



Årsberetning 2012

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved
Statsforvaltningen Hovedstaden

Indhold

Forord	4
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden ...	6
1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2012	6
1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver	6
2. Antal sager og sagsfordeling	7
3. Sagsbehandlingstiden.....	9
4. Antallet af møder, mødested m.v.	9
5. Deltagelse i Det Psykiatriske Patientklagenævns møder af læger, patienter og patientrådgivere/bistandsværger	11
5a. Læger	12
5b. Patienter.....	12
5c. Patientrådgivere/bistandsværger	13
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocent.....	15
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	16
7a. Indbringelse for domstolene	17
7b. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn.....	18
8. Det Psykiatriske Patientklagenævns aktiviteter i øvrigt	18
Afsnit II: Principielle problemstillinger	20
1. Referat af møde i fagportalgruppen for de psykiatriske patientklagenævn med sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn.....	20
2. Refleksioner omkring motivering forud for beslutning om tvangsmedicinering	24
Afsnit III: Principielle afgørelser	28
1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse	28
2. Tvangsfixering	33
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning	37
4. Tvangsbehandling	39
4.a Tvangsbehandling - motivation i færre end tre dage.....	39
4.b Tvangsbehandling – ECT.....	39
4.c Tvangsbehandling – depot	41
4.d Blodprøve med tvang	41
4.e Tvangsbehandling – motivation – Ankenævnet	43
4.f Tvangsbehandling – dosis – Ankenævnet	44
4.g Tvangsbehandling – depot – Ankenævnet	45
4.h Tvangsbehandling – Leponex – Ankenævnet	46
4.i Tvangsbehandling – ECT – Ankenævnet.....	47
4.j Tvangsbehandling – mulighed for samtale med patientrådgiver - Ankenævnet...	47
5. Fysisk magtanvendelse.....	49
6. Beroligende medicin med tvang.	52
6.a Beroligende medicin – mindste middel – Ankenævnet	55

Forord

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

Hovedstadsregionen har 33 % af landets indbyggere og har 36 % af de indlagte psykiatriske patienter på landsplan, mens de tvangsberørte udgør ca. 42 % af de berørte på landsplan.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i 2012 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 Bispebjerg, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

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 bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

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

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

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Afsnit II: Principielle problemstillinger.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

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

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2012

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand er direktør Niels Preisler. Som formænd fungerer endvidere kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo og specialkonsulent Kristine Drisdal Hansen samt én gang om måneden: fuldmægtig Christina Andersen og fuldmægtig Elsebeth Brogaard.

Det lægelige medlem er 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 Nanna Juul Martiny og læge Marianne Schrøder. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det læge Jan Christensen.

De af Sind indstillede medlemmer er Kirsten Hanne Falster, Liselotte Lassen og 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, samt Anne Rebecca Zenner. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm er det Stephen Mortensen.

Det bemærkes, at formandsfunktionen, sagsbehandlerfunktionen og journalfunktionen i sekretariatet fra juni 2012 er slået sammen. Disse funktioner varetages således nu af én og samme person.

Årsberetningen er udarbejdet af Henning Lund-Sørensen, Charlotte Galbo, Kristine Drisdal Hansen og student Mette Kilsgaard.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2012 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, 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, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center København, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Nordsjælland og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

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

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

2. Antal sager og sagsfordeling

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

En "sag" er defineret, som en patients klage, som er optaget som et punkt på 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 nævnmødet, 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

	2010	Procent	2011	Procent	2012	Procent
Antal indkomne sager i kalenderåret	514	100	510	100	559	100
+ Antal sager, modtaget ej behandlet i foregående kalenderår	5	1	3	1	-	-
- Antal tilbagekaldte sager	60	12	46	9	57	10
- Antal afviste sager	3	0	4	1	8	1
- Antal sager modtaget, men ej behandlet i kalenderåret	3	1	0	0	-	-
Antal sager med realitetsafgørelse	453	86	463	91	494	89

Skema 2

Sagernes fordeling i 2010, 2011 og 2012 på de psykiatriske centre

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Amager	71	58	62	8	8	6	63	50	56
Ballerup	63	68	74	10	5	8	53	63	66
Bornholm	5	4	3	0	0	1	5	4	2
Frederiksberg	48	43	39	6	5	4	42	38	35
Glostrup									
- voksen	40	34	40	2	4	3	38	30	37
- ungdom	2	4	2	0	0	0	2	4	2
Hvidovre	80	83	71	11	5	5	69	78	66
København									
- voksen	145	138	186	16	17	28	129	121	158
- ungdom	8	3	7	0	0	0	8	3	7
Nordsjælland									
- voksen	54	75	73	10	4	10	44	71	63
- ungdom	0	1	2	0	0	0	0	1	2
I alt	516	511	559	63	48	65	453	463	494

Skema 3

Antal af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn de seneste fem år

2008	2009	2010	2011	2012
383	430	453	463	494

Over en femårig periode, fra 2008 til 2012, er der sket en stigning på 29% i antallet af sager.

Stigningstakten er således aftaget i forhold til forrige femårs periode fra 2007-2011, hvor stigningstakten var på 49 %.

3. Sagsbehandlingstiden

De 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 for alle sagstyper har i 2012 været otte dage. Særligt for sager, hvor nævnet skal have truffet afgørelse inden syv hverdage efter klagens modtagelse, kan det oplyses, at denne frist er blevet overholdt.

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

Skema 4

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste tre år

2010	2011	2012
8	7	8

4. Antallet af møder, mødested m.v.

Det Psykiatriske Patientklagenævn afholdt til og med maj måned 2012 møde fire gange hver uge:

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

Fra og med juni 2012 er der sket en omstrukturering, således at Det Psykiatriske Patientklagenævn som regel kun afholder møder tre gange om ugen:

- Om mandage på : Psykiatrisk Center Nordsjælland (Frederikssund, Hillerød og Helsingør), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød samt Psykiatrisk Center Ballerup.
- : Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)
- Om tirsdagen på : Psykiatrisk Center Glostrup, Hvidovre og Amager samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.
- Om onsdagen på : Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Frederiksberg samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg.

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

til mandagsmøderne : senest kl. 10.00 tirsdagen før
til tirsdagsmøderne : senest kl. 10.00 onsdagen før
til onsdagsmøderne : senest kl. 10.00 torsdagen 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 til de relevante psykiatriske centre med henblik på, at centrene sørger for videregivelse til patienten og lægerne. Samtidig orienteres nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne pr. mail om mødetidspunktet.

Hvis Post Danmark opfylder sin forpligtelse til brevudbringelse med A-post 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 2012 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 og som følge af mange klagepunkter. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere hospitaler, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen eller det kan indebære, at der må afsættes mere end 30 minutter til mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2012 afholdt 167 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste fem år.

Skema 5

Samlet antal møder i de seneste fem år

2008	2009	2010	2011	2012
177	181	182	188	167

Nedgangen i det samlede antal af mødedage er en konsekvens af den ovennævnte indskrænkning i antallet af fastlagte ugentlige mødedage.

Skema 6

Mødernes fordeling i 2010, 2011 og 2012/1. halvår

Antal møder	2010	2011	2012 (1. halvår)
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Nordsjælland	29	43	13
<u>Tirsdage:</u> De Psykiatriske Centre Hvidovre og Amager	48	47	22
<u>Onsdage:</u> De Psykiatriske Centre Ballerup, Frederiksberg, Gentofte og Glostrup	48	46	25
<u>Torsdage:</u> Psykiatrisk Center København	58	48	23
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	5	4	1
Møder i alt	182	188	84

Skema 6

Mødernes fordeling i 2012/2. halvår

Antal møder	2012 (2. halvår)
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Nordsjælland og Ballerup	25
<u>Tirsdage:</u> De Psykiatriske Centre Hvidovre, Amager og Glostrup	27
<u>Onsdage:</u> De Psykiatriske Centre København og Frederiksberg	30
<u>Mandag:</u> Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	1
Møder i alt	83
Møder i alt i 2012	167

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 2012 deltaget i 401 sager ud af de i alt 494 sager, der har været realitetsbehandlet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvilket giver en fremmødeprocent på 81 %. På samme måde er fremmødeprocenten for patientrådgiverne udregnet til i alt 93 %.

5a. Læger

I 2012 har der som i tidligere år været lægelig deltagelse ved stort set alle nævnsmøder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Amager	63	50	55	0	0	1	100	100	98
Ballerup	53	63	64	0	0	2	100	100	97
Bornholm	5	4	2	0	0	0	100	100	100
Frederiksberg	41	37	35	1	1	0	98	97	100
Glostrup									
- voksen	36	29	37	2	1	0	95	97	100
- ungdom	2	4	2	0	0	0	100	100	100
Hvidovre	69	77	66	0	1	0	100	99	100
København									
- voksen	127	118	154	2	3	4	98	98	97
- ungdom	8	3	7	0	0	0	100	100	100
Nordsjælland									
- voksen	44	70	60	0	1	3	100	99	95
- ungdom	0	1	2	0	0	0	100	100	100
I alt	448	456	484	5	7	10	99	98	98

5b. Patienter

Patienterne deltog i 2012 i 401 af de 494 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 81 % (i 2011 var deltagelsesprocenten på 84%, i 2010 på 80 % , i 2009 på 80%). Patienterne er i alle sager blevet indkaldt til at deltage i mødet.

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Amager	51	39	54	12	11	2	81	78	96
Ballerup	41	50	45	12	13	21	77	79	68
Bornholm	5	4	1	0	0	1	100	100	50
Frederiksberg	31	31	28	11	7	7	74	82	80
Glostrup									
- voksen	34	25	33	4	5	4	89	83	89
- ungdom	1	4	2	1	0	0	50	100	100
Hvidovre	62	71	57	7	7	9	90	91	86

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
København									
- voksen	93	96	118	36	25	40	72	79	75
- ungdom	8	3	7	0	0	0	100	100	100
Nordsjælland									
- voksen	37	63	54	7	8	9	84	89	86
- ungdom	0	1	2	0	0	0	100	100	100
I alt	363	387	401	90	76	93	80	84	81

Nævnet tager den høje fremmødeprocent, som et udtryk for at patienterne er interesseret i at komme til at tale deres sag for det uafhængige patientklagenævn.

5c. Patientrådgivere/bistandsværger

De psykiatriske centre har tilknyttet i alt 46 patientrådgivere, som fordeler sig således:

Psykiatrisk Center Amager	:	5
Psykiatrisk Center Ballerup	:	8
Psykiatrisk Center Bornholm	:	4
Psykiatrisk Center Frederiksberg	:	3
Psykiatrisk Center Glostrup	:	5
Psykiatrisk Center Hvidovre	:	4
Psykiatrisk Center København	:	10
Psykiatrisk Center Nordsjælland	:	11

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. Efter sekretariatets opfattelse må fem patientrådgivere, som udgangspunkt, betragtes som det mindst acceptable pr. psykiatrisk center, medmindre patientrådgiverne mener at kunne løfte opgaven med færre patientrådgivere, og det psykiatriske center ikke fremkommer med bemærkninger herimod.

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

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Amager	60	47	52	3	3	4	95	94	93
Ballerup	52	62	65	1	1	1	98	98	98
Bornholm	5	4	2	0	0	0	100	100	100
Frederiksberg	39	35	33	3	3	2	93	92	94

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Glostrup									
- voksen	37	30	36	1	0	1	97	100	97
- ungdom	2	4	2	0	0	0	100	100	100
Hvidovre	64	75	63	5	3	3	93	96	95
København									
- voksen	120	108	147	9	13	11	93	89	93
- ungdom	8	3	7	0	0	0	100	100	100
Nordsjælland									
- voksen	37	62	50	7	9	13	84	87	79
- ungdom	0	1	2	0	0	0	100	100	100
I alt	424	431	459	29	32	35	94	93	93

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved de psykiatriske centre tilsammen været en stabil fremmødeprocent i perioden 2010-2012. 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 flot og en markant fremgang i forhold til 2006, hvor mødeprocenten var på 84 %. Resultatet skal ses i lyset af, at det samlede sagsantal ikke er faldet, hvilket understreger det flotte resultat. Dog skal det nævnes, at hvis Psykiatrisk Center Nordsjælland havde været på linie med de øvrige centre, ville mødeprocenten have været på 95 %.

Det er tankevækkende, at patientrådgiverne ved Psykiatrisk Center Nordsjælland, der har det laveste gennemsnitlige antal sager pr patientrådgiver for nævnet (5,9 sager for nævnet pr. patientrådgiver/året) samtidig har den laveste fremmødeprocent (80 %). Hvorimod patientrådgivere tilknyttet centre med mange sager for nævnet pr. patientrådgiver : Hvidovre og København med 16,5 sager for nævnet pr patientrådgiver/året, har høje fremmødeprocenter: henholdsvis 95 % og 93 %.

Men alt i alt er en fremmødeprocent på 93 % absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over.

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

1. Årligt at synliggøre problemstillingen ved i 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 de psykiatriske patientklagenævne 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 2010 til 2012 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		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Tvangsindlæggelse	124	141	158	118	133	146
Tvangstilbageholdelse	225	229	212	214	211	202
Tilbageførsel	1	0	0	1	0	0
Tvangsfiksering	69	87	103	49	66	79
Beskyttelsesfiksering	5	1	0	5	1	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	1	0	0	1	0
Tvangsbehandling, medicinsk	178	219	214	146	173	161
Tvangsbehandling, ECT	-	1	1	-	1	1
Fysisk magtanvendelse	21	17	17	19	12	11
Beroligende medicin	180	178	190	162	146	162
Tvungen opfølgning	-	3	4	-	2	3
Andet, f.eks. skærmning	1	5	4	4	3	4
I alt	807*	882**	903***	718	749	769

* heraf er 31 flertalsafgørelser (3 %)

** heraf er 25 flertalsafgørelser (3 %)

*** heraf er 20 flertalsafgørelser (2 %)

	Antal tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Tvangsindlæggelse	6	8	12	5	6	8
Tvangstilbageholdelse	11	18	10	5	8	5
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	20	21	24	29	24	23
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	32	46	53	18	21	25
Tvangsbehandling, ECT	-	0	0	-	0	0
Fysisk magtanvendelse	2	5	6	10	29	35
Beroligende medicin	18	32	28	10	18	15
Tvungen opfølgning	-	1	1	-	33	25
Andet, f.eks. skærming	0	2	0	0	40	0
I alt	89	133	134	11	15	15

Nævnets omgørelsesprocent holder sig inden for det interval på 10-15 %, som er den sædvanlige omgørelsesprocent i et klagenævn.

Generelt må det siges, at det faktiske antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenterne er stabile set over en tre-årig periode. Dog har en løbende skærpelse af praksis med hensyn til tvangsbehandling betydet en stigning i antallet af afgørelser på dette område.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Lovændringen den 1. januar 2007 betød, at klager over de psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering ikke som tidligere skulle påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, men til byretten.

De 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 sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

De psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk magt, personlig alarm, pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærming, der varer mere end 24 timer, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2012 blev 71 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene og 41 for Det Psykiatriske Ankenævn. Ankeprocenten i 2012 var 12 % sammenlignet med 2011, hvor den var 22 % og 17 % i 2010. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

Skema 12

Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser						
	2010			2011		
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsindlæggelse	124	30	24	141	44	31
Tvangstilbageholdelse	225	52	23	229	60	26
Tvangsfiksering	69	2	3	87	17	20
Tvangsbehandling	178	34	19	219	36	16
Fysisk magtanvendelse	21	3	14	17	2	12
Beroligende medicin	180	17	9	178	35	20
Personlig skærmning	0	0	0	0	0	0
Andet	10	1	10	11	0	0
I alt	807	139	17	882	194	22

	2012		
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsindlæggelse	158	29	20
Tvangstilbageholdelse	212	39	18
Tvangsfiksering	103	3	3
Tvangsbehandling	215	29	13
Fysisk magtanvendelse	17	0	0
Beroligende medicin	190	11	6
Personlig skærmning	4	1	25
Andet	4	0	0
I alt	903	112	12

7a. Indbringelse for domstolene

De 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 2012 har domstolene stadfæstet 29 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I 16 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 25 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			
	2010	2011	2012
Stadfæstet	40	55	29
Tilsidesat	0	0	1
Frafaldet af patient	18	30	16

7b. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

De 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 2012 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 15 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. 11 afgørelser er blevet tilsidesat. Endvidere er 15 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det bemærkes endelig, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har hjemvist en afgørelse. Nedenfor er vist udfaldet af klagesager i de seneste tre år:

Skema 14

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2010	2011	2012
Stadfæstet	24	8	15
Tilsidesat	5	7	11
Frafaldet af patient	6	9	0

8. Det Psykiatriske Patientklagenævns aktiviteter i øvrigt

I årets løb har Henning Lund-Sørensen og Charlotte Galbo deltaget i patientrådgivermøder på alle de psykiatriske centre, bortset fra Psykiatrisk Center Amager og Frederiksberg, der ikke har afholdt patientrådgivermøde. Patientrådgiverne har her haft lejlighed til at drøfte spørgsmål med både centret og sekretariatet, ligesom der har været en almindelig informationsudveksling. Sekretariatet skal opfordre Psykiatrisk Center Amager og Frederiksberg til at indkalde til patientrådgivermøde.

Henning Lund-Sørensen har holdt oplæg ved kurser arrangeret af Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark den 17.-18. november 2012 i Kalundborg.

Sekretariatet har afholdt møde med Det Grønlandske Sundhedsministerium i september 2012, hvor sekretariatet orienterede om erfaringer med de psykiatriske patientklagenævn i Danmark

Sekretariatet har to gange i årets løb indkaldt de øvrige statsforvaltninger til fagportalmøde, hvor man vidensdeler og tilstræber at sikre en ensartet nævnspraksis i hele landet. Ved det ene fagportalmøde deltog endvidere repræsentanter fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der præsenterede en ny praksissammenfatning – se afsnit II.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Referat af møde i fagportalgruppen for de psykiatriske patientklagenævn med sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn

3. december 2012

Mødet var arrangeret som et dialogmøde til afklaring af Ankenævnets praksis. Forud for mødet havde de psykiatriske patientklagenævn stillet spørgsmål til Ankenævnet om følgende:

Tvangsbehandling

Tællemåde ved motivationstid, motivering op til og på beslutningsdagen, motivation for dosis og dosisinterval, krav om orientering om virkning og bivirkninger af primært og subsidært præparat, anvendelse af motivationsskema, anvendelsen af depotmedicin, tvangsbehandling med Leponex, herunder spørgsmål om blodprøvetagning, krav til beslutning om tvangsbehandling med ECT.

Anvendelse af fysisk magt

Mindste middels princippet, fysisk magtanvendelse ved tvangsfiksering /beroligende medicin

Beroligende medicin

Ankenævnets praksis vedr. mindste middels princippet, nævnenes kontrol af dosis, herunder ved hurtigt gentagne indgivelser af beroligende medicin, krav om særlig begrundelse ved valg af injektion fremfor tablet.

Personlig skærmning Udvikling i praksis.

Øvrige spørgsmål

Nævnenes stillingtagen til manglende klagevejledning og retsvirkningen heraf.
Nævnenes stillingtagen til manglende eftersamtale og retsvirkningerne heraf.
Samtidig beslutning om tvangsbehandling og tvungen opfølgning efter udskrivning.

Ankenævnets indlæg

Specialkonsulent Susan Rasmussen og fuldmægtig Mie Hindborg fra Ankenævnets sekretariat gennemgik nævnets praksis.

Tvangsbehandling :

Motivation og dokumentation

Ankenævnets praksis har udviklet sig i løbet af året med hensyn til motivation for medicinsk behandling, idet kravene til indhold og dokumentation for motivationen løbende er blevet skærpet, mens motivationsperiodens længde overvejes afkortet. Ankenævnet har den 28. november 2012 udgivet et nyhedsbrev om, at patienten skal motiveres for hele det påtænkte dosisinterval, og hvis dosis er usædvanlig, skal patienterne informeres om, hvorfor denne dosis skal anvendes.

Nævnet er opmærksomt på udviklingen i praksis, og der vil i december blive afholdt næste møde, hvor der vil være sager på mødet, der kan skabe afklaring af praksis. Anke-

nævnet vil herefter sende afgørelser anonymiseret til de psykiatriske patientklagenævn til afklaring af praksis.

Ankenævnet har dog i konkrete afgørelser fremhævet § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, hvoraf det fremgår, at formålet med motivationsperioden er, at patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal patienten så vidt muligt have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Herudover har Ankenævnet i konkrete afgørelser fastslået følgende:

1. Motivation for behandling skal foregå forud for og op til beslutningen om tvangsbehandling bliver truffet. Det er ikke tilstrækkeligt at motivere efterfølgende.
2. Der skal skelnes mellem den situation, hvor man generelt søger at motivere en patient for frivillig behandling, og den situation, hvor der motiveres med henblik på en mulig tvangsbehandling. Motivationsperioden regnes først fra det tidspunkt, hvor der ordineres en konkret behandling med henblik på iværksættelse af tvang, såfremt patienten fortsat modsætter sig behandling.
3. Hvis en beslutning om tvangsbehandling underkendes, skal der iværksættes en ny motivationsperiode. Motivationsfasen, der er gået forud for den beslutning om tvangsbehandling, der blev underkendt, kan ikke medregnes i motivationen op til den nye beslutning.
4. Patienten skal motiveres for hele dosisintervallet, når det som primært præparat påtænkes at tvangsbehandle med et sådant.
5. Ved anvendelse af dosis over den sædvanlig angivne dosis på pro.medicin.dk, skal patienterne informeres om dette, samt om, hvorfor denne dosis skal anvendes. Det skal endvidere konkret fremgå af journalen.
6. Motivationskemaer anses som en del af journalføringen og kan dokumentere motivation.

Tvangsbehandling med Leponex og blodprøvetagning

Af Dansk Psykiatrisk Selskabs vejledende retningslinjer (klaringsrapport nr. 5, 1998) for behandling med antipsykotisk medicin fremgår, at Leponex (Clozapin) som udgangspunkt ikke bør anvendes til tvangsbehandling. Baggrunden for dette er, at Leponex i sjældne tilfælde kan have alvorlige bivirkninger i form af påvirkning af antallet af hvide blodlegemer.

Udgangspunktet om, at Leponex ikke bør anvendes til tvangsbehandling, kan dog fraviges i ganske særlige tilfælde, f.eks. hvor flere andre antipsykotika har været uden tilstrækkelig effekt, og når der er tale om en svært psykotisk tilstand, der jævnligt medfører fare for andre.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved brev af 18. december 2006 til det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn anført, at det var ministeriets opfattelse, at såfremt der er truffet beslutning om tvangsbehandling, kan der gennemføres blodprøvetagning ved tvang, hvis blodprøvetagning er en nødvendig forudsætning for og dermed kan betragtes som et nødvendigt element i gennemførelse af tvangsbehandlingen.

Pligt til at informere patienten om virkninger og bivirkninger ved det subsidiære præparat.

Det fremgår af nyhedsbrev af 3. marts 2011 udsendt af Ankenævnet, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, både for så vidt angår det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat.

I løbet af 2012 har ankenævnet i overensstemmelse hermed truffet en række afgørelser, hvor informationen for det subsidiære præparat er fundet tilstrækkelig, da patienten forinden beslutningen om tvangsbehandling blev informeret om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater, som ville indgå i beslutningen om tvang.

Ankenævnet har i 2012 ikke truffet afgørelser, hvori ankenævnet har anført, at der burde have været informeret om virkning og bivirkning ved det subsidiære præparat mere end én gang, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

ECT-behandling med tvang

Ankenævnet har ikke behandlet sager vedrørende tvangsbehandling med ECT i 2012. Ankenævnet har dog modtaget en sådan klage, som forventes afgjort i december 2012.

Ankenævnet har således endnu ikke taget stilling til, hvad der skal motiveres for, herunder om der skal motiveres for antal ECT-behandlinger og den tidsmæssige udstrækning af behandlingen.

De almindelige betingelser for tvangsbehandling skal være opfyldt. Behandlingen skal således ske under iagttagelse af mindste middels princip og tvang må ikke anvende i videre omfang end, hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Fysisk magtanvendelse

Det fremgår af § 17, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt.

Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindste middels princip, jf. lovens § 4.

Beroligende medicin

Ankenævnet har i konkrete afgørelser fastslået følgende:

Det skal som udgangspunkt være forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, og være forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse, før beroligende medicin med tvang kan gives.

Udgangspunktet er dog konkret fraveget, hvor en patient var bæltefikseret og farlig og fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse. Dette var i det konkrete tilfælde tilstrækkeligt til at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Godkendt lægemiddel i sædvanlig dosering

Ved prøvelse af, om indgivelse af beroligende middel med tvang opfylder kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, anvendes pro.medicin.dk's angivelser af sædvanlig dosering.

Klagevejledning

Ifølge § 32 skal patienten ved enhver anvendelse af tvang vejledes om adgangen til at påklage indgrebet. Patientklagenævnene kan behandle klager over manglende klagevejledning, når der er tale om et tvangsindgreb, der er omfattet af nævnets kompetence, idet disse forhold har en tæt tilknytning til selve tvangsindgrebet, og i forbindelse med tvangsbehandling kan medføre, at klagen får opsættende virkning. Klagen over dette skal indgives i umiddelbar tilknytning til klagen over tvangsindgrebet.

Eftersamtaler

Eftersamtaler er sundhedsfaglig virksomhed henset til formålet med og det i lov og vejledning fastlagte indhold af sådanne eftersamtaler og spørgsmålet om eftersamtaler er ikke omfattet af nævnenes kompetence. Ankenævnet har i klager over dette henvist patienten til at få sin klage behandlet ved Patientombuddet.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 blandt andet om eftersamtaler, at formålet hermed er, at sundhedspersonen kan blive bekendt med patientens opfattelse af den anvendte tvang og opnå en bedre forståelse af patientens reaktionsmønstre, således at man kan søge at forebygge eller reducere tvangsansvendelse over for den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatisk måde for patienten.

2. Refleksioner omkring motivering forud for beslutning om tvangsmedicinering

a. Dansk Psykiatrisk Selskab udsendte i april 1989 "Vejledende retningslinier i brug af neuroleptika".

I forordet anførte bestyrelsen, at "det er bestyrelsens opfattelse, at de vejledende retningslinier på nogle felter medføre en tilpasning af den hidtidige praksis. På den anden side må det fremhæves, at redegørelsen, efter bestyrelsens mening repræsenterer et videnskabeligt og alment psykiatrisk, særdeles velfunderet grundlag for udviklingen vedrørende neuroleptikabehandling her i landet."

I vejledningen hedder det: "En patient skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål, og patienten skal, når forholdene tillader det, have en passende betænkningstid.

Det er ikke fastlagt, hvad "passende" betyder, men betænkningstiden bør, hvis patienten ikke er meget forpint eller aggressiv, kunne udstrækkes til omkring to-tre uger, for eksempel ved paranoide tilstande."

b. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn foretog fra begyndelsen af år 2000 en praksisændring, der slækkede på kravet til motivationstid. Herefter var det tilstrækkeligt at motivere i en uges tid.

Dansk Psykologisk Selskabs vejledende retningslinier var som anført baseret på et "videnskabeligt og alment psykiatrisk, særdeles velfunderet grundlag". Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksisændring havde ikke grundlag i noget videnskabeligt grundlag. Det er ikke umiddelbart gennemskueligt hvad, der var bestemmende for Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksisændring.

c. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2009 en udredning om "Tvangsforanstaltninger i psykiatrien", der indeholdt en udtalelse fra en referencegruppe og Sundhedsstyrelsens egne vurderinger.

I udredningen hedder det:

"Anvendelsen af tvang inden for psykiatrien reguleres i Danmark forholdsvis detaljeret af psykiatriloven, hvilket referencegruppen finder fungerer efter hensigten, da der er tale om alvorlige indgreb i den personlige frihed.

Referencegruppen har overvejet, om det kan være en fordel for patientens behandling at forkorte motivationsperioden til få dage, og at det overvejes, at klage over medikamentel tvangsbehandling ikke tillægges opsættende virkning.

I de undersøgte europæiske lande er det, ligesom i Danmark, muligt at anvende medikamentel tvangsbehandling. I nogle lande giver lovgivningen psykiateren mulighed for umiddelbart at iværksætte medikamentel tvangsbehandling, når patienten er frihedsberøvet. Dette er ikke muligt i Danmark, hvor en læge på psykiatrisk afdeling skal søge at motivere patienten til frivilligt at acceptere behandlingen. Først når dette har vist sig umuligt, kan beslutning om tvangsmedicinering gennemføres. Patienten eller patientrådgiveren kan klage over beslutningen om iværksættelse af medikamentel tvangsbehandling, hvilket som udgangspunkt tillægges opsættende virkning.

De psykiatriske patientklagenævn har gennem deres afgørelser fastlagt en generel praksis, som tilsiger, at motivationsperioden bør være mindst 10-15 dage. De regionale psykiatriske patientklagenævn skal senest 7 hverdage efter klagens modtagelse have færdigbehandlet denne og have afgjort, hvorvidt tvangsbehandling kan iværksættes. Dette betyder, at tvangsbehandling som regel først kan iværksættes 17-22 dage efter, at overlægen har vurderet, at patienten har behov for medikamentel tvangsbehandling. Der er derfor stor risiko for, at det i denne periode bliver nødvendigt at anvende andre tvangsforanstaltninger, fx tvangsfiksering, og at frihedsberøvelsen eventuelt kan blive et tilsvarende antal dage forlænget, hvilket ofte ikke vil være til gavn for patienten.

Sundhedsstyrelsens vurderinger

Igennem de senere år har holdningen til længden af motivationsperiode i forbindelse med medikamentel tvangsbehandling ændret sig. Dette afspejles i de psykiatriske patientklagenævns praksis, hvor det for nogle år siden vurderedes, at en motivationsperiode på ca. en uge var passende. I dag er nævnenes praksis, at klagen gives medhold, såfremt motivationsperioden har varet under 10-14 dage. Motivationsperioden er den tid der går fra den lægelige beslutning om, at en konkret medicinering er indiceret og nødvendig for patientens liv og helbredsmuligheder og man søger at motivere patienten for behandling og indtil det tidspunkt, hvor den behandlingsansvarlige overlæge træffer beslutning om iværksættelse af denne tvangsbehandling, fordi patienten ikke frivilligt vil medvirke til behandlingen.

Sundhedsstyrelsen er enig i referencegruppens opfattelse af det uhensigtsmæssige i, at der kan gå op til 3 uger fra beslutning om, at medicinsk behandling er nødvendig, til behandlingen reelt kan iværksættes, idet en klage kan have opsættende virkning i op til 7 dage. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at det blandt andet af retssikkerhedsmæssige grunde er hensigtsmæssigt at opretholde den generelle regel i loven om at en klage over tvangsbehandling har opsættende virkning. Derimod vurderer styrelsen, at der i lovgivningen bør fastsættes en maksimal motivationsperiode på 3 dage. Det skal i den forbindelse erindres, at der forud for beslutning om psykofarmakologisk behandling foreligger en udredningsperiode, og at tvangsbehandling endvidere først vil blive iværksat efter at det psykiatriske patientklagenævn har truffet afgørelse vedrørende en eventuel klage over tvangsbehandling.

Udredningsperiodens længde vil afhænge af forskellige forhold, herunder om det er patientens første psykotiske periode, om der tidligere har været effekt af psykofarmaka, af alvoren og generne for patienten ved den aktuelle psykose samt af eventuelle andre forhold. Det bemærkes, at det kan være overordentlig pinagtigt for psykotiske patienter at være ubehandlede i denne periode.”

d. Den 1. oktober 2010 blev der indsat en bestemmelse i psykiatriloven om, at "betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage".

e. Det er tankevækkende, at et absolut grundlæggende princip om at tilstræbe frivillighed i behandlingen, i løbet af en kort årrække er reduceret fra en regel om en motivationstid på to-tre uger til den seneste praksis fra Det Psykiatriske Ankenævn, der arbejder med en motivationstid på en dag.

Det er så meget mere bemærkelsesværdigt i betragtning af, at Det Psykiatriske Selskab i 1989 henviste til videnskabelig belæg for reglen om motivationstid på to-tre uger, mens den seneste praksis mere er båret af en henvisning til den almindelige udvikling inden for psykiatriområdet. Det forekommer svært at gennemskue, hvilket gennembrud inden for psykiatrien, der helt præcist har været årsag til denne væsentlige ændring i patienternes retsstilling.

Udviklingen kan synes problematisk, når man betænkter at problemstillingen angår ryggraden i det psykiatriske behandlingssystem, der som udgangspunkt altid skal bygge på frivillighed.

Henset til problemstillingens fundamentale karakter må lovreglen i psykiatrilovens § 12, stk. 5 om at "betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage.", fortolkes som en maksimumsregel, der samtidig er det legale udgangspunkt. Med andre ord: patienten har maksimalt krav på motivering i tre dage – men de tre dages motivationstid har patienten til gengæld som altovervejende hovedregel krav på. Reglen om motivationstid er således som hovedregel både en maksimumsregel og en minimumsregel.

Det bemærkelsesværdige er at maksimumsreglen kan "brydes", hvis der ud fra en lægelig vurdering er belæg for en længere motivationsperiode og minimumsreglen kan "brydes", hvis betingelserne i bekendtgørelse 1338 af 2. december 2010 § 3, stk. 3 om "sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed m.v." er opfyldt. Sidstnævnte bestemmelse er en indikation af, at der skal foreligge særlige konkrete forhold for, at man kan fravige hovedreglen om minimum tre dages motivationstid, og at disse forhold som gyldighedsbetingelse skal journalføres.

Afsnit III: Principielle afgørelser

1. *Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse*

Tvangsindlæggelse ikke godkendt, da der ikke forelå en vurdering fra en læge på den modtagende afdeling om, at patienten var psykotisk eller i en tilstand, der ganske kunne sidestilles med psykose.

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 11. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke, at patienten blev tvangsindlagt den 29. juni 2012.

Nævnet lagde vægt på, at det i forbindelse med indlæggelsen blev noteret i journalen, at patienten var "vågen klar og orienteret i tid, sted og egne data. Stemningslejet er neutralt. Patienten er meget vred og græder ved ankomsten, men falder fuldstændigt til ro under samtalen. Giver god blikkontakt og giver fornuftig emotionel og formel kontakt, efter at hun er faldet til ro. Psykomotorisk tempo naturligt. Svarer klart og relevant på alle stillede spørgsmål. Er samarbejdsvillig. Umiddelbart ingen tankeforstyrrelser, nægter synshallucinationer og fremstår ikke produktivt psykotisk under samtalen. Vurderes ikke aktuelt suicidaltruget, da hun kan tage afstand fra alle suicidale tanker og impulser på troværdig vis". Videre stod der at, "patienten lægeligt ved indlæggelsessamtalen hverken vurderedes suicidaltruget, eller produktivt psykotisk". Egen læge havde umiddelbart forud for indlæggelsen vurderet, at der ikke var indikation for tvangsindlæggelse, og at patienten frit kunne rejse til Afrika. Heller ikke under indlæggelsen blev patienten fundet psykotisk.

Nævnet fandt herefter, at tvangsindlæggelsen var ulovlig, da der ikke i journaloptegnelser i forbindelse med tvangsindlæggelsen – og i øvrigt heller ikke senere under indlæggelsen – var beskrevet en tilstand, der kunne betegnes som psykotisk eller en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed, og da der ikke var oplyst andre forhold, der indikerede, at patienten på dette tidspunkt var i en tilstand, der var omfattet af § 5 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Uanset at der ikke på dette tidspunkt forelå et udskrivningsønske blev det ifølge indlæggelsesnotatet oplyst over for patienten, at hendes tilstand og anamnesticke forhold op til indlæggelsen ville blive revurderet inden for de næste 48 timer.

Nævnet bemærkede hertil, at 48-timers reglen i psykiatrilovens § 10, stk. 3, alene finder anvendelse, såfremt en patient er tvangsindlagt og fremsætter anmodning om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelsen har fundet sted. Hvis der ikke er fremsat anmodning om udskrivning, finder bestemmelserne i § 21, stk. 2, om løbende revurderinger anvendelse.

Tvangsindlæggelse ikke godkendt, da påståede vrangforestillinger havde reel baggrund.

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Nævnet traf afgørelse den 10. oktober 2012.

Nævnet godkendte ikke, at patienten blev tvangsindlagt den 24. september 2012.

Det fremgik af egen læges erklæring i forbindelse med tvangsindlæggelsen, at patienten "gennem flere år (har) følt sig generet af insekter i lejligheden. Rentokil har ved 1. besøg fundet fuglemider og gasset lejligheden flere gange og mener ikke, der er flere dyr. Patienten fastholder dog, at han kan høre dyrene, er nødt til at vaske sit tøj dagligt. Når han har vasket væggen, kan han en time senere mærke insekterne. Generet af kløe, som han tilskriver insekterne".

Ved den objektive psykiatriske vurdering ved indlæggelsen blev patienten beskrevet "vågen, klar, orienteret. Neutralt stemningsleje. Psykomotorisk er patienten en kende agiteret. Emotionelt er kontakten noget indsnævret, formelt præges den af persevereren omkring skimmelsvamp/skadedyrproblemer. Patienten huser paranoide forestillinger og beskriver auditive samt taktile hallucinationer eller coenæstesier. Findes psykotisk. Ingen suicidale tanker af nogen art. Scorer 2 ud af 8 på reg. screeningsinstruks. Risikoniveau 1."

Nævnet havde imidlertid også oplysninger om, at der forelå en aktuel rapport om alt for højt skimmelsvampniveau og at boligselskabet havde igangsat en større renovering af patientens lejlighed.

Nævnet lagde efter en samlet vurdering af sagens oplysninger vægt på, at den modtagende psykiater på det psykiatriske center, tog patientens oplysninger om problemer på grund af skimmelsvamp og skadedyr samt patientens egen læges oplysninger herom i den afgivne lægeerklæring, i betragtning ved vurderingen af patientens tilstand, hvor det fandtes, at patienten var psykotisk og husede paranoide forestillinger. Oplysningerne om forholdene i patientens lejlighed og hans optagethed heraf, havde, uanset at der havde været andre momenter således haft betydning for vurderingen af, at patienten var i en psykotisk tilstand. Henset til at der forelå en aktuel rapport om alt for højt skimmelsvampniveau og at Boligselskabet havde igangsat større renovering af patientens lejlighed, fandt nævnet ikke at kunne bortse fra, at patienten fortsat op til indlæggelsen havde været udsat i sin lejlighed, og at generne bl.a. med kløe til følge, således ikke havde været resultat af paranoide forestillinger. Nævnet fandt derfor ikke, at det er tilstrækkeligt godtgjort, at patienten var psykotisk på indlæggelsestidspunktet, og at det ville have været uforsvarligt ikke at indlægge patienten med henblik på behandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt herefter, at iværksættelse af tvangsindlæggelsen var ulovlig og godkendte derfor ikke tvangsindlæggelsen og den efterfølgende tvangstilbageholdelse indtil ophør d. 27. september 2012.

Nævnets afgørelse følger den praksis, som byretten tidligere har udstukket, jf. årsberetning 2010 side 38

Tvangsindlæggelse og efterfølgende tvangstilbageholdelse efter omstændighederne godkendt, men fundet ulovlig, idet indlæggelsen ikke kunne betragtes som frivillig.

En patient klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 16. maj 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangstilbageholdt den 30. april 2012, men fandt, at indlæggelsen havde været ulovlig af formelle grunde fra indlæggelsestidspunktet den 29. april 2012.

Patienten blev indbragt efter andres anmodning og ledsaget af psykiatrisk udrykningstjeneste, assisteret af politiet.

Nævnet fandt, at der på denne baggrund var skabt en formodning for, at der ikke var tale om en frivillig indlæggelse, og i hvert fald var der en sådan tvivl, at der burde have været indhentet et informeret samtykke til frivillig indlæggelse. Da dette ikke var sket, fandt nævnet det ikke godtgjort, at indlæggelsen skete frivilligt. Der var reelt tale om en tvangsindlæggelse. Tvangsindlæggelsen var ulovlig, da de formelle procedureregler ikke var opfyldt.

Nævnet fandt imidlertid, at de materielle betingelser for tvangsindlæggelse og efterfølgende tvangstilbageholdelse var opfyldt, idet patienten var psykotisk og udsigten til helbredelse eller betydelig og afgørende bedring af hans tilstand ellers ville blive væsentligt forringet.

Tvangstilbageholdelse efter omstændighederne godkendt, selv om indlæggelsen hverken var frivillig eller en tvangsindlæggelse.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 19. december 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangstilbageholdt den 7. december 2012, men fandt, at indlæggelsen fra indlæggelsestidspunktet havde været ulovlig af formelle grunde.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var blevet frivilligt indlagt, men at patienten ved indlæggelsen havde betinget sig, at der skulle ske udskrivelse næste dag, hvilket var journalført. Ved udskrivningsønske dagen efter indlæggelsen blev patienten tvangstilbageholdt. Overlægen havde i journal og lægeerklæring efterfølgende præciseret, at der ikke var indgået en aftale om udskrivelse.

Nævnet bemærkede, at det er en betingelse for, at der kan ske tvangstilbageholdelse, at patienten enten er indlagt, frivilligt eller i form af en tvangsindlæggelse. Den frivillige indlæggelse var i dette tilfælde fra patientens side betinget af, at der skulle ske udskrivelse næste dag. Da der således var tale om, at patienten lod sig indlægge på andre vilkår end dem, det psykiatriske center kunne tilbyde, fandt nævnet, at indlæggelsen burde have fundet sted som en tvangsindlæggelse under iagttagelse af de retsgarantier, der gælder for en tvangsindlæggelse. Der forelå ikke i sagen indlæggelsespapirer og politigodkendelse. De formelle betingelser for tvangsindlæggelse var således ikke opfyldt.

Nævnet fandt imidlertid, at de materielle betingelser for tvangsindlæggelse var opfyldt på tidspunktet for indlæggelsen. Nævnet lagde vægt på, at patienten blev vurderet i hypoman/manisk fase med klart eretisk stemningsleje og let vakt irritabilitet og med behov for stabiliserende behandling for at undgå forværring af sin tilstand.

Tvangsindlæggelse og efterfølgende tvangstilbageholdelse ikke godkendt, da det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten var sindssyg. Mindste middels princippet var endvidere ikke opfyldt, idet det ikke var forsøgt at opnå frivillig indlæggelse.

En patient klagede over, at hun var blevet tvangsindlagt og tvangstilbageholdt. Nævnet traf afgørelse den 3. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke, at patienten blev tvangsindlagt den 18. februar 2012 og godkendte således heller ikke tvangstilbageholdelse, den 19. februar 2012 og frem til ophør den 20. februar 2012.

I journalen under "objektiv psykiatrisk undersøgelse" på indlæggelsestidspunktet var noteret: "Vågen, klar og orienteret. Stemningslejet diskret nedsat. Får tårer i øjnene på adækvate tidspunkter. Fortæller indføleligt og relevant på nær det, at hun indleder samtalen med at spørge om, hvordan det kan være, at oplysningerne om hendes sidste kontakt til Skadestuen er kommet frem til politiet, selv om hun ikke har givet tilsagn til videregivelse af disse. Er perseverende omkring beboerne i hendes opgang, som dog måske ikke er så uforståeligt. Er ganske diskret emotionelt distanceret i kontakten. Er ikke produktivt psykotisk, og den historie hun fortæller, fremlægger hun ikke på en klokkeklar psykotisk måde. Adspurgt om selvmordstanker fortæller patienten, at når hun tænker over det, synes hun, at bunden simpelthen er nået med dagens tvangsindlæggelse, men at hun med 100 % kan garantere os, at hun ikke kunne finde på at tage sit eget liv. Sidst i samtalen kommer vi dog ind på patientens tilbagevenden til lejligheden igen, og da siger hun, at hun absolut ikke ønsker at vende tilbage til den lejlighed, og at hun faktisk vil begå selvmord, hvis hun skal tilbage til den. Dette opfatter jeg dog helt klart som en reaktion, mere end en reel hensigt. Patienten vurderes således uden øget selvmordsrisiko – niveau 1."

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt det på denne baggrund ikke godtgjort, at patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge. Nævnet fandt endvidere ikke, at mindste middels princippet var opfyldt, idet man ikke i journalen havde diskuteret at man, inden beslutningen om tvangsindlæggelse blev truffet, havde forsøgt at opnå patientens frivillige medvirken til indlæggelsen.

Tvangstilbageholdelse ikke godkendt, da patienten var frivilligt indlagt og ikke havde begæret sig udskrevet

En patient klagede over, at hun var blevet tvangstilbageholdt. Nævnet traf afgørelse den 2. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke, at patienten blev tvangstilbageholdt den 15. juni 2012.

På mødet oplyste patientrådgiveren, at patienten på intet tidspunkt under indlæggelsen havde bedt om at blive udskrevet. Alt havde været frivilligt. Overlægen oplyste, at der var tale om en kommunikationsfejl og beklagede dette.

Nævnet lagde vægt på, at patienten under hele indlæggelsen havde været frivilligt indlagt, og at patienten ikke på noget tidspunkt havde bedt om at blive udskrevet.

Nævnet bemærkede, at en tvangstilbageholdelse begrebsmæssig forudsatte, at der havde været fremsat en begæring om udskrivelse. Forelå der ikke en udskrivningsbegæring, ville der ikke være anledning til at etablere tvangstilbageholdelse. Der henvistes til psykiatrilovens § 10, stk. 3.

Nævnet tog til efterretning, at det af lægeerklæringen, som også sagt på mødet, fremgik, at der var tale om en særdeles beklagelig kommunikationsfejl.

Manglende egnet botilbud efter udskrivning kunne ikke begrunde fortsat tvangstilbageholdelse. Tilbageholdelsen dog godkendt, da yderligere bedring på ændret medicindosis ikke kunne udelukkes.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. september 2012.

Nævnet godkendte tvangstilbageholdelse den 25. april 2012 og den fortsatte tvangstilbageholdelse.

Der havde været tale om en seks måneder lang indlæggelse. Patienten var efter en lægelig vurdering, på grund af sin grundlidelse, Huntingtons Chorea ikke i stand til at klare sig selv i eget hjem. Patienten var trods tvangsbehandling med antipsykotisk medicin, som havde medført en vis bedring, stadig plaget af hørehallucinationer og var uden sygdomsindsigt. Overlægen oplyste på mødet, at såfremt patienten havde ønsket at samarbejde om anbringelse på et bosted, ville han være blevet udskrevet for længst. Der var startet en værgemålssag med henblik på at få patienten anbragt på et egnet bosted mod hans vilje, men denne var endnu ikke afsluttet.

Nævnet fandt ikke, at forholdene omkring bolig og botilbud kunne danne grundlag for en fortsat tvangstilbageholdelse, idet disse spørgsmål henhørte under den sociale lovgivning. En tvangstilbageholdelse på grundlag af behandlingsindikation efter psykiatrilovens § 5, nr. 1 forudsatte et behandlingssigte – at der var udsigt til helbredelse eller, at en betydelig eller afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet.

Imidlertid oplyste overlægen på mødet, at effekten af den seneste dosisøgning af Abilify ikke med sikkerhed var stabiliseret, og at der dermed kunne være udsigt til, at behandlingen fortsat kunne bidrage til en betydelig og afgørende bedring i patientens tilstand.

Nævnet fandt herefter, at der var et behandlingssigte med den fortsatte tilbageholdelse, som blev godkendt.

2. *Tvangsfiksering*

Tvangsfiksering ikke godkendt, da patienten klart og vedvarende havde anmodet om frivillig fiksering. Anvendelse af rem omkring låret ikke godkendt.

En patient klagede over to tilfælde af tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. september 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte det ene tilfælde, ligesom også anvendelse af hånd- og fodremme blev godkendt, da patienten pustede maven op og kradsede sig selv. Anlæggelse af en rem omkring låret blev ikke godkendt, da en sådan rem ikke var nævnt i psykiatrilovens § 14 som et middel til tvangsfiksering.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke det andet tilfælde af tvangsfiksering, da patienten forud for fikseringen klart og vedvarende havde fremsat ønske om frivillig fiksering, da han "ikke kunne styre sin krop" og senere "var bange for, at han ville komme til at smadre nogen af personalet". Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt at fremsættelsen af ønsket om frivillig fiksering var et fravalg af andre mindre indgribende tvangsindgreb, og at ønsket om frivillig fiksering burde være efterkommet.

Det bemærkes i den forbindelse, at en frivillig fiksering skal journalføres, men at der ikke skal beskikkes en patientrådgiver.

Tvangsfiksering ikke godkendt, da der ikke var beskrevet en konkret, aktuel og påviselig fare.

En patient klagede over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 5. september 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke bæltefikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at det i journalen var anført, at patienten var "anspændt" og "med truende attitude", at han slog hårdt med knyttet næve i bordet og blev ved at forlange sig udskrevet. Patienten gik med personalet tilbage til stuen, og politi, der var til stede, kaldtes til hjælp og fik patienten til at indtage beroligende medicin, hvilket blev tolket som tvang. Efter kort tid kom han ud og var meget "truende" over for personalet. Patienten smækkede hårdt med døren og gik tilbage til sin stue. Da patienten var kendt med voldsomme affektudbrud og var personfarlig, tilkaldtes der igen politi, og han blev lagt i bælte med en fodrem. Da affekten var klinget af, og han var rolig og afdæmpet løsnedes først fodremmen og senere bæltet efter 3 timer.

På baggrund af ovenstående fandt nævnet det ikke tilstrækkeligt dokumenteret, at der i den konkrete situation var en aktuel, konkret og påviselig fare for, at patienten eller andre ville være i fare for at lide skade på legeme eller helbred, hvis han ikke blev bæltefikseret.

Nævnet fandt ikke, at en beskrivelse, der gik ud på, at patienten var "anspændt" og "med truende attitude" og "slog hårdt i bordet med en knyttet hånd", opfyldte betingelserne om

at være konkret. For at tydeliggøre, at der forelå en konkret og påviselig faresituation, måtte det beskrives, på hvilken måde patienten var "truende i attituden" og "anspændt".

Det forhold, at personalet oplevede situationen som voldsom og tilkaldte det tilstedeværende politi, samt at patienten var kendt med voldsomme affektudbrud og var personfarlig, er efter Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse ikke tilstrækkeligt til at opfylde betingelsen om, at han derved konkret og aktuelt udsatte andre for at lide skade på lemme og helbred.

Nævnet har i flere tilfælde fastslået, at der kræves særlig begrundelse for, og overlæge godkendelse af, at der ud over bælte anvendes hånd- og/eller fodrem(me), ligesom der skal tages stilling til fortsat anvendelse af disse ved hvert tilsyn.

En patient klagede over bæltefiksering og fiksering med hånd- og fodremme. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 10. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte fiksering med bælte, men ikke anvendelse af håndremme/fodremme.

Nævnet bemærkede, at det krævede en særlig begrundelse, når en tvangsfiksering suppleredes med hånd- og fodremme. Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at det ikke var tilstrækkeligt at fikser patienten med bælte, herunder var det ikke beskrevet, at patienten f.eks. slog ud med hænderne eller sparkede, eller at patientens kropsbygning kunne medføre, at hun kunne sno sig ud af bæltet, således, at det også var nødvendigt at fikser hende med hånd- og fodremme.

Bæltefiksering kunne ikke anvendes som lindrende middel, hvis betingelserne ikke i øvrigt var opfyldt.

En patient klagede over bæltefiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 21. februar 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke bæltefikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten blev bæltefikseret som beskyttende foranstaltning. Patienten var svært forpint og bæltefikseringen skulle medvirke til at give hende ro og hvile og bryde en svært forpint tilstand. Der var ikke oplysninger om udadreagerende adfærd, selvmutilerende handlinger, suicidale tanker eller andre tegn på fare for patienten selv eller omgivelserne.

Det bemærkedes, at formålet med psykiatrilovens § 14 om tvangsfiksering var at beskytte patienten eller andre imod skade på lemme eller helbred, beskytte medpatienter mod forulempelse og beskytte genstande og inventar mod hærværk. Formålet med psykiatrilovens § 18 om beskyttelsesfiksering var at hindre, at en patient utilsigtet udsatte sig selv for væsentlig fare.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at formålet med fikseringen faldt inden for de nævnte bestemmelsers formål.

Bæltefiksering på grund af forulempelse ikke godkendt, da der var tale om generel forulempelse, der ikke rettede sig mod konkrete medpatienter.

En patient klagede over bæltefiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 31. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke bæltefikseringen.

Fikseringen var iværksat på grund af forulempelse. Forud for fikseringen var patienten beskrevet opkørt, kæmpede imod, havde mange gøremål, råbte og smækkede med døre, og var til stor gene for medpatienter. Han var endvidere beskrevet forpint.

Ifølge forarbejderne til psykiatriloven er det en forudsætning for anvendelse af psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 2, at forulempelse er rettet mod bestemte medpatienter.

Det Psykiatriske Patientklagenævn kunne ikke godkende tvangsfikseringen, da der ikke var tale om konkret forulempelse af bestemte medpatienter.

Bæltefiksering ikke godkendt, da patienten ikke var beskrevet urolig efter indgivelse af beroligende medicin med tvang

En patient klagede over bæltefiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke bæltefikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for bæltefikseringen modtog beroligende medicin med tvang. Efter indgivelse af beroligende medicin blev han båret til sin stue og blev ikke her observeret fysisk urolig eller voldsom. Mindstemiddels princippet fandtes således ikke opfyldt.

Først efter at bæltefikseringen blev gennemført, blev patienten vred over dette og beskrevet urolig og højtråbende i bæltet, hvilket ikke kunne tillægges vægt i forhold til iværksættelsen af bæltefikseringen.

Bæltefiksering kunne ikke anvendes som disciplinært middel.

En patient klagede over bæltefiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 30. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke tvangsfikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for fikseringen var beskrevet som opkørt, kæmpede tydeligt imod, havde mange gøremål, dette på trods af indgivet beroligende medicin. Hun begyndte pludselig at tage bad, tidvis med at hun kom ud på gangen, råbende og smækkende med døren, råbte ukvemsord og var til stor gene for medpatienter, som blev urolige og angste. Det fremgik af sygeplejekardex, at det var aftalt mellem patienten og kontaktpersonen, at såfremt hun ikke kunne overholde skærmning, var eneste udvej bæltefiksering. Patienten kunne ikke acceptere eller overholde dette, og der blev

tilkaldt personale og hun blev lagt i bælte. Først efter anlæggelsen af bæltet blev der beskrevet trusler, skub og spark mod personalet.

Nævnet kunne ikke godkende bæltefikseringen, da der ikke forud for anlæggelsen af bæltet var beskrevet konkret, aktuel og påviselig fare for legemsbeskadigelse, forulempelse af konkrete medpatienter eller fare for hærværk.

3. *Tvungen opfølgning efter udskrivning*

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Patienten var genindlagt flere gange på grund af medicinsvigt, var blevet tvangsindlagt mindst 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.

Patient klagenævnet godkendte ved afgørelse af 3. april 2012 beslutningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 d for tvungen opfølgning efter udskrivning var opfyldt.

Nævnet vurderede på baggrund af den aktuelle indlæggelse, at der var en begrundet formodning og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning ville ophøre med at følge den behandling, der var nødvendig for patientens helbred.

Nævnet fik dokumenteret, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst tre gange, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde havde undladt at følge den behandling, der var anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt og tvangstilbageholdt og, at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men havde undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Nævnet noterede sig, at patienten havde været kendt med paranoid skizofreni gennem flere år.

Nævnet lagde vægt på, at patienten gennem de sidste tre år havde været indlagt flere gange - ofte med tvang. Alene i 2011 blev patienten tvangsindlagt fire gange.

Nævnet lagde i den forbindelse ligeledes vægt på, at indlæggelserne oftest var begrundet i medicinsvigt, og at patienten efterfølgende fik svære psykoser præget af katatoni.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten ligeledes blev tvangsindlagt ved aktuelle indlæggelse, idet patienten var klart psykotisk og præget af katatoni.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ved den seneste udskrivelse blev aftalt, at patienten skulle ses af kontaktperson for OP team en gang om ugen, der skulle sikre, at den medicinske behandling blev overholdt, men at patienten ikke overholdt denne aftale.

Nævnet lagde derudover vægt på, at patienten tidligere havde været behandlet med Trilafon, og at patienten foretrak dette præparat og var bekendt med virkninger og bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ligeledes, at beslutningen om tvungen opfølgning opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde på baggrund af patientens sygdomshistorik lagt på, at der var en stor risiko for, at patienten ville ophøre med den medicinske behandling, og at patientens psykotiske tilstand dermed ville forværres, hvis patienten ikke fik et pålæg om at møde op til mediciner i det psykiatriske sygehusvæsen, efter at hun var blevet udskrevet.

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 det besluttede lægemiddel i form af præparat og dosis, som havde en god effekt på patientens tilstand.

Nævnet konstaterede, at den tvungne opfølgning af den medicinske behandling af patienten efter udskrivning ikke var begyndt, og at den ikke begyndte, før nævnet havde truffet afgørelse.

Nævnet kontrollerede, at det var overlægen, der inden patientens udskrivning, havde truffet beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning.

4. Tvangsbehandling

4.a Tvangsbehandling - motivation i færre end tre dage

Tvangsbehandling ikke godkendt, da der alene var givet én dags betænkningstid.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke tvangsbehandlingen.

Nævnet fandt, at patienten ikke havde haft en passende betænkningstid.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten var blevet motiveret dagen før og på beslutningsdagen og dermed kun havde haft én dags betænkningstid, og at der ikke var oplyst forhold, der kunne begrunde en så kort betænkningstid. Se Det Psykiatriske Patientklagenævns "refleksioner omkring motivering" side 20-22, især side 22. cfr. Det Psykiatriske Ankenævn refereret på side 38, 1. afsnit og side 43.

4.b Tvangsbehandling – ECT

Tvangsbehandling med ECT ikke godkendt. Kritik af, at stærk og konsekvent afvisning af behandling ikke blev opfattet som en klage.

En patient klagede over tvangsbehandling med ECT. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke tvangsbehandling med ECT i alt seks gange i perioden fra 4. juni – til 13. juni 2012. Nævnet udtalte endvidere kritik af, at patientens stærke og konsekvente afvisning af at modtage ECT behandling ikke af den behandlingsansvarlige overlæge blev opfattet som en klage, der ville have givet behandlingen opsættende virkning.

Et flertal fandt det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at patienten opfyldte de meget restriktive kriterier, der kan indicere anvendelse af ECT.

Flertallet henviste til lovforarbejderne til psykiatriloven, hvor det anføres at "der som eksempel på en situation, hvor ECT givet under tvang kan overvejes, kan nævnes tilstanden akut delir. Det akutte delir kan være præget af hallucinationer, søvnløshed og bevægelsesuro. I løbet af kort tid kan der komme høj feber, væskemangel og afmatning og patienten kan dø meget hurtigt, hvis behandlingen ikke iværksættes. Hvis akut delir udvikler sig i livstruende retning, kan der være indikation for ECT-behandling."

Endvidere var det nævnt i forarbejderne, at "en svær depression i enkelte tilfælde kan udvikle sig og blive livstruende. Patienten kan være stærkt eller akut selvmordstruet eller i en så apatisk tilstand, at der er risiko for livstruende funktioner, f.eks. på grund af manglende indtagelse af føde eller væske. I sådanne situationer kan ECT givet under tvang overvejes".

Det bemærkedes, at det, selv i ovennævnte tilfælde, ikke uden videre var givet, at der skulle iværksættes ECT-behandling, men at det som nævnt kunne overvejes.

Flertallet anlagde i overensstemmelse med lovgivers intentioner en meget streng fortolkning af psykiatrilovens § 12, stk. 3.

Overlægen havde i erklæringen anført, at patienten fik ECT- behandling "på grund af risiko for delir".

Det fremgik af sagen, at patienten ikke havde sovet week-enden igennem, at patienten fik store doser medicin uden effekt og at patienten var i konstant aktivitet – at patienten befandt sig i en tilstand, der kunne sidestilles med de ovennævnte eksempler, hvor ECT måske kan komme på tale.

Nævnet kunne imidlertid ikke godkende ECT behandlingen, idet det ikke udtrykkeligt i journalen fremgik, at der i forbindelse med motiveringen også var oplyst om virkninger og bivirkninger af behandlingen.

Nævnet bemærkede særligt, at patientens stærke og konsekvente afvisning af at modtage ECT behandling burde have været opfattet som en klage – eller i hvert fald en indikation for en klage, der burde have været forelagt for patientrådgiveren.

Da den behandlingsansvarlige overlæge således den 1. juni talte med patienten om ECT, anførte overlægen "at patienten under ingen omstændigheder" ønskede ECT og sagde videre at " det kan overlægen selv få en omgang af".

Da patienten om søndag den 3. juni kl. 13.30 igen blev orienteret om ECT behandling, blev patienten højtråbende og udkældende og ville rejse sig fra sin seng for at løbe efter lægen, men blev forhindret i det på grund af, at hun var bæltefikseret.

Da overlægen den 4. juli talte med hende igen om ECT behandling, blev hun "straks råbende og skrigende, ønsker det ikke."

Tvangsbehandling med ECT godkendt.

En patient klagede over tvangsbehandling med ECT. Det Psykiatriske Patientklagenævns traf afgørelse den 1. august 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandling med ECT ved seks behandlinger sideløbende med medicinsk tvangsbehandling.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for beslutningen, foruden klare psykotiske tegn og skadelig adfærd, fremstod med takykardi og søvnmangel og at behandling med ECT blev vurderet nødvendig for at undgå regulært delir.

Tvangsbehandling med ECT godkendt.

En patient klagede over tvangsbehandling med ECT. Det Psykiatriske Patientklagenævns traf afgørelse den 1. marts 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandling med ECT.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var svært forpint og var i en svær depressiv tilstand med psykotisk overbygning. Overlægen havde endvidere vurderet, at hun var i en livstruende tilstand på grund af manglende væskeindtag, idet hun ikke havde spist eller drukket i seks dage, bortset fra en lille mængde sodavand og en smule vand fra vandhanen.

4.c *Tvangsbehandling – depot*

Tvangsbehandling med depotpræparat godkendt.

En patient klagede over tvangsbehandling med et depotpræparat. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 23. maj 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandling med inj. Cisordinol 200 mg. hver 14. dag.

Nævnet lagde vægt på, at patienten efter tidligere indlæggelser straks efter udskrivelse var ophørt med at tage tabletmedicin, idet patienten ikke mente at have behov for medicin, da patienten ikke var skizofren. Dette havde medført genindlæggelser på grund af medicinsvigt, og patienten var kendt på afdelingen. Patienten havde tidligere haft gavn af depotbehandling med Cisordinol, og det blev vurderet, at depotbehandling kunne fastholde bedringen i tilstanden også efter udskrivning, forhindre nye sygdomsepisoder og sikre opfølgning ved fornyet medicinsvigt.

Tvangsbehandling med depotpræparat godkendt.

En patient klagede over tvangsbehandling med et depotpræparat. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. april 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandling med inj. Trilafon Dekanoat 108,2 mg. i.m. hver 14. dag og at dosis kunne justeres efter effekt og bivirkninger inden for sædvanligt doseringsområde.

Nævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Trilafon depot, at hun tidligere var ophørt med medicin straks efter udskrivelse med genindlæggelser til følge og at patientens manglende sygdomserkendelse havde medført, at hun ikke havde kunnet medvirke til frivillig antipsykotisk behandling efter udskrivelse og det blev vurderet, at depotbehandling kunne fastholde bedringen i tilstanden også efter udskrivning, forhindre nye sygdomsepisoder og sikre opfølgning ved fornyet medicinsvigt.

4.d *Blodprøve med tvang*

Udtagelse af blodprøver med tvang godkendt som tvangsbehandling. Modstand mod blodprøvetagning burde være opfattet som en klage og tillagt opsættende virkning. Tvangsprotokol skulle være udarbejdet.

En patient klagede over, at der var blevet udtaget blodprøver med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om, at udtage blodprøve med tvang. Nævnet fandt dog, at patientens modstand herimod burde have været opfattet som en klage og tillagt opsættende virkning.

Nævnet lagde til grund, at blodprøven blev udtaget som en nødvendig del af diagnosticeringen med henblik på behandling af patientens psykiske symptomer, idet blodprøven blev udtaget for at udelukke en somatisk begrundelse for disse symptomer.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at det var nødvendigt at udtage en blodprøve og at personalet den 17., 18. og 19. september havde forsøgt at opnå patientens samtykke til blodprøvetagning.

Nævnet godkendte imidlertid ikke, at blodprøvetagningen var foretaget inden nævnet havde truffet afgørelse i sagen. Nævnet vurderede, at det ikke var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående, fordi patientes liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, eller for at forhindre at patienten udsatte andre for nærliggende fare.

Nævnet kritiserede endvidere, at der ikke var udarbejdet tvangsprotokol 2 i forbindelse med blodprøvetagningen.

Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

4.e *Tvangsbehandling – motivation – Ankenævnet*

Motivationsperiode på én dag godkendt.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 23. maj 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var motiveret den 14. og 15. august 2011 for den behandling, der senere blev truffet afgørelse om. Der blev truffet afgørelse den 15. august 2011. Ankenævnet fandt, at patienten havde haft en passende betænkningstid.

Der skal motiveres for hele det dosisinterval, der træffes beslutning om.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var motiveret for Zyprexa smeltetablet 10 mg gennem to dage, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa smeltetablet 10 mg afpasset efter effekt og bivirkninger. Ankenævnet fandt, at patienten ikke var motiveret for hele den primære behandling. Ankenævnet fandt endvidere ikke, at der forelå sådanne særlige omstændigheder, der kunne begrunde, at der blev truffet beslutning om et dosisinterval, når der alene var motiveret for startdosis.

Ankenævnet har i flere afgørelser slået fast, at der skal ske motivation op til beslutningstidspunktet. Der skal således motiveres senest dagen før beslutningen.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. juni 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev motiveret 5., 6., 7. og 8. juni 2012. Der forelå ingen notater for den 9. og 10. juni. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 11. juni 2012. Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da patienten ikke blev motiveret for behandlingen dagligt forud for og op til beslutningen om tvangsbehandlingen den 11. juni 2012, idet der ikke forelå dokumentation for, at han blev motiveret den 9. og 10. juni 2012. Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten kunne have en forventning om, at der ikke længere var vurderet behov for antipsykotisk behandling, da han ikke var motiveret for behandlingen.

gen den 9. og 10. juni 2012, samt da der ikke i øvrigt fremgik oplysninger om, at han blev orienteret om behandlingsbehov i disse dage.

Det bemærkes, at den 9.-10. juli 2012 er henholdsvis en mandag og en tirsdag.

4.f Tvangsbehandling – dosis – Ankenævnet

Ankenævnet har i en række tilfælde taget stilling til spørgsmålet om dosering over sædvanligt dosisinterval, herunder slået fast, at dosering over sædvanligt dosisinterval kræver særlig begrundelse.

Patienten skal orienteres om, at en beslutning omfatter doser ud over sædvanligt dosisinterval.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. september 2011.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev motiveret for tablet Seroquel Prolong 300 mg. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel Prolong 300 mg x1 dagligt stigende til 900 mg x1 dagligt.

Ankenævnet fandt, at der ikke var truffet beslutning om den dosis, der var motiveret for, og bemærkede endvidere, at patienten ikke var orienteret om, at dosisintervallet oversteg det sædvanlige doseringsinterval. På denne baggrund blev beslutningen tilsidesat.

Beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Zyprexa 10 mg stigende til 30 mg dagligt, opfyldte kravet om anvendelse af lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. juli 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt, at en beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Zyprexa 10 mg stigende til 30 mg dagligt opfyldte kravet om anvendelse af lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at der henset til patientens udtalte psykotiske symptomer ville være behov for en dosis højere end 20 mg dagligt, for at forbedre hans tilstand.

Tvangsbehandling med tablet Zyprexa 2x20 mg dagligt ikke godkendt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. februar 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet bemærkede, at doseringen på 40 mg Zyprexa dagligt lå over det almindeligt anbefalede ni-

veau, samt at dette ikke var begrundet konkret i journalen. Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget Zyprexa i høje doser, og bemærkede, at den høje dosis i sig selv kunne være velbegrundet, men dette fremgik ikke af journalen.

Tvangsbehandling med dråber Cisordinol 4 mg op til 40 mg dagligt subsidiært Cisordinol Actuard 75 mg i.m. op til 150 mg i.m. hver 2. dag ikke godkendt på grund af dosis for det subsidiære præparat.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. september 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet bemærkede, at Cisordinol Actuard blev anvendt i doser 50-100 mg (1-2 ml) dybt i.m. Doseringen kunne gentages ved behov, sædvanligvis efter 2-3 døgn. I enkelte tilfælde kan det dog være påkrævet at gentage den allerede efter 1-2 døgn. I klinisk praksis anvendte man i særlige tilfælde med udadreagerende og farlige patienter Cisordinol Actuard i doser op til 150 mg, men oftest kun hver 3. dag.

Ankenævnet lagde herefter vægt på, at der ikke i journalen var nogen argumentation for, hvorfor man valgte at ordinere Cisordinol Actuard i dosis på op til 150 mg. Det var således ikke beskrevet, at patienten var særligt farlig, og at det derfor var nødvendigt at anvende doser over det anbefalede interval. Det var heller ikke beskrevet, at patienten tidligere havde været i behandling med dette præparat, og at man derigennem vidste, om han tålte høje doser af Cisordinol Actuard.

Godkendelse af høj begyndelsesdosis. Initialdosis Zyprexa 20 mg dagligt godkendt med konkret begrundelse.

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 6. oktober 2011.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering, at en beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 20 mg dagligt som initialdosis var relevant. Nævnet lagde vægt på, at patienten var i en svær psykotisk tilstand med risiko for udvikling af et protaheret forløb eller udvikling af en delirøs tilstand og at han tidligere havde haft god effekt af behandling med antipsykotisk medicin og under indlæggelsen havde modtaget inj. Zyprexa 10 mg uden bivirkninger.

4.g Tvangsbehandling – depot – Ankenævnet

Ankenævnet har i en række tilfælde godkendt anvendelse af depotpræparater til tvangsbehandling. Alle gange med konkrete begrundelser:

Zypadhera depot som mindst indgribende middel:

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. april 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling med et depotpræparat.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform var mindst indgribende middel, idet patienten ifølge journalen tidligere var forsøgt behandlet med peroral medicin gentagne gange, men at han ikke havde kunnet samarbejde om dette. Videre lagde nævnet vægt på, at han tidligere havde modtaget behandling med depotmedicin med god effekt på sin tilstand.

Xeplion depot som mindst indgribende middel:

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 7. november 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling med et depotpræparat.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Xeplion i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform. Nævnet lagde vægt på, at depotbehandling var nødvendig for at afslutte en langvarig indlæggelse, at tabletbehandling havde været forsøgt, uden at patienten havde kunnet samarbejde om denne, at patienten ubehandlet ansås for farlig, og at ustabil eller manglende antipsykotisk behandling erfaringsvis med denne patient førte til manglende compliance omkring livsnødvendig diabetesbehandling. Da diabetesbehandling i forvejen krævede daglige injektioner, fandtes depot hver fjerde uge velbegrundet.

4.h Tvangsbehandling – Leponex – Ankenævnet

Tvangsbehandling med Leponex:

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med Leponex. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 16. august 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling med Leponex.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt at Leponex opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet gjorde opmærksom på at Leponex er det mest potente antipsykotisk virkende præparat. Det er ikke et førstevalgspræparat. Ankenævnet lagde vægt på at patienten igennem omtrent seks måneder havde været i behandling med først Seroquel i passende doser og efterfølgende Zyprexa i passende doser, men at han fortsat var sindssyg. Der havde dog været nogen virkning af den antipsykotisk virkende medicin, men ikke i tilstrækkelig grad.

4.i Tvangsbehandling – ECT – Ankenævnet

Tvangsbehandling med ECT:

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med ECT. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om tvangsbehandling med ECT.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt, at ECT opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt at det måtte anses for umuligt at behandle patientens psykotiske tilstand, herunder udviklingen af en potentielt livstruende tilstand, uden anvendelse af ECT. Ankenævnet lagde vægt på, at der i cirka en måned op til beslutningen havde været forsøgt medicinsk behandling, som alene havde givet en utilstrækkelig og kortvarig bedring af tilstanden.

Ankenævnet fandt endvidere, at tvangsbehandlingen med ECT opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede behandlingsformer med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at ECT almindeligvis var en effektiv behandling, når det var nødvendigt at opnå en hurtig effekt, hvilket måtte anses at have været tilfældet.

Behandling med ECT havde desuden få bivirkninger og en hurtigt indsættende effekt.

4.j Tvangsbehandling – mulighed for samtale med patientrådgiver – Ankenævnet

Ankenævnet har i to afgørelser omtalt det forhold, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. januar 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt konkret, at betænkningstiden havde været tilstrækkelig til, at patienten kunne drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Der var motiveret for behandlingen fra den 5. til den 7. januar, og igen den 10. januar 2011. Ankenævnet lagde vægt på at patienten forlod lægesamtalen den 10. januar 2011 og at hun ikke havde ytret noget ønske om kontakt til sin patientrådgiver.

Det bemærkes, at Ankenævnet først traf afgørelse i sagen i 2012.

Tvangsbehandling kunne besluttes for frivilligt indlagt patient uden forudgående kontakt til patientrådgiver.

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 29. maj 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at patienten ikke havde haft en passende betænkningstid. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at der kun var motiveret i to dage.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt, at der var givet en passende betænkningstid, idet patienten højst havde krav på tre dages motivation.

For så vidt angik patientens mulighed for at drøfte sagen med en patientrådgiver, lagde Ankenævnet vægt på, at patienten var frivilligt indlagt, hvorfor hun ikke havde tilknyttet en patientrådgiver, før der ved beslutningen om tvangsbehandling blev beskikket en patientrådgiver.

5. Fysisk magtanvendelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke fysisk magtanvendelse, da tvangen ikke blev udøvet så skånsomt som muligt.

En patient havde klaget over, at hun var blevet fastholdt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. juli 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at anvendelsen af fysisk magt opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4, stk. 3 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet mente, der undervejs i forløbet blev anvendt en form for magt, der ikke stod i rimeligt forhold til det tilsigtede formål. Tvangen blev således ikke udøvet så skånsomt som muligt.

Ifølge bekendtgørelse om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævn § 14, stk. 3 kunne nævnet tage stilling til, om der var grundlag for at udtale kritik over for personalemedlemmer.

Nævnet fandt ikke anledning til at udtale kritik. Nævnet var enig med centret i at det forhold, at et personalemedlem i en stærkt chokeret tilstand slog patienten, måtte anse som en utilsigtet hændelse, som den pågældende og centerledelsen havde beklaget.

Af referatet for Det Psykiatriske Patientklagenævns møde fremgik bl.a., at patienten i klagen havde anført, at "en ansat slog mig 2-3 gange på låret og holdt sit knæ på min mave. En anden medarbejder på afdelingen bad ham om at fjerne den." Formanden gjorde opmærksom på lægeerklæringens oplysning om, at centerchefen havde beklaget episoden over for patientens mor, og at det pågældende personalemedlem havde beklaget episoden og forklaret, at han var i en stærkt chokeret tilstand. Patientrådgiveren tilkendegav på mødet, at det fortsat var patientens opfattelse, at der var sket et overgreb i form af den unødvendige magtanvendelse, hvor der blev anvendt to-tre slag. Patienten sagde på mødet, at hun var blevet slået mere end én gang, og at klagen mest var bestemt af, at det pågældende personalemedlem slog patienten. Patienten havde tidligere under episoden bidt et andet personalemedlem i underbenet, uden at hun havde slået. Lægen, der havde overværet episoden, nævnte, at sagen var blevet taget op med voksenafdelingen, og at hændelsen var meget beklagelig. Det var rigtigt, at patienten blev slået mere end én gang – formentlig tre gange. Lægen nævnte også, at den person, som havde slået sit øre på døren var identisk med den person, der holdt patientens hoved. I den opståede

forvirring blev det nok ikke tydeligt nok fortalt det personalemedlem, der kom fra voksenafdelingen, at patienten bed.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke fysisk magtanvendelse, da man på grund af manglende dokumentation i journal og tvangsprotokol for foranstaltningen, ikke fandt det godtgjort, at betingelserne for magtanvendelsen havde været opfyldt.

En patient havde klaget over anvendelse af fysisk magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. august 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke den fysiske magtanvendelse.

Nævnet lagde vægt på, at den fysiske magtanvendelse ikke var journalført eller tilført tvangsprotokolskema. Centret var ikke benægtende over for, at der skulle være anvendt fysisk magt på det pågældende tidspunkt.

Nævnet anså det på denne baggrund ikke for godtgjort, at betingelserne for magtanvendelse havde været opfyldt eller, at mindstemiddels princippet havde været iagttaget.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke, at der blev anvendt fysisk magt. Nævnet fandt det ikke godtgjort, at det ikke var muligt at afværge, at patienten udsatte andre for at lide skade på legeme eller helbred uden at anvende fysisk magt.

En patient havde klaget over anvendelse af fysisk magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. august 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke den anvendte fysiske magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at anvendelsen af fysisk magt opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at det ikke var muligt at afværge faren uden at anvende fysisk magt. Nævnet fandt det endvidere ikke godtgjort, at tvangen blev udøvet så skånsomt som muligt. Nævnet lagde vægt på patientens oplysninger om, at hun sad i kørestol, der af personalet blev væltet bagover, hvilket ikke var nævnt i hverken journal eller sygeplejekardex.

I sygeplejekardex var anført, at patienten blev fastholdt på gulvet, og at patienten faldt til ro inden forvagten kom til stede.

Af patientens bemærkninger, som ikke blev modsagt af centret, fremgik, at patienten af tre personalemedlemmer blev slæbt ind på sit værelse, og at de undervejs med fuldt overlæg bøjede patientens dårlige ben.

6. Beroligende medicin med tvang.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indgivelse af et beroligende middel med tvang, da der var tale om en dosis, der lå udover anbefalingerne i medicinfortegnelsen.

En patient havde klaget over, at lægen havde truffet beslutning om indgivelse af et beroligende medicin i form af Cisordinol Acutard 200 mg x 1, samt injektion Stesolid 10 mg i.m. x 1.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 2. juli 2012 ikke beslutningen.

Nævnet fandt ikke, at den akutte indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke i journalen var nogen argumentation for, hvorfor man valgte at dosere med Cisordinol Acutard på 200 mg og herudover injektion Stesolid 10 mg i.m.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af medicinfortegnelsen, www.pro.medicin.dk, at Cisordinol Acutard anvendtes i doser i intervallet 50-100 mg. I klinisk praksis anvendtes i særlige tilfælde med udadreagerende og farlige patienter Cisordinol Acutard i doser op til 150 mg. Nævnet bemærkede i øvrigt, at der i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007, "Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse", advaredes mod brug af antipsykotika sammen med beroligende medicin.

Nævnet godkendte derfor ikke beslutningen om indgivelse af beroligende medicin med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indgivelse af et beroligende middel med magt, idet Nævnet ud fra en konkret vurdering af de foreliggende oplysninger ikke fandt, at patientens adfærd og tilstand havde været til hinder for, at patienten forud for indgivelsen af det beroligende middel med magt havde fået tilbudt dette til frivillig indtagelse. Hertil kom, at patienten på tidspunktet for indgivelsen var tvangsfikseret.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 10. oktober 2012 ikke beslutningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt således ikke, at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en særdeles urolig tilstand, hvor patienten havde været til fare både for sig selv og andre. Der var ingen kontakt til patienten.

Patienten var derfor blevet tvangsfikseret med bælte, hånd- og fodremme. Det fremgik imidlertid ikke af journalen, at patienten fik tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, forud for indgivelse med tvang, ligesom det ikke var noteret, hvorfor man ikke tilbød beroligende medicin til frivillig indtagelse. Uanset at patienten flere gange tidligere samme dag havde afvist frivilligt at tage beroligende medicin og fået denne med tvang, og uanset patientens meget urolige tilstand, fandt nævnet ud fra en konkret vurdering af de foreliggende oplysninger ikke, at patientens tilstand og adfærd havde været til hinder for, at patienten, der nu var tvangsfikseret, forud for indgivelsen af det beroligende middel med tvang havde fået tilbudt dette til frivillig indtagelse. Nævnet godkendte derfor ikke denne tvangsforanstaltning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indgivelse af et beroligende middel medmagt. Patienten fandtes ikke meget urolig, og effekt af skærmning skulle have været afventet.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 27. juni 2012 ikke beslutningen.

Nævnet fandt ikke, at betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2 for at give et beroligende middel var opfyldt, idet det var Nævnets vurdering, at patienten før han fik det beroligende middel ikke var meget urolig, og at det således ikke var nødvendigt, at han blev bragt til ro, for at han kunne få det bedre.

Nævnet lagde vægt på, at patienten efter at være blevet ført tilbage til stuen mod sin vilje fremstod let irriteret, motorisk urolig og delvist truende.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt heller ikke, at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning, og fandt det ikke godtgjort, at patienten ikke kunne blive beroliget tilstrækkeligt uden at få medicin med tvang.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet var skærmet på stuen, og at effekt af skærmningen burde have været afventet, før patienten fik medicin med tvang.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indgivelse af et beroligende middel med magt. Patienten havde ventet 10-15 minutter fra beslutning til indgivelse af det beroligende middel og var efter eget udsagn faldet til ro i mellemtiden.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 30. marts 2012 ikke beslutningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at indgivelsen af beroligende medicin opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det på tidspunktet for indgivelsen af beroligende medicin ikke var godtgjort, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro, idet det stod uimodsagt efter nævnsmødet, hvor det psykiatriske center ikke gav møde, at patienten forinden havde ventet ca. et kvarter, hvor patienten var faldet til ro. Nævnet lagde således vægt på, at patienten i en skriftlig beskrivelse anførte, at personalet gik ud og lukkede døren og kom tilbage 10-15 minutter senere, hvor patienten, efter det oplyste, var faldet til ro. Patienten sagde, at han havde pacificeret sig selv.

Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

6.a Beroligende medicin – mindste middel – Ankenævnet

Ankenævnet har i flere afgørelser slået fast, at mindste middels princip først er opfyldt, når det har været forsøgt både at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, at tale patienten til ro og at tilbyde beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Beroligende medicin med tvang underkendt, da der ikke var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

En patient klagede over indgivelse af beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 23. juni 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af beroligende middel med tvang.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten forud for indgivelsen af den beroligende medicin var opkørt, satte ild til hospitalstøj og plastic, slog ud efter personalet i forbindelse med et forsøg på at skærme hende, kastede med juice og råbte jødesvin. Man forsøgte at skærme patienten og tale hende til ro.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt ikke at kravet om mindst indgribende middel var opfyldt, Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse forud for beslutningen om at give medicinen med tvang.

Det kan efter en konkret vurdering af foranstaltninger forud for indgivelse af beroligende medicin vurderes, at mindste middels princip er iagttaget.

En patient klagede over indgivelse af beroligende middel med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 22. december 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte indgivelse af beroligende middel med tvang.

Patienten var forud for indgivelsen opkørt, psykotisk, råbende og nærmest truende. Det fremgik ikke direkte af journalen, at det var forsøgt at begrænse og korrigere ham, men det fremgik, at der blev forsøgt holdt en samtale med ham uden at dette dog var muligt, og at han blev tilbudt medicin frivilligt.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet fandt, at den samtale, der blev holdt med patienten var tilstrækkeligt i forhold til at forsøge at begrænse og korrigere patientens adfærd og tale ham til ro, idet han var i en sådan tilstand, at yderligere forsøg på at begrænse og korrigere ham måtte forventes at være udsigtsløst og ikke egnet til at afværge den fare for andre, han i sin opkørte tilstand udgjorde.

7. Personlig skærmning

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte personlig skærmning, da foranstaltningen var nødvendig for at afværge, at patienten udsatte sit helbred for betydelig skade.

En patient havde klaget over at have været personligt skærmet uafbrudt i mere end 24 timer fra den 21. april 2012 kl. 20:30 til den 10. maj 2012 kl. 12:00.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ved afgørelse af 23. maj 2012, at betingelserne i psykiatrilovens § 18 d var opfyldt, idet det var nødvendigt at skærme patienten for at afværge, at hun udsatte sit eller andres helbred for betydelig skade.

Nævnet lagde vægt på, at patienten havde udvist en udadreagerende og forstyrrende adfærd og været potentielt farlig. Patienten var endvidere flere gange i den nævnte periode beskrevet som værende højtråbende i en sådan grad, at hele afsnittet var præget af det høje skrigeri. Patienten havde desuden i perioden været under tvangsernæring.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at skærmningen opfyldte kravet i psykiatrilovens § 4 om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet vurderede, at det ikke var muligt at afværge situationen uden at anvende skærmning, fordi personalet forgæves havde forsøgt at berolige patienten, inden de anvendte skærmning.

Nævnet vurderede også, at skærmningen ikke havde varet i længere tid end nødvendigt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten frem til den 10. maj 2012 havde udvist en forstyrrende adfærd og været under tvangsforanstaltning i form af sondeernæring. Den 10. maj 2012 havde patienten fortalt, at hun ville starte med at spise, hvorfor det blev aftalt, at patienten efter måltidet ville kunne komme i miljøet med sin faste vagt, hvis hun opførte sig roligt uden at skrike eller true.

Nævnet påså, at det var en læge, der havde truffet beslutningen om personlig skærmning efter, at lægen havde tilset patienten.

**Psykiatri**

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Att. Henning Lund Sørensen
Borups Allé 177, blok D-E
2400 København NV

Direktionen

Kristineberg 3
2100 København Ø.

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

11 APR. 2013

Vedrørende udkast til årsberetning 2012 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Kære Henning Lund Sørensen

Region Hovedstadens Psykiatri har modtaget og læst Det Psykiatriske Patientklagenævns udkast til årsberetning 2012 med stor interesse.

Region Hovedstadens Psykiatri har ingen bemærkninger til udkastet og ser frem til drøftelserne på årsmødet den 22. april 2013.

Med venlig hilsen

Peter Treufeldt
Vicedirektør

