177
2400 København NV

INDGÅ

19 SEP. 2011

Statsforvaltningen
Hovedstaden

Telefon
Direkte
Fax
Mail
Web

Sagsnr.:
Arkiv:
Sagsbeh.:
Deres j. nr./ref.:

Dato:

Fax. 38 19 02 45

Vedr.:

Det psykiatriske patientklagenævn har 30.06.11 truffet afgørelse om tvungen opfølgning efter udskrivelse. Undertegnede skal hermed anmode om forlængelse af denne foranstaltning i yderligere 3 måneder.

Vedrørende sygehistorie henvises til erklæring dateret den 23.06.11 udfærdiget af overlæge

blev udskrevet fra afsnit 6112 den 05.07. d.å. Ved udskrivningen er truffet aftaler om næste depotgivning i hjemmet den 18.07. Herudover er tilbudt kontakt til kontaktperson.

har ikke ønsket besøg af kontaktperson, har dog accepteret hjemmebesøg hver 14. dag mhp. depotgivning. har enkelte gange fået lavet aftalen om og dermed trukket depotgivningen nogle dage.

Ved hjemmebesøget er der udelukkende tale om depotgivning. Depotgivningen foregår i . entre, og udtrykker ikke ønske om yderligere kontakt.

Indtryk

Ved hjemmebesøgene fremtræder yderst fāmælt og yderst formel. Kontakten til er autistisk, ved stillede spørgsmål svarer som oftest ja/nej eller nå. Ingen sygdomsindsigt.

Der har i den forløbne tid ikke været opringning fra naboer. søn udtrykker fortfarende bekymring for psykiske tilstand.

Konklusion

Jf. tidligere erfaringer hvor først starter med forhandling af depotdage, hvorefter gradvist holder op med depotbehandling og kortvarigt herefter må indlægges med tvang, finder undertegnede det formålstjenligt at

fortsætte med tvungen ambulant opfølgning. Det er aktuelt ikke muligt at træffe aftale med _____ for næste depotgivning, men aftalen er, at undertegnede kontakter _____ telefonisk, hvor der så træffes ny aftale.

Medicinstatus

Inj. Trilafon dekanooat 162 mg i.m. hver 14. dag

Diagnose

Paranoid skizofreni

Med venlig hilsen

Overlæge/rt

Psykiatrisk Center

Att. overlæge .

22-09-2011

Vedr.

**DET PSYKIATRISKE
PATIENTKLAGENÆVN**

Kære

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

Mange tak for dit venlige brev, som jeg har nogle bemærkninger til. Du skriver, at du vil anmode om forlængelse af den af det psykiatriske patientklagenævn den 30. juni 2011 godkendte afgørelse om tvungen opfølgning efter udskrivning. Hertil må jeg sige, at det skal du ikke anmode det psykiatriske patientklagenævn om.

JOURNAL NR.: 2011-273/2225
SAGSBEHANDLER: PMAHOV

Det psykiatriske patientklagenævn er ikke din overordnede. Det psykiatriske patientklagenævn er en ankeinstans, og det er en væsentlig forskel. Du har en selvstændig beslutningskompetence, og det psykiatriske patientklagenævn kommer kun ind i billedet, hvis patienten klager over den beslutning, du har truffet.

TELEFON: 7256 7000
TELEFAX: 38 19 02 45
GIRO: 3001 4329848
EAN-NR. 5798000362222
SE-NR. 29-37-62-20
psykhov@statsforvaltning.dk
www.statsforvaltning.dk

Så du træffer blot en beslutning om en tre måneders forlængelse af den iværksatte tvungne opfølgning. Hvis patienten ikke har indvendinger, følger du op på din beslutning ved at fortsætte den igangværende ordning. Kun hvis patienten klager, skal din beslutning forelægges for det psykiatriske patientklagenævn. Bemærk venligst i den forbindelse, at patientens klage, når det drejer sig om forlængelser, ikke skal tillægges opsættende virkning. Du kan således fortsætte den tvungne opfølgning, selvom der er klaget.

TELEFONTID:

Mandag 08.00 - 15.00
Tirsdag-Onsdag 09.00 - 15.00
Torsdag 13.00 - 18.00
Fredag 09.00 - 14.00

Når du meddeler din beslutning til patienten vil det være oplagt, at du samtidig giver patientrådgiveren oplysning om din beslutning.

ÅBNINGSTID FOR PERSONLIGE
HENVENDELSER:

Mandag-Onsdag 09.00 - 15.00
Torsdag 09.00 - 18.00
Fredag 09.00 - 14.00

På den baggrund foretager det psykiatriske patientklagenævn sig ikke videre i sagen, medmindre patienten enten selv eller via sin patientrådgiver indgiver en klage over din forlængelsesbeslutning.

I forlængelse af dit brev er jeg dog nødt til at komme med en meget vigtig tilføjelse.

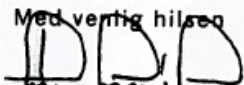
Du skriver, at "depotgivningen foregår i patientens entre". I forbindelse med vedtagelsen af lovforslaget om tvungen opfølgning fremkom der meget klare tilkendegivelser fra patientorganisationerne om at tvangsmedicinering i eget hjem var uacceptabel.

Denne indvending er der taget højde for i loven, idet § 13 d, stk.2 angiver, at overlægens beslutning om tvungen opfølgning alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Begrebet " det psykiatriske sygehusvæsen" omfatter også distriktpsykiatrien.

Men læg venligst mærke også til reglen i psykiatrilovens § 13, d, stk. 3, der angiver, at hvis patienten ikke frivilligt møder op på distriktpsykiatrien, kan det besluttes, at patienten skal afhentes af politiet – men i denne situation må medicineringen kun foregå på et psykiatrisk center. Konklusionen er klar: jeres praksis med medicinering i patientens entre må straks ophøre. Den er ulovlig.

Med venlig hilsen



Henning Lund-Sørensen

SIDE 2

Overlæge Hans Knudsen, Psykiatrisk Center Ballerup, har telefonisk forelagt følgende problemstilling vedrørende tvungen opfølgning efter udskrivning:

Vedr. betingelsen i psykiatriloven § 13 d, stk. 1, nr. 2: Patienten har i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Ved udregning af tidsfristen lægger man da vægt på det tidspunkt, hvor udskrivningsaftalen/koordinationsplanen blev udfærdiget eller lægges der vægt på det tidspunkt, hvor patienten ikke efterlever aftalen/planen?

I den konkrete sag var koordinationsplanen udfærdiget i maj 2008 og med en gyldighedsperiode på et år. Patienten havde ikke efterlevet planen i marts/april og maj 2009, hvor han droppede ud af behandlingen.

Svar fra Det Psykiatriske Patientklagenævn:

Lovbemærkningerne til § 13, d, stk. 1, nr. 2, giver ikke noget fortolkningsbidrag. Men ud fra en formålsfortolkning, hvor der lægges vægt på, at lovbestemmelsen skal medvirke til at forebygge tilbagefald i patientens alvorlige psykiatriske sygdom, må det afgørende være, hvornår patienten har undladt at følge den fastlagte koordinationsplan. I den konkrete sag skulle tre årsfristen således beregnes ud fra marts/april/maj 2009. En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning truffet i november 2011 vil derfor opfylde § 13 d, stk. 1, nr. 2.

4. Tvangsbehandling med Zyprexa – dosis

Det Psykiatriske Patientklagenævn har været optaget af en problemstilling, der udspringer af en formulering i Medicinhåndbogen vedrørende dosering med Zyprexa i tvangsbehandlingsøjemed.

I medicinhåndbogen anføres det om dosering af Zyprexa, at "Vedligeholdelsesdosis. Sædvanligvis 5-20 mg dgl. Det kan dog være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet."

For Det psykiatriske Patientklagenævn er spørgsmålet, om det psykiatriske center med henvisning til denne formulering i medicinhåndbogen med det samme kan træffe beslutning om tvangsbehandling med 5-40 mg dgl., eller om det psykiatriske center i første omgang kun kan træffe beslutning om 5-20 mg dgl. og kun, hvis det viser sig nødvendigt og forsvarligt, efterfølgende må træffe beslutning om øgning af dosis op til 40 mg dgl.

I en endnu ikke afgjort ankesag har Det Psykiatriske Patientklagenævn afgivet nedenstående udtalelse til Det Psykiatriske Ankenævn.

"Sagen er af principiel betydning for det Det Psykiatriske Patientklagenævns fremtidige arbejde.

Spørgsmålet er, hvilken grad af retssikkerhed patienten skal tillægges.

Skal patienten acceptere en almindelig retssikkerhed, eller skal der gælde en særlig retssikkerhed for psykiatriske patienter ?

Det Psykiatriske Patientklagenævn har hidtil valgt kun at acceptere den højeste grad af retssikkerhed for patienter, der skal behandles med tvang.

Når der derfor i medicin.dk om tablet Zyprexa behandling er anført, at "Vedligeholdelsesdosis. Sædvanligvis 5-20 mg dgl.", skal dette, efter det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse forstås bogstaveligt.

Nævnet godkender i sin praksis i alle tilfælde kun "inden for sædvanligt doseringsområde", og dette må også gælde, når det drejer sig om Zyprexa.

Hermed ikke være sagt, at der i den givne situation ikke kan gives højere dosis, idet det i medicin.dk anføres, at "det kan dog være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til 40 mg dgl."

Efter nævnets opfattelse forudsætter en dosisøgning ud over de 20 mg dgl., at der træffes en ny beslutning med forudgående tilhørende motivering, og at der foreligger en særlig begrundelse for nødvendigheden af at øge ud over den sædvanlige dosis. Hermed understyres patienten med den maksimale retssikkerhed.

De psykiatriske centre er med den angivne fremgangsmåde forpligtet til at give patienten en særlig begrundelse, hvis centret ønsker at øge dosis ud over den sædvanlige dosis. Centret er ikke afskåret fra at fortsætte den hidtidige behandlingsdosis samtidig med, at patienten motiveres for en dosisøgning. Behandlingen bliver således ikke afbrudt, heller ikke selvom patienten måtte klage over dosisøgningen, idet der netop er tale om en ny beslutning.

Sagen har efter nævnets opfattelse principiel betydning, fordi den fastlægger den retssikkerhedsmæssige grænse. I den forbindelse må det tilføjes, at vendingen "det kan dog være nødvendigt og forsvarligt", også bruges i relation til andre præparater.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse skal også ses i en større sammenhæng, hvor det er afgørende for nævnet, at der skabes den størst mulige tryghed for patienten. Nævnet overvejer derfor, om det ikke bør være et krav, at overlægens beslutning præcist

angiver det besluttede dosisinterval. I dag angiver overlægens beslutning sædvanligvis en præcis begyndelsesdosis, mens maksimum kun er angivet som "inden for sædvanligt doseringsområde". Det er de færreste patienter, der ved, hvad udsagnet "inden for sædvanligt doseringsområde" mere præcist dækker. En præcis maksimumsangivelse kunne være med til at skabe en større tryghed for patienten."

Det Psykiatriske Patientklagenævn afventer Det Psykiatriske Ankenævns afgørelse i ankesagen, der naturligvis vil blive gennemgået i næste årsberetning.

5. Skrivelse til Sundhedsstyrelsen



**Sekretariats- og
Kommunikations-
afdelingen**

Statsforvaltningen Hovedstaden
Att. Det Psykiatriske Patientklagenævn
Borups Allé 177
2400 København NV

INDGÅET

15 JULI 2011

Statsforvaltningen
Hovedstaden

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 45 11 20 00
Direkte 4511 2015
Fax 45 11 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Skrivelse til Sundhedsstyrelsen vedr. registrering af tvang

I forlængelse af tidligere fremsendt brev af 4. april 2011, sendes til nævnets orientering kopi af brev fra Region Hovedstadens Psykiatri til Sundhedsstyrelsen.

Med venlig hilsen

Thomas Brock
Juridisk konsulent, cand.jur.
thomas.brock@regionh.dk

Sundhedsstyrelsen
Tilsyn og Patientsikkerhed
Islandsbrygge 67
2300 København S

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 45 11 20 00
Direkte 4511 2015
Fax 4511 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Vedr. Sundhedsstyrelsens brev af 13. maj 2011

Ved brev af 4. april 2011 rettede Region Hovedstadens Psykiatri henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med en anmodning om afklaring af reglerne for tvangsregistrering i den situation, hvor der sker overflytning af en patient mellem to afdelinger på Psykiatrisk Center København. Kopi af Region Hovedstadens Psykiatris henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet blev - sammen med et følgebrev hvori baggrunden for psykiatriens henvendelse blev beskrevet - sendt til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen svarede på Region Hovedstadens Psykiatris henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet ved brev af 13. maj 2011.

Af Sundhedsstyrelsens brev fremgår bl.a. følgende:

"Hvis patienten overflyttes til en anden afdeling, som hører under en anden ledende/administrerende overlæge, vil en fortsættelse af den pågældende tvangsforanstaltning være at betragte som en ny tvangsforanstaltning, som den nye overlæge er ansvarlig for. Derfor skal der også ske fornyet registrering (ny tvangsprotokol), uanset om den nye afdeling er beliggende på samme matrikel eller på en anden matrikel, og uanset om afdelingen tilhører samme center eller et andet".

I Region Hovedstadens Psykiatri er den øverste ledende/administrative overlæge klinikchefen. Følgende af Region Hovedstadens Psykiatris psykiatriske centre har mere end én klinikchef:

- Psykiatrisk Center København (4 klinikchefer)
- Psykiatrisk Center Sct. Hans (3 klinikchefer)
- Psykiatrisk Center Ballerup (2 klinikchefer)
- Psykiatrisk Center Glostrup (2 klinikchefer)

Problemerne - hvor Region Hovedstadens Psykiatri, ved "korrekt" registrering af tvang, underkendes i Det Psykiatriske Patientklagenævn - gør sig kun gældende på Psykiatrisk Center København. Der opleves ingen problemer på de andre psykiatriske centre.

Såfremt Sundhedsstyrelsens forståelse af (registrerings)reglerne - hvorefter registrering gøres *klinikchefafhængigt* - står til troende, vil der være tale om end betydelig

praksisændring, med virkning på centre hvor der i dag ikke opleves problemer på området.

Region Hovedstadens Psykiatri skal - på baggrund af ovenstående - venligst anmode Sundhedsstyrelsen om at genoverveje, om registrering af tvang skal være *linikchefafhængigt*. Region Hovedstadens Psykiatri støtter Det Psykiatriske Patientklagenævns fortolkning af reglerne, hvorefter registrering gøres *centerafhængigt*, således som det i dag er tilfældet på alle andre centre end Psykiatrisk Center København. Endvidere skal Region Hovedstadens Psykiatri venligst anmode Sundhedsstyrelsen om - hurtigst muligt - at færdiggøre revideringen af vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller m.v., som Sundhedsstyrelsen har arbejdet på siden i hvert fald siden juni 2010.

Kopi af dette brev er tilsendt Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Med venlig hilsen

Peter Treufeldt
Vicedirektør

Afsnit III: Principielle afgørelser

1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

Når den indlæggende læge reelt ikke har foretaget nogen undersøgelse af patienten med henblik på indlæggelse, må tvangsindlæggelsen anses for ulovlig. Det forhold, at lægen telefonisk har været i kontakt med patienten, kan ikke anses for en sådan undersøgelse, som kræves efter psykiatriloven.

En patient klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 13. september 2011.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for at tvangsindlægge og tvangstilbageholde patienten var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangsindlagt og tvangstilbageholdt, var psykotisk og behøvede behandling, fordi patienten var svært hurtigtkørende, helt usamlet med talepres og springende tankegang. Patienten fremstod paranoid og var uden sygdomsindsigt. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten fortsat var manisk og svingende og havde behov for behandling under indlæggelse for at stabilisere tilstanden.

Nævnet fandt imidlertid, at tvangsindlæggelsen havde været ulovlig.

Det fremgik af sagen, at patienten var til konsultation hos sin praktiserende læge den 30. august 2011. Konsultationen blev afsluttet, uden at lægen fandt grundlag for at indlægge patienten.

Det fremgik videre af sagen, at politiet kontaktede den indlæggende læge telefonisk, og at lægen derefter talte i telefon med patienten. Den indlæggende læge fandt under telefonsamtalen, at patienten var hurtigtkørende, usamlet og springende samt udtrykte forestillinger om tankelæsning. Den indlæggende læge konkluderede på den baggrund, at patienten var manisk i et omfang, der kunne sidestilles med psykose, og at patienten havde behov for indlæggelse.

Den indlæggende læge afgav på baggrund heraf sin erklæring om indlæggelse på gule papirer.

Ifølge psykiatrilovens § 7, stk. 2, må tvangsindlæggelse kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, der hviler på den indlæggende læges egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelse.

Nævnet bemærkede, at den indlæggende læge havde underskrevet en erklæring om at have foretaget en undersøgelse af patienten med henblik på indlæggelse.

Det var nævnets opfattelse, at der reelt ikke var gennemført en undersøgelse af patienten med henblik på indlæggelse.

Nævnet fandt på den baggrund, at de formelle regler for tvangsindlæggelse ikke havde været iagttaget, og at psykiatrilovens § 7, stk. 2, derfor ikke var overholdt.

En tvangsindlæggelse, der byggede på en forældet erklæring fra den indlæggende læge, medførte, at tvangsindlæggelsen var ugyldig, fordi patienten heller ikke blev anset for at være sindssyg. Som følge heraf kunne tvangstilbageholdelsen og en tvangsfiksering ikke godkendes.

En patient klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 7. marts 2011.

Patientklagenævnet tilsidesatte tvangsindlæggelsen, der fandt sted den 10. februar 2011.

Patientklagenævnet tilsidesatte som følge af ovenstående også tvangstilbageholdelsen den 14. februar 2011, og den fortsatte tvangstilbageholdelse frem til dens ophør den 21. februar 2011. Patientklagenævnet udtalte endvidere, at patienten ulovligt havde været tvangsfikseret med bælte fra den 12. februar 2011 kl. 15.30 til kl. 20.00.

Nævnet lagde vægt på, at den indlæggende læge den 24. januar 2011 tilså patienten, idet personalet i distriktpsykiatrien havde haft svært ved at komme i kontakt med patienten, ligesom patienten havde udvist truende adfærd. Personalet havde ifølge lægeerklæringen observeret psykotisk adfærd, da patienten havde hørt stemmer og havde talt med ikke eksisterende personer. Endvidere havde patienten kastet med flasker mod forbipasserende biler.

Ved undersøgelsen den 24. januar 2011 forsøgte lægen at føre en samtale med patienten, men patienten var generelt modvillig og den emotionelle kontakt var ringe. Patienten så næsten ikke på lægen, men stirrede ud i luften. Ind imellem talte patienten sort.

Det fremgik videre af lægeerklæringen, at lægen tilså patienten igen den 4. februar 2011 på grund af ikke nærmere definerede "misforståelser". Det var også ved denne lejlighed den indlæggende læges indtryk, at patienten var "psykotisk, selv om kontakten var ganske ringe". Den 4. februar 2011 var patientens psykose ikke nærmere beskrevet.

Nævnet lagde vægt på, at det af psykiatrilovens § 7, stk. 3, fremgår, at den indlæggende læges undersøgelse ved tvangsindlæggelse på helbredsindikation skal være foretaget højst syv dage forud for iværksættelsen af tvangsindlæggelsen. Lægeundersøgelsen, der blev foretaget den 24. januar 2011, kunne derfor ikke udgøre grundlag for tvangsindlæggelsen den 10. februar 2011. Den undersøgelse, der blev gennemført den 4. februar 2011, var ikke nærmere begrundet, selvom der var påtrængende grunde til, at det skete. Dels var der den 24. januar 2011 tale om en stofudløst psykose, som normalt hurtigt blegner, dels var der i relation til undersøgelsen den 24. januar 2011 indtrådt "forskellige misforståelser" – som ikke nærmere blev præciseret og dels var kontakten "ganske ringe". Den lægelige vurdering den 4. februar 2011 var ubegrundet trods et almindeligt krav om begrundelse og et konkret behov herfor. Hertil kom, at vurderingen den 4. februar 2011 refererede til den tidligere vurdering af 24. januar 2011, og derfor byggede på fejlagtige præmisser.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det af journalen fra indlæggelsen på det psykiatriske center fremgik, at der ved indlæggelsen den 10. februar 2011 bl.a. henvistes til lægeerklæringen af 24. januar 2011. Herudover fremgik det, at patienten var "vågen, helt orienteret og med samlet tankegang. Patienten virkede lidt vred, urolig, svarede relevant, ansigtsmimikken var nedsat og der var sparsom øjenkontakt. Patienten nægtede hallucinationer, og der var ingen vrangforestillinger". Patienten var helt uforstående over for indlæggelsen. Der blev henvist til, at patienten ikke tog sin medicin regelmæssigt, og at patienten var kendt med tidligere stofudløste psykoser. Det fremgik ikke af journalen, at patienten blev fundet psykotisk.

Senere journalnotat fra samme dag kl. 23.30 beskriver, at "gul tvang blev læst højt telefonisk til bagvagten og blev godkendt af bagvagten telefonisk". Da gul tvang i det væsentligste alene indeholdt den indlæggende læges vurdering af 24. januar 2011, måtte det lægges til grund, at bagvagtens godkendelse byggede på fejlagtige præmisser. Dertil kommer, at det som anført ikke af journalen fremgik, at patienten af den modtagne læge blev fundet psykotisk.

Nævnet fandt på denne baggrund, at hverken de formelle eller materielle betingelser for tvangsindlæggelse i psykiatriloven var opfyldt. Nævnet fandt, at der efter omstændighederne var tale om så alvorlige retlige mangler, at tvangsindlæggelsen var ugyldig.

Det forhold, at det af journalnotat af 11. februar 2011 fremgik, at patienten fortsat ikke fremkom med syns- eller hørelshallucinationer, men var vred og latent aggressiv, bestyrkede blot ovenstående. Der stod ligeledes, at lægen oplyste, at patienten blev "observeret" for psykotiske symptomer, ligesom det ved ønske om udskrivning måtte "overvejes, hvorvidt patienten opfyldte betingelserne for tvangstilbageholdelse".

Da nævnet havde tilsidesat tvangsindlæggelsen, og da indlæggelsen ikke var foregået frivilligt, burde patienten ikke have været indlagt på det psykiatriske center, og patienten kunne derfor ikke gøres til genstand for indgreb, der knyttede sig til ophold på et psykiatriske center. Tvangstilbageholdelsen den 14. februar 2011 og bæltefikseringen den 12. februar 2011 måtte allerede af denne grund tilsidesættes.

Der skal foreligge tungtvejende grunde til, at nævnet anser det for godtgjort, at der foreligger en tilstand, der ganske kan sidestilles med sindssygd. Diagnosen skal være særligt velbegrunderet og veldokumenteret i journalen.

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Nævnet traf afgørelse den 7. december 2011.

Patientklagenævnet tilsidesatte, at patienten blev tvangsindlagt den 23. november 2011 og godkendte dermed heller ikke, at patienten blev tvangstilbageholdt den 26. november 2011.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke i journalens indlæggelsesnotat af 24. november 2011 kl. 10.32 var sandsynliggjort, at patienten var i en tilstand, der ganske kunne sidestilles med sindssygd.

Det fremgår af journalnotatet under "objektivt psykisk", bl.a., at patienten var vågen, klar og orienteret. Kontakten var god, og der var ikke noget, der umiddelbart under stuegangssamtalen indicerede, at patienten skulle være sindssyg.

Nævnet fandt ikke, at det forhold, at patienten var en anelse vag i fremstilling af egen situation og så noget kronisk medtaget ud, var tilstrækkeligt til opfyldelse af lovgivningens betingelser om en tilstand, som ganske må ligestilles med sindssygd.

Som det fremgår af forarbejderne til Psykiatriloven skal dette begreb fortolkes restriktivt. Der skal foreligge det, man kan kalde en "fuldstændig tilstandsanalogi" ofte kendetegnet ved, at den foreliggende tilstand ikke lader sig skelne fra sindssygd. Som eksempel nævnes visse affektseksplorative tilstande og abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af bevidsthedsændringer.

Det afgørende er, at det ikke fra nævnets side accepteres, at der sker en glidning i psyko-sebegrebet. Kun, hvor der i særlige tilfælde foreligger en særlig velbegrunderet og veldokumenteret tilstand, der ikke lader sig skelne fra sindssygd, kan det komme på tale at anvende ligestillingsbestemmelsen.

I den foreliggende sag var patientens affekttilstand ikke beskrevet så grundigt og udføreligt, at nævnet anså det for godtgjort, at der forelå en tilstand, der ganske kunne ligestilles med sindssyge.

Betingelserne for tvangsindlæggelse fandtes således ikke opfyldt. Da nævnet tilsidesatte beslutningen om tvangsindlæggelse medførte det, at betingelserne for den efterfølgende tvangstilbageholdelse heller ikke var opfyldt.

Nævnet kunne i øvrigt konstatere, at det fremgik af lægeerklæringen, at overlægen fandt det svært at nå frem til den vurdering, at patienten aktuelt var psykotisk.

En patient opfyldte efter nævnets opfattelse ikke betingelserne for tvangsindlæggelse jf. psykiatrilovens § 5. Det psykiatriske center vurderede ikke, at patienten var psykotisk. Der forelå alene et observationsbehov.

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Nævnet traf afgørelse den 23. maj 2011.

Patientklagenævnet fandt, at patienten med urette blev tvangsindlagt den 1. marts 2011.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangsindlagt ikke opfyldte psykiatrilovens bestemmelser om at være sindssyg eller i en tilstand, der ganske kunne sidestilles med sindsyge og behøvede behandling, og at det ville være uforvarsligt ikke at indlægge patienten, så patienten kunne få behandling, fordi patienten ville kunne få det betydeligt og afgørende bedre ved behandling, eller fordi en nærliggende og væsentlig fare for patienten selv eller andre herved kunne afværges jf. psykiatrilovens § 5.

Nævnet vurderede, at det psykiatriske center på det tidspunkt, hvor det modtog patienten med henblik på tvangsindlæggelse, skulle have undladt at tvangsindlægge patienten.

Nævnet lagde i forbindelse med ovenstående vægt på, at patienten ifølge journalen "ikke blev vurderet psykotisk". Patienten var "uden egentlige åbenlyse psykotiske symptomer", og at patienten "indtil videre ikke havde frembrudt depression eller psykotiske symptomer. Patientens udadreagerende adfærd måtte tilskrives patientens affektreaktion i forbindelse med politiets indblanding i konflikten".

Det psykiatriske center burde efter nævnets opfattelse have handlet i overensstemmelse med sin egen vurdering.

Patienten udviste heller ikke senere psykotiske træk, var ikke hallucineret eller selvmordstruet. Der var derimod tale om, at patienten var påvirket af, at patientens samlever havde fjernet deres fire uger gamle datter fra hjemmet og placeret hende hos naboer, og at han og naboerne forment patienten adgang til og kontakt med datteren. Patienten havde forinden på baggrund af samlivsproblemer overfor sin samlever givet udtryk for, at hun ville flytte med sin datter fra samlevers bolig til sin egen lejlighed.

Da patientens reaktion på at være forment adgang til sin datter videre førte til hidkaldelse af læge og politi, oplevede patienten at stå alene uden at blive taget alvorligt eller lyttet til af nogen, og dermed øgedes patientens reaktion yderligere.

Nævnet noterede sig endvidere, at patienten umiddelbart efter indlæggelsen relevant kunne redegøre for sin opfattelse af forløbet forud for og op til indlæggelsen, samt at overlægen herefter fandt, at patienten ikke frembød depressive eller psykotiske problemer, og at der ikke var noget behandlingsbehov.

Overlægen fandt dog, at der var et observationsbehov. Observationen førte til udskrivning den følgende formiddag. Nævnet konstaterede, at patienten ikke ved udskrivningen blev henvist til nogen form for psykiatrisk kontakt, men til kontakt med psykolog i kommunalt regi. Der var således ikke tale om et behandlingssigte i psykiatrisk regi.

Tvangstilbageholdelse af en patient, der hverken var tvangsindlagt eller frivilligt indlagt, var ulovlig.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 2. september 2011.

Patientklagenævnet fandt, at patienten med urette var blevet tvangstilbageholdt den 20. august 2011, og at den fortsatte tvangstilbageholdelse frem til dens ophør den 24. august 2011 var foretaget med urette.

Nævnet lagde vægt på, at patienten i første omgang var indlagt frivilligt, og at patienten efter sagens oplysninger ikke ønskede at vende tilbage til afdelingen efter udgang den 19. august 2011.

Det fremgik af sagen, at overlægen rettede en bekymringshenvendelse til politiet, og at patienten således blev afhentet af politiet på sin bopæl.

Nævnet lagde endvidere vægt på patientens oplysninger om, at patienten efter politiafhentningen ikke ønskede frivillig indlæggelse. Som sagen var oplyst, var der en formodning for, at patienten blev tilbageført til afdelingen mod sin vilje. Denne formodning blev forstærket af de klare udsagn i journalen om, "at patienten ikke ønskede indlæggelse og ikke kunne overtales hertil" samt "patienten blev indlagt på lukket afsnit og tvangstilbageholdt, da patienten ikke kunne indgå aftale om at blive frivilligt indlagt".

Det følger af psykiatrilovens § 10 a, at det er en forudsætning for, at patienten kan føres tilbage til afdelingen med tvang, at patienten forud for, at patienten har forladt afdelingen, er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.

Tilbageførslen af patienten havde således været ulovlig, idet patienten i første omgang var frivilligt indlagt.

Det er en forudsætning for at foretage en tvangstilbageholdelse, at patienten frivilligt befinder sig på afdelingen, eller at patienten er tvangsindlagt. Ingen af disse betingelser var opfyldt på tidspunktet for beslutningen om tvangstilbageholdelsen.

På den baggrund kunne patienten alene frihedsberøves efter psykiatriloven ved en regelret tvangsindlæggelse, hvor en indlæggende læge havde indlagt patienten med henblik på indlæggelse.

Nævnet fandt således, at tvangstilbageholdelsen af patienten var ulovlig.

Det psykiatriske center har ikke 48 timer til at vurdere, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt.

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Nævnet traf afgørelse den 5. maj 2011. Patientklagenævnet godkendte ikke, at patienten blev tvangsindlagt den 1. april 2011 og godkendte ikke frihedsberøvelsen frem til ophævelsen den 4. april 2011.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af den indlæggende læges notat, at patienten ikke fremstod psykotisk. Der var endvidere ikke beskrevet objektive observationer af psykotiske træk eller indikationer af latent psykose.

Nævnet vurderede derfor, at patienten på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangsindlagt, ikke var sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssyge, jf. psykiatrilovens § 5.

Overlægen anførte på mødet, at det psykiatriske center havde 48 timer til at vurdere, om betingelserne for tvangsindlæggelse var opfyldt.

Nævnet bemærkede, at det psykiatriske center skal kontrollere, at betingelserne for tvangsindlæggelsen er opfyldt på det tidspunkt, hvor der træffes beslutning om tvangsindlæggelse efter psykiatrilovens § 9, stk. 2. Der kan således kun træffes afgørelse om indlæggelse med tvang, såfremt den modtagende læge vurderer, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt.

Nævnet præciserede, at den såkaldte 48-timers regel, der følger af psykiatrilovens § 10, stk. 3, 2. punktum, og hvoraf det fremgår, at det psykiatriske center har 48 timer til at vurdere en udskrivningsbegæring, der fremsættes inden for det første døgn efter tvangsindlæggelse har fundet sted, har karakter af en genvurderingsregel.

48 timers reglen angår tilfælde, hvor der skal tages stilling til iværksættelse af en tvangstilbageholdelse. Der gælder ikke en tilsvarende bestemmelse, når der skal tages stilling til en tvangsindlæggelse.

En beslutning om tvangstilbageholdelse forudsætter, at patienten har begæret sig udskrevet.

En patient klagede over tvangstilbageholdelsen. Nævnet traf afgørelse den 18. januar 2011.

Patientklagenævnet fandt, at tvangstilbageholdelsen den 3. januar 2011 blev foretaget med urette.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten havde ytret ønske om at blive udskrevet. Det fremgik således af journalen, at patienten blev frivilligt indlagt og senere anførtes det, at "patienten accepterer at være indlagt".

Nævnet noterede sig i den forbindelse, at oplysningerne i lægeerklæringen om, at "patienten også har sagt, at patienten ikke var syg, og at der ikke var grund til, at patienten var her" – burde have været uddybet, hvis patientens udsagn skulle anses som en udskrivningsbegæring. Dette var ikke sket, og blev heller ikke uddybet i journalen.

Nævnet vurderede således, at patienten hverken verbalt eller med sin adfærd havde anmodet om at blive udskrevet, og der havde derfor ikke været grundlag for at tvangstilbageholde patienten.

Efter psykiatrilovens § 11 skal en tvangsindlæggelse bringes til ophør, når betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke længere er tilstede.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 27. januar 2011.

Patientklagenævnet godkendte, at patienten blev tvangsindlagt den 27. november 2010.

Nævnet godkendte ikke, at tvangstilbageholdelsen blev opretholdt indtil den 3. december 2010. Nævnet vurderede, at tvangstilbageholdelsen kunne have været ophævet på et tidligere tidspunkt i perioden mellem den 28. november 2010 og den 3. december 2010.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangstilbageholdt, var psykotisk og behøvede behandling. Nævnet lagde også vægt på oplysningerne i

journalen den 27. november 2010 om, at patienten var garderet og fornægtende i forhold til sin sygdom. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten i sin tankegang var præget af en meget sort/hvid forestilling omkring tvang og behandling, hvilket var i modstrid med patientens udtalelser om, at patienten forstod behovet for at blive behandlet. Patienten havde i dagene op til tvangstilbageholdelsen den 27. november 2010 flere gange ønsket at blive udskrevet. Patienten var således ambivalent i forhold til at opholde sig og modtage behandling på afdelingen. På mødet den 25. januar 2011 bekræftede patienten, at han gennem hele forløbet havde været meget ambivalent i forhold til dette.

Nævnet vurderede således, at det på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangstilbageholdt, ville have været uforsvarligt ikke at tilbageholde patienten, så patienten kunne få behandling, fordi patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge, og fordi patienten ville kunne få det betydeligt og afgørende bedre ved behandling jf. psykiatrilovens § 10 og § 5.

Nævnet vurderede imidlertid, at tvangstilbageholdelsen skulle have været ophævet på et tidspunkt i perioden mellem den 28. november 2010 og 3. december 2010.

Nævnet lagde vægt på oplysningerne fra journalnotat af 2. december 2010, hvoraf det fremgik, at patienten ikke virkede paranoid, forpint eller suicidal. Patienten virkede imidlertid hjælpsøgende og indstillet på frivillig indlæggelse, og patienten svarede adækvat, velformuleret og uden latenstid.

Nævnet lagde også vægt på oplysningerne fra journalnotat af 3. december 2010 om, at patienten ifølge personalet var samarbejdende og deltog i afdelingens aktiviteter under hele indlæggelsen.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten den 27. november 2010 fik bevilliget udgang fra afdelingen. Der forelå ikke oplysninger om, at patienten ikke havde overholdt aftalerne omkring udgangen under hele tvangstilbageholdelsen.

Nævnet lagde endelig vægt på oplysningerne i kardex, hvoraf det fremgik, at patienten under tvangstilbageholdelsen fremstod venlig og samarbejdsvillig og med god emotionel kontakt, og at patienten flere gange udtrykte ønske om at tale med en læge og få lagt en behandlingsplan.

På baggrund af, at der ikke forelå nærmere oplysninger i journalen mellem den 27. november 2010 og den 2. december 2010 om patientens adfærd, patientens psykiske tilstand og om, hvorvidt patientens ønske om at blive på afdelingen var reelt, fandt nævnet, at der ikke var dokumentation for, at patienten opfyldte betingelserne for tvangstilbageholdelse. Nævnet bemærkede i den forbindelse, at når betingelserne i psykiatrilovens § 5 ikke længere er opfyldt, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør, jf. psykiatrilovens § 11.

En tvangstilbageholdelse skal ophæves og erstattes af en frivillig indlæggelse, hvis der er belæg for patientens ønske om en frivillig indlæggelse.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 14. april 2011.

Patientklagenævnet tilsidesatte tvangstilbageholdelsen fra nævnsafgørelsesdagen.

Nævnet lagde vægt på det på mødet oplyste om, at patienten nu var på åben afdeling, og at patientens tilstand havde bedret sig betydeligt. Patienten var rolig, og patienten svarede relevant i en dialog, og der var ikke længere tale om et manioformt symptombillede, som det var tilfældet ved indlæggelsen og under en del af indlæggelsen.

Nævnet fandt, at det forhold, at patienten stadig blev beskrevet som noget habituel affektvingende, og i øvrigt havde visse dementielle følger af et længerevarende alkoholmisbrug, ikke var tilstrækkeligt til at begrunde, at den besluttede tvangstilbageholdelse

fortsat blev opretholdt. Hertil kom, at overlægen på mødet udtalte, at det, at patienten havde nedsat nattesøvn og var grådlabil, ikke bevirkede, at patienten opfyldte betingelserne for tvangstilbageholdelse.

Nævnet tog også i betragtning, at patienten under mødet udtrykte, at han var indforstået med at samarbejde om behandlingen og at tage den ordinerede medicin efter udskrivning, og at patienten i øvrigt ønskede at være frivilligt indlagt og at medvirke til udslusningsaftaler.

Nævnets afgørelse blev således truffet på baggrund af de oplysninger, der forelå på mødet om patientens tilstand, og ud fra disse oplysninger var det vurderingen, at der ikke forelå et tilstrækkeligt grundlag for, at patienten fortsat var tvangstilbageholdt, hvorfor tilbageholdelsen burde ophæves.

En for sen revurdering af en tvangstilbageholdelse må ikke føre til, at det psykiatriske center ophæver den gældende tvangstilbageholdelse og derefter straks påbegynder en ny tvangstilbageholdelse.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 17. marts 2011.

Patientklagenævnet godkendte, at patienten blev tvangstilbageholdt den 23. februar 2011, og godkendte, at patienten fortsat var tvangstilbageholdt.

Patientklagenævnet fandt, at ophævelsen af tvangstilbageholdelsen den 27. februar 2011 og samtidig iværksættelse af ny tvangstilbageholdelse var udtryk for en retsvildfarelse, hvorfor disse beslutninger ikke havde retsvirkning.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangstilbageholdt, var psykotisk og behøvede behandling, fordi patienten bl.a. havde persekutoriske og bizarre vrangforestillinger, kropslige influensfænomener, forestillinger om tankepåførsel og -tyveri. Patienten havde formelle tankeforstyrrelser med synkretismer, og patienten var affektsplosiv og dysforisk.

Nævnet vurderede, at det på det tidspunkt, hvor patienten blev tvangstilbageholdt, ville have været uforsvarligt ikke at tilbageholde patienten, så patienten kunne få behandling, fordi patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge, og fordi patienten ville kunne få det betydeligt og afgørende bedre ved behandling, jf. psykiatrilovens § 10 og § 5.

Nævnet vurderede, at patienten ikke efterfølgende havde fået det så meget bedre, at tvangstilbageholdelsen nu burde ophæves. Nævnet vurderede også, at patienten ikke ville være i stand til at samarbejde om en ambulans behandling, sådan som patienten havde det nu.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ikke havde sygdomsindsigt og erkendelse af behandlingsbehov.

En frihedsberøvelse skal efter lovgivningens bestemmelser efterprøves på 3. dagen, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 2. I dette tilfælde skulle frihedsberøvelsen således have været efterprøvet den 26. februar 2011. Dette var imidlertid ikke sket. I stedet valgte det psykiatriske center den 27. februar 2011 at ophæve tvangstilbageholdelsen og samme dag at iværksætte en ny tvangstilbageholdelse.

Beslutningen om tvangstilbageholdelse den 23. februar 2011 var fortsat gældende og beslutningen om at iværksætte en ny tvangstilbageholdelse den 27. februar 2011 var uden retsvirkning. Nævnet begrundede det med, at betingelserne for tvangstilbageholdelsen den 27. februar 2011 fortsat var opfyldt ved ophævelsen af tvangstilbageholdelsen iværksat den 23. februar 2011.

Beslutningerne af 27. februar 2011 beroede således på en retsvildfarelse. Såvel ophævelsen den 27. februar 2011 såvel som den nye beslutning om tvangstilbageholdelse af 27. februar 2011 var således begge uden retsvirkning.

2. Tvangsfiksering

Patientklagenævnet godkendte ikke tvangsfiksering af en patient, da betingelserne herfor ikke fandtes opfyldt. Patienten lå ifølge journalen ved iværksættelsen af tvangsfikseringen på sin seng og var alene beskrevet som anspændt og verbalt truende. Der var heller ikke gjort noget forsøg på at undgå bæltefikseringen.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte og hånd- og fodremme på grund af farlighed. Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 19. juli 2011, at betingelserne for tvangsfiksering ved iværksættelsen ikke var opfyldt. Nævnet fandt ikke, at det var godtgjort, at det var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at andre kom i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten umiddelbart forud for fikseringen i en tilspidset situation ved afdelingens kontor, hvor patienten ønskede at få udgang, men blev orienteret om tvangstilbageholdelse og overflytning til lukket afdeling, valgte at forlade det fysiske område for konflikten og gå til sin egen stue, hvor patienten lagde sig på sengen. Personale fulgte efter patienten og fandt, at han fortsat var anspændt og verbalt truende, hvorefter der umiddelbart blev foretaget en tvangsfiksering.

Nævnet lagde endvidere lagt vægt på, at patienten ifølge journalen først efter beslutningen om tvangsfiksering overgik fra at være verbalt truende til faktisk at slå ud efter personalet.

Nævnet lagde endelig vægt på, at der af journalen ikke fremgik noget om forsøg på at undgå bæltefikseringen, eksempelvis med skærmning, tid til at falde til ro på stuen, tilbud om samtale eller tilbud om beroligende medicin, ligesom der ikke var journaloplysninger, som begrundede en vurdering om, at sådanne tiltag ville være nyttesløse.

Patientklagenævnet fandt med henvisning til ovenstående, at tvangsfikseringen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning på det tidspunkt, hvor tvangsfikseringen blev besluttet, jf. psykiatrilovens § 4. Når betingelserne for tvangsfiksering ikke var opfyldt ved beslutningen, var der ikke grundlag for, at nævnet tog stilling til den efterfølgende tvangsfiksering med bælte og remme.

Patientklagenævnet godkendte ikke tvangsfiksering af en patient, da det ikke var dokumenteret, at der på tidspunktet for fikseringen forelå en aktuell, konkret og påviselig faresituation forud for tvangsindgrebet.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte på grund af farlighed. Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 23. december 2011, at betingelserne for tvangsfiksering med bælte ikke var opfyldt.

Nævnet fandt, at der på tidspunktet for tvangsfikseringen ikke i journalen var tilstrækkelig dokumentation for, at der forelå en sådan aktuell, konkret og påviselig fare forud for tvangsindgrebet, at det var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at han eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalnotat alene fremgik, at patienten i tiden op til bæltefikseringen - uanset at patienten var givet beroligende medicin - var højtråbende, skældte ud og fysisk torpederede sin kontaktperson.

Nævnet lagde vægt på, at der med ovenstående ikke fandtes beskrevet en adfærd, som kunne begrunde, at tvangsfiksering var nødvendig, og nævnet anså det derfor ikke for godtgjort, at patienten opfyldte betingelserne for at blive tvangsfikseret og fandt, at tvangsfikseringen blev foretaget med urette.

I den forbindelse gjorde nævnet opmærksom på, at det var formålstjenligt, at det i tvangsprotokol, i journal eller i lægeerklæring blev tilkendegivet, hvad der var baggrunden (farlighed, forulempelse eller hærværk) for beslutningen om bæltefiksering.

Patientklagenævnet godkendte ikke tvangsfiksering af en patient, da der ikke fandtes at foreligge grov forulempelse eller forfølgelse af konkrete medpatienter.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte på grund af grov forulempelse. Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 19. juni 2011, at betingelserne for iværksættelse af tvangsfiksering med bælte ikke var opfyldt, og at det ikke var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at han forfulgte eller på lignende måde groft forulempede medpatienter.

Nævnet lagde vægt på, at der skulle være tale om en forulempelse af grov karakter, og at forulempelsen skulle rette sig mod en eller flere konkrete medpatienter for, at forulempelsen kunne betinge en tvangsfiksering.

Nævnet havde i tilknytning hertil lagt vægt på, at det i journalen var beskrevet, at patienten kørte op, var råbende og skrigende, løb ud i gangarealet, barrikaderede sig bag en stol, begyndte at kaste med forskellige ting og var højroset og skrigende med diverse vulgære ord, så de andre patienter følte sig forulempet af situationen.

Patientklagenævnet vurderede ikke, at det var tilstrækkeligt dokumenteret, at der ved iværksættelsen forelå en så grov forulempelse af konkrete medpatienter, at betingelserne for tvangsfiksering var opfyldt.

Patientklagenævnet godkendte derfor ikke iværksættelsen af tvangsfikseringen og dermed heller ikke den fortsatte tvangsfiksering til dennes ophør.

Patientklagenævnet godkendte ikke tvangsfiksering af en patient, idet patientens kassen med plastikkrus, servietholder, egen mobiltelefon m.m. ikke vurderedes at være hærværk i ikke ubetydeligt omfang.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte på grund af hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 20. april 2001, at betingelserne for tvangsfiksering med bælte ikke var opfyldt.

Nævnet fandt, at det ikke var tilstrækkeligt dokumenteret, at det var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at han ville øve hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde været tiltagende urolig siden kl. 16.30 den pågældende dag. Patienten havde kastet med drikkevarer i fællesmiljøet, og havde kastet et plastikkrus og sin mobil mod en væg. Patienten kastede derudover med en servietholder. Personalet forsøgte flere gange at skærme patienten på hans stue, men patienten kom ud i fællesmiljøet talrige gange. Hver gang personalet prøvede at være alene med patienten, gik han.

Nævnet fandt det ikke dokumenteret, at tvangsfiksering var nødvendigt for at afværge, at patienten ville udøve hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten kastede et plastik krus og sin egen mobil mod væggen, og at ingen af tingene gik i stykker. Patienten kastede ligeledes med kaffe, the, saft og en servietholder, men det var ikke beskrevet, at der skete nogen skade på det kastede eller på andet inventar.

Nævnet vurderede, at der som situationen var beskrevet i journalen og kardex ikke var tale om hærværk af ikke ubetydeligt omfang, hvilket var en betingelse for at kunne tvangsfiksere patienten. I nævnets vurdering var indgået tingenes værdi, hærværkets omfang og tidsmæssige udstrækning.

På baggrund af det som blev sagt på mødet, og forskellen mellem beskrivelsen af situationen i journalen og kardex fandt nævnet det heller ikke dokumenteret, at patienten havde kastet ting eller ville kaste ting mod personalet og dermed havde udsat personalet for nærliggende fare på legeme og helbred.

Patientklagenævnet godkendte ikke tvangsfiksering af en patient, da fikseringen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Der var således ikke i journalen dokumenteret forsøg på på anden måde forud for fikseringen at dæmpe patientens psykomotoriske uro.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte og fodrem på grund af farlighed. Patientklagenævnet godkendte ved afgørelse af 20. december 2011 ikke tvangsfikseringen.

Nævnet fandt, at betingelserne for tvangsfiksering med bælte og fodrem på grund af farlighed var opfyldt, men at tvangsfikseringen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4.

Nævnet fandt ikke, at det var godtgjort, at der i hændelsesforløbet i tilstrækkelig grad var gjort, hvad der var muligt, for at hindre, at fiksering blev nødvendig for at afværge, at patienten eller andre var i nærliggende fare.

Nævnet fandt, at der ikke i sagen var oplysninger, som dokumenterede, at situationen fra personalets side blev håndteret så hensigtsmæssigt og med anvendelse af alle relevante midler, at tvangsfikseringen var uundgåelig. Nævnet lagde vægt på, at der af journalen ikke fremgik noget om forudgående forsøg på at dæmpe patientens psykomotoriske uro og afværge bæltefikseringen, eksempelvis med skærmning, tid til at falde til ro på stuen eller tilbud om beroligende medicin, ligesom der ikke var journaloplysninger, som begrundede og dokumenterede en vurdering om, at sådanne tiltag ville være nyttesløse.

Det forhold, at patienten umiddelbart efter fikseringen modtog beroligende medicin i form af Abilify 9,75 mg x 1, kunne ikke anses som en opfyldelse af mindste middels princippet.

Nævnet godkendte iværksættelsen af tvangsfiksering af en patient med bælte og fodrem, men fandt, at patienten på grund af manglende vurdering af denne efter toiletbesøg burde have været løsnat tidligere end det skete ophør af fikseringen.

En patient havde klaget over at have været tvangsfikseret med bælte fra den 21. oktober 2011 kl. 11.45 til den 23. oktober 2011 kl. 16.00 på grund af farlighed. Patientklagenævnet godkendte ved afgørelse af 3. november 2011 iværksættelsen af tvangsfikseringen, men godkendte ikke den fortsatte tvangsfiksering fra den 21. oktober 2011 kl. 18.00 til den 23. oktober 2011 kl. 16.00.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for tvangsfiksering med bælte var opfyldt ved iværksættelsen, idet det var nødvendigt at bæltefikse patienten for at afværge, at andre kom i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten slog og sparkede ud efter personalet, og at patienten var truende og verbalt aggressiv, da han fik afslag på at forlade afdelingen.

Nævnet lagde også lagt vægt på, at det var nødvendigt med mere personale for at føre patienten til sin stue.

Patientklagenævnet fandt, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da personalet forgæves havde forsøgt at skærme og berolige patienten ved at føre ham til stuen, og da patienten havde fået beroligende medicin ca. 10 minutter, inden han blev fikseret.

Nævnet vurderede imidlertid, at fikseringen havde været i længere tid end nødvendigt. Nævnet fandt, at patienten skulle have været løsnet af bæltet den 21. oktober 2011 kl. 18.00.

Nævnet mente, at et toiletbesøg, hvor patienten var ude af bæltet, også burde bruges til en vurdering af, om patienten var faldet til ro og derfor ikke skulle tilbage i bæltet, eller om patienten fortsat var så urolig, at han skulle tilbage i bæltet.

Aftalen om, "at patienten kunne blive løsnet af bæltet til toiletbesøg, da han havde givet udtryk for, at han ville samarbejde og efter toiletbesøg ville komme tilbage i bæltet", var efter nævnets mening problematisk, hvis den fulgtes efter sin ordlyd.

Aftalen lagde ikke op til, at der i forbindelse med toiletbesøg blev foretaget en vurdering af patienten og hans adfærd med henblik på en stillingtagen til, om patienten skulle tilbage i bæltet eller ej, idet det på forhånd var aftalt, at patienten skulle tilbage i bæltet.

Under den fortsatte bæltfiksering viste det sig flere gange, at patienten netop var diskuterende og udskældende, når han skulle tilbage i bæltet.

I den konkrete situation var patienten efter toiletbesøg rodende, ledte efter sit tøj, kiggede mange gange i skabet og var perseverende omkring sit tøj og sko. Patienten ville forlade sin stue og ved forsøg på at korrigerer ham blev han vredladet og verbalt truende, men ikke udadreagerende.

Nævnet vurderede på den baggrund, at patienten ikke var til fare for sig selv eller andre på dette tidspunkt, og at betingelserne for at opretholde bæltfikseringen derfor ikke var til stede.

Generelt for nævnet var det vigtigt at slå fast:

- at der i særlig grad blev foretaget en vurdering af patienten, når patienten blev løsnet fra bæltet med henblik på toiletbesøg, og
- at en løsningen af bæltet ikke burde være betinget af en aftale om, at patienten senere skulle ti

3. Tvungen opfølgning efter udskrivning

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om tvungen opfølgning. Patienten havde haft gentagne medicinsvigt efter udskrivelse, var blevet tvangsindlagt tre gange i de sidste tre år, havde op til den aktuelle tvangsindlæggelse undladt at følge den seneste udskrivningsaftale, og undladt at følge den ordinerede medicinske behandling. Der var derfor risiko for, at patienten efter udskrivelse ville ophøre med at tage den ordinerede medicin.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om, at der skulle ske tvungen opfølgning, efter at patienten var udskrevet med injektion Zypadhera 210 mg stigende til 405 mg hver 14. dag i det psykiatriske sygehusvæsen. Nævnet godkendte beslutningen ved afgørelse af 15. december 2011.

Nævnet vurderede på baggrund af den aktuelle indlæggelse, at der var en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning ville ophøre med at følge den behandling, der helbredsmæssigt var nødvendig, jf. psykiatrilovens § 13 d.

Nævnet lagde vægt på,

at der var en begrundet formodning og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning ville ophøre med at følge den nødvendige behandling, idet han havde haft gentagne medicinsvigt efter udskrivning,

at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst tre gange: fra den 23. november 2009, fra den 17. marts 2010 og fra den 27. december 2010,

at patienten op til den aktuelle indlæggelse havde undladt at følge den senest formulerede udskrivningsaftale fra den 10. juni 2010,

at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt (7. oktober 2011) og,

at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved udadgående psykiatrisk specialenhed i form af OP-teamet, men havde undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Patientens sygdomsbillede var blandt andet kendetegnet ved, at patienten husede systematiserede vrangforestillinger, f.eks. om at patienten havde en chip indopereret i hjernen, at patienten var udsat for et omfattende komplot fra det psykiatriske sygehusvæsen, og at patienten blev fulgt af en motorcykelbetjent.

Patienten selv mente grundlæggende ikke, at han havde behov for behandling med anti-psykotisk medicin, men at det var en fejl, at han var blevet diagnosticeret med skizofreni.

Nævnet lagde videre vægt på, at den medikamentelle behandling erfaringsmæssigt havde god effekt, herunder havde patienten tidligere responderet særdeles godt ved behandling med Zyprexa og var under den aktuelle indlæggelse opstartet i tvangsbehandling med Zyprexa som tablet. Fra den 2. december 2011 var patienten overgået til tvangsbehandling med injektion Zypadhera 210 mg i.m. hver 14. dag og var stabil i denne behandling.

Patientklagenævnet fandt, at beslutningen om tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4.

Nævnet lagde vægt på, at der var en stor risiko for, at patienten igen ville ophøre med den medicinske behandling ved udskrivning, og at den psykotiske tilstand dermed ville forværres, og patienten ville blive svært psykotisk, forpint og aggressiv, hvis han ikke fik et pålæg om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, efter at han var blevet udskrevet. Patienten havde under den aktuelle indlæggelse oplyst, at han, så snart han blev udskrevet, ville ud af det psykiatriske behandlingssystem.

Nævnet vurderede, at den medicin, patienten skulle behandles med, var et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen kendte patientens reaktion på Zyprexa, som havde en god effekt på patientens tilstand, og at Zypadhera indholdsmæssigt var et tilsvarende præparat til Zyprexa og blev givet i en ækvivalent dosis til den dosis Zyprexa, som patienten havde fået under indlæggelsen. Patienten havde også med god effekt modtaget Zypadhera fra den 2. december 2011 og indtil klagen den 6. december 2011.

4. a. Tvangsbehandling – Patientklagenævnets afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn har som i 2010 – se årsrapporten 2010 – i nogle sager også i 2011 tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, når der ikke i journalen forelå dokumentation for, at psykiatrilovens krav om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt. Patientklagenævnets afgørelser har oftest været begrundet med, at der ikke i journalen forelå dokumentation for, at patienten forud for beslutningen om tvangsbehandling dagligt i tre dage havde fået tilbudt medicin til frivillig indtagelse, at tilbuddet ikke var præciseret med nøjagtig angivelse af præparat og dosis, eller at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med en anden dosis end den, der var motiveret for. Begrundelsen for at tilsidesætte en beslutning om tvangsbehandling har også været, at patienten ikke har været orienteret om formålet med behandlingen og om virkning og mulige bivirkninger af tvangsbehandlingen, inden beslutning herom blev truffet.

Ligeledes har Patientklagenævnet i 2011 – som i 2010 – tilsidesat flere beslutninger om tvangsbehandling, hvor den besluttede dosis lå ud over den i medicin håndbogen, www.medicin.dk, angivne sædvanlige vedligeholdelsesdosis, uden at der forelå en særlig begrundelse herfor, ligesom beslutning om tvangsbehandling med en højere begyndelsesdosis end anbefalet i medicin håndbogen, www.medicin.dk, er blevet tilsidesat i de tilfælde, hvor der ikke var givet en forklaring på, at en højere begyndelsesdosis, end den anbefalede, var blevet besluttet.

Det fremgår af § 4, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Af § 12, stk. 5, fremgår det, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage.

Det ses af bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Patienten har krav på højst tre dages betænkningstid. Ved vurderingen af betænkningstidens varighed skal overlægen blandt andet lægge vægt på sygdommens alvor og varighed, patientens ambivalens i henhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed m.v. I betænkningstiden skal patienten dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Patientklagenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet 1) patienten først blev motiveret for frivillig behandling, efter at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling, 2) patienten heller ikke var blevet vejledt om virkning og eventuelle bivirkninger ved tvangsbehandlingen, hverken for så vidt angik det primære eller det subsidiære præparat, der blev truffet beslutning om, 3) det i tvangsprotokollen var anført, at patienten alternativt skulle behandles med injektion Risperidon 1 mg dagligt. Den subsidiære tvangsbehandling var rettelig besluttet med Serenase.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperidon 1 mg dagligt og, hvis det ikke var muligt, injektion Risperidon 1 mg dagligt. Patientklagenævnet tilsidesatte ved afgørelse af 7. september 2011 beslutningen.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var psykotisk, og at han udviste en paranoid adfærd og fremsatte paranoide tanker blandt andet over for naboer og forskellige myndigheder. Patienten havde ikke sygdomsindsigt og var ikke indstillet på frivillig behandling.

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

Nævnet lagde vægt på, at beslutningen om, at patienten skulle tvangsbehandles med Risperidon 1 mg. Dagligt, blev truffet den 25. august 2011, og at patienten først efterfølgende den 26., 27., 28. og 29. august 2011 blev motiveret for behandlingen med Risperidon 1 mg.

Nævnet lagde videre vægt på, at det i journalen ikke var dokumenteret, at patienten var blevet orienteret om virkninger og bivirkninger ved Risperidon.

Nævnet lagde endvidere lagt vægt på oplysningen om, at det var en fejl i tvangsprotokollen, at patienten alternativt skulle behandles med injektion Risperidon 1 mg dagligt, og at der i stedet skulle have stået Serenase. Nævnet havde i den forbindelse også lagt vægt på, at det ikke var dokumenteret, at patienten var blevet orienteret om virkninger og bivirkninger ved Serenase.

Patientklagenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da patienten 1) kun var blevet motiveret for frivillig behandling i en-to dage, 2) og da patienten ikke var informeret om virkning og eventuelle bivirkninger ved tvangsbehandling med det subsidiære præparat. Patientklagenævnet oplyste, at den første motivationsdag blev betragtet som dag nul.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel Prolong 300 mg til 800 mg og subsidiært, hvis det ikke var muligt, med injektion Serenase 2,5 mg til 10 mg. Patientklagenævnet tilsidesatte ved afgørelse af 26. maj 2011 beslutningen.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var paranoidt tolkende, følte sig overvåget og tankeaflyttet af medierne og af sine omgivelser i øvrigt samt hørte stemmer, der kommenterede ham.

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

Nævnet konstaterede, at patienten den 16., 17. og 18. maj 2011 blev tilbudt medicin i form af tablet Seroquel Prolong 300 mg dagligt, slutdosis 400 - 800 mg, blev informeret om behandlingsformål, virkning og bivirkninger ved behandling med Seroquel, samt at han afviste at lade sig behandle.

Nævnet konstaterede imidlertid, at det ikke lod sig gøre præcist at afgøre beslutningstidspunktet vedrørende tvangsbehandling, dvs. om der var tale om beslutning den 17. maj 2011 eller den efterfølgende dag. Ifølge tvangsprotokollen var beslutningsdatoen den 17. maj 2011. Journal og lægeerklæring gav ikke noget entydigt svar.

Patienten var således tilbudt medicin i en dag (eventuelt to dage), før der den 17. maj (evt. den 18. maj 2011) blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel Prolong 300 - 800 mg dagligt, og subsidiært, hvis det ikke var muligt, med injektion Serenase 2,5 mg til 10 mg.

Nævnet lagde ved afgørelsen om ikke at godkende tvangsbehandlingen vægt på,

- at der havde været en kort motivationsperiode, uden at det var underbygget med konkrete begrundelser, at patienten ikke blev motiveret og havde fået betænkningstid i maksimal udstrækning, det ville sige i tre dage,
- at det ikke var dokumenteret, at patienten var blevet orienteret om påtænkt eventuelt anvendt subsidiært præparat

Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at patienten aldrig tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin, hvilket efter nævnets opfattelse talte for en motivations- og betænkningstid på de tre dage, som patienten efter lovgivningen maksimalt havde krav på, medmindre der forelå en situation med behandlingsbehov af mere akut karakter eller andre forhold, som kunne begrunde kortere tid. Nævnet fandt ikke, at der var påvist særlige afvigelsesgrunde.

Med hensyn til motiverings - og betænkningstid bemærkede nævnet, at den første dag, hvor der blev motiveret, ansås som dag nul, næste dag som dag 1 og så videre.

Nævnet bemærkede i øvrigt, at det i lyset af mindste middels princippet ville have været relevant, at der i lægeerklæringen/journal var redegjort for grunden til at vælge Seroquel Prolong 300 mg frem for tablet Seroquel 1. dag 50 mg, 2. dag 100 mg, 3. dag 200 mg og 4. dag 300 mg, jf. anbefalingerne i medicin håndbogen, www.medicin.dk.

Patientklagenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da den besluttede startdosis var højere end anbefalet i medicin håndbogen, www.medicin.dk, og kunne medføre risiko for hypotension.

En patient havde klaget over overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 3 mg og, hvis det ikke var muligt, subsidiært injektion Serenase 7,5 mg i.m. Patientklagenævnet tilsidesatte beslutningen ved afgørelse af 20. januar 2011.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var svært produktivt psykotisk med svære tankeforstyrrelser, lugthallucinationer og vrangforestillinger om, at jorden var giftig.

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

Nævnet lagde vægt på, at patienten var blevet tilbudt medicin i form af tablet Risperdal 3 mg dagligt gennem tre dage, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, og at patienten var blevet vejledt om virkning og bivirkninger ved behandlingen. Patienten havde afvist behandlingen.

Nævnet fandt dog ikke, at den medicin, patienten skulle behandles med, var et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at det af medicin håndbogen, www.medicin.dk, fremgik, at "på grund af risiko for hypotension i indledningsfasen bør *initialdosis* være 1 mg dgl. stigende over dage til sædvanlig *vedligeholdelsesdosis* 4-6 mg dgl."

Nævnet fandt på denne baggrund og henset til, at patienten ikke tidligere havde været behandlet med antipsykotisk medicin, ikke, at en startdosis på 3 mg opfyldte betingelserne om et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet fandt i tilknytning hertil, at såfremt startdosis afveg fra anbefalingerne i medicin-håndbogen, www.medicin.dk, måtte der forventes en særskilt begrundelse for denne afvigelse.

Patientklagenævnet tilsidesatte overlægens beslutning om tvangsbehandling på grund af, at patienten angav at have bivirkninger ved behandlingen.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg x 1 dagligt og, hvis det ikke var muligt, injektion Zyprexa 10 mg x 1 dagligt. Patientklagenævnet tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling ved afgørelse af 27. april 2011.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt, jf. psykiatrilovens § 12 og § 5.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var psykotisk med urealistiske forestillinger om egen situation.

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

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde fået tilbudt medicin dagligt gennem to dage, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg. x 1, og hvis det ikke var muligt, injektion Zyprexa 10 mg. x 1.

Nævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen, at patienten var blevet motiveret for medicinsk behandling med tablet Zyprexa 10 mg. x 1, at han var blevet vejledt om virkning og bivirkninger ved behandlingen, og at han havde afvist behandlingen.

Nævnet vurderede, at den medicin, patienten skulle behandles med, var et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering, men fandt ikke, at betingelsen om, at der skulle være tale om et lægemiddel med færrest mulige bivirkninger, var opfyldt, jf. § 4, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på mødet angav, at han havde bivirkninger i form af kraftige krampeanfald efter at have fået Zyprexa som akut beroligende medicin. Patienten forklarede på mødet, at personalet aldrig havde observeret disse krampeanfald.

Selvom det var angivet i journalen af 14. april 2011, at patienten flere gange havde modtaget Zyprexa, og at han havde tålt det vel og i øvrigt ikke havde haft nogen kramper, fandt nævnet ikke at kunne bortse fra patientens ikke af centret modsagte udsagn om, at krampeanfaldene først indfandt sig, når patienten efter den beroligende injektion havde ligget et stykke tid i sengen, og plejepersonalet havde forladt værelset.

Nævnet fandt det på denne baggrund ikke tilstrækkeligt godtgjort, at patienten ikke havde haft bivirkninger af medicinen i form af krampeanfald.

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om, at en klage ikke var tillagt opsættende virkning, idet der var fare for, at patienten ville udvikle livstruende delir, hvis antipsykotisk behandling ikke blev iværksat straks.

En patient havde klaget over overlægens beslutning om tvangsbehandling. Klagen blev ikke tillagt opsættende virkning. Patientklagenævnet godkendte ved afgørelse af 11. januar 2011 beslutningen om tvangsbehandling, herunder at klagen ikke var tillagt opsættende virkning.

Patienten var forpint af sine psykotiske forestillinger, og det var beskrevet i journalen, at patienten befandt sig i en manisk fase. Patienten havde et udtalt talepres, var springende i sin tankegang og tankeforstyrret. Patienten sov i øvrigt sparsomt, og det var den lægelige vurdering, at patienten uden behandling ville udvikle en delirøs tilstand.

Patientklagenævnet fandt på denne baggrund, at det var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udvikle livstruende delir, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Nævnet godkendte såvel beslutningen om tvangsbehandling som at denne ikke var tillagt opsættende virkning ved patientens klage.

Patientklagenævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling i sin helhed, da beslutningens subsidiære præparat var et depotpræparat, som patienten ikke tidligere var blevet behandlet med.

En patient havde klaget over overlægens beslutning om at tvangsbehandle patienten med injektion Cisordinol Depot 200 mg i.m. hver 14. dag, og hvis det ikke var muligt, subsidiært injektion Serenase Depot 50 mg i.m. hver 3. uge. Nævnet tilsidesatte beslutningen ved afgørelse af 18. august 2011.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde omfattende vrangforestillinger om forfølgelse og overvågning, var hørelshallucineret, viste svært læderet formel og emotionel kontakt, havde uindfølelig tankegang og stereotypet sprogbrug. Patienten var uden nogen sygdomsindsigt.

Patientklagenævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4, og at det ikke var muligt at behandle patienten uden at give ham medicin med tvang.

Når nævnet ikke godkendte beslutningen om tvangsbehandling, som overlægen havde truffet, beroede det på, at der vedrørende den subsidiære behandling - injektion Serenase depot 50 mg i.m. hver 3. uge - var tale om et medikament, som patienten ikke tidligere var blevet behandlet med.

Nævnet tilføjede, at det fulgte af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang en frihedsberøvelse på de psykiatriske afdelinger, at depotpræparater ikke måtte være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kendte.

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med injektion depot Xeplion. Patientklagenævnet anførte i afgørelsen bl.a., at Xeplion indholdsmæssigt var et præparat med den samme profil som Risperdal, som patienten i mange år havde været behandlet med. Patientklagenævnet godkendte, at motivationen ikke lå lige op til dagen for beslutningen om tvangsmedicinering.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Xeplion depot 150 mg i.m. på første dag og herefter 100 mg på ottende dagen og efterfølgende 75 mg med mulighed for øgning alt efter effekt og bivirkninger til maksimalt 100 mg hver fjerde uge.

Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 7. november 2011, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten.

Nævnet lagde bl.a. vægt på, at patienten til stadighed havde paranoide symptomer og frygtede for sit liv og helbred på grund af bestråling.

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

Nævnet lagde vægt på, at patienten var blevet tilbudt medicin dagligt i tre dage og havde yderligere betænkningstid i fire dage, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Xeplion depot 150 mg i.m., på ottende dagen 100 mg og herefter 75 mg hver fjerde uge, evt. øgning til 100 mg. Patienten havde afvist behandlingen.

Det forhold, at der havde været en pause uden motivering mellem den konkret journalførte stedfundne motivering og beslutningen om tvangsmedicineringen, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere. Nævnet fandt, at perioden ikke havde kunnet give patienten anledning til at forvente, at der ikke ville blive truffet nogen tvangsbeslutning, men kun havde indebåret en udvidet betænkningstid. Nævnet lagde herved vægt på, at der skulle indhentes en kardiologisk undersøgelse forud for beslutningen om tvangsmedicinering samt lagde vægt på det psykiatriske centers oplysninger om vanskeligheder forbundet med behov for at tilrettelægge tolkebistand.

Med hensyn til, at overlægen havde truffet beslutning om, at tvangsbehandlingen skulle ske med depotbehandling, fandt nævnet, at beslutningen var i overensstemmelse med mindste middels princip.

Nævnet fandt således, at der forelå særlige grunde, som talte for beslutningen om depotbehandling.

Nævnet lagde herved blandt andet vægt på, at patienten havde været indlagt gennem meget lang tid, hvorved det psykiatriske center havde fået et stort kendskab til patienten.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det var meget svært at fastholde patienten i en antipsykotisk behandling med tabletter. Patienten havde således været insufficient behandlet, og patientens tilstand havde ikke bedret sig gennem meget lang tids indlæggelse og behandlingstiltag. Det havde ikke været muligt at opnå en behandlingsalliance, og patienten havde senest ikke ønsket at tage imod Risperdal i de doser og med den regelmæssighed, som var nødvendig, men indtog medicinen dels i svingende grad, dels i mindre doser.

Nævnet havde endvidere lagt vægt på, at patienten ubehandlet vurderedes farlig for sine omgivelser og for sig selv i form af somatisk livstruet tilstand på baggrund af misligholdelse af diabetesbehandling, særligt under udskrivning.

Nævnet fandt videre, at depotmedicinering med injektioner hver fjerde uge var skånsomt set i forhold til, at patienten allerede blev injiceret dagligt i forbindelse med sin diabetesbehandling.

Nævnet lagde ved afgørelsen endelig vægt på, at depotmedicinering frem for anden form for behandling havde en større sandsynlighed for at kunne føre til, at patienten ville kunne behandles frem til en sådan stabil situation, at han ville kunne udskrives og klare ophold i egen bolig.

Nævnet havde tillige, for så vidt angik den omstændighed, at der var tale om behandling med depotmedicin i form af præparatet Xeplion, lagt vægt på, at Xeplion indholdsmæssigt var et præparat med den samme profil som Risperdal, som patienten mangeårigt havde været behandlet med.

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med ECT i alt seks gange, da patienten var i overhængende livsfare uden behandling. Patientklagenævnet godkendte også, at klagen ikke var givet opsættende virkning.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet om tvangsbehandling med ECT i alt seks gange. Patientklagenævnet godkendte ved afgørelse af 8. juli 2011 beslutningen om tvangsbehandling med ECT, herunder at klagen ikke var tillagt opsættende virkning.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt, jf. psykiatrilovens § 13 og § 5.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for iværksættelsen af ECT-behandlingen befandt sig i en aktuel og potentiel livstruende tilstand. Patienten fremtrådte svært depressiv med nedsat ansigtsmimik. Patienten sad og kiggede ud i luften og talte med monoton stemme. Patienten var udtalt suicidalfarlig med konkrete planer for gennemførelse af selvmord og havde derfor fast vagt. Patienten havde vrangforestillinger om at være grim og skulle derfor begå selvmord. Patienten var endvidere i en livstruende tilstand på grund af manglende væskeindtag, idet han ikke havde spist eller drukket i tre dage.

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

Nævnet vurderede, at det ikke var muligt at behandle patienten uden at give ECT med tvang og lagde vægt på, at patienten var blevet tilbudt opstart af behandling med Noritren, hvilket han ikke ønskede. Patienten havde fået forklaret, at det blev vurderet at han var i overhængende livsfare, fordi han ikke havde indtaget væske i tre døgn, og idet han en måned tidligere havde fået fjernet sin ene nyre i forbindelse med organdonation. Patienten havde ingen forståelse for denne vurdering.

Nævnet lagde endvidere vægt på overlægens vurdering på mødet, hvoraf det fremgik, at en mindre indgribende behandling som for eksempel sondeernæring ikke ville have elimineret livsfaren i form af suicidale tanker og planer.

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

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om at tvangsernære en patient med sonde særligt på grund af et længevarende indlæggelsesforløb uden større vægtstigning og en fortsat lav BMI og legemsvægt.

En patient havde klaget over, at overlægen havde truffet beslutning om, at patienten – i det omfang, patienten ikke spiste hele sin diæt – skulle tvangsernæres med sonde. Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsernæring ved afgørelse af 1. september 2011.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for tvangsernæring i § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010, jf. psykiatrilovens § 12, jf. § 5 var opfyldt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling på grund af sin nervøse spiseforstyrrelse var i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge.

Nævnet fandt endvidere, at tvangsernæring var nødvendig, idet undladelse heraf efter en lægelig vurdering ville medføre fornyet vægttab og kraftig forringelse af udsigten til helbredelse.

Nævnet lagde vægt på, at patienten siden sommeren 2010 havde lidt af anoreksi og på, at han havde været indlagt siden 18. marts 2011, dog med udskrivning i to uger i forbindelse med ferie i udlandet i juli 2011.

Nævnet lagde desuden vægt på, at patienten havde et BMI under 17,5, at han ved indlæggelsen vejede 32,2 kg og efter ferien 41,3 kg, og at vægten nu var på 38,6 kg.

Endelig lagde nævnet vægt på, at sondeernæring havde været nødvendigt otte gange i løbet af maj 2011.

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

Nævnet vurderede, at det ikke var muligt at behandle patienten uden at tvangsernære ham.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at han havde behov for tvangsernæring, såfremt han ikke spiste de fastlagte måltider, og at det i journalen var dokumenteret, at patienten fra den 23. august til den 25. august 2011 var blevet motiveret for diæt med oplysning om, at alternativet ville være sondeernæring, som patienten hver gang har afslået.

4. b. Tvangsbehandling – Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2011 skærpet praksis vedrørende omfanget af den information, der skal gives en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling. Hidtil har det været anset som tilstrækkeligt at informere om virkning og bivirkninger af det primært besluttede præparat, der skal tvangsbehandles med. Efter ankenævnets skærpede praksis skal en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling informeres om virkninger og mulige bivirkninger, både for så vidt angår det primære såvel som det subsidiære præparat.

Ankenævnet har på denne baggrund ændret fem af Patientklagenævnets afgørelser, der var blevet truffet før praksisændringen. Da afgørelserne indeholder nogle generelle udsagn fra Det psykiatriske Ankenævn er én af afgørelserne refereret nedenfor.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede patientklagenævnets afgørelse, da patienten ikke var informeret om virkning og mulige bivirkninger ved behandling med det subsidiære præparat forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Patienten skal forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling informeres om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger, både for så vidt angår det primære som det subsidiære præparat.

En patient klagede over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Solian 200 mg, subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt. Patientklagenævnet

traf afgørelse den 16. juli 2010. Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for at tvangsbehandle patienten var opfyldt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var psykotisk, præget af tankeforstyrrelser, talepres, og at der underliggende patientens talestrøm var et klart udbygget paranoidt system.

Patientklagenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det var dokumenteret i journalen, at patienten var blevet tilbudt medicin i form af tablet Solian 200 mg til frivillig indtagelse dagligt gennem syv dage, inden beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Patienten havde afvist behandlingen.

Patientklagenævnet fandt, at tvangsbehandlingen med primært tablet Risperdal 2 mg, subsidiært Abilify 9,75 mg, opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten klagede over afgørelsen til Det Psykiatriske Ankenævn, der ved afgørelse af 23. august 2011 ændrede patientklagenævnets afgørelse.

Ankenævnet fandt, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af paranoide vrangforestillinger.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, for så vidt angik motivationstiden og kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af § 4, stk. 1, i psykiatriloven, at tvang ikke måtte benyttes, før der var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at der ved informeret samtykke blev forstået et samtykke, der var givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skulle, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skulle gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skulle omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling blev iværksat. Informationen skulle være mere omfattende, når behandlingen medførte nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skulle informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, både for så vidt angik det primære og det subsidiære præparat, idet det oftest ville være det subsidiære præparat, der blev behandlet med i tilfælde af tvang.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med tablet Solian den 21. juni 2010.

Det var imidlertid ikke dokumenteret, om patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved det subsidiære præparat Serenase.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt derfor ikke, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 16. juli 2010.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede patientklagenævnets afgørelse, da beslutningen om tvangsbehandling vedrørte en mindre dosis end den dosis, patienten var blevet tilbudt de sidste tre dage inden, der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Ankenævnet fandt, at patienten burde have haft en passende kort betænkningstid i forhold til, om han ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der var tale om behandling med en mindre dosis end tilbudt i dagene før beslutning.

En patient klagede over, at overlægen havde truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet/mikstur Serenase 10-30 mg og subsidiært, hvis dette ikke var muligt injektion Serenase 5-10 mg, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger. Patientklagenævnet traf afgørelse den 16. december 2010. Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for at tvangsbehandle patienten var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at patienten var psykotisk, meget vredladet, ukorrigerbar og helt uden sygdomsindsigt.

Patientklagenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det var dokumenteret i journalen, at patienten var blevet tilbudt medicin i form af tablet/mikstur Serenase 10 mg dagligt den 3. og den 5. december 2010. Fra den 6. december til og med den 8. december 2010 var patienten blevet tilbudt medicin i form af tablet/mikstur 15 mg dagligt til frivillig indtagelse dagligt, inden beslutning om tvangsbehandling med primært tablet/mikstur Serenase 10-30 mg blev truffet den 8. december 2010.

Patientklagenævnet fandt, at den besluttede tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og færrest mulige bivirkninger.

Patienten klagede over afgørelsen til Det Psykiatriske Ankenævn, der ved afgørelse af 28. juni 2011 ændrede patientklagenævnets afgørelse.

Ankenævnet fandt, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt imidlertid ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

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

Ankenævnet begrundede afgørelsen med, at patienten havde fået tilbudt behandling med Serenase 10 mg den 3. og 5. december 2010, og herefter Serenase 15 mg gennem tre dage fra den 6. til den 8. december 2010, inden der blev truffet beslutning om tvangsbe-
handling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Serenase 10-30 mg.

Ankenævnet lagde til grund, at begyndelsesdosis ved tvangsbehandlingen var 10 mg.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten burde have haft en passende kort betæn-
kningstid i forhold til, om han ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der var tale om en behandling med tablet Serenase 10 mg i stedet for Serenase 15 mg.

Det var således nævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå
patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at han ville have modtaget
behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret for en lavere dosis.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af
tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for. Der var heller ikke tale om en
akut situation, og en udsættelse af behandlingen ville ikke have bragt patientens liv eller
helbred i fare.

Ankenævnet ændrede på den baggrund patientklagenævnets afgørelse.

5. Fysisk magtanvendelse

Patientklagenævnet godkendte ikke fysisk magtanvendelse, da patienten ikke udsatte sig selv eller andre for at lide skade på legeme eller helbred.

En patient havde klaget over, at han var blevet fastholdt.

Patientklagenævnet vurderede ved afgørelse af 8. april 2011, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke var opfyldt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten i forbindelse med ønske om en Panodil blev bedt om at vente, hvorefter han blev vred og råbte. Dette forhold var imidlertid ikke af en karakter, så det var omfattet af psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 1, nr. 1.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke var dokumenteret, at patienten slog ud efter personalet, før efter at han var blevet fastholdt. Nævnet noterede sig, at der ikke i kardex var noget om, at patienten skulle have slået ud efter personalet.

6. a. Beroligende medicin med tvang – Patientklagenævnets afgørelser

Patientklagenævnet havde ikke kompetence til at behandle en klage over, at en patient skulle tage Truxal og Zyprexa for at blive løsnet fra bæltefiksering. Patienten havde ikke klaget over bæltefikseringen.

En patient havde klaget over, at han, medens han var bæltefikseret, var blevet tilbudt beroligende medicin. Patienten havde opfattet tilbuddet som en betingelse for at blive løsnet af bæltet. Der blev ikke truffet beslutning om indgivelse af beroligende medicin. Nævnet vurderede ved afgørelse af 12. maj 2011, at nævnet ikke havde kompetence til at behandle klagen.

Nævnet lagde vægt på, at nævnets kompetence var reguleret i psykiatrilovens § 35, og at bestemmelsen var udtømmende. Patientens klage var ikke omfattet af bestemmelsen.

Nævnet lagde til grund, at der var tale om et tilbud om beroligende medicin, og at medicinering med Zyprexa ikke blev gennemført. Det var almindelig praksis at tilbyde medicin under bæltefiksering.

Det forhold, at patienten havde opfattet tilbuddet om beroligende medicin som en betingelse for, at han blev løsnet fra bæltet, harmonerede ikke med den sædvanlige praksis, hvor det psykiatriske center tilbød beroligende medicin efter behov blandt andet for at afkorte bæltefikseringsperioden, og det harmonerede heller ikke med den meget detaljerede beskrivelse, der var givet i sygeplejekardex – og som patienten ingen bemærkninger havde til.

Nævnet fandt ikke, at tilbuddet kunne anses som skjult tvang og udtalte, at det i almindelighed var i orden, at det psykiatriske center inden en eventuel indgivelse af beroligende medicin, oplyste om, at beroligende medicin kunne komme på tale, hvis lovhjemlen for at give beroligende medicin var til stede. En sådan oplysning var ikke en trussel, men en form for oplysning til en patient. Dette gjaldt så meget mere, når det psykiatriske center ikke havde til hensigt at give patienten beroligende medicin, men alene fremkom med et reelt tilbud. Det forhold, at patienten gentagne gange blev tilbudt efter behov medicin, gjorde ikke tilbuddet til en trussel, men bekræftede, at der var tale om et tilbud.

Patientklagenævnet godkendte ikke indgivelse af beroligende middel med tvang, da der ikke i journalen forelå notat om tvangsforanstaltningen.

En patient havde klaget over, at lægen havde truffet beslutning om indgivelse af et beroligende middel i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Patientklagenævnet godkendte ikke beslutningen ved afgørelse af 23. september 2011. Nævnet lagde vægt på, at der ikke i journalen forelå særskilt notat om, at patienten var indgivet akut beroligende middel med magt. Dette var alene noteret i tvangsprotokollen.

Nævnet udtalte, at når det ikke tydeligt fremgik af journalen, på hvilken baggrund patienten var indgivet et akut beroligende middel, herunder at psykiatrilovens bestemmelser om "mindst indgribende foranstaltning" var opfyldt, havde nævnet ikke mulighed for at tage stilling til, om betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2, for indgivelse af akut beroligende medicin var opfyldt. Det var således ikke tilstrækkeligt, at der i journalnotatet dagen efter var anført, at "pt. fortsætter sin urolige adfærd trods beroligende tvangsmedicin x 2 inden for den sidste 1½ time", og kl. 00.50, at "pt. er lagt i bælte på stuen og har kl. 00.30 modtaget 10 mg Zyprexa i.m. samt 10 mg Stesolid inden for de sidste 2 timer."

6. b. Beroligende medicin med tvang – Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede patientklagenævnets afgørelse, da Ankenævnet ikke fandt, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at man forinden indgivelsen af beroligende middel havde forsøgt at tale patienten til ro, ligesom det ikke fremgik, at patienten fik tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

En patient klagede over indgivelse af beroligende middel (injektion Cisordinol-Acutard 100 mg samt injektion Stesolid 10 mg) med magt. Patientklagenævnet traf afgørelse den 19. november 2010. Patientklagenævnet godkendte beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

Patientklagenævnet vurderede, at betingelserne for at give et beroligende middel var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at patienten, der ikke havde sovet om natten var svært opkørt, udadreagerende, truende, sparkede ud efter personalemedlemmer og var helt ukorrigerbar.

Patientklagenævnet fandt, at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at patienten var meget svær at håndtere, og at personalet havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet og at skærme patienten, før patienten fik medicin med tvang.

Patienten klagede over afgørelsen til Det Psykiatriske Ankenævn, der ved afgørelse af 28. juni 2011 ændrede patientklagenævnets afgørelse.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var højtråbende, udsældende, opkørt og truende, ligesom patienten sparkede til inventaret og sparkede ud efter personalet.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden indgivelsen af beroligende middel havde forsøgt at korrigere patientens aktivitet ved at skærme patienten på stuen, men at det ikke fremgik af journalen, at man forinden indgivelsen af beroligende middel havde forsøgt at tale patienten til ro, ligesom det ikke fremgik, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at ankenævnet ikke godkendte beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

7. I øvrigt

Patientklagenævnet kunne ikke behandle en klage fra et barn under 15 år, da forældrene ikke havde samtykket i klagen.

En patient under 15 år havde klaget over overlægens beslutning om at tvangsindlægge ham. Nævnet meddelte patienten, at det alene var forældrene, der kunne klage over tvangsindlæggelsen. Der blev i sagen henvist til sundhedslovens §§ 15 og 17.

En patient, der er under 15 år, er stadig under forældremyndighed. Det er således forældrene, der skal drage omsorg for patienten, og som kan træffe afgørelse om patientens personlige forhold ud fra dennes behov. Det er derfor forældrene, der har pligt til at varetage patientens interesser og behov og dermed også til at vurdere, om der skal gives samtykke til indlæggelse. Hvis forældrene ikke er indforstået med indlæggelsen, er det forældrene, der kan klage over denne.

Afsnit IV: Artikel om Det Psykiatriske Patientklagenævn

ET MØDE I DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVN.

Nedenstående er en artikel hentet fra Statsforvaltningen Hovedstadens Årsskrift for 2011. Årsskriftet fra Statsforvaltningen Hovedstaden findes på www.statsforvaltning.dk.

Af kommitteret Henning Lund-Sørensen

Patientens møde

Klokken er to minutter i ni.

Clara Gudmand (opdigtet navn) træder med sin patientrådgiver ind ad døren til mødelokalet på det psykiatriske center. Det Psykiatriske Patientklagenævn lægger vægt på, at det er en navngiven person, der deltager i nævnsmødet. Clara tiltales som Clara og omtales i mødet som Clara – ikke som patienten. Bagefter kommer overlægen, en første reserve læge, Claras kontaktperson og en sygeplejerske. Læg mærke til rækkefølgen. Patienten kommer først og bagefter kommer personalet fra det psykiatriske center. Rækkefølgen er ikke tilfældig. Det Psykiatriske Patientklagenævn har opstillet vejledende regler for nævnsmøderne, hvor det indgår, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke er alene med centrets personale – hverken inden mødet eller efter mødet. Det kunne give patienterne et indtryk af, at patientklagenævnet aftalte sagens udfald med det psykiatriske center. Det kunne naturligvis aldrig finde sted, men det er vigtigt, at der er tilrettelagt en procedure, der fjerner enhver tvivl.

Det Psykiatriske Patientklagenævn sidder klar. Formanden, der er en chef fra statsforvaltningen, et lægeligt medlem og et medlem fra SIND samt en sagsbehandler er taget fra statsforvaltningen en halv time inden mødets start for at være fremme i god tid. Siden 1998 er Det Psykiatriske Patientklagenævn kommet til patienterne på de 11 psykiatriske centre med 17 fysisk adskilte afdelinger i Region Hovedstaden. Et tiltag, der har smidiggjort klageproceduren for den enkelte patient og også indebåret, at der i dag er flere patienter, der benytter sig af deres lovhjemlede klageadgang. I 2007 var der 310 klagesager, i 2011 har der været 463 klagesager – en stigning på 49 % på fem år. Medvirkende kan også være, at de psykiatriske centre er blevet gode til ved ethvert tvangsindgreb at orientere patienterne om deres klageadgang. Det er dokumenteret i journalerne.

I alt er der omkring ti personer i mødelokalet.

Clara har efter en samtale med sin patientrådgiver valgt at klage over at være blevet tvangsindlagt, at have været tvangsfikseret, og over at der er truffet beslutning om, at Clara skal have antipsykotisk medicin med tvang.

Inden mødet

På baggrund af klagen har det psykiatriske center udarbejdet en lægeerklæring, som sammen med journalark og tvangsprotokoller er indsendt til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Mødematerialet er blevet udsendt en uge før nævnsmødet finder sted. Det giver nævnsmedlemmerne tid til at sætte sig grundigt ind i sagen – og ikke mindst giver det patientrådgiveren mulighed for med udgangspunkt i de tilsendte sagsakter at tale med Clara inden nævnsmødet. Det skaber ro hos Clara, at hun forinden har haft en mere eller mindre dybtgående samtale med sin patientrådgiver om indlæggelsesforløbet og om den episode, der gav anledning til tvangsfikseringen. Det har også betydning for Clara, at patientrådgiveren har orienteret om nævnsmødets forløb, der begynder med at formanden præsenterer nævnsmedlemmerne og nævner hvem der i øvrigt er til stede. Clara er således også blevet oplyst om, at det hovedsagelig vil være formanden, som hun skal tale med. De øvrige nævnsmedlemmer kan naturligvis også blande sig i dialogen, men da flere patienter efterfølgende oplyste, at de følte sig "beskudt" fra flere sider, ændrede patientklagenævnet for mange år siden praksis. Nævnsmødet er patientens møde. Det er i nævnsmødet, at Clara har mulighed for at fremkomme med sin version af sagen og eksempelvis pege på forhold, som det psykiatriske center ikke har medtaget eller misforstået i journalskrivningen.

Nævnets prøvelse

Selvom patienterne kun får medhold i omkring 10 % af de afgørelserne er det vigtigt, at Clara forlader mødet med Det Psykiatriske Patientklagenævn med et indtryk af, at hun er blevet set, hørt og forstået. Clara er i centrum. Af samme grund søger sekretariatet for, at nævnets afgørelse rummer et fyldigt referat af Claras tilkendegivelser på nævnsmødet. Desuden lægges der stor vægt på, at nævnsafgørelsen rummer en forståelig og konkret begrundelse, der præcist angiver, hvilke forhold nævnet har lagt vægt på. Nævnet har inden for de seneste år skærpet opmærksomheden på dette område. Hvis det psykiatriske center ikke nøje har beskrevet, på hvilken måde Clara er farlig for sig selv eller andre, bliver tvangsfikseringen ikke godkendt. Nævnet har også i lyset af de politiske tilkendegivelser, der lægger vægt på at nedbringe de langvarige tvangsfikseringer, skærpet opmærksomheden på tvangsfikseringernes tidsmæssige udstrækning. Hvis det psykiatriske center ikke har efterlevet lovens krav om mindst fire revurderinger i døgnet – jævnt fordelt, skaber det en formodning for at tvangsfikseringen ikke længere opfylder betingelserne for at opretholde tvangsfikseringen. Hvis patienten i bæltefikseringsforløbet er faldet til ro, er det et indicium for at bæltet burde være løsnet fra dette tidspunkt.

Tvangsfiksering

Nævnet har i 2011 haft en principiel sag om en tvangsfikseret mand på 71 år. Tvangsfiksering var foregået helt efter bogen, idet manden slog og sparkede ud efter personalet. Undervejs i bæltefikseringsforløbet bad manden om at måtte komme på toilettet. Det psykiatriske center aftalte med manden "at han kunne blive løsnet af bæltet til toiletbesøg, da han havde givet udtryk for, at han ville samarbejde og efter toiletbesøget ville komme tilbage i bæltet". Nævnet fandt anledning til at præcisere, at nævnet principielt mener, at et toiletbesøg, hvor patienten er ude af bæltet, også bør bruges til en vurdering

af, om patienten er faldet til ro og derfor ikke skal tilbage i bæltet, eller om patienten fortsat er så urolig, at patienten skal tilbage i bæltet. Den indgåede aftale lagde efter nævnets opfattelse ikke op til, at der i forbindelse med toiletbesøget blev foretaget en vurdering af patienten og hans adfærd med henblik på en stillingtagen til at patienten skulle tilbage i bæltet eller ej, idet det på forhånd var aftalt at patienten skulle tilbage i bæltet. Nævnet fandt det vigtigt generelt at slå fast, at der i særlig grad foretages en vurdering af patienten, når patienten løsnes fra bæltet med henblik på toiletbesøg og at en løsningen af bæltet ikke bør være betinget af en aftale om, at patienten senere skal tilbage i bæltet.

Tvangsmedicinering

Ved behandlingen af Claras klage over, at det psykiatriske center har truffet beslutning om, at hun skal tvangsmedicineres med tablet Cisordinol 4 mg/dgl., subsidiært injektion Abilify 9,75 mg/dgl., sker der i nævnsmødet en grundig gennemgang af, om Clara er blevet motiveret tilstrækkeligt for det primære præparat. Clara skal have haft mulighed for at tænke over, om hun ønsker det tilbudte præparat i den tilbudte dosis, og ikke mindst må Clara gøre op med sig selv, om det ikke var en god ide at tage medicinen frivilligt. Det er et vigtigt princip i psykiatriloven – benævnt mindstemiddelsprincippet - at der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken.

Nævnet undersøger også, om Clara er blevet orienteret om virkninger og eventuelle bivirkning af både det primære og det subsidiære præparat. Nævnet forholder sig til det psykiatriske centers oplysninger om, at Clara er sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve Clara med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig bedring af tilstanden ellers ville blive væsentlig forringet.

Nævnet spørger ind til præparatvalg og begyndelsesdosis, og nævnet sikrer sig, at det psykiatriske center har valgt primært at give medicinen i tabletform, og kun hvis dette ikke lykkes, da at give medicinen som injektion.

Retssikkerhed i fokus

Hele proceduren skal sikre Clara retssikkerhed, det er alfa og omega i Det Psykiatriske Patientklagenævns arbejde. Nogle vil givetvis betegne nævnet som en fejlfinder, men proceduren har fundamental betydning, fordi der aldrig må slækkes på Clara's retssikkerhed og slet ikke i en situation, hvor rigtig mange patienter føler der begås overgreb mod dem, uden at de har gjort noget kriminelt, og uden at de føler at de på nogen måde er syge.

Efter at patientrådgiveren har haft lejlighed til at fremkomme med supplerende udtalelser, afslutter formand nævnsmødet klokken 09.28 med at oplyse, at Clara kan forvente at modtage patientklagenævnets skriftlige afgørelse senest den følgende dag.





Det Psykiatriske Patientklagenævn
Statsforvaltningen Hovedstaden
Borups Allé 177, Blok D-E
2400 København NV

Kristineberg 3
2100 København Ø.
Telefon 45 11 20 00
Direkte 45112015
Fax 4511 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Journalnr.: 200711388
Ref.: Thomas Brock

Vedrørende udkast til årsberetning 2011 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

Kære Henning Lund Sørensen

Region Hovedstadens Psykiatri har modtaget udkast til årsberetning 2011. Beretningen er velskrevet og gennemarbejdet.

Region Hovedstadens Psykiatri har følgende bemærkninger til udkastet:

Vedr. børne- og ungdomspsykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri består af ti psykiatriske centre og tre børne- og ungdomspsykiatriske centre. De tre børne- og ungdomspsykiatriske centre er
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup

Nævnet benævner flere steder i årsberetningen (herunder på side 2, 4 og 7) to af de børne- og ungdomspsykiatriske centre forkert, idet centrene kaldes
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center København (Bispebjerg)
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland (Hillerød)

Stigning i antallet af sager i Det psykiatriske Patientklagenævn

Nævnet konstaterer på side 6, at det er bemærkelsesværdigt, at der over en femårig periode er sket en stigning på 49% i antallet af sager for nævnet. Region Hovedstadens Psykiatri kan – i forlængelse af nævnets egne, og gode, forklaringer på stigningen – supplere med en endnu en væsentlig forklaring: Øget rettighedsbevidsthed i befolkningen generelt, og altså også blandt psykiatriske patienter. Patientforsikringen påviser i deres rapport – om stigning i antallet af anmeldelser m.v. – at der er sket en markant stigning i antallet af henvendelser/sager til klageinstanser m.v. inden for sundhedsområdet. Således har eksempelvis Patientforsikringen oplevet en stigning på 61% inden for en femårig periode, mens Patientombuddet (tidligere *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*) i samme periode har oplevet en stigning på 42%. Der er altså (også) tale om en generel tendens for klageinstanser inden for sundhedsområdet.

Vedr. korrespondance og spørgsmål om tvungen opfølgning efter udskrivning

Nævnet gennemgår på side 23-28 korrespondance og spørgsmål om tvungen opfølgning efter udskrivning. Region Hovedstadens Psykiatri er enig i nævnets vurderinger og skal i den forbindelse beklage, at der tilsyneladende har været en del usikkerheder i forbindelse med forståelsen af bestemmelsen. Den ene af de i årsberetningen refererede henvendelser drejer sig bl.a. om hvor depotgivning kan foregå. Hertil kan Region Hovedstadens Psykiatri supplerende oplyse, at det af Region Hovedstadens Psykiatris vejledning om *tvungen opfølgning efter udskrivinger* bl.a. fremgår, at "Tvangsmedicinering i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning, kan kun foregå på en psykiatrisk afdeling".

Tvangsbehandling med Zyprexa – dosisstørrelse

Nævnet omtaler på side 29-30 en problemstilling vedr. doseringsstørrelse ved tvangsbehandling med Zyprexa, hvorefter nævnet ikke uden særlig grund vil godkende beslutning udover 5-20 mg dagligt. Det skal undestrages, at det drejer sig om vedligeholdelsesbehandling.

Hertil skal Region Hovedstadens Psykiatri anføre, at Zyprexa ordineret i doser på 5-40 mg i *vedligeholdelsesbehandling*, til en patient med akut eller kronisk symptomgivende skizofreni eller med paranoid psykose, helt svarer til sædvanlig klinisk praksis. Ved indledning af behandling med antipsykotisk medicin til psykotiske patienter, der ikke tidligere er blevet behandlet med Zyprexa, kan man ikke på forhånd vide, hvordan effekt og bivirkninger er. Hvis det er muligt, begynder man med en lav dosis og øger dosis afhængig af effekt og bivirkninger. Det kan være nødvendigt med en høj dosis indenfor det angivne spektrum især i starten af behandlingen. Når det drejer sig om en kendt patient med et kendt responsmønster kan man bedre angive den ønskede måldosis.

Til behandling af *akut psykotisk agitation* kan der i enkelte tilfælde være behov for endnu højere døgndoser af den perorale formulering, helt op til 80 mg, for at opnå tilstrækkelig agitationsdæmpende effekt. Dette kræver naturligvis kompetent overvejelse og nødvendig dokumentation.

Når der er tale om *vedligeholdelsesbehandling*, skønnes det at være rimeligt at dosisøgning udover de 40 mg vil kræve en ny beslutning. Nævnets begrænsning med en primær maksimal dosering på 20 mg vil, på baggrund af en for uhensigtsmæssig læsning af medicin håndbogen, føre til unødigt forsinkelse af patientbehandlingen. Alt for mange patienter vil skulle igennem en dobbeltbeslutning, dobbelt motivationsperiode og det dobbelte antal patientklagenævns møder, hvilket vil medføre betydeligt forlængede behandlingsforløb og værst af alt unødigt lidelse for patienterne.

I forlængelse af ovenstående problemstilling angiver nævnet, at det overvejes, "om det ikke bør være et krav, at overlægens beslutning præcist angiver det besluttede dosisinterval". Hertil skal Region Hovedstadens Psykiatri anføre, at nugældende praksis findes fyldestgørende.

Registrering af tvang

Årsberetningen gengiver på side 31-33 kopi af brev fra Region Hovedstadens Psykiatri til Sundhedsstyrelsen vedr. registrering af tvangsforanstaltninger. Som bekendt har Sundhedsstyrelsen – med virkning fra 1. februar 2012 – udfærdiget ny vejledning om

registrering af tvang, hvorefter registreringen, for så vidt angår Region Hovedstadens Psykiatri, gøres *klinikchefafhængig* i modsætning til tidligere hvor registreringen var *centerafhængig*.

Region Hovedstadens Psykiatri har i forbindelse med den ændrede vejledning skrevet til Sundhedsstyrelsen, idet Region Hovedstadens Psykiatri – for så vidt angår tvangsbehandling – forudsatte, at overlægen på den modtagne afdelings beslutning om fortsættelse af tvangsbehandling *ikke* medfører krav om ny motivationsperiode, ligesom klage over beslutning om fortsættelse af tvangsbehandling *ikke* skal tillægges opsættende virkning ved eventuel gentagen klage.

Sundhedsstyrelsen har efterfølgende bekræftet, at Region Hovedstadens Psykiatris vurdering er korrekt.

Betænkningstid forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling

På side 50-51 i årsberetningen gengives en sag, som giver anledning til at Region Hovedstadens Psykiatri stiller spørgsmålstejn ved nævnets praksis vedr. motivationsperiodens længde forud for tvangsbehandling.

Af psykiatrilovens § 12, stk. 5 fremgår det, at betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst 3 dage. Nævnet har valgt en praksis, hvorefter den første motivationsdag anses som dag nul, næste motivationsdag som dag 1 osv. Yderligere indeholdt i nævnets praksis er krav om maksimal udstrækning af betænkningstiden (første dag + yderligere tre dage), medmindre konkrete grunde taler imod. Grundlig dokumentation for motivation skal alle dage fremgå af journalen.

Region Hovedstadens Psykiatri finder nævnets praksis fortolkningsmæssigt tvivlsom, og ikke i tråd med mindstemiddelsprincippet.

Til sammenligning fremgår følgende passus som paradigme i Det Psykiatriske Ankenævns begrundelser, i ankesager om tvangsbehandling:

Det er på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at en patient har krav på højst tre dages betænkningstid, inden der træffes beslutning om tvangsbehandling. Dette forhindrer ikke overlægen i at give patienten en længere betænkningstid, men motivationen skal som minimum være dokumenteret dagen op til beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, medmindre der forelå en akut situation.

Patientjournaler i Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri har oplevet, at nævnet ved afgørelser nogen gange opererer med en uhensigtsmæssig forståelse af begrebet *patientjournal*, idet nævnet syntes at forstå *patientjournalen* som bestående af separate dele: lægejournalen, sygeplejekardex og EPM. Region Hovedstadens Psykiatri arbejder med *en* uadskillelig patientjournal.

Region Hovedstadens Psykiatri finder det derfor beklageligt, at nævnet har givet kritik for manglende anførelse om motivation, i forbindelse med beslutning om tvangsbehandling, i *lægejournalen*. Region Hovedstadens Psykiatri mener ikke, at nævnet kan bestemme, hvor i journalen dokumentation for motivation skal fremgå. Således vil og så et såkaldt *motivationsskema*, indeholdt i journalen, være dokumentation for motivation.

Med venlig hilsen

Martin Lund
Direktør