

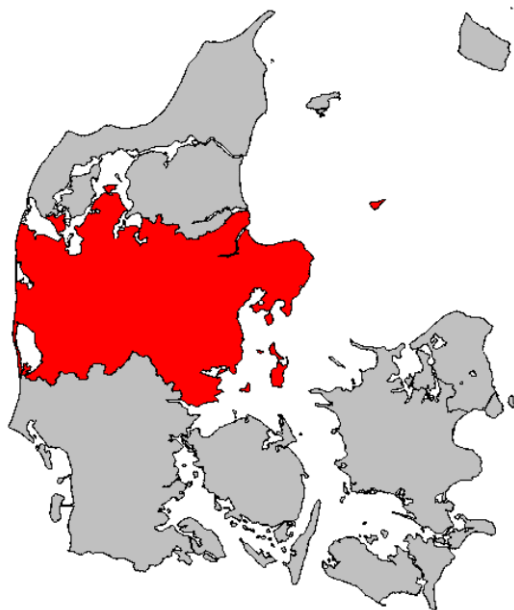


Årsberetning 2012

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	2
Afsnit 1	4
1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland.....	4
1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2012	4
1.b. Patientklagenævnets kompetencer og områder.	6
2a. Antal sager	7
2b. Sagens fordeling på de enkelte hospitaler i regionen	7
2c. Antal afgørelser	8
3. Sagsbehandlingstiden	8
4. Antal møder, mødested m.v.....	9
4a. Antal møder	9
4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte psykiatriske hospitaler	9
5. Mødedeltagelse	10
5a. Mødedeltagelse for læger.....	10
5b. Mødedeltagelse for patienter	11
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	11
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.....	13
6a. Antal afgørelser og godkendelser	13
6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	14
7a. Antal klager	15
7b. Indbringelse for domstolene.....	16
7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn.....	16
Afsnit 2	17
Principielle problemstillinger m.v.	17
Afsnit 3	29
Principielle afgørelser.....	29
Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	29
Fiksering	31
Tvungen opfølgning efter udskrivning	35
Tvangsbehandling	37
Ændrede og hjemviste sager	45
Tiltrådte afgørelser	50
4a. Psykiatriens Hus i Silkeborg	51
4b. Nyhedsbrev fra Patientombuddet, Psykiatrisk Ankenævn, november 2012	56
4c. Risskov kåret som Danmarks bedste voksenpsykiatriske afdeling.....	58
Bilag 1	61
Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn	61
Skemaoversigt	67



Forord

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland afgiver hermed sin sjette beretning om nævnets virksomhed, jfr. § 39 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010).

Beretningen vedrører 2012, og den er udarbejdet i samarbejde med Region Midtjylland.

Beretningen tjener til formidling af viden om nævnets arbejde både til en bredere offentlighed og mere specifikt til de implicerede psykiatriske afdelinger. Det er

Statsforvaltningen Midtjyllands indtryk, at årsberetningerne hidtil er indgået i arbejdet på de psykiatriske afdelinger og bliver anvendt i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

De 5 statsforvaltninger er enige om, at årsberetningerne skal være direkte sammenlignelige og indeholde samme statistiske oplysninger. Der er videre enighed om, at årsberetningerne så vidt muligt alene skal indeholde de oplysninger om nævnets virksomhed, som fremgår af Indenrigsministeriets brev af 7. januar 2004 om retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn.

De nævnte retningslinier fremgår af bilag 1 til årsberetningen. I det omfang, der i årsberetningen skal medtages andre oplysninger end dem, der følger af retningslinierne, er der enighed om, at disse skal medtages under et selvstændigt afsnit 4. I afsnit 4 a er projektet "Psykiatriens Hus" i Silkeborg omtalt, i afsnit 4 b er medtaget Nyhedsbrev fra Patientombuddet og afsnit 4 c omtaler artikel fra Dagens Medicin om kåring af Danmarks bedste voksenpsykiatriske afdeling.

På grund af de store geografiske afstande mellem Statsforvaltningens hovedkontor i Ringkøbing og de psykiatriske afdelinger i øst, ikke mindst antallet af klager fra Aarhus Universitetshospital, Risskov, har Statsforvaltningen valgt at organisere sekretariatsbetjeningen i en østafdeling og en vestafdeling under ledelse af én kontorchef.

Vestafdelingen har sekretariatsbetjening fra hovedkontoret i Ringkøbing og har i 2012 behandlet sager fra

- Regionspsykiatrien Vest, Herning
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Herning
- Regionspsykiatrien Vest, Holstebro
- Regionspsykiatrien Viborg – frem til 01.02.2012
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Viborg - frem til 01.02.2012

Østafdelingen har sekretariatsbetjening fra afdelingskontoret i Aarhus og har i 2012 behandlet sager fra

- Aarhus Universitetshospital, Risskov

- Aarhus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Ris-skov
- Regionspsykiatrien Horsens
- Regionspsykiatrien Randers
- Regionspsykiatrien Viborg – fra 01.02.2012
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Viborg - fra 01.02.2012

Vi kan fortsat konstatere, at tilrettelæggelsen af arbejdet med en vest- og en østafdeling sikrer en effektiv opgavevaretagelse.

Der er fremsat lovforslag om ændring af statsforvaltningernes struktur pr. 1. juli 2013, ifølge hvilket de nuværende 5 statsforvaltninger fremover skal organiseres som én myndighed, dvs. som en enhedsforvaltning. Dette kommer formentlig til at betyde, at de psykiatriske patientklagenævns beretning samles til én beretning.

Denne årsberetning er udarbejdet af fuldmægtig Lena Bodum og fuldmægtig Susanne Eldrup.

Årsberetningen er sendt til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71, Folketingets Ombudsmand, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Det Psykiatriske Ankenævn, de øvrige statsforvaltninger, den lokale presse samt til øvrige samarbejdspartnere.

Årsberetningen kan findes på Statsforvaltningernes hjemmeside www.statsforvaltning.dk under publikationer.

April 2013

Torben Sørensen
direktør

Afsnit 1

1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland

1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2012

Det fremgår af psykiatrilovens § 34, at der ved hver statsforvaltning oprettes et psykiatrisk patientklagenævn, bestående af direktøren for statsforvaltningen som formand samt 2 medlemmer.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse beskikker et antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og fra Danske Handicaporganisationer. Der beskikkes endvidere stedfortræder for medlemmerne.

Direktøren for statsforvaltningen kan bemyndige ansatte ved statsforvaltningen til at fungere som formand for nævnet.

I 2012 har nævnets sammensætning været således:

Nævnsmemberne ved Aarhus Universitetshospital, Risskov, Aarhus Universitetshospital Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, og Regionspsykiatrien Randers:

Som formand har fungeret fuldmægtig Lena Bodum og fuldmægtig Susanne Eldrup.

Nævnets 2 andre medlemmer har været psykiater Peer Liisberg, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Tove Tolstrup, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for psykiater Peer Liisberg har været læge Jakob Græsbøll Svaneborg, læge Ulla Jacobsen og læge Bodil Nielsen.

Stedfortræder for Tove Tolstrup har været Lilli Tobiasen, Kim Rattenborg og Marianne Van den Pol.

Nævnsmemberne ved Regionspsykiatrien Horsens:

Som formand har fungeret fuldmægtig Lena Bodum og fuldmægtig Susanne Eldrup.

Nævnets 2 andre medlemmer har været læge Ulla Jacobsen, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Lilli Tobiasen, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for læge Ulla Jacobsen har været læge Jakob Græsbøll Svaneborg, psykiater Peer Liisberg og overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen.

Stedfortræder for Lilli Tobiasen har været Tove Tolstrup og Kim Rattenborg.

Nævnsmemberne ved Regionspsykiatrien Vest, Herning, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Herning og Regionspsykiatrien Vest, Holstebro:

Som formand har fungeret specialkonsulent Finn Hansen, fuldmægtig Ulla Jakobsen, fuldmægtig Jane Lindskov Munk og fuldmægtig Marie Louise Mejlby Jensen.

Nævnets 2 andre medlemmer har været læge Asger Thomsen, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Birthe Christiansen, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for læge Asger Thomsen har været læge Ole Carstensen, læge Bodil Nielsen og læge Jakob Græsbøll Svaneborg.

Stedfortræder for Birthe Christiansen har været Frederik Grønbæk, Tove Granly Jensen, Karen Marie Bærendtsen og Frede Budolfsen.

Nævnsmemberne ved Regionspsykiatrien Viborg og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Viborg:

Som formand har fungeret specialkonsulent Finn Hansen, fuldmægtig Ulla Jakobsen, fuldmægtig Lena Bodum og fuldmægtig Susanne Eldrup.

Nævnets 2 andre medlemmer har været henholdsvis læge Micael Christensen og læge Jakob Græsbøll Svaneborg, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Frederik Grønbæk, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for læge Micael Christensen og Jakob Græsbøll Svaneborg har været læge Bodil Bach og læge Christian Bjerre Høyer.

Stedfortræder for Frederik Grønbæk har været Hanne Madsen.

Nævnets sekretariat er Statsforvaltningen Midtjylland.

Sekretærer for nævnet har i 2012 været specialkonsulent Finn Hansen, fuldmægtig Ulla Jakobsen, fuldmægtig Jane Lindskov Munk, fuldmægtig Jonas Bjerregaard, fuldmægtig Marie-Louise Mejlby Jensen, fuldmægtig Lena Bodum, fuldmægtig Birte Brynning, fuldmægtig Jens Søndergård Poulsen, fuldmægtig Susanne Eldrup og fuldmægtig Anne Mette Jensen Finch.

1.b. Patientklagenævnets kompetencer og områder.

Det fremgår af psykiatrilovens § 35, at sygehusmyndigheden efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringer klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer samt aflåsning af døre i afdelingen.

Med virkning fra den 1. oktober 2010 ændredes psykiatriloven, idet der ved indsættelse af § 13 d, blev mulighed for at træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Afgørelser efter denne bestemmelse kan indbringes for retten. Samtidig indførtes en bestemmelse i § 21, stk. 6, om ugentligt tilsyn ved ekstern overlæge ved bæltfikseringer. Endvidere indførtes en ny bestemmelse i § 12, stk. 5, om fastsættelse af betænkningstid på højst 3 dage forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling. Nævnet har i 2012 truffet 4 afgørelser vedrørende tvungen opfølgning, hvilket er mindre end forventet. Det må dog forventes, at de nye regler vil finde hyppigere anvendelse, efterhånden som de psykiatriske afdelinger får dem bedre indarbejdet.

Klager til Det Psykiatriske Patientklagenævn sendes sædvanligvis af patienten eller patientrådgiveren til den enkelte psykiatriske afdeling, som så videresender klagen til nævnet bilagt lægeerklæring og andre relevante bilag. I enkelte tilfælde er det patienten selv, som retter henvendelse til nævnet.

Nævnets møder holdes på den afdeling, som klagen relaterer sig til. Til mødet indkaldes overlægen, patienten og patientrådgiveren. Nævnet træffer afgørelse i umiddelbar forlængelse af mødet, og det tilstræbes at sende afgørelsen samme dag til sagens parter.

De lovmæssige tidsfrister til sagernes behandling stiller særlige krav til organiseringen af arbejdet.

Sager fra Aarhus Universitetshospital, Risskov, Aarhus Universitetshospital Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, og Regionspsykiatrien Randers behandles fast om torsdagen.

Sager fra Regionspsykiatrien Horsens og fra Regionspsykiatrien Viborg behandles fast om onsdagen.

I vestafdelingen er sagerne som udgangspunkt blevet behandlet om onsdagen, uanset sygehus.

Ordningen med faste mødedage betyder forudsigelighed i planlægningen af arbejdet, således at alle implicerede parter på forhånd ved, hvornår mødernes afholdes.

Efter statsforvaltningernes overgang til digital sagsbehandling ultimo 2012 modtages sagerne fra hospitalerne nu digitalt pr. e-post, ligesom mødeindkaldelser og afgørelser sendes digitalt, medmindre patienten er udskrevet, da sendes mødeindkaldelse og afgørelse med almindelig post.

2. Antal sager og sagsfordeling

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2010	%	2011	%	2012	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	225	100	275	100	307	100
+ antal sager modtaget, men ej behandlet i foregående kalenderår	2	0,8	0	0	0	0
- antal tilbagekaldte sager	28	12,4	30	11	31	10
- antal afviste sager	11	4,8	10	3,6	2	0,6
- antal sager modtaget men ej behandlet i kalender- året	0	0	0	0	0	0
= antal sager med realitetsafgørelse	188	83,5	235	85,4	274	89,3

2b. Sagens fordeling på de enkelte hospitaler i regionen

Skema 2

Sagens fordeling på hospitaler

Hospital	Sager ialt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Risskov	131	141	141	20	21	20	111	120	121
Børn & Unge, Risskov	2	5	8	0	0	1	2	5	7
Randers	17	21	28	2	0	4	15	21	24
Horsens	25	9	29	8	2	4	17	7	25
Herning	20	27	40	6	4	1	14	23	39
Børn & Unge, Herning	0	0	6	0	0	0	0	0	6
Holstebro	16	32	20	1	7	0	15	25	20
Viborg	16	40	35	2	6	3	14	34	32
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ialt	227	275	307	39	40	33	188	235	274

2c. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i nævnet

2010	2011	2012
311	406	418

En afgørelse er en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb.

Denne definition betyder, at en sag kan indeholde flere afgørelser.

Der tælles mindst én afgørelse for hvert enkelt påklaget tvangsindgreb.

Træffer nævnet afgørelse vedrørende flere ensartede tvangsindgreb, fx. 5 tvangsfikseringer, tæller nævnsafgørelsen statistisk som 5 afgørelser.

Hvis en nævnsafgørelse indeholder både en godkendelse og en tilsidesættelse af et tvangsindgreb, fx. at iværksættelsen af en tvangstilbageholdelse godkendes, men at den aktuelle opretholdelse tilsidesættes, tæller nævnsafgørelsen statistisk som 2 afgørelser.

3. Sagsbehandlingstiden

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.

Der er i sagsbehandlingstiderne medregnet lørdage, søndage og helligdage.

I klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, samt i klagesager vedrørende tvungen opfølgning skal der træffes afgørelse inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. Ved udtrykket hverdag forstås mandage til fredage bortset fra helligdage.

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2010	2011	2012
Antal dage	5,4	6,3	6,3

4. Antal møder, mødested m.v.

4a. Antal møder

Skema 5

Samlet antal møder

	2010	2011	2012
Antal møder	118	131	136 (167)

Møder afholdt med de samme nævnsmedlemmer samme dag på henholdsvis Aarhus Universitetshospital, Risskov, Børn & Unge, Risskov og Randers har hidtil i Nævnets beretning været optalt som selvstændige møder, men vil nu blive registreret som ét møde.

Det samme gør sig gældende for møder i Herning, Børn & Unge, Herning og Holstebro.

Der er således afholdt 136 møder i 2012, opgjort efter den ændrede metode, men tallet ville være 167, såfremt det opgøres på samme måde som de foregående år. Umiddelbart synes begge opgørelser at være relevante, idet det bør være synligt, at der eksempelvis har været afholdt 17 møder i Randers, omend de 16 møder har været sammenhængende med et forudgående møde i Risskov.

4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte psykiatriske hospitaler

Skema 6

Mødernes fordeling på hospitaler

Hospital	Antal møder 2010	Antal møder 2011	Antal møder 2012
Risskov	41	43	45
Børn & Unge, Risskov	2	5	(7)
Randers	13	15	1 (16)
Horsens	17	7	21
Herning	15	19	31
Børn & Unge, Herning	0	0	2 (3)
Holstebro	16	21	12 (5)
Viborg	14	21	24
Børn & Unge, Viborg	0	0	0
Møder ialt	118	131	136 (167)

Stedlig kompetence

Det psykiatriske patientklagenævns møder afholdes som hovedregel på det psykiatriske hospital, som klagen relaterer sig til.

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

1. hvis patienten flytter til et andet hospital inden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsessted - så afholdes nævnsmødet på det hospital, hvor patienten nu befinder sig
2. hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital uden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første hospital, hvor patienten var indlagt - så afholdes nævns-mødet på det hospital, hvor tvangsudøvelsen fandt sted

Synspunktet ligger i forlængelse af lovbestemmelsen om, at patientklagenævnet kommer til patienten på det psykiatriske hospital, hvor patienten er indlagt.

Ad. 1. Hvis patienten flytter til et andet hospital inden for regionen - så kommer patientklagenævnet og hospitalspersonalet fra det første hospital til møde på det hospital, hvor patienten nu er indlagt.

Ad. 2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital uden for regionen - så afholdes mødet på det psykiatriske hospital, hvor tvangsudøvelsen fandt sted. Det psykiatriske patientklagenævns møder afholdes i denne situation på det psykiatriske hospital, som klagen relaterer sig til.

5. Mødedeltagelse

5a. Mødedeltagelse for læger

Skema 7

Mødedeltagelse for læger

Hospital	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Risskov	111	120	121	0	0	0	100	100	100
Børn & Unge, Risskov	2	5	7	0	0	0	100	100	100
Randers	15	21	24	0	0	0	100	100	100
Horsens	17	7	25	0	0	0	100	100	100
Herning	14	20	39	0	3	0	100	87	100
Børn & Unge, Herning	0	0	6	0	0	0	100	100	100
Holstebro	15	25	20	0	0	0	100	100	100
Viborg	14	34	32	0	0	0	100	100	100
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	0	0	0	0	-	-
I alt	188	232	274	0	3	0	100	98,7	100

5b. Mødedeltagelse for patienter

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Hospital									
Risskov	78	86	81	33	34	40	70,3	71,6	67
Børn & Unge, Risskov	2	5	7	0	0	0	100	100	100
Randers	10	15	17	5	6	7	66,6	71,4	70,8
Horsens	10	7	18	7	0	7	58,8	100	72
Herning	13	16	25	1	7	14	92,8	69,5	64
Børn & Unge, Herning	0	-	6	0	-	0	-	-	100
Holstebro	11	20	14	4	5	6	73,3	80	70
Viborg	11	26	24	3	8	8	78,5	76,4	75
Børn & Unge, Viborg	0	-	-	0	-	-	-	-	-
I alt	135	175	192	53	60	82	71,8	74,5	70

Alle patienter får en skriftlig indkaldelse til at deltage i mødet. Fremmødeprocenten for patienter ses at være faldet i forhold til sidste år. Det kan dog ikke siges at være tale om en tendens. I alle sager er patienten af personalet opfordret til at give møde. Baggrunden for patienternes manglende deltagelse i mødet kan typisk være manglende ønske om at møde, eller at patienten vurderes at være for dårlig til at møde. Ofte møder patienten ikke, hvis pågældende inden mødet er blevet udskrevet. Hvis der er behov derfor - af hensyn til patienten - afholdes mødet på selve afdelingen i stedet for i det mødelokale på hospitalet, hvor mødet sædvanligvis afholdes. Der gøres således en indsats både fra hospitalets side og fra Nævnets side i forhold til at motivere patienten til at møde op.

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Hospitaler									
Risskov	93	89	92	18	31	29	83,8	74,2	76
Børn & Unge, Risskov	2	5	7	0	0	0	100	100	100
Randers	7	15	17	8	6	7	46,6	71,4	70,8
Horsens	14	5	22	3	2	3	82,4	71,4	88
Herning	14	18	30	0	5	9	100	78,2	76,9

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Hospitaler									
Børn & Unge, Herning	0	-	5	0	-	1	-	-	83,3
Holstebro	11	19	13	4	6	7	73,3	76	65
Viborg	11	23	24	3	11	8	78,5	67,6	75
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	-	-	-	-	-	-
I alt	152	174	210	36	61	64	80,5	74	76,6

Nævnet har til stadighed fokus på patientrådgiveres/bistandsværgeres fremmødeprocent, idet det er af væsentlig betydning for patienten, at patientrådgiveren/bistandsværgeren møder sammen med patienten. Nævnet vil fortsat varsle patientrådgiveren/bistandsværgeren ved e-mail så snart tidspunktet for sagens behandling i Nævnet kendes, i håb om at dette giver patientrådgiveren/bistandsværgeren bedre mulighed for planlægning i forhold til erhvervsarbejde. Nævnet vil på baggrund af den faldende fremmødeprocent være opmærksom på patientrådgivere/bistandsværger, der i højere grad end andre melder afbud til møderne med henblik på at afklare baggrunden for afbuddet. Nævnet opfordrer til stadighed patientrådgivere/bistandsværger til at prioritere deres hverv, samt til at overveje, om hvervet kan kombineres med deres erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

Statsforvaltningen er dog fortsat opmærksom på, at lovgivningens krav om korte sagsbehandlingstider og indkaldelse til møder med kort varsel bevirker, at det kan være forbundet med praktiske vanskeligheder for patientrådgiverne/bistandsværgerne at komme til samtlige møder.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Med undtagelse af en enkelt sag er alle nævnets afgørelser truffet ved enstemmighed. I den pågældende sag godkendte et flertal af nævnets medlemmer 6 x indgivelse af beroligende medicin, hvor et medlem af nævnet ikke fandt, at betingelserne var opfyldt. Da der var tale om 6 x indgivelse af beroligende medicin, er der tale om 6 afgørelser, selv om det vedrører samme sag.

6a. Antal afgørelser og godkendelser

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Tvangsindlæggelse	59	61	53	54	58	52
Tvangstilbageholdelse	106	128	139	93	111	129
Tilbageførsel	0	2	0	0	2	0
Tvangsfiksering	31	57	73	26	43	62
Beskyttelsesfiksering	0	0	1	0	0	1
Aflåsning af døre i afdelingen	0	3	1	0	2	1
Tvangsbehandling, medicinsk	62	103	105	52	75	82
Tvangsbehandling, ECT	3	0	2	3	0	1
Tvangsbehandling, legemlig	2	1	0	1	1	0
Fysisk magtanvendelse	3	10	3	3	10	3
Beroligende medicin	43	34	36	43	31	33
Personlig skærmning	1	2	0	1	2	0
Tvungen opfølgning, iværks.	-	3	2	-	2	2
Tvungen opfølgning, afhent. v/ politi	-	1	0	-	1	0
Tvungen opfølgning, forts.	-	-	2	-	-	2
Andet (tvangsernæring)	1	1	1	1	1	0
I alt	311	406	418	277	339	368

6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat/helt eller delvis Ulovlig			Omgørelsesprocent		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Tvangsindlæggelse	5	3*	1*	8,4	5	1,9
Tvangstilbageholdelse	13	17*	10*	12,2	13,3	7,2
Tilbageførelse	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	5	14*	11* ²⁾	16,1	24,5	15
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	1	0	0	33	0
Tvangsbehandling, medicinsk	10	28	23	16,4	27,2	21,9
Tvangsbehandling, ECT	0	0	1	0	0	50
Tvangsbehandling, legemlig	1	0	0	50	0	0
Fysisk magtanvendelse	0	0	0	0	0	0
Beroligende medicin	0	3	3	0	8,8	8,3
Personlig skærmning	0	0	0	0	0	0
Tvungen opfølgning, iværks.	-	1	0	-	33	0
Tvungen opf., afh. v/ politi	-	0	0	-	0	0
Tvungen opfølgning, forts.	-	-	0	-	-	0
Andet (tv. Ernæring)	0	0	1	0	0	100
I alt	34	67	50	10,9	16,5	11,9

*: Opgørelsen er incl. afgørelser, hvor frihedsberøvelsen/tvangsfikseringen er fundet helt eller delvist ulovlig pga. formelle mangler, idet nævnet finder opgørelsen heraf relevant.

²⁾ Af de 11 tilsidesatte tvangsfikseringer er de 7 anset for anlagt med urette, idet farekriteriet ikke ses at være dokumenteret opfyldt. I de 3 af afgørelserne er den fortsatte fiksering blevet tilsidesat, idet det ikke blev anset for dokumenteret, at patienten fortsat udgjorde en fare for sine omgivelser, og at der således fortsat var grundlag for at opretholde fikseringen. I den sidste sag var der tale om en forsinket overlægegodkendelse af en fodrem, der derfor blev tilsidesat.

Nævnets omgørelsesprocent i sager vedrørende tvangsfiksering er i 2012 faldet fra 24,5 % til 15 %, og Nævnet har samtidig behandlet flere sager, 73 mod 57 i 2011. Hvor det tidligere har været et problem, at hospitalerne ikke i tilstrækkeligt omfang har kunnet dokumentere, at grundlaget for tvangsfikseringen har været i orden, ses der nu i større udstrækning at være dokumentation herfor.

7. Klager over Patientklagenævnets afgørelser

7a. Antal klager

Skema 12

Antal klager

	2010			2011			2012		
	Antal afg.	Antal Klager	Klage %	Antal afg.	Antal Klager	Klage %	Antal afg.	Antal Klager	Klage %
Tvangsindlæggelse	59	11	18,6	61	13	21,3	53	14	26,4
Tvangstilbageholdelse	106	17	16	128	21	16,4	139	26	18,7
Tilbageførsel	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	31	6	19,3	57	10	17,5	73	8	10,9
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Aflåsning af døre i afd.	0	0	0	3	0	0	1	0	0
Tvangsbehandling, med.	62	8	12,9	103	14	13,6	105	14	13,3
Tvangsbehandling, ECT	3	0	0	0	0	0	2	0	0
Tvangsbehandling, legem-	2	0	0	1	0	0	0	0	0
Fysisk magtanvendelse	3	0	0	10	0	0	3	0	0
Beroligende medicin	43	3	7	34	7	20,6	36	9	25
Personlig skærmning	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Tvungen opfølgning, iværk	-	-	-	3	1	33	2	0	0
Tvungen opf., afh. v/politi							0	0	0
Tvungen opf., forts.	-	-	-	1	0	0	2	0	0
Andet (bl.a. tv. ernæring)	1	0	0	1	0	0	1	0	0
I alt	311	45	14,5	405	66	16,3	418	71	16,9

Antal klager er antallet af afgørelser der klages over. Hvis der i en sag klages over både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, tæller det som 2 klager.

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, aflåsning af døre i afdelingen oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland kan i henhold til psykiatrilovens § 37, stk. 1, indbringes for retten efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren.

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk magt, personlig alarm, pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

7b. Indbringelse for domstolene

Skema 13

Afgørelser fra retten

	2010	2011	2012
Stadfæstet	20	35	19
Tilsidesat/hjemvist	0	3	0
Frafaldet af patient	8	10	15
I alt	28	48	34

Tabellen omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2012, incl. afgørelser truffet af nævnet før 2012.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Skema 14

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2010	2011	2012
Stadfæstet	8	9	10
Ændret/hjemvist	2	3	8
Frafaldet	0	1	3
I alt	10	13	21

Tabellen omfatter afgørelser fra Psykiatrisk Ankenævn modtaget i 2012, incl. afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn før 2012.

De 3 ændrede afgørelser er omtalt i afsnit 3 i beretningen.

Afsnit 2

Principielle problemstillinger m.v.

I dette afsnit omtales principielle problemstillinger m.v. såfremt der har foreligget sådanne. Det kan være vanskelige fortolkningsspørgsmål i lovgivningen, herunder spørgsmål vedrørende afgrænsningen af nævnets kompetence, væsentlige problemer vedrørende sagsbehandling, nævnmøder, klage- og ankeinstansbehandling m.v. Retssikkerhedsmæssige spørgsmål kan også omtales.

2.1 Pligt til at tilbyde en konkret behandling, herunder dosisinterval

I nyhedsbrev af 3. marts 2011 redegjorde Patientombuddet for en ny praksis indenfor tvangsbehandling, hvorefter der skal bestå en pligt til at informere patienten om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang inden beslutningen træffes, dvs. både vedrørende primært og subsidiært præparat.

De psykiatriske patientklagenævn (DPP) ændrede i konsekvens heraf praksis. De afgørelser, som var truffet efter den gamle praksis, men endnu ikke påklagede – eller som fortsat var under behandling i Ankenævnet - blev i konsekvens heraf ændret af Ankenævnet. På baggrund af nyhedsbrevet var det muligt forholdsvis hurtigt at få viderebragt den ændrede praksis til diverse psykiatriske hospitaler/afdelinger. Der gik dog efterfølgende nogen tid, inden den nye praksis havde bundfældet sig, hvorfor det viste sig nødvendigt at tilsidesætte en del beslutninger om tvangsbehandling, inden den nye praksis blev indarbejdet.

Medio 2012 modtog DPP en afgørelse fra Ankenævnet, som havde ændret en af DPP truffet afgørelse med den begrundelse, at der ikke var motiveret konkret for det dosisinterval, der efterfølgende blev truffet beslutning om. Det anførtes yderligere, at det skulle have fremgået af journalen, at der var motiveret for hele dosisintervallet.

Ankenævnet udsendte i november 2012 Nyhedsbrev herom.

Dette var en ændring i forhold til tidligere praksis, hvorefter det har været tilstrækkeligt, at patienten var blevet motiveret for startdosis.

Som begrundelse for den ændrede praksis har Ankenævnet anført, at det er dets opfattelse, at en patient eksempelvis skal kunne forholde sig til hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Tvangsbehandling skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Ankenævnet kan selvsagt ændre praksis ud fra indvundne erfaringer eller andre saglige begrundelser. Vi formoder, at de erfaringer, man har gjort sig med bl.a. brug af høje doser på Psykiatrisk Center Glostrup, kan have medvirket til praksisændringen.

Der kan i den forbindelse henvises til den af Sundhedsstyrelsen den 21/9 2012 udsendte pressemeddelelse:

"Sundhedsstyrelsen udtrykker i et notat kritik af Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og centerledelsen på Psykiatrisk Center Glostrup (PCG) i forbindelse med brug af det beroligende middel midazolam og brug af høje doser antipsykotisk medicin på PCG.

Sundhedsstyrelsen var i juni 2012 på et tilsynsbesøg på PCG, da styrelsen havde fået flere indberetninger om problemer på Centeret, som Styrelsen vurderede kunne udgøre et problem for patientsikkerheden. Indberetningerne gav bekymring om centerets brug af midazolam og antipsykotisk medicin.

Sundhedsstyrelsen konkluderer i notatet, at midazolam kan vise sig at være en relevant behandling i psykiatrien i Danmark, men at indførelsen af behandlingen kræver, at det faglige beslutningsgrundlag bliver beskrevet og systematisk fagligt fulgt op. PCG var ikke tilstrækkelig opmærksom på, at der var tale om indførelse af et nyt behandlingsregime, som skulle overholde Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlingsmetoder. Det er en yderligere skærpende omstændighed, at der i mange tilfælde var tale om tvangsbehandling og høje doser.

Sundhedsstyrelsen peger i notatet blandt andet på, at PCG ikke burde have påbegyndt behandlingen med midazolam, inden vejledning for hele regionen om behandling af akut urolige patienter var færdig. Sundhedsstyrelsen fandt også, at der på PCG i mange patientforløb var anvendt meget høje doser af antipsykotika. Sundhedsstyrelsen udtaler, at det havde været hensigtsmæssigt, om ledelsen på et tidligere tidspunkt havde sikret sig, at medicineringen fulgte regionens egen vejledning. Det var ikke tilstrækkeligt, at RHP og PCG alene byggede deres overvågning på statistikker over det generelle forbrug af antipsykotika.

Region Hovedstaden Psykiatri har efterfølgende udarbejdet en ny vejledning for behandling med antipsykotika, som beskriver, hvornår det lægefagligt er acceptabelt at overskride den samlede normale døgndosis for patienter, der har særligt behov. Sundhedsstyrelsen har også bemærket, at RHP har fulgt op på den nye vejledning og indskærpelse over for centrene med en gentagelse af undersøgelsen af døgndoser til patienter, og at undersøgelsen viser, at der er sket et markant fald i antallet af patienter, der har fået doser over det anbefalede niveau. RHP planlægger desuden at følge udviklingen gennem månedlige dataudtræk.

Sundhedsstyrelsen finder udviklingen positiv og vil umiddelbart ikke foretage sig yderligere i forhold til organisationstilsynssagen. Styrelsen har som opfølgning på sagen varslet et møde i januar 2013. Udover dette notat vil Sundhedsstyrelsen vurdere en række udvalgte patientforløb i forhold til, om de involverede sundhedspersoner har udvist omhu og samvittighedsfuldhed. Denne del af Sundhedsstyrelsens tilsyn forventes afsluttet inden december 2012."

I lighed med Nyhedsbrevet af den 3. marts 2011 kunne det have været en stor hjælp for de psykiatriske patientklagenævn hvis der på et tidligere tidspunkt end sket (november 2012) var blevet udsendt et nyhedsbrev, hvori den seneste praksisændring, hvorefter der skal motiveres for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om, blev beskrevet, specielt når henses til, at Ankenævnet allerede i forsommeren 2012 havde ændret praksis.

Det ses ikke at være hensigtsmæssigt, at en praksisændring foreligger som en ændring af en konkret afgørelse, idet alle patientklagenævn ikke nødvendigvis får viden om ændrin-

gen på samme tid, men først når der foreligger en konkret afgørelse herom fra Ankenævnet. Et patientklagenævn kan således fortsat træffe afgørelser efter den gamle praksis, ganske uvidende om at den er ændret, idet det ikke har haft klagesager til behandling i Ankenævnet, mens et andet patientklagenævn på et tidligere tidspunkt har modtaget en afgørelse og således har haft mulighed for at ændre til den nye praksis. Desuden virker det befordrende for et patientklagenævns professionalisme og autoritet at kunne henvise til et nyhedsbrev, når der sker en praksisændring.

Artikel fra Ugeskrift For Læger af 4. marts 2013:

"Lægers ordination under skarp overvågning

Dønningerne efter overmedicineringsskandalen på Psykiatrisk Center Glostrup har ført til så meget kontrol, at det ligner mistillid, mener overlæge.

Medicinmonitoreringssystemer. Det lyder nærmest orwellsk, og det dækker over et af Region Hovedstadens initiativer oven på sagerne om overmedicinering på bl.a. Psykiatrisk Center Glostrup. Systemet giver klinikchefer på psykiatriske afdelinger særlig adgang til at overvåge de enkelte lægers medicinordninger. Men ifølge overlæge Henrik Day Poulsen er der både kontrol og mistillid i det nye initiativ. Desuden er de maksimale doser, hvis overholdelse, systemet skal kontrollere. urealistiske og baseret på statistikker, der ikke afspejler virkeligheden.

"Jeg synes, at det er en meget problematisk udvikling. Ledelsen kan gå ind og overvåge alt, hvad vi ordinerer. Og jeg synes det er et udtryk for mistillid mellem ledelse og læger, det samme har flere af mine kolleger givet udtryk for«, siger overlæge på Bispebjergs psykiatriske afdeling, Henrik Day Poulsen.

Han fortsætter:

"Det er bekymrende at se, hvordan en enkeltsag fører til, at ledelsen tager et skridt der bedst kan tolkes som mistro over for sine ansatte." Ydermere er Henrik Day bekymret, fordi de retningslinjer for medicinering, som er blevet udstukket for psykiatrien i Hovedstaden er baseret på statistikker, der ikke indeholder alle patientgrupper.

"Der er industriens retningslinjer, og de afprøver deres produkter på patienter, der har afgivet deres informerede samtykke. Det udelukker de mest syge patienter, de tvangsmedicinerede. Heller ikke misbrugere er med i statistikken, og dem har vi rigtig mange af på vores afdeling. Vores afdeling er en lukket afdeling, hvor 60 pct. af patienterne er kriminelle, og desuden er en del tvangstilbageholdt. Og de er ikke med i de statistikker, som retningslinjerne er baseret på. De angiver f.eks. en maksimal døgndosis på 40 mg Zyprexa og 750 mg Seroquel. Men de grænser vil vi med vores patientgruppe ofte overskride«.

Men det fremgår også af retningslinjerne, at de kan overskrides, det skal blot aftales med klinikchefen, hvad er så problemet?

"Det kan alligevel komme til at fremstå som systematiske overskridelser. Og vi kan risikere, at læger vil holde sig tilbage for ikke at overskride den maksimale døgndosis og i stedet udskrive anden medicin, så er vi ovre i polyfarmaci, som der bestemt er en risiko ved, eller vi kan risikere at se, at antallet af bæltefikseringer vil stige". Henrik Day er bekymret for, hvilke konsekvenser det kan få: "Det bliver en systematiseret fremstilling i monitaringssystemet af de overskridelser af døgndosis, som vi har på vores afdeling og andre tilsvarende, og jeg frygter, at det kan misbruges af pressen, og vi en dag bliver hængt ud

for det. Der er mange, der ikke ved, at det statistiske materiale, som anbefalingerne er baseret på, ikke afspejler virkeligheden, og at en overskridelse kan være fuldt fagligt forsvarlig over for nogle patientgrupper. I nyligt publicerede australske undersøgelser fik 336 patienter op til maksimalt 90 mg Zyprexa givet intravenøst - det svarer til 150 mg - uden at der skete noget. Men hvis det ikke er kendt, kan det hurtigt se ud, som om vi bare overmedicinerer”.

Peter Treufeldt, vicedirektør i Region Hovedstades psykiatri svarer på kritikken:
Hvad siger du til, at Henrik Day Poulsen anser den nye medicinmonitorering for at være et udtryk for mistro mellem ledelse og læger?

”Jeg er ikke enig. Det er ikke udtryk for mistro. Tværtimod. Vi ønsker at fremme god behandling ved at sikre, at patienterne får den rigtige medicin og den rigtige dosis. Hidtil har det kun være muligt at følge behandlingen af den enkelte patient ved at gå ind i journalen, og det var lidt tungt. Nu har vi fået et nyt system, der på en enkel måde giver et overblik. Det er jo også til fordel for lægen, at han lettere kan følge behandlingen og medicineringen”.

Det opfattes dog som mistillid?

”Det er jeg ked af, hvis det gør. Men så må vi tage en diskussion om, hvad vi kan gøre for at sikre kvaliteten af behandlingen, som jo er det, som det drejer sig om”.
Henrik Day siger, at de maksimale doser i retningslinjerne ikke afspejler virkeligheden på en lukket afdeling. Hvad siger du til det?

”Ja, det har han jo forstand på, og jeg vil ikke gå ind i den diskussion. Det er en faglig diskussion. Vores retningslinjer bygger på de bedste eksperteres vurdering. Den har jeg tillid til”.

Er direktionen på denne baggrund parat til at genoverveje de maksimale doser i retningslinjerne?

”Nej, ikke umiddelbart. Der vil altid være undtagelser, hvor dosis overskrides, sådan er det, og det aftales med klinikchefen. Men undtagelserne må ikke blive reglen. Hvis der er behov for det, må vi drøfte, om retningslinjerne skal ændres”.

/Anne Steenberger, as@dadl.dk

2.2. Uddrag af referat af møde i fagportalgruppen for de psykiatriske patientklagenævn 3. december 2012

Sekretariatene for de 5 statsforvaltningers patientklagenævn afholder to gange årligt møde med henblik på at koordinere praksis på landsplan. Der er i denne forbindelse nedsat en landsdækkende gruppe, kaldet ”Fagportalgruppen”.

Sidst afholdte møde i gruppen den 3. december 2012 var med deltagelse af sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn. Mødet var arrangeret som et dialogmøde til afklaring af Ankenævnets praksis.

Nedenfor gengives uddrag af referat fra mødet:

"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 (2012) blive afholdt næste møde, hvor der vil være sager på mødet der kan skabe afklaring af praksis og Ankenævnet 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. Motivationseskemaer 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 anvendes 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 krænkelser af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgri-

bende 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 tvangsanvendelse overfor den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatisk måde for patienten."

Principielle afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

På mødet den 3. december 2012 blev det aftalt, at Ankenævnet skulle udsende et antal anonymiserede afgørelser, således at der kunne dannes et mere klart overblik over praksis vedrørende tvangsbehandling.

Disse sager er kort refereret nedenfor og giver indtryk af, at tidligere praksis på visse punkter er lidt under opblødning.

Anonymiseringsnummer: 13001PS

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 15. august 2012 vedrørende beslutning om tvangsbehandling.

Patienten blev motiveret i tre dage. Den første dag tog hun medicin frivilligt efter kraftig opfordring. Det fremgik af lægejournalen, at patienten fik tilbudt behandling med Zyprexa 10 x 2 den 2. august 2012. Det fremgik af sygeplejejournalen, at patienten blev tilbudt medicin flere gange fra den 2. til 4. august 2012. Det var herefter ankenævnets opfattelse, at patienten blev tilbudt Zyprexa 10 x 2 dagligt, og at hun ikke var i tvivl om, hvilken dosis en eventuel tvangsbehandling ville blive iværksat med.

Ankenævnet kan oplyse, at det er nævnets praksis, at motivationstiden som udgangspunkt regnes fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud. Hvis en patient således først har modtaget sin medicin frivilligt, men senere modsætter sig behandlingen, medregnes "den frivillige periode" således efter Nævnets praksis ikke i motivationstiden. I sådanne tilfælde regnes motivationstiden fra det tidspunkt, hvor det af journalen fremgår, at patienten har modsat sig behandlingen.

Det fremgik af journalen, at patienten indtog 10 mg Zyprexa frivilligt den 2. august 2012 efter kraftig opfordring fra sin søn, men at hun fortsat skulle motiveres.

Det er herefter Ankenævnets opfattelse, at patienten modsatte sig behandlingen igen den 3. august 2012, hvor hun igen blev motiveret for Zyprexa 10 x 2, og at hun herefter blev motiveret for dette fra den 3. til 4. august 2012.

Det var herefter Nævnets vurdering, at motivationen i dette konkrete tilfælde var tilstrækkelig.

Det fremgår af § 4, i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ifølge stk. 2, forstås ved afprøvede lægemidler præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og som markedsføres her i landet. Ifølge stk. 3, skal ordinationen følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initialdosis ved tabletbehandling med Zyprexa er 5-10 mg dagligt. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnnet. Initialdosis ved injektionsbehandling er 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter to timer, og der må højst gives 20 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler.

Ankenævnet lagde bl.a. vægt på, at der primært blev besluttet tvangsbehandling med tablet/mikstur og subsidiært med injektion. Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at der efter tre dages injektionsbehandling med Zyprexa bør skiftes til oral behandling.

Det er Ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det er videre Ankenævnets opfattelse, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat.

I tilfælde, hvor der besluttes behandling med samme præparat både primært og subsidiært, men i forskellig administrationsform, er det ankenævnets opfattelse, at det er til-

strækkeligt at oplyse om det primære præparats virkning og bivirkning, i det omfang disse er de samme ved henholdsvis tablet og injektion.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Zyprexa.

Anonymiseringsnummer: 13002PS

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 25. oktober 2012 vedrørende beslutning om tvangsbehandling med dosis, der gik ud over sædvanlig dosis

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at han fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen med Olanzapin 10 mg x 2 fra den 15. til den 17. oktober 2012, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 18. oktober 2012.

Ankenævnet kan oplyse, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initialdosis ved tabletbehandling med Zyprexa er 5-10 mg dagligt. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Ved mani er initialdosis med Zyprexa 15 mg.

Initialdosis ved injektionsbehandling er 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter to timer, og der må højst gives 20 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Zyprexa er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom den besluttede dosering er almindelig.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved mani er initialdosis med Zyprexa 15 mg, men at der blev ordineret 20 mg.

Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at patienten havde sukkersyge og havde været hyperaktiv i flere døgn uden søvn, hvorfor der var risiko for, at han kunne udvikle delirium, hvorfor det var relevant at ordinere en lidt højere dosis med henblik på en hurtigere effekt.

Ankenævnet bemærkede videre, at dette fremgik af journalen i forbindelse med beslutningen om tvangsbehandling, ligesom patienten var blevet informeret om, at han havde behov for de angivne doser på grund af den svære mani og den utilstrækkelige virkning af tidligere medicinsk behandling.

Da patienten var blevet motiveret for præparat og dosis, og da det fremgik af journalen, at han blev informeret om virkning og bivirkning ved præparatet, lagde Ankenævnet herved til grund, at han var blevet informeret om, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der går ud over den dosering, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig.

Anonymiseringsnummer: 13003PS

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 29. maj 2012 vedrørende beslutning om tvangsbehandling af patient den 21. maj 2012. Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte ved afgørelse af 29. maj 2012 beslutningen om tvangsbehandling

Overlægen havde i sin erklæring til Det Psykiatriske Patientklagenævn anført, at der blev truffet beslutning om Risperdal 0,5 mg stigende indenfor sædvanligt dosisinterval efter effekt og bivirkninger, samt injektion Serenase 0,5 mg stigende indenfor sædvanligt dosisinterval efter effekt og bivirkninger.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen fra den 18. til den 20. maj 2012, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 21. maj 2012.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initialdosis ved behandling med tablet/mikstur Risperdal for psykoser bør være 1 mg dagligt, stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis på 4-6 mg dagligt. Maksimaldosis er 16 mg dagligt.

Dosis ved injektionsbehandling er 25-50 mg i.m. hver anden uge. Supplerende oral anti-psykotisk behandling bør gives de første tre uger.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgår af pro.medicin.dk, at dosis ved tablet/mikstur behandling med Serenase er 2-10 mg tre gange dagligt. Ved injektionsbehandling gives doser i halvdelen af den påtænkte orale dosis.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at Risperdal og Serenase er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer er almindelige.

Det er Ankenævnets opfattelse, 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.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Risperdal og Serenase.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Anonymiseringsnummer 13004PS

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Patienten var alene motiveret for medicinsk behandling igennem et døgn, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet

Den 25. juli 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify á 15 mg dagligt med øgning op til 30 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. to gange dagligt eventuelt med øgning op til 9,75 mg tre gange dagligt.

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

Det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for behandling med Abilify 15 mg den 23. juli 2012. Den 24. juli 2012 kl. 11 og 25. juli 2012 kl. 14.00 blev han motiveret for behandling med Abilify 15 mg stigende til max 30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. to gange dagligt stigende til max tre gange dagligt.

På denne baggrund blev patienten således motiveret for hele den primære behandling igennem et døgn fra den 24. juli 2012 kl. 11 til den 25. juli 2012 kl. 14, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Abilify sædvanligvis initialt gives i en dosis på 10-15 mg en gang dagligt, og som vedligeholdelsesdosis 15 mg en gang dagligt stigende til maksimalt 30 mg dagligt.

Det fremgik, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af høre- og følehallucinationer og styringsoplevelser, der nedsatte hans koncentration i invaliderende grad. Der er ikke anført yderligere begrundelse til støtte for den korte motivationstid.

Anonymiseringsnummer 13005PS

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 15. august 2012 vedrørende beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var oplyst nogen begrundelse for, hvorfor dosis gik ud over sædvanlig dosering

Den 4. august 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 5 mg justeret efter virkning og bivirkninger indenfor normale dosisgrænser, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg justeret efter virkning og bivirkninger indenfor normale dosisgrænser.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at han fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen fra den 1. til den 4. august 2012, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 4. august 2012.

Det fremgår af journalen den 1. august samt tvangsprotokollen den 4. august 2012, at patienten skulle motiveres for tablet Zyprexa 5 mg justeret efter virkning og bivirkning inden for normale grænser, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg i.m. justeret efter virkning og bivirkning inden for normale grænser.

Det er Ankenævnets opfattelse, at der almindeligvis med udtrykket "inden for normale grænser" forstås en dosis, som angivet på pro.medicin.dk, som i tilfældet med tabletbehandling med Zyprexa er op til 20 mg dagligt, medmindre overlægen giver udtryk for at have en anden opfattelse.

Af lægeerklæringen fremgik det uddybende, at man med formuleringen 'inden for normale grænser' sigtede til medicinering med tablet Zyprexa 5 mg stigende til højst 40 mg i døgnet og subsidiært injektion Zyprexa 5 mg stigende til højst 20 mg i døgnet

Ankenævnet lagde derfor til grund, at der blev motiveret for det fulde interval op til 40 mg dagligt i tabletform og op til 20 mg i døgnet i injektionsform.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Zyprexa anvendes til behandling af skizofreni og andre psykotiske tilstande præget af forandringer i følelseslivet, tankeforstyrrelser, hallucinationer og vrangforestillinger, evt. psykomotorisk uro og excitation. Der anvendes en startdosering på 5-10 mg 1 gang daglig, fortrinsvis ved sengetid. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde bl.a. vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om baggrunden for at ordinere en dosis, der går ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at det ikke af journalen konkret fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over det på pro.medicin.dk angivne. Den høje dosis i sig selv kunne være velbegrundet, men en sådan eventuel begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 4. august 2012.

Anonymiseringsnummer 13006PS

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 14. marts 2012 vedrørende beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen indeholdt alene mulighed for, at dosis kunne justeres i nedadgående retning

Den 7. marts 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 20 mg, subsidiært Injektion Zyprexa 10 mg, begge justeret efter virkning.

Patienten havde fået tilbudt behandling med tablet Zyprexa 20 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg, begge justeret efter virkning og bivirkninger, den 5. og 6. marts 2012, inden der den 7. marts 2012 blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Da det af lægemiddelkataloget på pro.medicin.dk fremgår, at sædvanligt dosisinterval for tablet Zyprexa er 5 til 20 mg, og da der er truffet beslutning om behandling med tablet Zyprexa 20 mg, var det Ankenævnets opfattelse, at beslutningen om tvangsbehandlingen alene rummer mulighed for at justere behandlingen med Zyprexa i nedadgående retning.

Ankenævnet kunne oplyse, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at Zyprexa anvendes til behandling ved skizofreni og andre psykotiske tilstande præget af forandringer i følelseslivet, tankeforstyrrelser, hallucinationer og vrangforestillinger, evt. psykomotorisk uro og excitation. Der anvendes dosering i intervallet 5-10 mg 1 gang dagligt, fortrinsvis ved sengetid. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg daglig. Det kan dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. I injektionsform gives 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter 2 timer, højst 20 mg daglig. Senest efter 3 dage bør der skiftes til oral behandling.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgår af medicinoversigten, at der efter tre dages injektionsbehandling med Zyprexa bør skiftes til oral behandling.

Afsnit 3

Principielle afgørelser

Dette afsnit indeholder anonymiserede resumeer af de afgørelser, som Nævnet anser for principielle. En afgørelse, der tilsidesætter sygehusets beslutning, er ikke i sig selv principiel. En afgørelse, der godkender sygehusets beslutning, kan være principiel. Afgørelser, der tilsidesættes af domstolene og Det Psykiatriske Ankenævn, er som udgangspunkt principielle.

Nedenfor er ganske kort nævnt et antal afgørelser, som Nævnet anser for principielle, samt et antal afgørelser, hvor Nævnet finder behov for at præcisere gældende ret på området.

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Patientens tilstand kunne ikke yderligere forbedres under indlæggelsen, hvorfor den fortsatte tvangstilbageholdelse blev tilsidesat

En patient havde klaget over, at han fortsat var tvangstilbageholdt. Nævnet traf afgørelse den 7. marts 2012.

Under nævnsmødet oplyste overlægen, at patienten havde det bedst, når der var faste rammer og forudsigelighed. Patienten fik det dårligt, efter han havde overnattet hjemme i 3 døgn. Når han var velbehandlet, gik det forholdsvist godt. Patienten ville ophøre med at tage medicin, hvis han blev udskrevet. For hver gang patienten får tilbagefald, vil hans hjerne tage skade. Hans tilstand vekslede meget. For tiden havde han det godt.

Overlægen oplyste videre, at man ikke har planer om anden medicinering end den nuværende. Man var af den opfattelse, at tvungen opfølgning ikke var et realistisk alternativ til indlæggelse, da patienten rejste meget rundt. Patientens tilstand kunne ikke bedres yderligere ved fortsat indlæggelse. Indlæggelsen kunne alene forhindre tilbagefald.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte den fortsatte tvangstilbageholdelse, idet grundlaget ikke længere var til stede.

Ifølge § 5 i psykiatriloven må tvangstilbageholdelse, jf. § 10, kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet.

Tvangstilbageholdelsen blev godkendt, men Nævnet bemærkede, at tilbageholdelsen burde have været indledt på behandlingsindikation

En patient havde klaget over at være blevet tvangstilbageholdt. Patienten var tvangstilbageholdt på farlighedsindikation. Nævnet traf afgørelse den 6. september 2012, hvor tvangstilbageholdelsen blev godkendt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor han blev tvangstilbageholdt på farlighedsindikation, var psykotisk og behøvede behandling, fordi han havde hallucinationer i form af stemmehøring og mente, at han blev overvåget.

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

Nævnet fandt imidlertid, at tvangstilbageholdelsen burde have været indledt på behandlingsindikation, da der på tidspunktet for tvangstilbageholdelsen var gået 2 dage siden, patienten havde slået eller skubbet en patient, og da han ellers var beskrevet som stille og kun nogle gange irriteret/vred. Nævnet fandt således ikke, at farlighedskriteriet var opfyldt.

Tvangstilbageholdelsen blev tilsidesat idet denne beroede på en retsvildfarelse

En patient klagede over at være blevet tvangstilbageholdt og tvangsfikseret. Nævnet traf afgørelse den 17. oktober 2012.

Det fremgik af sagen, at patienten var frivilligt indlagt, og at han på intet tidspunkt havde anmodet om at blive udskrevet. Det fremgik videre, at patienten blev tvangstilbageholdt i forbindelse med en fiksering begrundet i, at fikseringen forventedes at ville vare over flere timer.

Det fremgik videre, at patienten på tidspunktet for fikseringen var tvangstilbageholdelig, og at hans tvangstilbageholdelse blev ophævet i forbindelse med mødet i Nævnet.

Nævnet tilsidesatte tvangstilbageholdelsen og bemærkede, at patientens frihedsberøvelse grundet ovennævnte retsvildfarelse fra hospitalets side var uden retsvirkning. Det er således ikke et krav, at en tvangsfikseret patient er tvangstilbageholdt, men at han er tvangstilbageholdelig.

Nævnet godkendte fikseringen, men ikke dens tidsmæssige udstrækning. Denne afgørelse er refereret under afsnit om tvangsfiksering.

Tvangstilbageholdelsen blev godkendt, men først fra et senere tidspunkt, idet et forsøg på at komme fri af et bælte ikke i sig selv kunne anses som et udskrivningsønske

En patient klagede over tvangstilbageholdelse, tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin. Nævnet traf afgørelse den 7. november 2012.

Patienten blev tvangsindlagt den 19. oktober 2012. Samme dag blev patienten tvangsfikseret og i forbindelse hermed tvangstilbageholdt, idet han forsøgte at komme ud af bæltet. Patienten havde ikke den dag anmodet om at blive udskrevet. Dette skete først den 21. oktober 2012. Tvangstilbageholdelsen blev ophævet den 22. oktober 2012.

Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor han blev tvangstilbageholdt, fortsat var psykotisk og behøvede behandling, fordi han fremstod svært forpint, truende, råbende og motorisk urolig. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten var aggressiv, hurtigt talende og lettere springende i tankegangen og mente, at han var bedre end Jesus.

Nævnet havde påset, at overlægen havde vurderet patientens frihedsberøvelse efter 3 dage den 22. oktober 2012, hvor tvangen blev ophævet. Se psykiatrilovens § 21, stk. 2, der er vedlagt.

Nævnet oplyste, at hvis en tvangsindlagt patient fremsætter udskrivningsønske, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om patienten tvangstilbageholdes. Fremsættes anmodning om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen.

Et ønske om udskrivning af en patient kan enten være udtrykt i ord eller adfærd. Det var Nævnets opfattelse, at et forsøg på at komme ud af et bælte ikke i sig selv kunne anses som et udskrivningsønske. Nævnet fandt derimod, at klagen udfærdiget den 21. oktober 2012 af patientrådgiveren, hvori der blandt andet blev klaget over tvangstilbageholdelsen, måtte betragtes som et udskrivningsønske, hvorfor der først på dette tidspunkt skulle have været truffet beslutning om tvangstilbageholdelse.

Tvangstilbageholdelse blev ophævet og genetableret begrundet i en for sen re- vurdering

En patient havde klaget over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 25. oktober 2012.

Det fremgik, at patienten blev tvangsindlagt den 10. oktober 2012 og tvangstilbageholdt samme dag. Frihedsberøvelsen blev revurderet den 13. oktober 2012, men ved en for- glemmelse ikke den 20. oktober 2012. Først den 22. oktober 2012 blev hospitalet op- mærksom på den manglende revurdering, hvorefter tvangstilbageholdelsen blev ophævet og efterfølgende genetableret, begrundet i forsinket revurdering af frihedsberøvelsen.

Nævnet fandt, at beslutningen om tvangstilbageholdelse den 22. oktober 2012 var uden retsvirkning, og at beslutningen om tvangstilbageholdelsen den 10. oktober 2012 således fortsat var gældende. Dette begrundedes i, at betingelserne for tvangstilbageholdelse fortsat var opfyldt ved beslutningen om ophævelse af tvangstilbageholdelse den 22. okto- ber 2012. Beslutningen af 22. oktober 2012 beroede således på en retsvildfarelse, og måtte derfor betragtes som en revurdering af frihedsberøvelsen.

Nævnet fandt, at patientens frihedsberøvelse grundet ovennævnte retsvildfarelse fra hos- pitalets side i en periode under forløbet efter tvangstilbageholdelsen den 10. oktober 2012 havde været ugyldig på grund af datoforskydningen, nærmere bestemt fra den 20. til den 22. oktober 2012.

Nævnet oplyste, at der kun er to indgange til et psykiatrisk hospital: Enten ved frivillighed eller ved tvangsindlæggelse. Patienten var i denne sag ingen af delene. Patienten befandt sig ved tvangstilbageholdelsen den 22. oktober 2012 på Aarhus Universitetshospital, Ris- skov. Nævnet fandt ikke, at dette forhold kunne karakteriseres som en frivillig indlæggel- se.

Nævnet påpegede, at en patients retssikkerhed ved en tvangsindlæggelse er sikret ved reglerne i psykiatrilovens §§ 6-9, og ved en frivillig indlæggelse er sikret ved reglen om informeret samtykke i psykiatrilovens § 1, stk. 2. Det er nævnets opfattelse, at psykiatri- lovens § 10, stk. 1 og stk. 3 kun kan anvendes, når en frivillig indlagt patient fremsætter et udskrivningsønske.

Fiksering

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke den tidsmæssige udstræk- ning af en fiksering, idet Nævnet fandt, at tvangsfikseringen burde have været ophævet på fjerdedagen

En patient klagede over tvangsfiksering fra den 9. oktober til den 16. oktober 2012. Nævnet traf afgørelse den 17. oktober 2012 om godkendelse af tvangsfiksering fra den 9. til den 12. oktober 2012.

(samme sag er refereret under 1. Tvangstilbageholdelse)

Det psykiatriske Patientklagenævn foretog en helhedsvurdering af situationen fra den 12. til den 16. oktober 2012, hvor fikseringen ophørte.

Patienten scorede den 12. oktober 2012 1:2:1 på Brøset, den 15. oktober 2012 1:1, den 14. oktober 2012 2:1, den 15. oktober 2012 0:1:3 og den 16. oktober 2012 0:0:1. Ved alle scoringer drejede det sig om, at patienten vurderedes forvirret.

Det fremgik, at patienten ved tilsyn gennemgående havde været rolig og venlig i kontakten, samt at han ikke fremstod truende eller aggressiv. Patientens havde dog ved en enkelt lejlighed den 14. oktober 2012 kastet med en tom urinkolbe og et kaffekrus. Nævnet vurderede efter en konkret vurdering, at farekriteriet ikke var opfyldt fra den 12. oktober om formiddagen

Det forhold, at der også ved tilsynene var anført, at patienten havde talepres, og at der ved enkelte lejligheder vurderedes, at patienten ikke var i stand til at indgå aftaler, kunne efter Nævnets opfattelse ikke føre til nogen anden vurdering.

For at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1, om at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, kræves, at det er dokumenteret, at faren er aktuel, konkret og beviselig. En vurdering der går på, at en patient er forvirret, har talepres og ikke kan indgå aftaler opfylder ikke betingelserne om at faren er aktuel og konkret. Dertil kommer, at der samtidig var objektive forhold, der talte imod.

Nævnets vurdering skal også ses i lyset af de politiske tilkendegivelser om at begrænse de langvarige fikseringer.

Endelig gjorde Nævnet opmærksom på mindste middels princippet. Principielt burde hvert tilsyn indeholde overvejelser omkring mindste middels princippet. Men som en begyndelse på en skærpet praksis på dette område oplyste Nævnet, at det vil kræve, at i hvert fald 48-timers revurderingen indeholder fyldestgørende overvejelser omkring mindste middels princippet.

Ud fra en samlet vurdering fandt Nævnet herefter, at bæltefikseringen burde have været ophævet senest den 12. oktober 2012 om formiddagen.

Retspsykiatrisk patient fortsat fikseret under transport til Afdeling for Retspsykiatri, Nykøbing Sjælland

En patient klagede over tvangsfiksering. Nævnet traf afgørelse den 18. oktober 2012.

Der var tale om en patient, som havde været fikseret utallige gange.

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at bæltefikserer patienten for at afværge, at han eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten skubbede til et personalemedlem og slog ud med knytnæve, samt at han spyttede på personalemedlemmer. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten var latent aggressiv, psykotisk og meget dårlig.

For så vidt angår anlæggelse af remme, lagde Nævnet vægt på, at patienten var særdeles voldsom og udadreagerende, herunder truede personalet og vagtlæger, som havde tilset ham, med spyt og slag

Nævnet vurderede, at fikseringen ikke havde været i længere tid end nødvendigt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten i perioder af timers varighed havde været højtråbende og skrigende, at han havde virket forpint, at han flere gange havde fået beroligende medicin med nogen virkning, og at det i næsten hele forløbet havde været nødvendigt med hånd- og fodremme på grund af hans voldelige udfald.

Nævnet lagde videre lagt vægt på, at patienten var fremkommet med trusler om at slå de faste vagter ihjel, og at han ved tilsyn havde truet med at skære lægen i småstykker.

Nævnet lagde videre lagt vægt på, at han havde truet med at slå personalet, forsøgt at nikke skaller, truet med at stikke med kniv, smadret inventar, smidt med afføring og smurt sig ind i afføring og været stærkt seksualiserende over for det kvindelige personale.

Nævnet godkendte fikseringen og udstrækningen heraf, herunder at patienten var fikseret under transporten til Afdeling for Retspsykiatri, Nykøbing Sjælland.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke den tidsmæssige udstrækning af to fikseringer, idet Nævnet fandt, at begge fikseringer burde have været ophævet dagen efter anlæggelse

En patient klagede over to tvangsfikseringer. Nævnet traf afgørelse den 12. april 2012.

En patient var fikseret fra den 13. februar 2012 kl. 14.50 til den 15. februar 2012 kl. 10.31 og igen fra den 16. februar 2012 kl. 20.18 til den 18. februar 2012 kl. 23.35.

Nævnet fandt, at bæltefikseringen fra den 14. februar sidst på eftermiddagen havde været foretaget med urette. Nævnet lagde vægt på, at det ikke af de foreliggende oplysninger var dokumenteret, at patienten ville have været til fare for sine omgivelser eller sig selv, såfremt han ikke var bæltefikseret.

Nævnet gjorde opmærksom på, at tvangsfiksering i henhold til farekriteriet alene må anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, jfr. Psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Det fremgik således alene af de foreliggende oplysninger, at patienten fortsat var manisk, meget foretagsom, talende og latent aggressiv. Det fremgik af tilsyn den 14. februar kl. 17.15, at patienten lå roligt i sengen, men havde klare maniske symptomer. Patienten havde talepres, var irriteret, springende og associerende i tanke og tale. Man vurderede ikke, at han var i en tilstand, hvor han kunne begynde at lave klare aftaler. Det fremgik imidlertid ikke, hvad denne vurdering byggede på, og der forelå ikke oplysninger om, at patienten vurderedes at være til fare for sine omgivelser eller sig selv ved en løsning af bæltet. Det forhold, at patienten fortsat var manisk, fandt Nævnet ikke i sig selv kunne begrunde en fortsat bæltefiksering.

Nævnet fandt, at bæltefikseringen fra den 17. februar sidst på eftermiddagen havde været foretaget med urette. Nævnet lagde vægt på, at det ikke af de foreliggende oplysninger var dokumenteret, at patienten ville have været til fare for sine omgivelser eller sig selv, såfremt han ikke var bæltefikseret.

Det fremgik således alene af de foreliggende oplysninger, at patienten den 17. februar fortsat var manisk, meget foretagsom, talende og latent aggressiv. Det fremgik af tilsyn den 17. februar kl. 14.50, at han havde været løsnet flere gange, hvilket var gået fint, men at han havde mange gøremål og mange krav til personalet. Patienten vurderedes latent aggressiv. Ved senere tilsyn, hvor patienten ikke havde sovet, var anført, at han havde let talepres, var agiteret og vredladet.

Det forhold, at patienten fortsat var manisk, havde let talepres og var vredladet fandt Nævnet ikke i sig selv kunne begrunde en fortsat bæltefiksering. Det bemærkedes også, at det ikke er lovligt at fikserer en patient af behandlingsmæssige årsager, f.eks. for at begrænse aktivitet.

Nævnet fandt i begge tilfælde, at det ikke var tilstrækkeligt dokumenteret, at fortsat bæltefiksering havde været nødvendig, og at mindre indgribende foranstaltninger, f.eks. skærmning, ikke ville kunne have beroliget ham tilstrækkeligt.

En beskyttelsesfiksering med stofbælte overgik til en tvangsfiksering med bælte og en fodrem

En patient klagede over beskyttelsesfiksering og tvangsfiksering. Nævnet traf afgørelse den 31. oktober 2012.

På mødet oplyste overlægen, at patienten blev fikseret med stofbælte på sin stue, idet han var svimmel og var faldet ud af sengen. Patienten var svært manisk, hans døgnrytme var ændret, han kunne ikke svare relevant, og man frygtede, at han ville udvikle delir. Desuden var patientens blodprøver skæve.

Baggrunden for bæltefikseringen var, at patienten var kravlet ud af stofbæltet og lå på gulvet. Patienten blev bragt tilbage i bæltet. Situationen udviklede sig imidlertid, idet patienten blev udadreagerende og slog og sparkede efter personalet. Patienten havde fået beroligende medicin i løbet af dagen og aftenen og kunne derfor ikke få mere beroligende medicin i forbindelse med tvangsfikseringen. Det var nødvendigt at anlægge fodrem for at forhindre patienten i at krybe ud af bæltet.

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at anlægge beskyttelsesfiksering for at afværge, at patienten udviklede delir og derved kom i en livstruende tilstand.

Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at bæltefikserer patienten for at afværge, at han eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var fysisk aggressiv, slog og sparkede efter personalet, samt at han var truende. Der blev endvidere lagt vægt på, at der var fare for, at patienten ville udvikle delir, såfremt han ikke blev bragt til ro.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte fiksering og fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de medarbejdere, der deltog i fikseringen

En patient klagede over tvangsfiksering og over personalets adfærd i forbindelse med tvangsfikseringen. Nævnet traf afgørelse den 25. oktober 2012.

Nævnet godkendte fikseringen og fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de medarbejdere, der deltog i tvangsfikseringen. Klagen blev behandlet på to møder, idet klage over personalets optræden først kom frem under det første møde. Behandlingen af klagen blev herefter udsat på indhentelse af yderligere oplysninger fra det personale, som havde deltaget i fikseringen.

Medarbejderne oplyste under mødet, at der var anvendt fastholdelsesgreb, som er et bestemt greb om armen. Medarbejderne afviste patientens udtalelse om, at der var taget fat omkring hans hals, og at fikseringen var bestemt på forhånd.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten var svært udskældende fra morgenstunden, at han blev tiltagende truende og sluttelig truede overlægen på livet. Endvidere lagde nævnet lagt vægt på, at patienten ikke havde taget sin vanlige medicin, og at der derfor blev forsøgt indgivet beroligende medicin frivilligt, hvilket patienten ikke ønskede, samt at han modsatte sig fastholden med bid og forsøg på spark og slag.

På baggrund af de i sagen foreliggende oplysninger omkring tvangsfikseringen fandt Nævnet ikke grundlag for at udtale kritik af de medarbejdere, der deltog i denne. Nævnet lagde vægt på, at der ikke var holdepunkter for at antage, at fikseringen var foretaget unødigt hårdhændet og med brug af kvælertag. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på udtalelserne i sagen, og at der ved undersøgelse ikke var påvist tegn på skader på halsen.

I samme sag blev der taget stilling til indgivelse af beroligende medicin. Denne afgørelse refereres under afsnit om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte fiksering og fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de medarbejdere, der deltog i fikseringen

En patient klagede over tvangsfiksering og over personalets adfærd i forbindelse med tvangsfikseringen. Nævnet traf afgørelse den 4. oktober 2012.

Nævnet godkendte fikseringen og fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de medarbejdere, der deltog i tvangsfikseringen. Klagen blev behandlet på to møder, idet klage over personalets optræden ikke kunne belyses tilstrækkeligt under det første møde, uden at der blev indhentet yderligere oplysninger fra det personale, som havde deltaget i fikseringen.

På mødet oplyste lægen, at patienten var tvangstilbageholdelig under fikseringen. Hun blev tilkaldt og var til stede under fikseringen, hvor hun opholdt sig ved fodenden af patientens seng. Hun oplyste, at patienten tidligere havde været fikseret efter at have været til fare for sig selv. Forud for den aktuelle fiksering var patienten løbet fra gården til sin stue, hvor han sad på et bord med en skarp genstand i hånden. Patienten truede med at gøre skade på sig selv. Der blev gjort et langvarigt forsøg på at tale patienten til ro, men da det ikke lykkedes, besluttede hun efter en sidste advarsel, at han skulle tvangsfikseres. Patienten kæmpede hårdt imod og brugte både arme og ben, hvorfor det var nødvendigt at anvende 2 fod- og 2 håndremme. Der blev lagt et pudevår over patientens mund, fordi han spyttede efter personalet. Hun sagde til personalet, at de skulle sikre, at hans luftveje var frie, hvilket personalet bekræftede, at de var. Patienten råbte og truede personalet, og det var lægens opfattelse, at der ikke var noget alternativ til at fikser ham, ligesom der ved fikseringen ikke blev anvendt unødigt magt. Patientens ansigt blev alene holdt fast for at undgå, at han kunne dreje hovedet og derved få større mulighed for at spytte på personalet. Lægen oplyste, at en patient i øvrigt ikke konstant kan råbe og skrike, hvis luftvejene er blokerede.

Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for tvangsfikseringen reagerede voldsomt ved at sparke til havemøbler, lamper og rive planter ned fra vinduerne, samt at han sad med en skarp genstand på bordet og truede med at gøre skade på sig selv.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten efter anlæggelse af bæltet fortsatte med at true personalet og var voldsomt udadreagerende, idet han slog, sparkede og spyttede efter personalet. Nævnet godkendte på baggrund heraf anlæggelse af fod- og håndremme, ligesom nævnet fandt, at det var nødvendigt at holde et pudevår op foran hans ansigt for at undgå, at han spyttede på personalet. Nævnet fandt det således ikke godtgjort, at der blev taget kvælertag på patienten, samt at hans luftveje var blokerede.

Det blev under mødet oplyst, at der på hver afdeling er personale, som er uddannet i krisehåndtering, herunder i hvordan man fysisk ved hjælp af forskellige greb kan passivere en meget urolig patient, således at der er mindst mulig risiko for at denne kommer til skade.

Tvungen opfølgning efter udskrivning

Patientklagenævnet godkendte den 9. februar 2012 overlægens beslutning om, at der skulle ske fortsat tvungen opfølgning, efter at patienten var udskrevet

Patientklagenævnet havde den 3. november 2011 godkendt overlægens beslutning om, at der skulle ske tvungen opfølgning efter patientens udskrivning (afgørelsen er refereret nedenfor).

Nævnet lagde vægt på, at patienten, selv om hun ikke længere var så vred og udskældende, fortsat fremtrådte med aggressiv adfærd, manglende kontakt og paranoide vrangforestillinger på psykotisk baggrund.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten var uden sygdomsindsigt og erkendelse af behov for behandling.

Nævnet henviste i det hele til dets afgørelse af 3. november 2011, hvor der blev truffet afgørelse om, at der skulle ske tvungen opfølgning efter patientens udskrivning.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om fortsat tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

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

Afgørelse af 3. november 2011:

Nævnet lagde til grund, at patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst 3 gange, at hun i de seneste 3 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 hun i forbindelse med den seneste indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og at hun 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 lagde vægt på, at patienten havde været tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling mindst 15 gange, heraf 8 gange inden for de seneste 3 år, hvor der efter hver udskrivning var besluttet opfølgende behandling ved et udgående psykiatriteam. Denne behandling var ikke blevet fulgt af patienten, hvilket medførte en forværring af hendes tilstand og genindlæggelse.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var produktivt psykotisk og paranoid med vrangforestillinger, at hun var højtråbende og udsældende med aggressiv adfærd og manglende kontakt, at hun var uden sygdomserkendelse, og at der ikke var nogen behandlingsalliancer med hende.

Nævnet fandt, at beslutningen om tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at der var en stor risiko for, at patienten ville ophøre med den medicinske behandling, og at hendes psykotiske tilstand dermed ville forværres, hvis hun ikke fik et pålæg om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, alternativt hos det lokale psykoseteam, efter hendes udskrivning.

Nævnet vurderede, at den medicin, hun skulle behandles med, er 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 Rispolept Consta 50 mg hver 14. dag, der havde en god effekt på hendes tilstand.

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

Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om, at der skulle ske tvungen opfølgning, efter at patienten var udskrevet med depotbehandling Zypadhera 405 mg hver 5. uge

En patient klagede over overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Nævnet traf afgørelse den 30. august 2012

Nævnet lagde til grund, at patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst tre gange, at hun 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 hun i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og at hun 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 lagde vægt på, at det af sagen fremgik, at patienten tidligere havde været tvangsindlagt den 16. oktober 2009, den 3. december 2010 og den 11. august 2011. Der havde været etableret tvungen ambulant opfølgning, som ikke havde kunnet opretholdes på grund af patientens manglende motivation. Patienten var tvangsindlagt fra den 17. juli 2012.

Nævnet lagde vægt på, at patienten led af paranoid skizofreni og var psykotisk ved nuværende indlæggelse med blandt andet vrangforestillinger og storhedsforestillinger. Hun var blevet tiltagende psykotisk og havde nægtet at tage medicin i en længere periode. Hun havde således sidst fået injektion Zyprexa i forbindelse med opfølgningen den 18. april 2012. Herudover havde patienten tabt sig og var afkræftet. Endvidere lagde nævnet vægt på, at Patienten fortsat fremstod psykotisk, og at hun var uden sygdomsindsigt og uden forståelse for, at hun havde behov for behandling.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvungen opfølgning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet lagde vægt på, at der var en stor risiko for, at patienten vil ophøre med den medicinske behandling, og at hendes psykotiske tilstand dermed vil forværres, hvis hun ikke fik et pålæg om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, efter at hun var blevet udskrevet. Det fremgik således, at hun var tilbudt antipsykotisk medicin dagligt fra den 18. juli 2012, som hun afviste at tage. Der blev herefter iværksat tvangsbehandling med depot injektion Zypadhera, som blev givet med tvang første gang den 24. juli 2012. Det var beskrevet, at medicinen var givet under protester og nogen grad af fysisk modværge.

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

Nævnet lagde vægt på, at overlægen kendte patientens reaktion på Zypadhera 405 mg, som havde en god effekt på hendes 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.

Sager ændret af domstolene

Ingen af de afgørelser, Nævnet efter anmodning har indbragt for retten, er blevet ændret.

Tvangsbehandling

Patientklagenævnet har fra den 1. oktober 2010 som forudsætning for godkendelse af en tvangsbehandling stillet krav om, at det for hver dag, der motiveres, skal noteres i journalen, hvilket præparat patienten er motiveret for og i hvilken dosis, samt oplysning om at patienten har afvist behandlingen, og at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger. Det Psykiatriske Patientklagenævn har i en række sager tilsidesat overlægens beslutning om tvangsbehandling, når der ikke i journalen forelå den nødvendige dokumentation for, at personalet havde forklaret patienten, at denne havde behov for medicin.

Før den 1. oktober 2010 fandtes en passende motivationstid at være en - to uger. På grund af den væsentligt kortere betænkningstid, der blev vedtaget ved lovændringen den 1. oktober 2010 - psykiatrilovens § 12, stk. 5 sidste punktum - "betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage", har Det Psykiatriske Patientklagenævn efter den 1. oktober 2010 stillet krav om, at det for hver dag, der motiveres, skal noteres

i journalen, hvilket præparat patienten er motiveret for og i hvilken dosis, samt oplysning om at patienten har afvist behandlingen, og at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger. Det har således efter den 1. oktober 2010 været en forudsætning for, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt en tvangsbehandling, at disse fire elementer er dokumenteret i journalen, hver dag motivationen er foregået.

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

Det Psykiatriske Ankenævn har i Nyhedsbrev nr. 2 i november 2012 yderligere skærpet praksis vedrørende omfanget af den information, der skal gives en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling. Hidtil har det været anset som tilstrækkeligt at motivere for initialdosis vedrørende det primært besluttede præparat med bemærkning om, at dosis kan justeres inden for almindeligt anvendt dosisinterval efter vurdering af effekt og bivirkninger. Efter Ankenævnets skærpede praksis har psykiatriske patienter krav på specifikke oplysninger om den medicin, de skal have med tvang. Det Psykiatriske Ankenævn har i en afgørelse slået fast, at en patient skal motiveres for hele den primære behandling, herunder et evt. dosisinterval. I en anden afgørelse har Ankenævnet slået fast, at en patient skal informeres, hvis dosis er ud over det sædvanlige. Patienten skal også have en begrundelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn (DPP) har - som i 2011 - i nogle sager også i 2012 tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, når der ikke i journalen forelå dokumentation for, at psykiatrilovens krav om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt. DPP's afgørelser har oftest været begrundet med, at der ikke i journalen forelå dokumentation for, at patienten forud for beslutningen om tvangsbehandling dagligt i tre dage havde fået tilbudt medicin til frivillig indtagelse, at tilbuddet ikke var præciseret med nøjagtig angivelse af præparat og dosis, herunder dosisinterval, eller at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med en anden dosis end den, der var motiveret for. Begrundelsen for at tilsidesætte en beslutning om tvangsbehandling har også været, at patienten ikke har været orienteret om formålet med behandlingen og om virkning og mulige bivirkninger af tvangsbehandlingen, inden beslutning herom blev truffet.

Ligeledes har DPP i 2012 - som i 2011 - tilsidesat flere beslutninger om tvangsbehandling, hvor den besluttede dosis lå ud over den i medicin håndbogen, www.medicin.dk, angivne sædvanlige vedligeholdelsesdosis, uden at der forelå en særlig begrundelse herfor, ligesom beslutning om tvangsbehandling med en højere begyndelsesdosis end anbefalet i medicin håndbogen, www.medicin.dk, er blevet tilsidesat i de tilfælde, hvor der ikke var givet en forklaring på, at en højere begyndelsesdosis, end den anbefalede, var blevet besluttet.

DPP har i flere sager ikke kunnet godkende en beslutning om tvangsbehandling, idet der var blevet motiveret for ét præparat og truffet beslutning om et andet præparat. DPP i afgørelserne redegjort for, at betænkningstiden efter DPP's opfattelse regnes fra det tidspunkt, hvor en patient var blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefalede et konkret behandlingstilbud. Det var således en forudsætning for DPP's godkendelse, at patienten i betænkningstiden var søgt motiveret for behandling med et konkret præparat og en konkret dosis, og at beslutningen om tvangsbehandling vedrørte samme præparat og dosis.

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

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i en række sager tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, hvor beslutningen vedrørte en lavere dosis end den tilbudte dosis i motivationsperioden. Begrundelsen for tilsidesættelsen var, at det ikke i sagerne var dokumenteret, at patienten ikke ville have taget imod behandlingen frivilligt, hvis patienten var blevet motiveret for den lavere dosis.

Som eksempel kan nævnes en konkret sag, hvor en patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 5. januar 2012.

Det psykiatriske patientklagenævn vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt, da patienten under indlæggelsen havde været umiskendeligt psykotisk med privat tankegang, optagethed af sære talrækker, tankeforstyrret og opkørt kulminerende med, at han havde truet en medpatient med en bordkniv. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten efterfølgende havde omklamret aftenvagten og forsøgt at kysse hende på munden. Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten var blevet bedre, men var stabiliseret på et manisk plan med behandlingsbehov.

Det psykiatriske patientklagenævn fandt imidlertid ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det psykiatriske patientklagenævn lagde vægt på, at patienten var blevet motiveret forbehandling med Serenase 10 mg x 3 dgl, men at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med Serenase 10 mg x 2 dgl.

Det psykiatriske patientklagenævn fandt ikke, at det var dokumenteret, at patienten ikke ville have taget imod behandlingen frivilligt, hvis han var blevet motiveret for 10 mg x 2 frem for 10 mg x 3.

Det Psykiatriske patientklagenævn har i flere sager tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, da det ikke kunne dokumenteres, at der de sidste tre dage op til den dag, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, dagligt var motiveret for medicinsk behandling

Som eksempel kan nævnes en konkret sag, hvor en patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 18. januar 2012.

Nævnet lagde vægt på, at patienten af hospitalsmyndigheden vurderedes som svært psykotisk. Det blev beskrevet, at patienten vandrede op og ned ad gangene, gik og skubbede til møblerne, talte med sig selv og virkede meget forpint.

Nævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet vurderede, at det ikke var muligt at behandle patienten uden at give ham medicin med tvang.

Nævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin, og at dette havde en god effekt på hans tilstand.

Nævnet vurderede, at den medicin, patienten skulle behandles med, er et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten var informeret om virkning og bivirkninger ved både det primære og det sekundære præparat, og at han havde afvist behandlingen.

Nævnet konstaterede imidlertid, at det ikke var dokumenteret, at patienten var motiveret de tre seneste dage forud for beslutningen om tvangsmedicinering.

Nævnet lagde vægt på, at overlægens beslutning om tvangsbehandling var truffet den 13. januar, som var samme dag som den tredje motivation fandt sted, hvorfor beslutningen om tvangsmedicinering blev tilsidesat, da der ikke forelå oplysninger om, at der skulle foreligge særlige omstændigheder, som kunne begrunde en kortere motivationstid.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, idet der i beslutningen om tvangsmedicinering var nævnt flere alternative præparater

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 20. februar 2012.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at han havde behov for medicin og fra den 4. februar 2012 havde tilbudt ham medicin i form af tablet Risperidon 3 mg, alternativt Abilify 10 mg som smelt eller 9,75 mg som injektion. Patienten ønskede ikke at tage medicinen frivilligt. Han var således tilbudt medicin dagligt gennem fire dage, før der den 8. februar 2012 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 3 mg eller mixtur eller smelt til max 16 mg dagligt afhængigt af klinisk respons, og hvis det ikke er muligt tablet Abilify 10 mg eller smelt eller injektion Abilify 9,75 mg dagligt max 3 gange dagligt (29,25 mg).

Nævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen den 4., 5., 6., og 7. februar 2012, at patienten var blevet motiveret for medicinsk behandling med tablet Risperidon 3 mg, alternativt Abilify 10 mg som smelt eller 9,75 mg som injektion, at patienten var blevet vejledt om virkning og bivirkninger ved behandlingen, og at han havde afvist behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin, og at dette havde en god effekt på hans tilstand.

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

Det fremgik dog af tvangsskemaet, at der i beslutningen om tvangsmedicinering var nævnt flere alternative præparater, hvilket ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens forudsætning om, at der alene kan træffes beslutning om ét behandlingssæt (bestående af primært præparat i form af tablet med smelt eller mixtur som alternativ og subsidiært injektion). Det følger således af administrativ praksis, at såfremt man ønsker at skifte til en anden behandling end den primære og subsidiære på et senere tidspunkt, må der træffes ny beslutning om tvangsmedicinering, således at

patienten får en passende betænkningstid og mulighed for at klage med opsættende virkning.

Beslutningen om tvangsmedicinering af 8. februar 2012 fratog patienten muligheden for at få en passende betænkningstid og mulighed for at klage med opsættende virkning, såfremt der skulle ske skift af behandlingen i tabletform. Nævnet fandt på denne baggrund, at beslutningen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i flere sager tilsidesat en beslutning om tvangsmedicinering, da der ikke var motiveret for en konkret dosis af det primære præparat

Som eksempel kan nævnes en konkret sag, hvor en patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 3. april 2012.

Nævnet lagde vægt på, at personalet havde forklaret patienten, at hun havde behov for medicin og fra den 23. marts 2012 havde tilbudt hende medicin i form af oral opløsning Risperdal. Patienten havde ikke ønsket at tage medicinen frivilligt. Der blev den 26. marts 2012 truffet beslutning om tvangsbehandling med oral opløsning Risperdal 1 mg gange 1 dagligt, op til max dosis (6 mg), dette eventuelt fordelt på 2 doser. Bivirkningsmedicin tbl. Akineton 1-4 mg max 3-5 gange dagligt, Alternativt inj. Abilify 9,75 mg op til 30 mg i.m. Bivirkningsmedicin inj. Akineton.

Nævnet lagde vægt på, at det var noteret i journalen den 23., 24., og 25. marts 2012, at patienten var blevet motiveret for medicinsk behandling med oral opløsning Risperdal, og at hun var blevet vejledt om virkning og bivirkninger ved behandlingen, og at hun har afvist behandlingen.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ikke forelå skriftlig dokumentation for, at hun den 24. marts 2012 var blevet motiveret for en konkret dosis.

Det fremgår af § 1, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at afgørelsen om behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med reglerne i psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip. Af denne bestemmelse fremgår det, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken.

Det fremgår endvidere af § 3, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid på højst tre dage. Det fremgår endvidere af § 3, stk. 5, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes medicin dagligt, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Det følger af administrativ praksis, at en patient skal kunne forholde sig til, hvilken dosis, der vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Derfor er det en betingelse, at der motiveres for en konkret dosis.

Da det ikke fremgik af journalen, at patienten dagligt var blevet motiveret for en konkret dosis af det primære præparat i de sidste tre dage op til beslutningen om tvangsbehandling, fandt Nævnet det ikke godtgjort, at der var sket fyldestgørende motivation, og beslutningen opfyldte derfor ikke kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, da der ikke var angivet en startdosis

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 26. september 2012.

Det er Nævnets opfattelse, at en patient skal tilbydes en konkret behandling, således at patienten kan forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Det er derfor en betingelse, at der motiveres for en konkret behandling. Denne motivation skal foretages løbende, og tvangsbehandling skal iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret og informeret konkret.

Det fremgik af sagens oplysninger, at patienten den 18., 19., og 20. september 2012 var motiveret for frivillig behandling med Risperidon depot op til 50 mg hver 14. dag, suppleret med perioral behandling de første 21 dage i dosering op til 4 mg dagligt.

Det fremgik videre, at overlægen den 21. september 2012 havde truffet beslutning om behandling med Risperidon depot op til 50 mg hver 14. dag suppleret med perioral behandling Risperidon op til 4 mg dagligt de første 21 dage.

Nævnet fandt ikke, at patienten var motiveret for en tilstrækkelig konkret behandling, idet der ikke var angivet en startdosis, og patienten således ikke var tilbudt en konkret dosis, men blot en dosis op til 50 mg hver 14 dag for så vidt angår Risperidon depot, samt en dosis op til 4 mg dagligt for så vidt angår perioral Risperidon.

Endvidere fandt Nævnet, at beslutningen om den subsidiære behandling med injektion Zyprexa max 10 mg x 2 dagligt ikke er tilstrækkelig konkret, idet der ikke var angivet en startdosis, men blot en max dosis.

Nævnet fandt på denne baggrund ikke at kunne godkende overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i flere sager tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, hvor patienten var motiveret for en højere dosis end den dosis, som beslutningen angik

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 30. august 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling, hvor beslutningen vedrørte en lavere dosis end den tilbudte dosis i motivationsperioden. Begrundelsen for tilsidesættelsen var, at det ikke i sagerne var dokumenteret, at patienten ikke ville have taget imod behandlingen frivilligt, hvis patienten var blevet motiveret for den lavere dosis.

Det Psykiatriske Patientklagenævn vurderede, at betingelserne i psykiatrilovens § 12, jf. § 5 for tvangsbehandling var opfyldt, da patienten under indlæggelsen havde været usamlet, affektpræget, urolig, højtaltende og paranoid.

Det psykiatriske patientklagenævn fandt imidlertid ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af sagen, at personalet havde forsøgt at motivere patienten for behandling med Clozapin 20 mg den 24. august, som patienten havde taget, med Clozapin 40 mg den 25. august som patienten havde afvist, og med Clozapin 40 mg 26. august 2012 som patienten havde afvist.

Den 27. august 2012 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med Clozapin 20 mg.

Under hensyn til, at der ikke var truffet beslutning om behandling med samme dosis, som patienten var blevet motiveret for, fandt nævnet ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet Nævnet ikke fandt, at det var dokumenteret, at patienten ikke ville have taget imod behandlingen frivilligt, hvis hun var blevet motiveret for 20 mg frem for 40 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, hvor der var manglende identitet mellem det dosisinterval, der i betænkningstiden var motiveret for, og det dosisinterval der blev truffet beslutning om

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 4. oktober 2012. november.

Det er Nævnets opfattelse, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Tvangsbehandling skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Det er Nævnets opfattelse, at der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Patienten havde fået tilbudt behandling med tabl. Clozapin 25 mg x 1 dagligt, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Clozapin 25 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 600 mg.

Den 20. september 2012 var det i journalen noteret, at patienten ville få tilbudt Clozapin/Leponex 25 mg stigende til 500 mg. Den 25. september 2012 var det noteret, at patienten var tilbudt Leponexbehandling med startdosis 25 mg med langsom optrapning til 500 mg x 1 dagligt, max dosis 900 mg dagligt.

Nævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med det dosisinterval, der var motiveret for.

I en anden sag med samme problemstilling var der tillige ikke anført en særskilt begrundelse for tvangsbehandling med en dosis, der overstiger sædvanligt dosisområde.

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 8. november 2012

Det fremgik af EPJ (medicinskemaerne), at patienten den 2. november 2012 kl. 22.00, 3. november 2012 kl. 22.00 og 4. november 2012 kl. 22.00 var tilbudt tablet 600 mg Quetiapin Accord, og at patienten havde afvist dette. Det fremgik endvidere, at patienten den 5. november 2012 kl. 04.10 bad om og fik 100 mg Quetiapin Accord.

Det fremgik af journalen, at der den 5. november 2012 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Quetiapin 600 mg dagligt, doseringsinterval op til 1200 mg, alternativt injektion Abilify 9,75 mg dagligt, doseringsinterval op til 9,75 mg 3 gange dagligt, og at begge doseringer kunne reguleres efter klinisk effekt og eventuelle bivirkninger.

Patientklagenævnet fandt, at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det er Nævnets opfattelse, at der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Nævnet tilsidesatte herefter beslutningen om tvangsbehandling truffet den 5. november 2012, da patienten ikke var blevet motiveret for det dosisinterval, der var truffet beslutning om, men alene var motiveret for startdosis.

Nævnet bemærkede iøvrigt, at ifølge www.medicin.dk fremgår følgende om dosis af Seroquel/Quetiapin:

"Depressiv episode ved bipolar lidelse

Tabletter. Voksne <65 år. Dosis tages ved sengetid. 1. dag: 50 mg, 2. dag: 100 mg, 3. dag: 200 mg og 4. dag: 300 mg. Derefter kan dosis titreres afhængig af effekt til maksimalt 600 mg i døgnet.”

Nævnet bemærkede tillige, at det bør begrundes særskilt, såfremt en beslutning om tvangsbehandling vedrører en dosis, der overstiger sædvanligt dosisområde.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at betingelserne for ECT – elektrostimulation – var opfyldt

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 5. juli 2012. Nævnet vurderede, at det på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle patienten med ECT, ville have været uforsvarligt ikke at behandle patienten, fordi hun var sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssyge, og fordi udsigten til, at patienten blev helbredt eller fik det betydeligt og afgørende bedre, ellers ville blive væsentligt forringet.

Nævnet lagde vægt på, at patienten led af en skizoaffektiv lidelse, at hun havde været indlagt siden den 20. september 2011, og at hun siden indlæggelsen havde modtaget antipsykotisk medicin, uden at der var indtrådt en væsentlig bedring. Patienten havde således under hele indlæggelsen fremtrådt svært psykotisk, dagligt svingende, påvirket af ”stråler” og ind imellem var blevet beskrevet hørehallucinationer. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten var styret af sin psykotiske tilstand, virkede angst og var ofte forpint.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, at behandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Herudover skal psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip iagttages, således at behandling med elektrostimulation ikke må anvendes, såfremt mindre indgribende behandlingsmetoder er tilstrækkelige.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven, at som eksempel på en situation, hvor ECT givet under tvang kan overvejes, kan nævnes tilstanden akut delir. Denne tilstand kan bl.a. opstå som komplikation i forbindelse med en psykisk lidelse. En udtalt manitilstand kan således udvikle sig til 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 behandling ikke iværksættes. Hvis et akut delir udvikler sig i livstruende retning, kan der være indikation for ECT -behandling. I enkelte tilfælde kan en svær depression udvikle sig og blive livstruende. Patienten kan være meget stærkt eller akut selvmordstruet eller i en så apatisk tilstand, at der er risiko for svigt af livsvigtige funktioner f.eks. på grund af manglende indtagelse af føde og væske. I sådanne situationer kan ECT givet under tvang overvejes.

Det fremgik hverken af journalen, overlægens udtalelse til sagen eller af tvangsprotokollen, at der på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling med ECT var tale om en aktuel eller potentiel livstruende tilstand for patienten.

Patientklagenævnet fandt på denne baggrund ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ifølge journalen og det på mødet oplyste var patienten alene svært psykotisk og svingende. Det blev endvidere oplyst, at man efter 9 måneders indlæggelse formentlig ikke kunne komme længere med medicinsk behandling. Patientklagenævn fandt det herefter ikke tilstrækkeligt godtgjort, at betingelserne for tvangsbehandling med ECT var opfyldt på det tidspunkt, hvor beslutningen herom blev truffet.

Ændrede og hjemviste sager

Det Psykiatriske Ankenævn har i Nyhedsbrev nr. 2 i november 2012 yderligere skærpet praksis vedrørende omfanget af den information, der skal gives en patient forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling. Hidtil har det været anset som tilstrækkeligt at motivere for initialdosis vedrørende det primært besluttede præparat med bemærkning om, at dosis kan justeres inden for almindeligt anvendt dosisinterval efter vurdering af effekt og bivirkninger. Efter Ankenævnets skærpede praksis har psykiatriske patienter krav på specifikke oplysninger om den medicin, de skal have med tvang. Det Psykiatriske Ankenævn har i en afgørelse slået fast, at en patient skal motiveres for hele den primære behandling der senere træffes beslutning om, herunder et evt. dosisinterval. I en anden afgørelse har ankenævnet slået fast, at en patient skal informeres, hvis dosis er ud over det sædvanlige. Patienten skal også have en begrundelse.

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

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede Patientklagenævnets afgørelse, da patienten ikke var motiveret for hele dosisintervallet.

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 9. august 2012.

Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patienten klagede over afgørelse til Det Psykiatriske Ankenævn, der den 18. december 2012 ændrede Patientklagenævnets afgørelse, idet Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Den 2. august 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med oralsuspension Abilify startende med 3,5 mg i stigende dosis justeret efter effekt og bivirkninger, dog maksimalt 30 mg daglig, alternativt injektion Abilify 3,75 mg i.m. i stigende dosis justeret efter effekt og bivirkninger, dog maksimalt 30 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 12, stk. 5 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at patienten, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage. Dette forhindrer ikke overlægen i at give patienten en længere betænkningstid.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at formålet med motivationsperioden er, at patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Ankenævnet oplyste videre, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Ankenævnet oplyste yderligere, at det fremgår af bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at den forsøgte motivation skal journalføres.

Det er Ankenævnets opfattelse, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Tvangsbehandling skal som udgangspunkt iværksættes med det

præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Det er Ankenævnets opfattelse, at der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Patienten havde fået tilbudt behandling med oralopløsning Abilify 3,5 mg i tre dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid oralsuspension Abilify startende med 3,5 mg i stigende dosis justeret efter effekt og bivirkninger, dog maksimalt 30 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 2. august 2012. Ankenævnet bemærkede, at patienten blev motiveret fra den 30. juli til den 1. august 2012, men da der ikke var motiveret for hele dosisintervallet, kunne dette ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 2. august 2012.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet han burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 2. august 2012.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en beslutning om tvangsbehandling, da denne indeholdt så mange ordinationsformer, at den ikke var tilstrækkelig konkret til at danne grundlag for en beslutning om tvangsbehandling

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 27. januar 2012.

Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Patienten klagede over afgørelsen til Det Psykiatriske ankenævn, der den 12. juni 2012 ændrede Patientklagenævnets afgørelse, idet Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patienten havde fået tilbudt behandling med tablet Abilify 10 mg fra den 20. til den 23. januar 2012, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet/smeltetablet/oral opløsning/injektion Abilify 10 mg dagligt som startdosis stigende til maksimalt 30 mg dagligt.

Det var Ankenævnets opfattelse, at beslutningen indeholdt så mange ordinationsformer, at den ikke var tilstrækkelig konkret til at danne grundlag for en beslutning om tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en beslutning om tvangsbehandling med depotmedicin, idet der ikke forelå oplysning om, at patienten skulle lide af giftfrygt/frygt for sprøjter

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 12. januar 2012 om godkendelse af beslutning om tvangsbehandling med Risperdal depot 50 mg hver 14. dag.

Det fremgår af sagen, at overlægen på mødet oplyste, at patienten igennem fire år under dom til behandling havde modtaget behandling med Risperdal Consta med god effekt. Da dommen blev ophævet, ophørte patienten med at tage medicin. Patienten havde siden fået Risperdal tablet som ambulant behandling, men der havde været medicinsvigt. Der forelå flere voldelige forhold, også mod hans ægtefælle, og der havde været farlig kørsel i

bil. I starten af indlæggelsen truede patienten sin sagsbehandler i kommunen under en telefonsamtale, og han havde også truet sin læge, hvilket medførte, at denne ikke turde gå på arbejde.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af lægemiddelkataloget, at dosis ved behandling med Risperdal Consta er 25 mg i.m. hver anden uge, højst 50 mg i.m. hver anden uge. Supplerende oral antipsykotisk behandling bør gives de første tre uger. Ankenævnet oplyste videre, at det fremgår af lægemiddelkataloget, at sædvanlig dosis ved behandling med Invega er 6 mg 1 gang dagligt om morgenen. Bør dog som andre antipsykotika doseres individuelt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde herved vægt på, at Risperdal Consta og Invega er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer var almindelige.

Ankenævnet oplyste, at det følger af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010, om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender.

Videre oplyste Ankenævnet, at mindste middels princippet indebærer, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det er nævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt anses for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skal være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Risperdal i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at patienten ifølge journalen ikke led af giftfrygt/frygt for sprøjter, hvorfor nævnet ikke fandt det godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller mikstur ville være umulig, eller at brugen af daglige injektioner ville være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 6. januar 2012.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en af Det Psykiatriske Patientklagenævn truffen afgørelse, idet der ikke hver dag i motivationsperioden var blevet tilbudt hele den konkrete primære behandling

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 11. november 2011.

Den 28. oktober 2011 blev der ordineret øgning i Risperdal smelt til 3 mg i tre dage, herefter stigende med 1 mg hver tredje dag til i alt 6 mg. Den 3. november 2011 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal smelt 3 mg én gang dagligt i tre dage, herefter stigning med 1 mg dagligt hver tredje dag til i alt 6 mg dagligt. Det blev besluttet, at når patientens reaktion på fuld dosis var kendt skulle der opstartes injektion Risperdal Depot 37,5 mg i.m., hver fjortende dag. Alternativt til Risperdal tablet anvendes injektion Abilify 9, 75 mg en gang dagligt i. m. Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Patienten fik tilbudt og modtog frivilligt behandling med Risperdal 2 mg den 28., 29. og 30. oktober 2011. Den 31. oktober 2011 blev patienten orienteret om, at dosis blev øget

til 3 mg i tre dage, herefter stigende med 1 mg hver tredje dag til i alt 6 mg. Hun afviste at tage Risperdal 3 mg.

Den 1. og 2. november 2011 blev patienten tilbudt medicin flere gange, men ville ikke have den. Det fremgik ikke af journalen, hvilken dosis medicin der blev tilbudt.

Den 3. november 2011 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med Risperdal 3 mg en gang dagligt i tre dage herefter stigning med 1 mg dagligt hver tredje dag til i alt 6 mg dagligt. Desuden planlagt, at når hendes reaktion var kendt i forhold til fuld dosis Risperdal, skulle der opstartes behandling med injektion Risperdal depot 37,5 mg hver 14. dag i.m. Alternativt til tablet Risperdal anvendes injektion Abillfy 9, 75 mg en gang dagligt.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke hver dag i motivationsperioden var blevet tilbudt hele den konkrete primære behandling, som der blev truffet beslutning om den 3. november 2011. Patienten havde således ikke haft tilstrækkelig mulighed for at overveje sit samtykke til den behandling, der blev truffet beslutning om den 3. november 2011, da hun ikke havde været konkret motiveret for hele beslutningen, herunder at der efter optrapning i tablet Risperdal skulle ske overgang til injektion Risperdal depot 37,5 mg. hver 14. dag.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 3. november 2011.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en af det Psykiatriske Patientklagenævn truffen afgørelse, idet der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der er motiveret for

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 24. februar 2012

Den 20. februar 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa Velotab 10 mg x 2 med øgning efter klinisk effekt til max 40 mg dagligt, alternativt injektion Zyprexa 10 mg i.m. x 1 dagligt i max tre dage, herefter Serenase 5 mg i.m. x 2 med mulighed for øgning efter klinisk effekt indenfor sædvanligt dosisområde.

Den 16. februar 2012 afviste patienten sin morgenmedicin, selvom hun blev oplyst om opstart af tvangsbehandling. Hun var ikke orienteret om mulig anvendelse af Serenase. Det blev endvidere planlagt evt. at motivere for en lavere dosis Zyprexa. Hun ønskede endvidere ikke at tage sin "medicin" kl. 20, men tog den frivilligt en halv time senere. Hun afviste sin "natmedicin" kl. 22.00.

Den 17. februar 2012 afviste patienten fuld dosis af Olanzapin, men tog imod 5 mg. Det fremgik senere af journalen, at hun ikke havde taget sin faste Zyprexa 10 mg, men at hun de sidste 2 dage havde taget 5 mg x 2. Der blev herefter ordineret Zyprexa Velotablet 5 mg pn maksimalt x 6 evt. 10 mg ad gangen (max 30 mg dagligt). Der blev endvidere ordineret fast Olanzapin caps smelt 10 mg x 2 dagligt, som der skulle motiveres for over weekenden. Det fremgik senere, at hun afviste al "medicin".

Den 18. februar 2012 afviste patienten "medicin" flere gange.

Den 19. februar 2012 afviste patienten "tilbudt medicin".

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 24. februar 2012 beslutningen om tvangsbehandling af patienten.

Ankenævnet fandt imidlertid, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det er Ankenævnets opfattelse, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis, hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Tvangsbehandling skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Det er Ankenævnets opfattelse, at der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Patienten havde fået tilbudt behandling med Olanzapin (Zyprexa) 10 mg x 2, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid Zyprexa Velatab 10 mg x 2 med øgning efter klinisk effekt til max 40 mg dagligt, alternativt injektion Zyprexa 10 mg i.m. x 1 dagligt i max 3 dage, herefter Serenase 5 mg i.m. x 2 med mulighed for øgning efter klinisk effekt indenfor sædvanligt dosisområde.

Ankenævnet fandt herefter, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for. Det var videre Ankenævnets opfattelse, at det ikke fremgik tydeligt af journalen, hvilken dosis patienten blev motiveret for, og hvilken medicin hun afviste.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen den 20. februar 2012, at der blev besluttet tvangsbehandling med bl.a. Velatab Zyprexa 10 mg x 2 op til 60 mg sammen med Pantoprozol. Dette fremgik dog ikke af tvangsprotokollen.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 20. februar 2012.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en af Det Psykiatriske Patientklagenævn truffen afgørelse, idet der ikke var truffet beslutning om tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, herunder dosisinterval, interval for dosisøgning og ændret præparat og administrationsform

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet havde truffet afgørelse den 11. august 2011.

Den 2. august 2011 blev der ordineret injektion Rispolept 25 mg i.m., efter 14 dage injektion Risperdal depot 37,5 mg hver 14. dag, samt smeltetablet Risperdal 1 mg dagligt stigende med 1 mg ad gangen op til 4 mg med efterfølgende justering efter virkning, bivirkning og serumværdi.

Den 5. august 2011 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal 1 mg med optrapning med 1 mg dagligt til 4 mg med efterfølgende justering afhængig af virkning og bivirkninger til max. 10 mg dagligt. Aftrappes over tre uger efter påbegyndelse af depotbehandling, samt injektion Rispolept Consta 25 mg i.m. efter 14 dage injektion Rispolept Consta 37,5 mg i.m. hver 14. dag med justering efter virkning, bivirkning og serumværdi til max. 50 mg i.m. hver 14. dag.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 11. august 2011 beslutningen om tvangsbehandling af patienten.

Ankenævnet fandt imidlertid, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til indholdet af motivationen i betænkningstiden.

Det er Ankenævnets opfattelse, at en patient skal tilbydes en konkret behandling, således at patienten kan forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Det er derfor en be-

tingelse, at der motiveres for en konkret behandling. Denne motivation skal foretages løbende, og tvangsbehandling skal iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Det er videre Ankenævnets opfattelse, at der skal motiveres og informeres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om, herunder også, hvis dosis skal øges med et bestemt interval. Det skal fremgår af journalen, at der er motiveret og informeret konkret.

Det fremgik af EPM, at patienten blev tilbudt 1 mg Risperdal og 25 mg Rispolept Consta den 2., 3. og 4. august 2011, men at hun nægtede at modtage dette.

Der var ingen lægejournalnotater for den 3. og 4. august 2011.

Af sygeplejefjournalen for den 2. august 2011 fremgik, at hun blev tilbudt 1 mg Risperdal og 25 mg Risperdal depot, men afviste begge. Den 3. august 2011 fremgik det, at hun blev tilbudt, men afviste Risperdal. Den 4. august 2011 ønskede hun hverken Risperdal, Risperdal depot eller Abilify. Dosis var ikke angivet. Hun blev tilbudt Risperdal igen senere samme dag, men afviste.

Den 5. august 2011 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal 1 mg optrappet med 1 mg dagligt til 4 mg med efterfølgende justering afhængig af virkning og bivirkninger til max. 10 mg dagligt. Aftrappes over tre uger efter påbegyndelse af depotbehandling, samt injektion Rispolept Consta 25 mg i.m. efter 14 dage injektion Rispolept Consta 37,5 mg i.m. hver 14. dag med justering efter virkning, bivirkning og serumværdi til max. 50 mg i.m. hver 14. dag.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, herunder at dosis skulle øges med et bestemt interval.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke blev motiveret for hele dosisintervallet, dosisøgning og ændret præparat og ændret administrationsform efterfølgende.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 5. august 2011.

Tiltrådte afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa op til 40 mg.

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 20. juli 2011. Den 7. juni 2011 blev patienten indlagt på behandlingsindikation, idet han igennem et døgn havde udviklet en svær sindssygelig tilstand forenelig med en manisk enkeltepisode med psykotiske symptomer. Den 8. juli 2011 blev der ordineret tablet Zyprexa 10 mg dagligt. Den 12. juli 2011 blev der ordineret en øgning af ordinationen af Zyprexa fra 10 mg til 20 mg.

Den 18. juli 2011 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 20 mg. dagligt stigende til maksimalt 40 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg i.m. samt injektion Akineton 5 mg i.m., stigende til henholdsvis 20 mg og 15 mg dagligt.

Den 8. juli 2011 klokken 21.30 fik patienten indgivet beroligende middel med magt i form af tablet Zyprexa 10 mg og tablet Alopam 7,5 mg, den 10. juli 2011 klokken 1.15 fik patienten indgivet beroligende middel med magt i form af tablet Alopam 15 mg og den 11. juli 2011 klokken 2.40 i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Nævnet. Klagen blev tillagt opsættende virkning. Patienten klagede endvidere over beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt til Nævnet, som ved afgørelse af 20. juli 2011 godkendte be-

slutningen om tvangsbehandling og beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

Patienten klagede over Nævnets afgørelse til Ankenævnet, som ved afgørelse af 12. juni 2012 tiltrådte Nævnets afgørelse.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforvarsligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af størhedsvanvid og selvhenførende vrangforestillinger, mulige vrangagtige sansningsoplevelser, øget psykomotorisk tempo med tidvis taletrang, løftet stemningsleje, labilitet og med letvakt irritabilitet og vrede. Han var tidvis garderet og desorganiseret og uden sygdomsfølelse eller indsigt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af lægemiddelkataloget, at Zyprexa initialt gives i doser i intervallet 5-10 mg 1 gang dagligt, fortrinsvis ved sengetid. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt- og forsvarligt - at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. I injektionsform anvendes doser i intervallet 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter 2 timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter 3 dage bør der skiftes til oral behandling.

Ankenævnet kunne videre oplyse, at det fremgår af lægemiddelkataloget, at Akineton anvendes i injektionsform i doseringen 5-10 mg (1-2 ml) i.m. 2-3 gange dagligt, eventuelt 5 mg (1 ml) langsomt i.v.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at Zyprexa og Akineton er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, ligesom de besluttede doseringer er almindelige.

Ankenævnet lagde vægt på, at den ordinerede startdosis af tablet Zyprexa 20 mg blev ordineret efter, at patienten flere gange havde fået tablet Zyprexa 10 mg med kun sparsom effekt. Ankenævnet - ligesom Nævnet - begrundede dog ikke yderligere, hvorfor man havde fundet det nødvendigt allerede på beslutningstidspunktet at kunne godkende en døgndosis op til 40 mg.

Denne sag kan sammenholdes med Anonymiseringsnummer 13005PS (omtalt s. 27 i beretningen), hvor Ankenævnet ændrede en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var oplyst nogen begrundelse for, hvorfor dosis gik ud over sædvanlig dosering.

Afsnit 4

4a. Psykiatriens Hus i Silkeborg

I Nævnets beretning for 2011 omtalte vi etableringen af Psykiatriens Hus i Silkeborg, efter lukningen af psykiatrisk sengeafdeling i Silkeborg.

Nedenfor gengives artikel af 13. september 2012 i "Dagens Medicin", der omtaler projektet nærmere.

"Psykiatriens Hus vinder Den Gyldne Skalpel

Kirsten Slumstrup, Bent Richelsen og Lone Kaae-Sørensen har siden 2008 stået i spidsen for projekt Psykiatriens Hus – og i 2012 kunne de flytte ind i det nybyggede hus.

Den Gyldne Skalpel. Sammenhængende patientforløb er blevet lidt af et buzzword i sundhedsvæsenet, men i Psykiatriens Hus i Silkeborg er det virkelighed. Og så begyndte det endda med noget så trist som nedskæringer.

Psykiatriens Hus får Dagens Medicins initiativpris Den Gyldne Skalpel 2012 for regionen og kommunens fælles indsats for de psykiatriske patienter i Silkeborg

Ved siden af Regionshospitalet Silkeborg ligger en aflang, rektangulær klods af lyse, sandgule mursten, som afslører, at bygningen er ny. Det er ikke umiddelbart til at gætte, at klodsen er Psykiatriens Hus, for der mangler stadigvæk at komme skilte op. Store vinduespartier over bagindgangen afslører, hvordan mennesker konstant bevæger sig op og ned ad trapperne i midten af den fire etager høje bygning.

I chefstolene sidder ledende overlæge Bent Richelsen og ledende oversygeplejerske Lone Kaae-Sørensen fra Region Midtjylland samt sektionsleder for socialpsykiatrien Kirsten Slumstrup fra Silkeborg Kommune.

Ja, den er god nok – Psykiatriens Hus styres af to regionale og en kommunal leder. Det tværsektorielle samarbejde er netop hele grundstenen i nybyggeriet, der blev taget i brug 19. marts 2012. Projektet startede i 2008. Og for det arbejde modtog ledelse og medarbejdere i går Dagens Medicins initiativpris Den Gyldne Skalpel.

»Vi har i mange år været bevidste om, at der manglede sammenhæng mellem kommunens og regionens arbejde på psykiatriområdet,« fortæller Bent Richelsen og suppleres af Lone Kaae-Sørensen:

»Patienter kunne i mange tilfælde falde ned mellem 'den kommunale og den regionale stol'. Det var patienten selv, der måtte finde ud af, hvordan han fik tingene til at hænge sammen mellem de to sektorer, og det er den problematik, vi forsøger at overkomme her i Psykiatriens Hus«.

Temaet for husets indre udsmykning og indretning er hjemlig hygge og naturen. På tredje sal, hvor Bent Richelsen og Lone Kaae-Sørensen holder til, er glasvæggene dekoreret med orange og røde sensommerblade. Den kommunale leder, Kirsten Slumstrup, er til kaffe på kontoret på øverste etage:

»Nu hører jeg faktisk aldrig mere om borgere, der føler, de er faldet ned mellem de to stole her hos os,« siger hun.

Patienterne ser ikke forskel

I Psykiatriens Hus arbejder kommunens og regionens medarbejdere side om side med henholdsvis socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien, og for patienterne er det ikke til at kende forskel på de to personalegrupper.

Et vigtigt tilbud i Psykiatriens Hus er det såkaldte 'Akut Døgn', hvor borgerne kan få fat i en medarbejder i Psykiatriens Hus døgnet rundt. Akut Døgn er en væsentlig årsag til, at antallet af indlagte patienter faldt med hele 42,9 pct. fra 2009 til 2011 – og antallet af genindlæggelsesforløb med 27,2 pct.

»Faldet i indlæggelser skyldes den samlede indsats, hvor regionen i Akut Døgn tager sig af de patienter, der har brug for specialiseret observation, mens kommunen tager sig af de borgere, der har brug for specialiseret omsorg,« forklarer Bent Richelsen.

Faldet i genindlæggelser skyldes ifølge overlægen, at kendte patienter, som får det dårligt – f.eks. ved selvmordstanker eller intensivering af psykotiske symptomer – kan henvende sig til Akut Døgn, hvor det bliver vurderet, om der er absolut indlæggelsesgrund på en psykiatrisk afdeling, hvor der er mulighed for tvangsforanstaltninger. Det sker altid ved patienter, der har en behandlingsdom, og som oftest også, hvis patienten har høj selvmordsrisiko eller høj risiko for udadreaktion.

»Hvis der ikke er absolut indlæggelsesgrund, kan tilbuddet om en overnatning i en seng i Akut Døgn eller hyppige hjemmebesøg de næste dage være et bedre og mindre indgribende tilbud,« forklarer Bent Richelsen:

»Vi søger at sikre, at kun de, der har brug for indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, faktisk indlægges«.

»Det faktum, at vi arbejder tættere sammen omkring den enkelte borger, medfører, at vi kan sætte tidligere ind, og at vi både med hensyn til regional hjemmebehandling og kommunal bostøtte kan tilbyde en mere målrettet og sammenhængende individuel støtte, således at borgeren kan blive i eget hjem eller tilbydes overnatninger i Akut Døgn,« supplerer Kirsten Slumstrup.

Samarbejde skaber tryghed

Mørkegrønne højsommerblade pryder glasfladerne på etagen nedenunder. I et kontor møder vi den regionale sygeplejerske Rikke Kjær og den kommunale socialpsykiatriske medarbejder og social- og sundhedsassistent Inge-Lise Krüger. Rikke Kjær har kontor inde ved siden af, men er lige på besøg hos sin kommunale kollega. De taler om en fælles patient – eller borger, som det hedder hos kommunen.

»Hvis vi har en fælles patient, kan vi jo lige så godt være med begge to, når vi tager en snak med vedkommende,« forklarer Rikke Kjær og uddyber:

»Når vi så mødes med patienten, har den kommunale medarbejder den socialpsykiatriske kasket på, og vi fra regionen har den behandlingspsykiatriske kasket på. I løbet af sådan en samtale fanger vi så hver især, hvad der er relevant for vores område. Så vi mødes med patienten, men vi mødes også uden patienten bagefter, hvor vi lige koordinerer, hvem der gør hvad, så indsatsen kommer til at hænge sammen«.

Inge-Lise Krüger sidder bag sin computer og nikker samtykkende:

»Borgeren ser os jo bare som to ansatte – han tænker ikke over, at den ene er fra regionen, og at den anden er fra kommunen. Det er jo lige meget for borgeren, så længe vi bare kan hjælpe,« siger hun og triller på sin kontorstol over til bordet, hvor Rikke Kjær sidder:

»Det skaber en større tryghed for dem, at de kender både de kommunale og regionale medarbejdere. Hvis en af vores borgere f.eks. har det rigtig dårligt, så kan vi bede behandlingspsykiatrien om at lave en risikovurdering af, om det er forsvarligt, at borgeren er her, eller om vedkommende bør indlægges. I sådan en situation mærker borgeren jo ikke til, at indsatsen pludselig foregår i regionalt regi, for de kender allerede regionsmedarbejderne her fra huset,« siger Inge-Lise Krüger.

Rikke Kjær kommer i tanker om, hvordan de gjorde for tre år siden, da de delte gang i hospitalsbygningen, og projektet lige var startet op:

»Dengang var vi jo stadig meget optaget af, om patienterne var kommunale eller regionale. Hvis en patient f.eks. var ved kommunen og pludselig blev dårlig og skulle have medicinsk behandling, så skulle patienten tage sine ting og gå ned på et af regionens værelser længere nede ad gangen. Det kan vi jo sidde og grine ad i dag – for hvor var det dog dumt! Det er jo lige meget for os, hvilket værelse patienten er på, og for dem var det helt uforståeligt, at de skulle til at flytte værelse midt i det hele,« beretter sygeplejersken.

I Psykiatriens Hus har regionen og kommunen nu hver seks sengepladser. Men hvis f.eks. alle regionens senge er fyldt, og der ringer endnu en patient, så kan patienten godt få lov at komme alligevel, hvis kommunen har ledige senge.

Fremstrakte arme

Samarbejdet er ikke kun en fordel for patienterne. Arbejdsgangen er også blevet lettere for personalet.

»Tingene glider meget lettere, fordi vi har fået indblik i hinandens arbejdsopgaver og dermed undgår dobbeltarbejde. Og så har vi fået en forståelse for, at vi jo alle sammen er her

for at yde den bedst mulige indsats for patienterne – ikke for at spænde ben for hinanden,« siger ledende oversygeplejerske Lone Kaae-Sørensen.

Der arbejdes da også på at udvide samarbejdet endnu mere, så det også kommer til at omfatte bl.a. arbejdsmarkedssektoren.

»I regionen har vi mange patienter, som arbejdsmarkedssektoren også har fat i. Her arbejder vi på at finde ud af, hvad det er, vi hver især kan byde ind med i forhold til de her patienter. I mange år har vi jo gået og tænkt i behandlingspsykiatrien, at eksempelvis personer, der er ramt af en depression, skal have ro på, inden de skal ud på arbejdsmarkedet igen. Men arbejdsmarkedssektoren kan åbne vores øjne for, at det måske ikke altid er optimalt at blive squeezeet helt ud af arbejdsmarkedet i en længere periode. Derfor ser vi på, om der ved en tidlig indsats fra os er mulighed for at fastholde nogle i den arbejdsrelation, de har, bare på et andet blus,« forklarer Lone Kaae-Sørensen.

De fremstrakte arme er symboliseret ved en gangbro fra Psykiatriens Hus over til Regionshospitalet Silkeborg.

»Vi har også en nærhed til det somatiske hospital, som vi endnu ikke har dyrket så meget. Men det kan vi helt sikkert komme til. Psykiatriske patienter lider ofte af livsstilssygdomme,« forklarer Bent Richelsen og tilføjer:

»På Diagnostisk Center tilbyder de, at der kan komme flere speciallæger i løbet af samme dag og se på en kroniker med forskellige sygdomme. Og der er vi så med, hvis der er mistanke om, at der kan være noget psykisk sygdom. Og det er helt sikkert et af de områder, hvor vi kan udvikle os endnu mere.«

Hvepsereiden

Initiativet til Psykiatriens Hus blev taget, efter at Region Midtjylland med psykiatriplanen i 2008 vedtog, at det psykiatriske sengeafsnit i Silkeborg med 22 sengepladser skulle afvikles inden for et til to år. Ideen til Psykiatriens Hus opstod altså som en del af en spareplan.

»Man kan godt sige, at den stramme økonomi har tvunget os til at finde flere fælles løsninger,« siger Lone Kaae-Sørensen.

»Når vi ikke længere har de samme penge som tidligere, er vi tvunget til at gøre tingene i fællesskab, hvis det skal lykkes. Vi må tage et fælles ansvar. Så den stramme økonomi øger faktisk motivationen for at gøre nogle flere ting sammen for at hjælpe borgeren,« mener Kirsten Slumstrup.

Og hvis man spørger, hvor ideen opstod, får man forskellige svar, siger Kirsten Slumstrup med et smil: »Hvis du spørger politikerne, vil de sige, det er dem. Hvis du spørger borgerne, vil de sige, det er dem. Og hvis du spørger medarbejderne, vil de sige, det er dem.«

Og selvom alle har været klar over, at der var et hul i systemet mellem regionen og kommunen, som skulle lappes, er der måske en god forklaring på, at samarbejdet ikke er kommet i stand før nu:

»Det at arbejde sammen mellem sektorer anses for næsten at være en umulighed, så hvis man ikke vil løbe sig en staver i livet, skal man holde sig langt fra det,« siger Bent Richelsen grinende: »Tværsektorielt arbejde betragtes som en hvepsereide. Men nu har vi altså stukket fingrene i den.«

Kommunal og regional psykiatri

Socialpsykiatri: Hovedopgaven er at give social støtte til borgere med psykosociale funktionsnedsættelser, i eget hjem eller i en boform. Det kan være hjælp til at få borgeren til at mestre hverdagslivet, men det kan også være det at skabe rammer, som muliggør, at borgeren kan udvikle sig og deltage i meningsfulde fællesskaber som arbejdsliv, uddannelse eller lignende. Ansvar for disse opgaver er kommunalt.

Behandlingspsykiatri: Hovedopgaven er at stille diagnose, behandle og forebygge psykisk sygdom. Det dækker over hospitalspsykiatrien, hvorunder distriktspsykiatrien, som vi fin-

der i Psykiatriens Hus, hører. Her ydes der ambulant, tværfaglig psykiatrisk behandling. Ansvaret for disse opgaver er regionalt.”

Psykiatriske patienter har krav på specifikke oplysninger om den medicin, de skal have med tvang

Det Psykiatriske Ankenævn slår i to afgørelser fast, at patienter skal have at vide, hvor meget og hvilken medicin, de skal have, hvis medicinen skal gives med tvang. Hvis dosis er usædvanlig, skal patienterne informeres om hvorfor. Det skal sikre, at patienterne på det bedst mulige grundlag kan tage stilling til, om de vil modtage behandlingen frivilligt.

Når behandling med medicin skal foregå med tvang, træffer overlægen beslutning om hvilke præparater, behandlingen skal bestå af. Sædvanligvis drejer det sig om et primært præparat, typisk tablet, og et sekundært præparat, typisk injektion.

Hvis patienten nægter at indtage det primære præparat, kan patienten behandles med det sekundære præparat. Inden beslutningen om, at medicinen skal gives med tvang bliver truffet, bliver patienten gennem nogle dage tilbudt at tage det primære præparat frivilligt. Det kaldes motivation.

Ankenævnet har i en afgørelse slået fast, at en patient skal motiveres for hele den primære behandling, herunder et dosisinterval.

I en anden afgørelse har ankenævnet slået fast, at en patient skal informeres, hvis dosis er ud over det sædvanlige. Patienten skal også have en begrundelse.

Sag 1: Patienter skal motiveres for et dosisinterval

Motivation forud for behandling med tvang

En 63-årig kvinde var indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af tankeforstyrrelser og forestillinger om, at hun blev forfulgt. Den 2. august 2011 var kvinden psykotisk i en sådan grad, at overlægen besluttede, at hun skulle medicineres med tvang, hvis ikke hun ønskede frivillig behandling.

Overlægen ordinerede derfor medicin med antipsykotisk virkning, blandt andet Risperdal. Kvinden blev den 2., 3. og 4. august 2011 tilbudt medicin i form af 1 mg Risperdal og 25 mg Rispolept Consta, men hun nægtede at modtage medicinen. Den 2. august 2011 blev hun også tilbudt 25 mg Risperdal depot, men det afviste hun også. Den 4. august 2011 ønskede hun desuden ikke at modtage Risperdal depot eller Abilify.

Beslutning om tvangsbehandling. Den 5. august 2011 traf overlægen beslutning om, at kvinden primært skulle tvangsbehandles med smeltetablet Risperdal 1 mg optrappet med 1 mg dagligt til 4 mg med efterfølgende justering afhængig af virkning og bivirkninger til maksimalt 10 mg dagligt.

Beslutning ikke godkendt

Ankenævnet kunne ikke godkende den beslutning om tvangsbehandling, som overlægen traf den 5. august 2011. Ankenævnet slog fast, at beslutningen om behandling med tvang ikke svarede til den dosis medicin, som kvinden gennem tre dage var blevet tilbudt.

Kvinden var ikke blevet motiveret for hele dosisintervallet op til 10 mg Risperdal og dosisøgningen med Risperdal 1 mg dagligt til 4 mg.

Da indholdet af motivationen og beslutningen ikke var ens, havde kvinden reelt ikke haft mulighed for at tage stilling til behandlingen. Der var derfor ikke gjort, hvad der var muligt for at opnå hendes frivillige medvirken, og dermed var kravet om anvendelse af mindste middel ikke opfyldt.

Ankenævnet oplyste, at en patienten skal tilbydes en konkret behandling, så patienten kan forholde sig til hvilket præparat, hvilken dosis og eventuelt dosisinterval, som skal anvendes ved tvangsbehandling.

Motivationen skal foretages løbende, og tvangsbehandling skal iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Sag 2: Usædvanlige medicindoser skal begrundes

Motivation forud for behandling med tvang

En 58-årig mand var indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af forestillinger om forfølgelse. Den 2. juli 2012 var manden psykotisk i en sådan grad, at overlægen besluttede at iværksætte medicinsk behandling med tvang, hvis ikke han ønskede frivillig behandling. Overlægen ordinerede derfor som primær behandling tablet Zyprexa 10 mg dagligt stigende til maksimalt 40 mg dagligt.

Manden blev i perioden fra den 2. til den 6. juli 2012 dagligt tilbudt medicinen.

Den 6. juli 2012 traf overlægen beslutning om at tvangs-behandle manden med den medicin, som blev ordineret den 2. juli 2012.

Ankenævnet kunne ikke godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 6. juli 2012, da der ikke var tale om et afprøvet lægemiddel i en sædvanlig dosering. Det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at tablet Zyprexa gives i doser på 5-10 mg én gang dagligt. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt – og forsvarligt – at øge dosis op til højest 40 mg i døgnnet. Den 2. juli 2012 var manden psykotisk i en sådan grad, at overlægen besluttede at iværksætte medicinsk behandling med tvang, hvis ikke han ønskede frivillig behandling. Overlægen ordinerede derfor som primær behandling tablet Zyprexa 10 mg dagligt stigende til maksimalt 40 mg dagligt.

Manden blev i perioden fra den 2. til den 6. juli 2012 dagligt tilbudt medicinen.

Den 6. juli 2012 traf overlægen beslutning om at tvangs-behandle manden med den medicin, som blev ordineret den 2. juli 2012.

Ankenævnet kunne ikke godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 6. juli 2012, da der ikke var tale om et afprøvet lægemiddel i en sædvanlig dosering. Det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at tablet Zyprexa gives i doser på 5-10 mg én gang dagligt. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt – og forsvarligt – at øge dosis op til højest 40 mg i døgnnet.

Ankenævnet slog fast, at den ordinerede dosis på op til 40 mg Zyprexa gik ud over det sædvanlige dosisinterval på 5-20 mg. Der var ikke en konkret begrundelse i journalen for den høje dosis, ligesom manden ikke havde fået information om, at der var tale om en dosis ud over det sædvanlige.

4c. Risskov kåret som Danmarks bedste voksenpsykiatriske afdeling

Artikel fra Dagens Medicin nr. 5, 8. februar 2013:

"Risskov har landets bedste psykiatriske behandling

Risskov har indført systematik og specialisering. Men det må ikke betyde snævre kasser, og den enkelte psykiater skal have mere ansvar, siger ledende overlæge.

»Vi gør jo bare vores bedste.«

Sådan lyder det fra Merete Bysted, ledende overlæge på afdeling P på Aarhus Universitetshospital, Risskov, og Inge Voldsgaard, ledende oversygeplejerske samme sted, med en god portion jysk beskedenhed.

Anledningen er, at Risskov vinder titlen som Danmarks bedste voksenpsykiatriske afdeling i Dagens Medicins årlige kåring af de bedste afdelinger og sygehuse 2012.

Kåringen bygger på både kvalitetsdata, LUP-tal – en undersøgelse af tilfredshed blandt patienter og pårørende – samt en afstemning blandt Dagens Medicins læsere.

I dag måles kun skizofreni- og depressionsbehandling systematisk på kvalitet, så derfor er disse to sygdomsområder udslagsgivende for resultatet. Risskov får topkarakteren 5 i behandling af skizofreni og 4 i depression. Men det, der gør Risskov til en soleklar vinder, er den meget store popularitet blandt læger, der i stor stil har stemt på det aarhusianske hospital i Dagens Medicins afstemning på nettet i forbindelse med kåringen af Danmarks Bedste Hospital 2012.

Bysted og Voldsgaard fortæller, at Dagens Medicins kåring er kulminationen på et længere forløb, hvor alle ender og kanter af behandlingen af psykiatriske patienter i Risskov har været igennem en udvikling, hvor systematik og specialisering har været – og stadig er – mantraet.

»Vi er blevet meget mere skarpe på, hvad vi er gode til. I denne afdeling er vi specialister i skizofreni, og så må andre varetage de opgaver, som er deres i patientforløbet, eksempelvis den praktiserende læge. Vi skal ikke have hele paletten af behandlingstilbud, men i stedet forfine de tilbud, vi har. Og det giver pote i form af bedre behandling,« siger Merete Bysted og nævner så en ulempe i samme åndedrag.

»Det koster så til gengæld lidt på fleksibiliteten,« siger hun. Og det kommer vi tilbage til.

Stærkere fagligt miljø

Siden 2007 har hospitalet i Risskov gennemgået en sand struktur-storm. Tidligere blev eksempelvis skizofrenipatienter behandlet flere steder i Risskov, men siden september 2011 er den psykiatriske behandling i Aarhus samlet i tre afdelinger: En afdeling, der behandler patienter med skizofreni, og en afdeling, der behandler patienter med affektive lidelser og depressioner, samt en afdeling, der behandler patienter med organiske lidelser.

»Som led i specialeplanen blev vores enheder for små, og med tiden har vi samlet og specialiseret vores faglige fællesskaber. Når vi fokuserer vores indsats så meget, så bliver det faglige miljø stærkere, og det trækker ofte også kvaliteten den rigtige vej,« siger Merete Bysted.

Hun har i tilgift nemt ved at ansætte psykiatere, og det er modsat, hvad hun og Inge Voldsgaard havde regnet med.

»Vi har ingen problemer med at tiltrække speciallæger. Behandling af patienter med skizofreni er ofte det lange, seje træk og er præget af mange kronikere, og derfor frygtede vi, at lægerne vil gå hen, hvor behandlingssuccesen måske er hurtigere at opnå. Men sådan har det heldigvis ikke været,« siger Inge Voldsgaard.

Og den tilsyneladende store popularitet blandt ansøgere til afdelingen flugter fint med, at Risskov i Dagens Medicins afstemning på nettet af langt de fleste læger i hele landet bliver vurderet som den bedste psykiatriske afdeling.

Mobilt psykoseteam

Den populære afdeling har lagt flere tiltag på skinner i bestræbelserne på at spidse kompetencerne til.

»Vi skal til at starte et mobilt psykoseteam, der skal tage ud til de psykiatriske patienter i deres eget miljø. Næsten en fjerdedel af alle ambulante patienter dukker aldrig op, og derfor er vi nødt til at rykke ud, hvor patienterne er, og derved forsøge at fastholde dem i behandling ved at være opsøgende og fastholdende i kontakten,« siger Inge Voldsgaard.

Desuden skal et nyt og omfattende forskningsprojekt undersøge, hvordan patienter med skizofreni får en bedre livsstil ved at motionere mere, spise sundere og ryge mindre.

»Vi får en afklaring af, hvad der virker, og hvad der ikke virker, så vi ikke skyder med spredehagl,« siger Merete Bysted.

Den systematiske tilgang til data er bl.a. kommet efter indførelsen af den danske kvalitetsmodel.

»Det er ikke, fordi vi pludselig gør mange ting anderledes, men vi har fået større systematik. Tidligere vurderede vi også patienterne for selvmordsrisiko, men vi har ikke dokumenteret det i den stil, vi gør nu, og det giver unægtelig en bedre mulighed for at forbedre kvaliteten. Desuden er vi blevet mere skarpe på, hvad der er vores opgave i forhold til opgaverne for kommunen, den praktiserende læges opgave eller kriminalforsorgen,« siger Merete Bysted.

Fleksibiliteten kan ryge

Men der er også en ulempe ved denne specialisering og systematisering, for der vil — siger Merete Bysted — altid være en risiko for, at behandlingen puttes ned i snævre kasser. Og fleksibiliteten dermed ryger.

»Selvfølgelig skal to patienter med skizofreni i Region Midtjylland behandles lige godt. Men behandlingen skal individualiseres, og vi prøver at uddelegere tilpas meget ansvar til den enkelte læge, der — hvis det faglige argument er godt nok — ikke stringent behøver at følge retningslinjerne. Hvis en patient eksempelvis modsætter sig at blive målt om taljen, fordi vedkommende føler det grænseoverskridende, så må vi undlade at sætte flueben ud for det,« siger hun.

Også i forhold til medicinering kan en læge godt gøre andet, end hvad der står i retningslinjerne. Hvis det faglige argument er godt nok.

»Efter Glostrup-sagen er der lagt nogle meget stramme rammer for, hvilke doser af et bestemt præparat lægerne må bruge uden at kontakte mig som ledende overlæge, og det er på sin vis godt nok. Men vi har ikke haft de samme problemer her i Region Midtjylland, og derfor er metoden med skrappe krav og kontrol uvant for os. Pointen er, at hvis man har uddannet læger til at være eksperter i psykiatri, skal man som udgangspunkt vise dem den tillid, at de selv kan vurdere, hvad der er den rette dosis,« siger Merete Bysted.

Overbelægning

Hun understreger, at hun er meget lykkelig over, at Risskov er kåret til landets bedste.

»Men man kan jo måle på mange andre ting. Og det er fuldt forståeligt, hvis ansatte her undrer sig over, hvordan vi kan være de bedste, når vi til daglig slås med overbelægning. De ansatte ser i den situation ikke på de seneste kvalitetsdata, men om vi har plads til den næste patient. Og hvis vi ikke har det, hvad gør vi så. I øjeblikket ligger belægningen omkring 100 pct., men skal egentlig være ca. 90. Derfor ligger vi i den øvre ende, og overbelægning er sjældent noget, der fremmer kvalitet,« siger Merete Bysted.

Derfor er armene ikke fuldt strakt op over hovedet i Risskov, for hvordan kan man være de bedste til at behandle patienterne, når man med de samme ressourcer skal producere mere. Og mere igen til næste år.

I horisonten ser både Merete Bysted og Inge Voldsgaard dog et lys: Det kommende nye og store psykiatriske center, der efter planen skal bygges sammen med Det Nye Universitetshospital (DNU) i Aarhus.

»Det vil betyde meget for vores image, fordi vi kommer til at ligge sammen med det 'rigtige' sygehus. Desuden vil det betyde et markant løft for behandlingen af psykiatriske patienters somatiske sygdomme,« siger de. »

/Anders Heissel

ah@dagensmedicin.dk

Sådan har vi gjort



Kåringen af Danmarks bedste hospitaler sker på baggrund af:

Kvalitetstal fra kliniske databaser

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

Afstemning blandt sundhedsfaglige læsere af Dagens Medicin

Bilag 1

Dato: 7. januar 2004
Kontor: 3.s.kt.
J.nr.: 2003-12140-14

Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Retningslinier til psyk
klagenævn.doc

Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn

Patientklagenævnet skal hvert år offentliggøre en beretning om sin virksomhed, jf. § 39, stk. 1, i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998, som ændret ved lov nr. 377 af 6. juni 2002.

Bestemmelsen trådte i kraft den 1. januar 1999, og Sundhedsministeriet meddelte i brev af 22. december 1998 til de psykiatriske patientklagenævn, at årsberetningen, hvor den første skulle afgives vedrørende 1999, skulle indeholde statistiske oplysninger om 1) Antal sager behandlet i nævnet, 2) Fordeling af sager på sagstyper, 3) Sagsbehandlingstid, 4) Sagernes udfald, 5) Antal møder i nævnet, 6) Mødested, 7) Deltagelse i nævnets møder af patient, patientrådgiver og læge, samt 8) Antal afgørelser der er anket og – om muligt – angivelse af ankeresultatet og sagsbehandlingstid ved ankeinstansen. Endvidere skulle årsberetningerne indeholde resumé af de afgørelser, som nævnet anser for principielle.

Da der har vist sig at være betydelige forskelle i årsberetningerne, som de enkelte patientklagenævn har afgivet, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet fundet det påkrævet, at der opnås en større ensartethed i bearbejdelsen og beskrivelsen af især de statistiske oplysninger, således at det bl.a. er muligt at foretage sammenligninger mellem de enkelte nævn. Dette hensyn er, som det er de lokale psykiatriske patientklagenævn bekendt, tillige påpeget i Folketingets Ombudsmands brev af 17. september 2003 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Formålet med årsberetningerne er, at der herigennem skal opnås en generel viden om anvendelsen af psykiatriloven i praksis. Det er derfor også i § 15 i bekendtgørelse nr. 938 af 15. december 1998 fastsat, at årsberetningerne skal udarbejdes i samarbejde med de psykiatriske afdelinger. Det betyder som minimum, at vedkommende psykiatriske afdelinger skal have lejlighed til at udtale sig om nævnets udkast til årsberetning.

Årsberetningen skal således tjene som vejledning til de psykiatriske afdelinger om tvangsindgreb efter psykiatriloven. Herudover skal årsberetningerne også kunne give information og inspiration til andre patientklagenævn, bl.a. med henblik på at sikre en ensartet praksis ved administration af psykiatriloven.

Endvidere skal årsberetningerne kunne tjene som informations- og oplysningsgrundlag for andre offentlige myndigheder – først og fremmest Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71, Folketingets Ombudsmand, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet som ressortministerium for psykiatriloven.

Årsberetningerne skal således tjene en flerhed af formål.

På denne baggrund og også under hensyn til, at der i de seneste år har været øget fokus på anvendelsen af tvangsindgreb efter psykiatriloven, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet fundet det nødvendigt at fastlægge nærmere retningslinier for udformningen af årsberetninger. Generelt er retningslinierne ikke udtryk for en væsentlig ændring af det koncept, der blev fastlagt i ministeriets ovenfor omtalte brev af 22. december 1998. Retningslinierne skal bl.a. sikre, at der sker statistikføring og angivelse af bestemte oplysninger efter ensartede begreber og kriterier.

I denne forbindelse er det væsentligste at få fastlagt et ensartet "sagsbegreb" og "afgørelsesbegreb".

A. Sagsbegrebet – en "sag"

En "sag" skal i denne sammenhæng defineres som patientens klage (eller klager) til nævnet, som skal optages som et punkt på nævnets dagsorden på et bestemt møde. Det gælder, uanset om klagen omfatter et eller flere klagepunkter. Hvis patienten før (eller under) nævnmødet tilbagekalder sin klage, opgøres dette for sig. Endvidere fratrækkes antallet af afviste sager. Endelig fratrækkes antallet af sager, som er modtaget i nævnet, men ikke kommer på dagsorden i samme kalenderår. Herefter har man antallet af sager, hvori der er truffet realitetsafgørelse, som normalt vil svare til antallet af dagsordenspunkter på nævnets møder (dog med fradrag af eventuelle sager, der er tilbagekaldt umiddelbart før eller under nævnmødet, og sager der afvises efter nævnsbehandling).

Det ovenfor beskrevne kan i skemaform opstilles således:

Antal indkomne sager i kalenderåret	xx
+ Antal sager, som blev modtaget i nævnet, men ikke sat på dagsorden i foregående kalenderår	xx
- Antal tilbagekaldte sager	xx
- Antal afviste sager	xx
- Antal sager, som er modtaget i nævnet, men ikke sat på dagsorden i samme kalenderår	xx

Antal sager med realitetsafgørelse **xx**

En sag (patientens klage) vil ofte indeholde flere klagepunkter, f.eks. en klage over tvangstilbageholdelse og samtidig en klage over bæltefiksering. Men der er i sådanne tilfælde kun tale om én sag. Det gælder også i tilfælde, hvor patienten har klaget i to eller flere breve, men hvor klagerne behandles under ét på nævnmødet.

Hvis patienten senere klager over f. eks. anvendelse af beroligende medicin, og denne klage behandles på et nyt nævnsmøde, er dette en ny sag – også selvom det drejer sig om anvendelse af beroligende medicin i forbindelse med en tidligere påklaget tvangsfiksering.

B. Afgørelsesbegrebet – en "afgørelse"

En afgørelse er en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb.

Denne definition betyder, at stillingtagen fra nævnets side til en sag ofte vil indeholde flere afgørelser. Der tælles således mindst én afgørelse for hvert påklaget tvangsindgreb, f.eks. tvangslæggelse og tvangstilbageholdelse. Træffer nævnet afgørelse vedrørende flere ensartede tvangsindgreb, f.eks. 5 tvangsfikseringer, tæller nævnsafgørelsen således også statistisk som 5 afgørelser, uanset udfaldet af afgørelserne.

To afgørelser vedrørende et tvangsindgreb, der både indeholder en godkendelse og en tilsidesættelse.

Hvis nævnsafgørelsen indeholder både en godkendelse og en tilsidesættelse af et tvangsindgreb, f. eks. en tvangstilbageholdelse (iværksættelsen godkendes og opretholdelsen tilsidesættes), tæller nævnsafgørelsen statistisk som 2 afgørelser, fordi der træffes afgørelser dels om godkendelse, dels om tilsidesættelse. (Der gøres hermed op med begrebet "delafgørelser", dvs. en delvis godkendelse og en delvis tilsidesættelse).

Som typiske – men ikke udtømmende - eksempler herpå kan nævnes

- godkendelse af (iværksættelse af) en tvangstilbageholdelse men tilsidesættelse af den fortsatte tvangstilbageholdelse
- godkendelse af (iværksættelse af) en tvangsfiksering men tilsidesættelse af dens tidsmæssige udstrækning
- godkendelse af tvangsbehandling, men tilsidesættelse af ét eller flere præparater (f. eks. depotmedicin)
- godkendelse af almindelig tvangsbehandling, men tilsidesættelse af ECT-behandling
- godkendelse af tvangsbehandling, men tilsidesættelse af, at klagen ikke er tillagt opsættende virkning
- godkendelse af en tvangsfiksering, men tilsidesættelse af anvendelsen af en eller flere hånd/fodremme
- godkendelse af anvendelse af fysisk magt, men tilsidesættelse af dens tidsmæssige udstrækning

En afgørelse vedrørende et tvangsindgreb, der kun indeholder godkendelse eller kun tilsidesættelse

I følgende typiske, men ikke udtømmende, eksempler, hvor der alene træffes afgørelse om godkendelse eller tilsidesættelse af et tvangsindgreb, træffes der herefter kun én afgørelse:

- godkendelse af tvangstilbageholdelse (og dens opretholdelse)
- godkendelse af tvangsbehandling og godkendelse af depotmedicin
- godkendelse af tvangsbehandling og godkendelse af, at klagen ikke er tillagt opsættende virkning
- godkendelse af almindelig tvangsbehandling og godkendelse af ECT-behandling

- godkendelse af tvangsfiksering og godkendelse af anvendelse af en eller flere hånd/fodremme
- tilsidesættelse af tvangsbehandling (og tilsidesættelse af, at klagen ikke er tillagt opsættende virkning)

Ligeledes er der kun tale om én afgørelse, selv om afgørelsen indeholder bemærkninger vedrørende følgende typiske, men ikke udtømmende eksempler,

- tvangsindgrebets gennemførelse
- manglende fast vagt ved tvangsfiksering
- manglende eller ikke rettidig efterprøvelse af frihedsberøvelsen
- tvangsprotokollens førelse (fejl eller mangler)
- lægeerklæringens indhold/udformning (fejl eller mangler)
- manglende eller for sen udlevering af sagsmateriale til patienten
- andre forhold, f. eks. om klagepunkter, der falder uden for nævnets kompetence (aktindsigt, personalets optræden generelt, terrænfrihed, udgangstilladelse mv.).

Det er kun realitetsafgørelser, der tælles med. Klager, der tilbagekaldes, skal selvsagt ikke betragtes som afgørelser. Det samme gælder imidlertid også afvisninger af klager, jf. ovenfor under A om afviste sager samt umiddelbart ovenfor om klagepunkter, der falder uden for nævnets kompetence.

Med de ovenfor anførte definitioner og præciseringer af henholdsvis sags- og afgørelsesbegrebet skal årsberetningerne herefter for 2003 og følgende år udformes efter følgende model:

Afsnit I

1) Patientklagenævnets sammensætning

2) Sagsantal

Her indsættes det ovenfor under A nævnte skema (Antal indkomne sager, antal sager, som blev modtaget i nævnet, men ikke sat på dagsorden i foregående kalenderår, antal tilbagekaldte sager, antal afviste sager, antal sager, der er modtaget i nævnet, men ikke sat på dagsorden i samme kalenderår, antal sager med realitetsafgørelser).

3) Sagsbehandlingstid

Her anføres nævnets (samlede) gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sager med realitetsafgørelse. I sagsbehandlingstiden skal medregnes lørdage/-søndage/helligdage.

4) Møder

Her anføres antallet af nævns møder. Hvis nævns møder ikke har været afholdt på hospitaler, angives antallet heraf.

5) Deltagelse i møder

Her anføres for henholdsvis patienter, læge og patientrådgivere (bistandsværger) den procentvise andel af sager med realitetsafgørelse (jf. ovenfor under B), hvori de har deltaget. I den forbindelse oplyses, at deltagelsesprocenten er beregnet som antallet af sager, hvori den pågældende gruppe har deltaget, i forhold til det samlede antal sager.

Særligt for så vidt angår patientrådgivere (bistandsværger) skal dette suppleres med angivelse af deltagelsesprocent for de enkelte hospitaler (og eventuelt afdelinger).

6) Afgørelsernes udfald – omgørelsesprocent

Afsnittet indledes med den ovenfor under B nævnte definition. Herefter anføres i skemaform for hver type tvangsindgreb og totalt: Antallet af afgørelser, antallet af god-

kendelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten. I den forbindelse oplyses, at omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af realitetsafgørelser.

Endvidere anføres antallet af flertalsafgørelser (dvs. afgørelser hvor der ikke i nævnet har været enstemmighed).

7) Klager over nævnsafgørelser

Her anføres antallet af nævnsafgørelser, der er påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og antallet af nævnsafgørelser, der er tilsidesat af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Tilsvarende anføres antallet af nævnsafgørelser, der er indbragt for domstolene, og udfaldet heraf.

Generelt om punkterne 2-7 bemærkes, at fremstillingen (skemaerne) skal indeholde en sammenligning med tidligere år, idet det dog ikke for alle punkterne vil være muligt i beretningen for 2003 (på grund af den ændrede statistikføring). Endvidere forudsættes det, at væsentlige ændringer i udviklingen kommenteres.

Afsnit II

Et afsnit, hvor principielle problemstillinger m.v. anføres, såfremt der har foreligget sådanne. Det kan være vanskelige fortolkningsspørgsmål i lovgivningen, herunder spørgsmål vedrørende afgrænsningen af nævnets kompetence, væsentlige problemer vedrørende sagsbehandling, nævnmøder, klage- og ankeinstansbehandling m.v. Retssikkerhedsmæssige spørgsmål kan også omtales, hvorimod der ikke i årsberetningen bør rejses retspolitiske spørgsmål.

Afsnit III

Dette afsnit indeholder anonymiserede resumeer af de afgørelser, som nævnet anser for principielle. En afgørelse, der tilsidesætter hospitalets beslutning, er ikke i sig selv principiel. En afgørelse, der godkender hospitalets beslutning, kan være principiel. Afgørelser, der tilsidesættes af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller domstolene, er som udgangspunkt principielle.

De ovenfor nævnte afsnit I og III er obligatoriske, mens afsnit II som nævnt må bero på, om der har foreligget væsentlige retlige tvivlsspørgsmål m.v.

I øvrigt kan det enkelte nævn naturligvis som hidtil medtage yderligere oplysninger og statistikker i årsberetningen end det ovenfor angivne.

Årsberetningerne skal offentliggøres på statsamternes hjemmeside og på det fælles intranet.

Årsberetningerne skal sendes til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71, Folketingets Ombudsmand, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Sundhedsstyrelsen. Endvidere skal der indsendes 5 eksemplarer til Indenrigs- og Sundhedsministeriet og et eksemplar til de øvrige psykiatriske patientklagenævne. Endelig skal årsberetningen sendes til den lokale presse.

Hvis der er særlige forhold, som nævnet ønsker en tilbagemelding på fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, skal det fremhæves i følgebrevet til ministeriet i forbindelse med indsendelse af årsberetningerne.

Med venlig hilsen

Steffen Egesborg Hansen

Skemaoversigt

Skema 1.	Antal sager	7
Skema 2.	Sagernes fordeling på hospitaler	7
Skema 3.	Antal afgørelser i nævnet	8
Skema 4.	Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid	8
Skema 5.	Samlet antal møder	9
Skema 6.	Mødernes fordeling på hospitaler	9
Skema 7.	Mødedeltagelse for læger	10
Skema 8.	Mødedeltagelse for patienter.....	11
Skema 9.	Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	11
Skema 10.	Afgørelser og godkendelser.....	13
Skema 11.	Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	14
Skema 12.	Antal klager	15
Skema 13.	Indbringelse for domstolene	16
Skema 14.	Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	16



Statsforvaltningen

Midtjylland

St. Blichers Vej 6

Postboks 151

6950 Ringkøbing

Tel 7256 8300

midtjylland@statsforvaltning.dk

www.statsforvaltning.dk