



Årsberetning 2015

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	4
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn	6
1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2015.....	6
1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver	6
2. Antal sager og sagsfordeling	7
2a. Antal sager.....	8
2b. Sagernes fordeling på de enkelte PKN afdelinger.....	8
2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	10
2d. Antal afgørelser	10
3. Sagsbehandlingstiden.....	12
4. Antal mødedage, mødested m.v.	13
4a. Antal mødedage.....	13
4b. Mødedagenes fordeling mellem de enkelte PKN afdelinger	15
5. Mødedeltagelse	16
5a. Mødedeltagelse for læger	16
5b. Mødedeltagelse for patienter	17
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	18
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten	20
6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter.....	21
fordelt på PKN afdelingerne	21
6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb.....	22
6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb.....	23
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	24
7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser.....	25
7b. Indbringelse for domstolene	26
7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn	26
Afsnit II: Principielle problemstillinger	28
1. Overvejelser om, hvornår en patient er indlagt.....	28
2. Overvejelser om psykiatrilovens § 10 a	34
3. Notat om de nye regler om tvangsfiksering	35
4. Udtalelse til Vestre Landsret anvendelse af retsplejeloven (RPL) kap. 43 a i en erstatningssag	39
5. Sekretariatet har udarbejdet nedenstående notat som kommentar til en afgørelse fra DPA.....	41
Afsnit III: Principielle afgørelser	45
A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	45
1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse	45
2. Tvangsfiksering	47
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning	55
4.a. Tvangsbehandling – dosis	55
4.b. Tvangsbehandling – motivation	59
4.c. Tvangsbehandling – depot.....	60
4.d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger.....	61
4.e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning	61

4.f. Tvangsbehandling – ECT-behandling	62
4.g. Somatisk tvangsbehandling	62
5. Beroligende medicin	64
6. Anvendelse af fysisk magt	65
7. Personlig skærmning	69
8. Døraflåsning på sikringsanstalt	71
B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger	73
C. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn	78
1. Tvangsbehandling	78
2. Indgivelse af beroligende middel med magt	97
3. Anvendelse af fysisk magt – ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 var opfyldt - Ankenævnet	106
4. Inhabiliter	108
5. Døraflåsning af patientstue	110
Bilag	112
Bilag 1 - Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	112
Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	114
Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2015	115
Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2015	116
Bilag 5 - Oversigt over nævnsformænd ultimo december 2015	118
Bilag 6 – Høringssvar fra Regionerne	120

Forord

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen afgiver hermed sin tredje årsberetning i henhold til § 39 i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven).

Statsforvaltningen består af ni afdelinger med fælles administration i Aabenraa.

Behandlingen af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn varetages af følgende fem PKN afdelinger: København, Odense, Aabenraa, Aalborg og Aarhus, hvor sekretariatsfunktionen for hele landet varetages af afdelingen i København.

Det centrale sekretariat har det faglige ansvar for sagsområdet, herunder for at koordinere den faglige praksis og arbejdsmetoder. Sekretariatet varetager opgaven med den overordnede mødeplanlægning, kontakten til hospitaler, udarbejdelse af årsrapport, vurdering af principielle sager og klagesager, udpegning af patientrådgivere, behandling af klager over patientrådgivere og kursus- og samarbejdsvirksomhed. Sagsbehandlere på de stedlige kontorer varetager opgaven med at lave udkast til afgørelser, varetage nævnmødebehandlingen på de forskellige hospitaler rundt i landet, hvor møderne forudsættes afholdt jf. loven og afsende afgørelsen.

Et af hovedformålene med årsberetningen er at give et samlet overblik. Hovedtallene fra de fem regioner er angivet i afsnit I.

Ud over den generelle gennemgang af diskussion om praksis vedrørende tvang i psykiatrien samt de statistiske oplysninger på landsplan, tjener beretningen til formidling af viden om Det Psykiatriske Patientklagenævns arbejde både til en bredere offentlighed og mere specifikt til de implicerede psykiatriske centre/hospitaler. Det er sekretariatets indtryk, at årsberetningen indgår i arbejdet på de psykiatriske centre/hospitaler og bliver anvendt i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

Beretningen er udarbejdet i overensstemmelse med det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinjer af 7. januar 2004 og omfatter tallene fra Nævnets arbejde i de fem regioner. Det er muligt at sammenholde tallene for årene 2013, 2014 og 2015, ligesom det er muligt at få et helhedsindtryk af Nævnets samlede virksomhed i de fem regioner.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn: om Nævnets virksomhed

Afsnit II: Principielle problemstillinger

Afsnit III: Principielle afgørelser fra : - Det Psykiatriske Patientklagenævn
- Kritik fra Det Psykiatriske Patientklagenævn
- Det Psykiatriske Ankenævn



Helle Haxgart
Direktør



Henning Lund-Sørensen
Kommitteret

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn

Denne årsberetning vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævns virksomhed i 2015.

Efter § 34 i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven) er der ved Statsforvaltningen oprettet et psykiatrisk patientklagenævn bestående af direktøren for Statsforvaltningen som formand samt to medlemmer. De to medlemmer bliver beskikket af sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Lægeforeningen skal som noget nyt så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri. Sundheds- og Ældreministeren har beskikket et antal medlemmer samt et antal ligestillede stedfortrædere for medlemmerne.

Direktøren for Statsforvaltningen kan bemyndige ansatte ved Statsforvaltningen til at fungere som formænd for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2015.

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand er direktør Helle Haxgart.

Nævnets øvrige sammensætning i Statsforvaltningens afdelinger i landet fremgår af vedlagte bilag nr. 4. Det skal bemærkes, at der i bilaget ikke skelnes mellem medlemmer og stedfortrædere i Det Psykiatriske Patientklagenævn, idet disse er ligestillede.

Årsberetningen er udarbejdet af kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Elsebeth Brogaard, fuldmægtig Lars Orthmann, fuldmægtig Line Høgh, fuldmægtig Rasmus Larsen og kontorassistent Charlotte Frandsen.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2015 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, aflåsning af døre i afdelingen, tvangsbehandling, fysisk magtandvendelse, beroligende medicin, personlig skærmning, tvungen opfølgning efter udskrivning og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med indlæggelser på de psykiatriske hospitaler/centre i landets fem regioner.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten er indlagt. I mødet deltager sædvanligvis overlægen/den behandlende læge på afdelingen, patienten og patientrådgiveren samt andre relevante medarbejdere på den pågældende psykiatriske afdeling. Efter mødet træffer Det Psykiatriske Patientklagenævn sin afgørelse, der tilstræbes udsendt samme dag eller næstfølgende dag.

2. Antal sager og sagsfordeling

Indenrigs – og Sundhedsministeriet udsendte den 7. januar 2004 "Retningslinjer for udarbejdelse af årsberetninger for de psykiatriske patientklagenævn". Retningslinjerne indeholder en fastlæggelse af "sagsbegrebet" og "afgørelsesbegrebet".

En "sag" er defineret som en patients klage, der er optaget som et punkt på Det Psykiatriske Patientklagenævns dagsorden på et bestemt møde. Det gælder, uanset om klagen indeholder flere klagepunkter. Hvis en patient klager flere gange i løbet af året, vil der være tale om flere sager – se nedenfor pkt. 2.a og b.

En "afgørelse" er defineret som en godkendelse eller en tilsidesættelse af et tvangsindgreb. Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering af ét tvangsindgreb kan dog i nogle tilfælde føre til, at der træffes to afgørelser vedrørende dette ene tvangsindgreb – se nedenfor pkt. 2.c og pkt. 6.

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

Træffer Nævnet afgørelse vedrørende flere ensartede tvangsindgreb, fx fem tvangsfikseringer, tæller nævnsafgørelsen statistisk som fem afgørelser.

Med hensyn til "tilbagekaldte sager" bemærkes, at der her ofte er tale om sager, som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnsmødet, og hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn således allerede har brugt tid på at udsende og forberede sagen. Det har i 2015 drejet sig om 9% af samtlige indkomne sager.

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2013	%	2014	%	2015	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	1542	100	1679	100	1611	100
- antal tilbagekaldte sager	127	8	181	11	147	9
- antal afviste sager	40	3	60	6	30	2
= antal sager med realitetsafgørelse	1375	89	1438	86	1434	89

Fra 2014 til 2015 er antallet af indkomne sager i kalenderåret faldet med 68 sager, svarende til en nedgang på 4%. Der ses endvidere en nedgang i antallet af tilbagekaldte sager på 19% og i antallet af afviste sager på 50%. Det bemærkes, at selvom antallet af sager er faldet fra 2014 til 2015, er antallet af afgørelser fortsat stigende, se skema 3.

Hvis man ser på de tilsvarende tal for perioden fra 2013 til 2015 ses en stigning i antallet af indkomne klager på 5%, en stigning i antallet af tilbagekaldte klager på 16%, mens der er sket et fald i antallet af afviste sager på 25%.

I perioden fra 2013 til 2015 er antallet af sager med en realitetsafgørelse dog procentvist relativt konstant, idet tallene alene svinger fra 86% til 89%. Ca. 9 ud af 10 sager ender således med at blive realitetsbehandlet.

2b. Sagens fordeling på de enkelte PKN afdelinger

Det bemærkes i den forbindelse, at PKN afd. København er sammenfaldende med Region Hovedstaden, at PKN afd. Ringkøbing og Aarhus er sammenfaldende med Region Midtjylland, at PKN afd. Aalborg er sammenfaldende med Region Nordjylland, at PKN afd. Nykøbing er sammenfaldende med Region Sjælland, og at PKN afd. Odense og Aabenraa er sammenfaldende med Region Syddanmark.

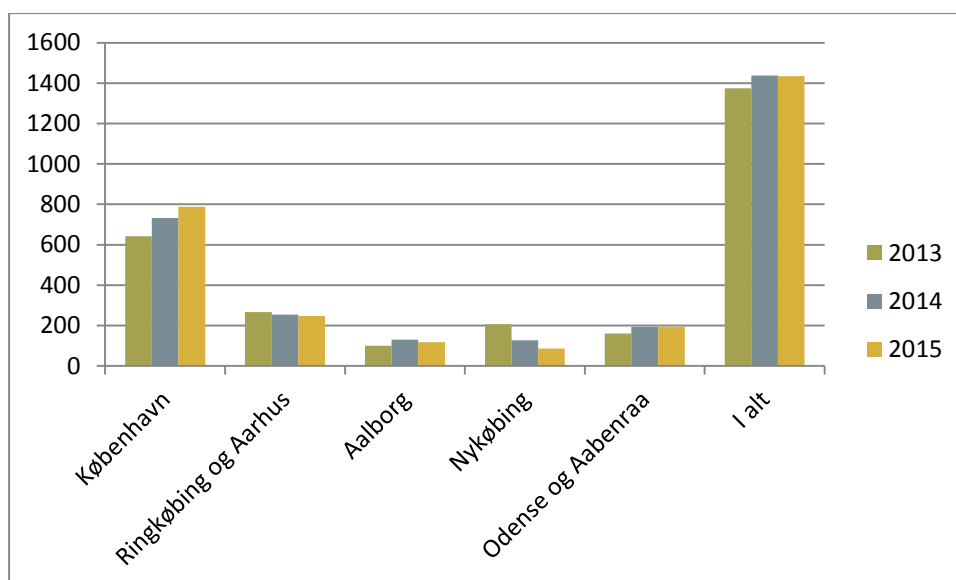
Selvom PKN afd. Nykøbing blev fusioneret med PKN afd. København pr. oktober 2015, vil denne og fremtidige årsberetninger af hensyn til Region Sjællands brug af årsberetningen fortsat indeholde information om sager, der knytter sig til hospitaler inden for Region Sjællands område, idet PKN afd. Nykøbings statistik opretholdes.

Skema 2

Sagernes fordeling på de 5 regioner

PKN afd.	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	705	829	871	63	96	83	642	733	788
Ringkøbing og Aarhus	296	297	280	30	43	32	266	254	248
Aalborg	116	154	135	15	24	17	101	130	118
Nykøbing	235	144	92	29	17	6	206	127	86
Odense og Aabenraa	190	255	233	30	61	39	160	194	194
I alt	1542	1679	1611	167	241	177	1375	1438	1434

Grafisk fremstilling af antallet af realitetbehandlede klagesager:



Udvikling i antal realitetsbehandlede klager fra 2013 til 2015 opdelt på afdelinger:

	Procentvis ændring fra 2013-2015	Faktiske tal Ændring fra 2013-2015
PKN afd.		
København	+ 23 %	+ 146
Ringkøbing og Aarhus	- 7 %	- 18
Aalborg	+ 17 %	+ 17
Nykøbing	- 58 %	- 120
Odense og Aabenraa	+ 21 %	+34
I alt	+ 4 %	+ 59

Over en 3-årig periode fra 2013 til 2015 er der i hele landet sket en stigning på 4% i antallet af realitetsbehandlede sager.

Fordelt på regioner er der sket en stigning i antallet af realitetsbehandlede sager i København, Aalborg, Odense og Aabenraa, mens der er sket et fald i antallet af realitetsbehandlede sager i Ringkøbing, Aarhus og Nykøbing.

2c. Sagerne fordelt på det enkelte hospital/center

Der henvises til bilag 1.

2d. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i Nævnet de seneste tre år

PKN afd.	2013	2014	2015
København	1144	1356	1606
Ringkøbing og Aarhus	466	457	508
Aalborg	166	171	184
Nykøbing	327	229	118

PKN afd.	2013	2014	2015
Odense og Aabenraa	309	378	444
I alt	2412	2591	2860 (2634)*

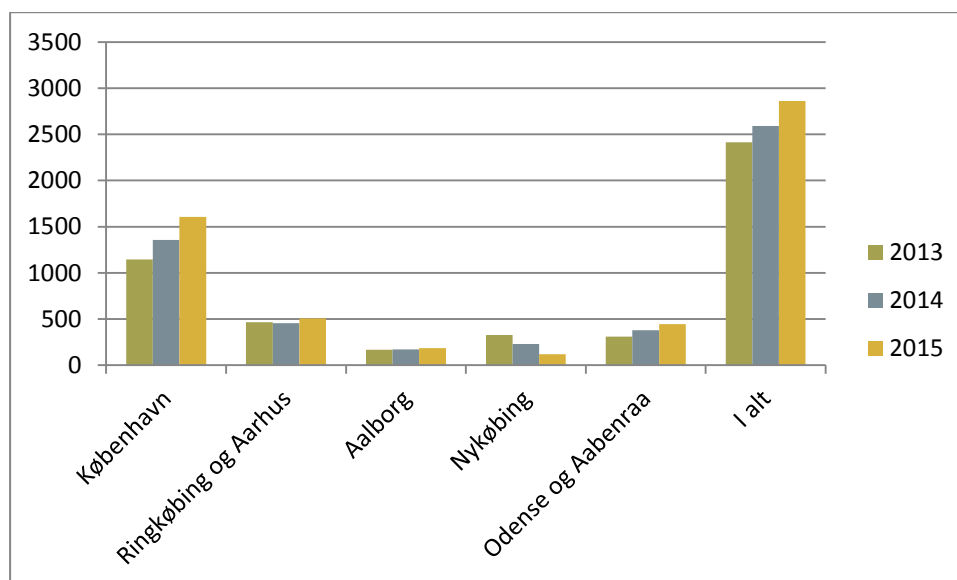
*uden en ekstraordinær sag med 226 afgørelser

Over en 3-årig periode fra 2013 til 2015 er der sket en stigning i antallet af afgørelser fra 2412 afgørelser i 2013 til 2860 afgørelser i 2015, hvilket svarer til en procentvis stigning på 19%.

Billedet er dog ikke helt retvisende, idet Nævnet i København ekstraordinært i 2015 behandlede en sag med 226 afgørelser. Hvis der ses bort fra denne sag, vil der således ikke være sket en så markant stigning i antallet af afgørelser, idet stigningen uden denne ene sag ville have været på 9%. Antallet af afgørelser ligger således relativt konstant på omkring 2.500 afgørelser om året.

Til sammenligning har den samlede tvangsanvendelse i Danmark gennem flere år ligget på omkring 25.000 tilfælde hvert år, og Nævnet får således kun 10% af den samlede tvangsanvendelse i Danmark til prøvelse. På den anden side er der dog tale om en prøvelsespopulation af en størrelse, der formentlig kan give et overordnet billede af, hvordan den samlede tvangsanvendelse forholder sig til Psykiatrilovens bestemmelser.

Grafisk fordeling i antallet af afgørelser fra 2013 til 2015:



Udviklingen i antal afgørelser fra 2013 til 2015 opdelt på afdelinger:

	Procentvis ændring fra 2013-2015	Faktiske tal Ændring fra 2013-2015
PKN afd.		
København	+ 40 %	+ 462
Ringkøbing og Aarhus	+ 9 %	+ 42
Aalborg	+ 11 %	+ 18
Nykøbing	- 64 %	- 209
Odense og Aabenraa	+ 44 %	+ 135
I alt	+ 19 %	+ 448

Fordelt på regioner er der sket en stigning i antallet af afgørelser i København, Ringkøbing, Aarhus, Aalborg, Odense og Aabenraa, mens der er sket et fald i antallet af afgørelser i Nykøbing.

Der henvises til bemærkningerne under punkt 2.b om den enkelte PKN afd. set i forhold til de fem regioner.

3. Sagsbehandlingstiden

Det Psykiatriske Patientklagenævn skal efter Psykiatrilovens § 36, stk. 3 træffe afgørelse snarest muligt. Er der ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal klageren underrettes om grunden hertil. Ved klager over tvangsbehandling, hvor klagen er tillagt opsættende virkning og klager over iværksættelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, skal Det Psykiatriske Patientklagenævn træffe afgørelse inden syv hverdage efter klagens modtagelse. Ved udtrykket hverdage forstås mandage til fredage, bortset fra helligdage. Nævnet lægger afgørende vægt på at efterleve denne tidsfrist.

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2013	2014	2015
Antal dage	9	9	10 (17)*

*med den ekstraordinære sag med 226 afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sagstyper har i 2015 været 10 dage, når der bortses fra én ekstraordinær sag med 226 afgørelser.

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

Der gives én afgørelseskode pr. indgreb. Det betyder, at en sag med mange koder, som typisk tager længere tid at behandle, kommer til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativ retning, hvilket var tilfældet med den ovennævnte ekstraordinære sag.

Når denne ene sag ikke her medregnes skyldes det netop sagens helt ekstraordinære karakter. Denne sag er ikke repræsentativ og hvis den blev medregnet ville beregningen ikke give et retvisende billede af den faktiske sagsbehandlingstid.

Sagsbehandlingstiden inklusiv den nævnte sag er 17 dage, som anført i parentes. Sagsbehandlingstiden uden medregning af den ekstraordinære sag er 10 dage, hvilket svarer nogenlunde til Nævnets sædvanlige sagsbehandlingstid fra de tidligere år.

Isoleret set holder Patientklagenævnet sig således under resultatmålet på maksimalt 14 dage.

4. Antal mødedage, mødested m.v.

4a. Antal mødedage

Skema 5

Samlet antal mødedage de seneste tre år

	2013	2014	2015
Antal mødedage	509	524	617

Oversigt over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage:

Det Psykiatriske Patientklagenævn	Mødedage	Psykiatrisk Center/hospital
København: mail adr.: pknkobenhavn@statsforvaltningen.dk	Mandage	PC Nordsjælland, B&U, PC Ballerup samt Sct. Hans, Roskilde, Holbæk og Nykøbing Sjælland

	Tirsdage	PC Hvidovre, PC Glostrup og B&U, PC Amager samt Vordingborg, Slagelse, Dianalund, Køge og Næstved
	Onsdage	PC København, B&U og PC Frederiksberg
	Torsdage/(fredage)	Bornholm
Odense: mail adr.: pknodense@statsforvaltningen.dk	Variabel mødedag	Odense, Svendborg og Middelfart
Aabenraa: mail adr.: pknaabenraa@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Esbjerg, Kolding, Vejle, Haderslev, Augustenborg, (Hviding) og Aabenraa
Århus: mail adr.: pknaarhus@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Risskov, B&U, Randers og Horsens
	Onsdage	Viborg, Herning, B&U og Holstebro
Ålborg: mail adr.: pknaalborg@statsforvaltningen.dk	Tirsdage	Aalborg, Brønderslev, Thy/Mors og Frederikshavn

Mødematerialet bliver sendt fra de psykiatriske hospitaler/centre til de lokale PKN afdelinger, der udsender klagen med bilag og mødeindkaldelse til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt til de relevante psykiatriske hospitaler/centre med henblik på, at hospitalerne/centrene sørger for videregivelse til patienten og lægerne. Samtidig er nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne pr. mail eller telefon blevet orienteret om mødetidspunktet. Dette skulle give både nævnsmedlemmer og patientrådgivere tid til at sætte sig grundigt ind i sagen samtidig med, at der også tidsmæssigt er mulighed for, at patientrådgiveren kan aflægge besøg hos patienten inden mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Møderne i 2015 er som alt overvejende hovedregel blevet afholdt på de psykiatriske hospitaler/centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske hospital/center. Det hænder dog, at patienter, især fra de lukkede afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 – 45 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af, at patienterne kan have behov for mere indgående at rede-gøre for deres situation og som følge af mange klagepunkter. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere hospitaler/centre, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen, eller det kan indebære, at der på forhånd afsættes mere end 30 minutter til mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2015 afholdt 617 mødedage. Ved én mødedag forstås afholdelse af møder i alle de sager, der er opført på én dagsorden – også selv om møderne afholdes på forskellige hospitaler/centre. Nedenfor er vist antallet af mødedage i de seneste tre år.

4b. Mødedagenes fordeling mellem de enkelte PKN afdelinger

Skema 6

Mødedagenes fordeling i PKN afdelingerne

PKN afd.	Antal mødedage 2013	Antal mødedage 2014	Antal mødedage 2015
København	189	154	250
Ringkøbing og Aarhus	133	109	137
Aalborg	39	68	48
Nykøbing	54	54	41
Odense og Aabenraa	94	139	141
Møder i alt	509	524	617

Som det ses, er der over en treårig periode sket en stigning i antallet af mødedage med 21%. Ikke mindst i PKN afd. København er det oplevelsen, at den under punkt 2b angivne stigning på 19% i antallet af sager flere gange har foranlediget, at det er blevet nødvendigt at afholde to mødedage samme dag på grund af sagsmængden.

Stedlig kompetence

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes som hovedregel på det psykiatriske hospital/center, som klagen relaterer sig til.

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

1. Hvis patienten flytter til et andet hospital/center inden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsessted, afholder den pågældende PKN-afdeling nævnsmødet på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.
2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første hospital/center, hvor patienten var indlagt, afholder PKN-afdeling i den nye region nævnsmødet på det hospital/center, hvor patienten nu befinder sig.

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, kommer Patientklagenævnet til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitals-

personalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center indkaldes til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt.

Ad. 2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen, kommer det stedlige Patientklagenævn til møde på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet fra det første hospital/center indkaldes også til mødet.

Sekretariatet beder i denne situation den nye patientrådgiver om at varetage patientens interesse i relation til tvangsansværelsen på det første hospital/center.

Hvis patienten undtagelsesvis ikke har fået beskikket en patientrådgiver på det andet hospital/center, vil sekretariatet anmode det andet hospital/center om at beskikke en ad hoc patientrådgiver til patienten.

5. Mødedeltagelse

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

5a. Mødedeltagelse for læger

Den læge, der har besluttet det tvangsindgreb, der klages over, skal i medfør af § 9 i bekendtgørelse om forretningsordenen for Det Psykiatriske Patientklagenævn så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i Nævnet.

I 2015 har der, som i tidligere år, været lægelig deltagelse ved stort set alle nævns-møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger i PKN afdelingerne

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	632	724	787	10	9	15	98	99	98
Ringkøbing og Aarhus	265	252	248	1	2	7	100	99	97
Aalborg	100	127	118	1	3	2	99	98	98
Nykøbing	174	108	81	32	19	5	82	85	94
Odense og Aabenraa	157	193	191	3	1	7	98	99	96
I alt	1328	1406	1425	24	47	36	97	98	98

Det fremgår, at der i 2015 har været afholdt 1425 møder med lægedeltagelse og 36 møder uden lægedeltagelse, dvs. i alt 1461 møder. Møderne har været afholdt i de 1434 realitetsbehandlede sager samt i 27 sager, hvori der har været afholdt et møde, inden klagesagen blev enten tilbagetrukket eller afvist.

Næsten alle PKN afdelingerne havde en høj mødedeltagelse for læger i 2013 og 2014, dog med undtagelse af PKN afd. Nykøbing, hvor deltagelsesprocenten var på henholdsvis 82% og 85%. I 2015 har alle PKN afdelingerne haft en høj mødedeltagelse, idet PKN afd. Nykøbing har øget mødedeltagelsesprocenten med 9% fra 85% i 2014 til 94% i 2015.

5b. Mødedeltagelse for patienter

Patienten har i medfør af Psykiatrilovens § 36, stk. 2, ret til mundtligt at forelægge sagen for Nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i Nævnet afgørende taler herfor, kan Nævnet dog bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i mødet.

Patienterne deltog i 2015 i 1151 af de 1461 møder, hvilket giver en deltagelsesprocent på 79%. I 2013 og 2014 var deltagelsesprocenten på henholdsvis 77% og 82%.

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter i PKN afdelingerne

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	499	624	660	143	109	142	78	85	82
Ringkøbing og Aarhus	210	208	179	56	46	76	79	82	70
Aalborg	76	107	91	25	23	29	75	82	76
Nykøbing	155	84	60	51	43	26	75	66	70
Odense og Aabenraa	120	149	161	40	45	37	75	77	81
I alt	1060	1172	1151	315	266	310	77	82	79

Alle patienter får en skriftlig indkaldelse til at deltage i mødet. Fremmødeprocenten for patienter er faldet fra 82% i 2014 til 79% i 2015. I alle sager er patienten af personalet opfordret til at give møde. Baggrunden for patienternes fravær i mødet kan typisk være manglende ønske om at møde, eller at patienten vurderes at være for dårlig til at møde. Det hænder, at patienter ikke møder, hvis den pågældende patient inden mødet er blevet udskrevet. Hvis der er behov derfor – af hensyn til patienten – afhol-

des mødet på selve afdelingen i stedet for i det mødelokale på hospitalet/centret, hvor mødet sædvanligvis afholdes. Der gøres en indsats både fra patientrådgiverens, hospitalets og fra Nævnets side i forhold til at motivere patienten til at møde op.

Nævnet tager den forholdsvis høje mødeprocent som et udtryk for, at patienterne er interesseret i at komme til at tale deres sag for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Der skal ikke herske tvivl om, at sekretariatet anser den høje fremmødeprocent for patienter som positivt, idet det klart er patientens møde, når Patientklagenævnet afholder møder på hospitalet/centret.

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Patientrådgiveren har i medfør af Psykiatrilovens § 36, stk. 2 ret til mundtligt at forelægge sagen for Nævnet og skal så vidt muligt give møde i nævnmødet. Bistandsværgen skal i medfør af bekendtgørelsen om bistandsværger § 8, stk. 2 ligeledes bistå patienten med at udforme eventuelle klageskrivelser samt yde bistand ved behandlingen af sagen.

I nedenstående tabel er anført antallet af sager i PKN afdelingerne, som patientrådgivere/bistandsværgerne har deltaget/ikke deltaget i.

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger for PKN afdelingerne

PKN afd.	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	581	686	738	61	47	64	91	94	92
Ringkøbing og Aarhus	210	227	224	56	27	31	79	89	88
Aalborg	87	115	109	14	15	11	86	88	91
Nykøbing	156	106	80	50	21	6	76	83	93
Odense og Aabenraa	121	169	171	39	25	27	76	87	86
I alt	1155	1303	1322	220	135	139	84	91	90

Mødedeltagelsen for patientrådgivere/bistandsværger steg markant fra 84% i 2013 til 91% i 2014. I 2015 var deltagelsesprocenten 90 og dermed fortsat høj. PKN afd. Nykøbing har i forhold til 2014 haft en markant stigning i mødedeltagelsesprocenten på 10% fra 83% i 2014 til 93% i 2015 og har dermed den højeste deltagelsesprocent på landsplan. I de øvrige regioner har der været mindre udsving på mellem 1 til 3 procent. De meget fine deltagelsesprocenter anser sekretariatet for yderst positiv.

Som noget nyt har sekretariatet for 2015 opgjort, hvordan fordelingen af mødedeltagelse og deltagelsesprocenten har været for henholdsvis patientrådgivere og bistandsværgere. Det bemærkes, at der har været i alt 1461 møder. I 1343 af møderne har patienten haft en patientrådgiver beskikket, og i 118 af møderne har patienten haft en bistandsværge beskikket. Møderne fordeles således med henholdsvis 92% til patientrådgiverne og 8% til bistandsværgerne.

Skema 9a

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværgere for PKN afdelingerne

PKN afd.	Deltaget 2015			Ikke deltaget 2015			Deltagelsesprocent 2015	
	Ptr.	Bis.v.	Ialt	Ptr.	Bist.v.	2015	Ptr.	Bist.v.
København	702	36	738	38	26	64	95	58
Ringkøbing og Aarhus	214	10	224	25	6	31	90	63
Aalborg	107	2	109	9	2	11	92	50
Nykøbing	76	4	80	4	2	6	95	67
Odense og Aabenraa	148	23	171	20	7	27	88	77
I alt	1247	75	1322	96	43	139	93	64

Det fremgår, at deltagelsesprocenten for patientrådgivere har været 93%, og at deltagelsesprocenten for bistandsværgere har været 64%. Det mindre fremmøde for bistandsværgerne har ikke stor indflydelse på den samlede deltagelsesprocent på grund af den vægtede mødefordeling imellem de to grupper.

Resultatet viser for det første, at deltagelsesprocenten for patientrådgivere er bedre end det gennemsnitlige tal på 90%, som fremgår af skema 9. Patientrådgivernes reelle fremmødeprocent var i 2015 på ikke mindre end 93%. En særdeles flot indsats taget med i betragtning, at der i 2015 har været en stigning i antallet af møder.

Resultatet viser for det andet forskellen mellem en lovbestemt mødepligt for patientrådgivere og fraværet af en lovbestemt mødepligt for bistandsværgerne. Bistandsværgerne skal kun aflægge besøg hos klienten, når der er behov herfor, og har ikke nogen mødepligt, når der afholdes møde i Det Psykiatriske Patientklagenævn. Patientrådgiverne skal mindst aflægge besøg hos patienten én gang om ugen – og i øvrigt efter behov og skal "så vidt muligt deltage i møderne i Det Psykiatriske Patientklagenævn".

Som følge af den lovbestemte mødepligt for patientrådgivere har sekretariatet i 2015 igangsat et halvårligt projekt, der løbende vil følge udviklingen i patientrådgivernes fremmødeprocenter.

Da bistandsværgerne ikke er underlagt en mødepligt ligesom patientrådgiverne, vil et tilsvarende projekt for bistandsværger ikke blive iværksat.

Nævnet vil dog til stadighed have fokus på patientrådgiveres/bistandsværgers fremmødeprocent, idet det er af væsentlig betydning for patienten, at patientrådgiveren/bistandsværgeren møder sammen med patienten. Nævnet vil fortsat varsle patientrådgiveren/bistandsværgeren, 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 opfordrer til stadighed patientrådgivere til at prioritere deres hverv som patientrådgiver, samt til at overveje om hvervet som patientrådgiver kan kombineres med deres erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

Sekretariatet er fortsat opmærksomt 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.

Det bemærkes, at hvervet som patientrådgiver bortfalder, når tvangsindgrebet bringes til ophør, men at patientrådgiveren skal bistå i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, før beskikkelsen ophører eller iværksættes samtidig, jf. psykiatrilovens § 28.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

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

Nedenstående tabeller viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2013 til 2015 har været påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

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

6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på PKN afdelingerne

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

PKN afd.	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	1144	1356	1606	968	1089	1180
Ringkøbing og Aarhus	466	457	508	396	401	410
Aalborg	166	171	184	142	148	150
Nykøbing	327	229	118	278	188	99
Odense og Aabenraa	309	378	444	276	303	298
I alt	2412	2591*	2860**	2060	2129	2137

* heraf 50 afgørelser = 2% med dissens

** heraf 109 afgørelser = 4% med dissens

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter

PKN afd.	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
København	176	267	426	15	20	27
Ringkøbing og Aarhus	70	56	98	15	12	19
Aalborg	24	23	34	14	13	18
Nykøbing	49	41	19	15	18	16
Odense og Aabenraa	33	75	146	11	20	33
I alt	352	462	723	15	18	25

Ovenstående tabeller har altid påkaldt sig stor interesse. Omgørelsesprocenterne i 2015 varierer fra 16% til 33%. I 2014 var variationen væsentlig mindre fra 12% til

20%. I 2013 var omgørelsesprocenterne stort set identiske på niveauet 11-15%. Der kan ikke siges noget om årsagen til forskellen i tallene

Sekretariatet har siden sammenlægningen af Statsforvaltninger til en enhedsforvaltning i 2013 haft mulighed for at sikre, at sammenlignelige sager afgøres på samme måde, uanset hvor i landet sagen behandles. Sekretariatet holder således hver måned landsdækkende videomøde for at samordne praksis, flere årlige fagportalmøder og flere landsdækkende fællesmøder for alle formænd fra PKN for at underbygge indsatsen for retsenheden i landet.

6b. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb

Skema 12

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Tvangsindlæggelse	412	458	426	381	437	405
Tvangstilbageholdelse	589	650	668	551	618	633
Tilbageførsel	1	2	4	1	2	4
Tvangsfiksering	317	342	373	247	259	240
Beskyttelsesfiksering	0	1	1	0	0	1
Aflåsning af døre i afdelingen	3	4	12	2	3	10
Tvangsbehandling, medicinsk	603	580	636	468	415	482
Tvangsbehandling, ECT	0	1	0	0	1	0
Tvangsbehandling, legemlig	16	38	2	13	38	2
Fysisk magtanvendelse	47	49	130	37	40	77
Beroligende medicin	392	435	577	331	293	261
Personlig skærmning	9	14	7	8	13	2
Tvungen opfølgning	18	17	18	17	14	16
Andet	5	0	6	4	0	4
I alt	2412	2591	2860	2060	2133	2137

6c. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb

Skema 13

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Tvangsindlæggelse	31	21	21	8	5	5
Tvangstilbageholdelse	38	32	35	6	5	5
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	70	83	133	22	24	36
Beskyttelsesfiksering	0	1	0	0	100	0
Aflåsning af døre i Afdelingen	1	1	2	33	25	17
Tvangsbehandling, Medicinsk	135	165	154	22	28	24
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, Legemlig	3	0	0	19	0	0
Fysisk magtanvendelse	10	9	53	21	18	41
Beroligende medicin	61	142	316	16	33	55
Personlig skærmning	1	1	5	11	7	71
Tvungen opfølgning	1	3	2	6	18	11
Andet	1	0	2	20	0	33
I alt	352	458	723	15	18	25

I sagens natur vil områder med få afgørelser lettere kunne bevirke spring i omgørelsesprocenterne, uden at dette giver anledning til særskilte bemærkninger.

Det må konstateres, at omgørelsesprocenterne for tvangsfiksering, medicinsk tvangsbehandling, beroligende medicin og fysisk magtanvendelse på henholdsvis 36, 24, 55 og 36% overstiger de 10-15%, der sædvanligvis opfattes som et acceptabelt omgørelsesniveau.

Sekretariatet mener, at omgørelsesprocenterne skal ses på baggrund af følgende forhold:

Tvangsfiksering:

Det fremgår af ovenstående tabel, at der er sket en stigning i antallet af tilsidesættelser for tvangsfiksering fra henholdsvis 70 i 2013 og 83 i 2014 til 133 i 2015, til en omgørelsesprocent på henholdsvis 22, 24 og 36%. Det svarer til en lille procentvis stigning på 2 procent point fra 2013 til 2014 og en større procentvis stigning på 12 procent point fra 2014 til 2015.

En del af den procentvise stigning i antallet af tilsidesættelser fra 2014 til 2015 kan henføres til indførelse af nye skærpede regler for tvangsfiksering, der har til formål at reducere brugen af tvangsfikseringer både i antal og tidsmæssig udstrækning. Nævnets praksis viser, at det især er tvangsfikseringernes tidsmæssige udstrækning, der ikke godkendes af Nævnet, og Nævnet følger således op på regeringens ønske om at reducere antallet af langvarige tvangsfikseringer. De nye regler trådte i kraft 1. juni 2015. Der henvises i øvrigt til Afsnit II, punkt 1.

Tvangsbehandling med medicin og beroligende medicin:

Det fremgår af skema 13, at omgørelsesprocenten for tvangsbehandling med medicin har været stigende fra 22% i 2013 til 28% i 2014 og med et fald i 2015 til 24%. Omgørelsesprocenten for beroligende medicin har været støt stigende fra 16% i 2013 til 33% i 2014 og 55% i 2015.

Sekretariat mener, at den stigende omgørelsesprocenter især kan forklares med henvisning til to forhold. Dels har Det Psykiatriske Ankenævn løbende skærpet sin praksis, og dels er der et påtrængende behov for en gennemskrivning af pro.medicin.dk, der ville kunne få en positiv effekt på omgørelsesprocenterne. Som illustration henvises til den sag, der er gengivet i Afsnit III, pkt. 5.

Endvidere må det tilføjes, at for så vidt angår beroligende medicin har én enkelt sag bidraget til 10% af stigningstakten. Uden denne sag ville omgørelsesprocenten for beroligende medicin således ikke have været 55%, men 45%.

Fysisk magtanvendelse

Det fremgår af skema 13, at omgørelsesprocenten for fysisk magtanvendelse havde et mindre fald fra 2013 til 2014 på 3% fra 21% til 18%, men fra 2014 til 2015 er omgørelsesprocenten mere end fordoblet til 41%.

Antallet af omgørelser ville uden ovennævnte enkeltstående sag falde fra 53 til 24, dvs. at ikke færre end 29 omgørelser kan henføres til denne ene sag.

I afsnit II i denne årsberetning har sekretariatet søgt i punktform at opstille en liste over de forhold, der fra hospitalets side skal påses ved de nævnte tvangsindgreb. Formålet med listen er, at den sammen med de øvrige tiltag, der gøres på hospitalerne, kan medvirke til at nedbringe omgørelsesprocenterne.

På de patientrådgivermøder, der løbende afholdes på de enkelte hospitaler/centre, er det blevet oplyst, at hospitalerne/centre har afsat midler til en målrettet undervisningsindsats, der skulle kunne reducere ankeprocenterne.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølg-

ning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1, sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

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

I 2015 blev 268 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene og 216 for Det Psykiatriske Ankenævn. Ankeprocenten i 2015 var 17% sammenlignet med 2014 og 2013, hvor den var henholdsvis 13% og 15%. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Skema 14

Antal klager

	2013			2014			2015		
	Antal afg.	Antal Anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %
Tvangsindlæggelse	412	81	20	458	98	21	426	93	22
Tvangstilbageholdelse	589	101	17	650	124	19	668	127	19
Tilbageførsel	1	0	0	2	1	50	4	0	0
Tvangsfiksering	317	23	8	342	38	11	373	43	12
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Aflåsning af døre i afd.	3	0	0	4	2	50	12	1	8
Tvangsbehandling, med.	603	89	15	580	114	20	636	118	19
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, legeme	16	0	0	38	0	0	2	1	50
Fysisk magtanvendelse	47	1	2	49	2	4	130	12	9
Beroligende medicin	392	17	4	435	15	3	577	85	15

	2013			2014			2015		
Personlig skærmning	9	0	0	14	1	7	7	0	0
Tvungen opfølgning	18	5	28	17	7	41	18	4	22
Andet	5	0	0	0	0	0	6	0	0
I alt	2412	317	13	2591	401	15	2860	484	17

Som det fremgår af skema 14, har ankeprocenten gennem de seneste tre år været nogenlunde konstant.

7b. Indbringelse for domstolene

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland samt aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2015 har byretterne stadfæstet 163 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I 37 tilfælde blev sagen hævet af patienten. En af Nævnets afgørelser er blevet tilsidesat af retterne. I de resterende 67 afgørelser har Det Psykiatriske Patientklagenævn endnu ikke modtaget rettens afgørelse.

Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de sidste tre år.

Skema 15

Afgørelser fra retten

	2013	2014	2015
Stadfæstet	94	118	163
Tilsidesat	0	0	1
Frafaldet af patient	48	73	37
I alt	142	191	201

Tabellen omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2015, incl. afgørelser truffet af Nævnet før 2015.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer uafbrudt mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region

Sjælland, kan af patienten eller de psykiatriske hospitaler/centre påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2015 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 51 af Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelser. 26 afgørelser er blevet ændret eller hjemvist og 1 afgørelser er frafaldet af klager. Endvidere er 138 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Det Psykiatriske Ankenævn.

Skema 16

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2013	2014	2015
Stadfæstet	27	45	51
Ændret/hjemvist	18	31	26
Frafaldet	4	7	1
I alt	49	83	78

Tabellen omfatter afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn modtaget i 2015, inkl. afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn før 2015.

Det bemærkes, at de forholdsvis mange ændrede afgørelser især relaterer sig til Det Psykiatriske Ankenævns stadig skærpede praksis med hensyn til tvangsbehandling med medicin og beroligende medicin. Se afsnit 6b.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Overvejelser om, hvornår en patient er indlagt

Sekretariatet har på baggrund af en henvendelse fra en ledende overlæge gjort sig nogle overvejelser vedrørende problemstillingen om, hvornår en patient kan anses for indlagt. Sekretariatet skrev følgende til den pågældende overlæge:

"I forbindelse med Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse har du særligt hæftet dig ved følgende sætning i Nævnets afgørelse: "Det blev på den baggrund vurderet, at patienten var sindssyg i lovens forstand, og det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på nærmere vurdering og behandling, hvorpå patienten blev tvangsindlagt."

Du har gjort opmærksom på, at udsagnet bygger på en fejllopfattelse, idet en patient, der indlægges på gule eller røde papirer, må anses for indlagt, allerede når du eksempelvis i telefonen får oplæst den indlæggende læges erklæring, og du derefter godkender, at patienten på den baggrund kan indlægges.

Du har anmodet sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn om uddybende bemærkninger både i forhold til din retsopfattelse og Nævnets udsagn i den ovennævnte afgørelse.

Fremdragelsen af denne problemstilling er absolut relevant. Både fordi det er en situation, der ofte forekommer, og fordi teorien på området ikke er hverken klar eller skarp – hvis teorien overhovedet ser problemstillingen.

Sekretariatets holdning tager sit udgangspunkt i princippet om en "to-læge-prøvelse" jf. Helle Bødker Madsen: Psykiatret, side 88, andet afsnit.

Den indlæggende læge skal foretage en egenhændig undersøgelse med henblik på indlæggelse. I UfR 2011,2121 VLD kunne hverken lægens henvendelse ved patientens dør (hvor lægen ikke opnåede en samtale med patienten), eller lægens tidligere modtagelse af et brev fra patienten anses som en sådan undersøgelse.

"To-læge prøvelsen" må indebære at endnu en læge – enten den modtagende læge eller overlægen – har foretaget en tilsvarende undersøgelse. Denne undersøgelse kan i sagens natur ikke være mindre grundig end den undersøgelse, som den indlæggende læge foretog, idet det er den modtagende læge, der har kompetencen til at foretage tvangsindlæggelsen, og idet den modtagende læge ikke er bundet af det skøn, som den indlæggende læge udøver.

Ud fra denne betragtning kan det således ikke anses som tilstrækkeligt til opfyldelse af "to-læge-prøvelsen", at overlægen alene træffer beslutning om en tvangsindlæggelse på baggrund af den indlæggende læges erklæring.

Overlægen skal enten have både den indlæggende og den modtagende læges vurderinger eller den indlæggende læges og sin egenhændige undersøgelse, som grundlag for at træffe beslutning om tvangsindlæggelse eller godkendelse af den modtagende læges beslutning.

Hvis dine synspunkter om, at en patient må anses for tvangsindlagt fra det øjeblik, at overlægen har godkendt den indlæggende læges erklæring blev lagt til grund, ville det kunne betyde, at patienten allerede blev anset for tvangsindlagt, inden patienten var nået ind på hospitalet, hvilket i sig selv ikke harmonerer med den gængse opfattelse, hvor tvangsindlæggelse knytter sig snævert til det forhold, at patienten fysisk befinder sig på et hospital.

Men det afgørende er det helt fundamentale princip om en to-læge-prøvelse, der forudsætter, at to læger har foretaget en egenhændig undersøgelse af patienten.

Det bemærkes, at to-læge-prøvelsen ikke er til hinder for, at overlægen på baggrund af dels den indlæggende læges erklæring og dels på baggrund af den modtagende læges journalførte vurdering tager stilling til tvangsindlæggelsen alene på baggrund af disse skriftlige vurderinger, men uden selv at have foretaget en egen undersøgelse af patienten.

Det bemærkes videre, at ovennævnte synspunkt naturligvis ikke hindrer overlægen i, alene på baggrund af den indlæggende læges erklæring, at forhåndsgodkende, at patienten modtages på hospitalet. Det er vel den almindelige praksis på området. Denne forhåndsgodkendelse har blot ikke noget med selve indlæggelsesbeslutningen at gøre og kan derfor heller ikke journalføres som en godkendelse af tvangsindlæggelsen.

Tvangsindlæggelse finder fysisk sted på hospitalet efter, at den modtagende læge har undersøgt patienten med henblik på indlæggelse.

Hvis jeg afslutningsvis skal sætte sagen lidt på spidsen, vil Det Psykiatriske Patientklagenævn næppe kunne godkende en indlæggelse, der fulgte den af dig skitserede fremgangsmåde, idet hospitalet i dette tilfælde ikke har iagttaget mindste middels princippet med forsøg på at indhente et informeret samtykke til frivillig indlæggelse fra patienten.

Indtil andet tilkendes gives fra retterne eller ministeriets side vil Det Psykiatriske Patientklagenævn lægge ovennævnte udlægning til grund i sine afgørelser.

Jeg henviser desuden til vedlagte notat, som fuldmægtig Lars Orthmann har udarbejdet i sagen.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H.L.S.', with a horizontal line underneath.

Henning Lund-Sørensen
Kommitteret"

Notat om fortolkningen af tvangsindlæggelse efter overlægens afgørelse

Problemet angår spørgsmålet: Hvornår finder tvangsindlæggelse sted?

En overlæge har i forbindelse med en konkret sag rejst spørgsmålet, om en indlæggelse finder sted allerede, når overlægen på baggrund af en telefonisk oplæsning af de gule/røde papirer accepterer at modtage en patient, eller om indlæggelsen først finder sted, når der udfyldes en tvangsprotokol efter en undersøgelse af den modtagende læge.

Overlægen fortolker det således, at der er tale om en forhåndsgodkendelse, hvor indlæggelsen har fundet sted, når overlægen på baggrund af de gule/røde papirer godkender, at patienten modtages på hospitalet.

1. Det siger psykiatriloven
2. Den konkrete sag
3. Overlægens prøvelsespligt
4. Lovforarbejderne
5. Konklusion

Ad 1. Psykiatriloven

§ 9. Sker tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 2, skal patienten straks modtages. Sker tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 1, skal patienten modtages snarest muligt inden for den frist på 7 dage, som er nævnt i § 7, stk. 3.

Stk. 2. Overlægen træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, herunder om politiets medvirken hertil.

Ad 2. Den konkrete sag

Sagen er refereret under Afsnit III, pkt. A, 1.

Ad 3. Overlægens prøvelsespligt

Af "Psykiatret" af Helle Bødker Madsen side 92 fremgår det i afsnittet om modtagelse af patienten og overlægens afgørelse blandt andet, at:

"... overlægens afgørelse efter § 9, stk. 2, om hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt, er en vanskelig opgave. Overlægen skal selvfølgelig påse, at de formelle betingelser er opfyldt, herunder at papirerne er korrekt udfyldt, men overlægen må normalt lægge den indlæggende læges oplysninger til grund. Overlægen har dog en vis forpligtelse til straks at skønne over, om de materielle betingelser, herunder kravet om psykose er opfyldt, men det vil ofte kræve en vis tids observation, før der kan foretages en nøjere vurdering af, om betingelserne for tvangsindlæggelse har været opfyldt. Det vil derfor antageligt kun undtagelsesvis forekomme, at overlægen afviser at mod-

tage en patient som tvangsindlagt, hvis de formelle betingelser er opfyldt, og de foreliggende oplysninger i indlæggelsespapirerne i hvert ud fra en umiddelbar betragtning kan danne grundlag for tvangsindlæggelsen...".

Sekretariatet skal henvise til, at denne beskrivelse ikke er fyldestgørende til, at det med sikkerhed kan udledes, om overlægen, i forbindelse med at patienten ankommer til afdelingen, skal foretage en selvstændig konkret vurdering.

Overlægen henviser i den forbindelse til "Tvang i Psykiatrien" af P. Dahl Jensen side 72-73, hvoraf det bl.a. fremgår:

"... Overlægens prøvelsespligt

Bestemmelsen fastslår, at det er overlægen på den modtagende afdeling, der træffer den endelige administrative afgørelse om, hvorvidt patienten skal modtages som tvangsindlagt. Overlægen er ikke bundet af det skøn, som den indlæggende læge og i et vist omfang politiet har udøvet.

Overlægens forhåndsbedømmelse ved modtagelsen af patienten er en vanskelig opgave, men store krav til prøvelsens intensitet kan ifølge sagens natur ikke stilles.

Overlægen skal selvsagt påse, at papirerne er behørigt udfyldt, og at de deri angivne oplysninger er tilstrækkelige til at begrunde tvangsindlæggelsen.

Overlægen vil normalt være henvist til at lægge den indlæggende læges oplysninger uprøvet til grund. En nøjere udredning af patientens tilstand vil normalt kræve nogen tids observation. Overlægen kan siges at befinde sig i en situation, hvor han/hun er nødt til at modtage patienten som tvangsindlagt for at kunne konstatere, om betingelserne herfor nu også har været til stede."

Ad 4. Lovforarbejderne

Af principbetænkning om tvang i psykiatrien, betænkning nr. 1068, 1986, side 52 i forbindelse med oversigt over de daværende regler for tvangsindlæggelse fremgår det, at:

"...ved modtagelsen af patienten, træffer overlægen på den psykiatriske afdeling afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og hvorvidt patienten bør modtages til behandling for sin sygdom. Ved sin afgørelse foretager overlægen en efterprøvelse af såvel de formelle betingelser som de materielle betingelser for tvangsindlæggelsen..."

Der blev herefter henvist til kapitel 17.

Af principbetænkning om tvang i psykiatrien bind 2, betænkning nr. 1068, 1986 fremgår det af side 490:

"...overlægen vil normalt befinde sig i en situation, hvor han er nødt til at lade patienten tvangsindlægge på afdelingen for at kunne konstatere, om betingelserne herfor nu også har været til stede.

[...]

Overlægen skal ved modtagelsen selvsagt påse, at de formelle betingelser er opfyldt, men må også have pligt til straks at skønne over, om de materielle betingelser, herunder psykose foreligger. Hvis det undtagelsesvis skulle være klart, at dette ikke er tilfældet, ville det være ansvars pådragende at modtage patienten til tvangsindlæggelse,

men det må understreges, at overlægens forhåndsbedømmelse ved modtagelsen er en vanskelig opgave..."

Ad 5. Konklusion

Efter psykiatrilovens § 9, stk. 2, er det overlægen på den modtagende afdeling, der afgør, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. Efter forarbejderne må det betragtes som utvivlsomt, at der er ønsket en "to-læge-prøvelse". Der er udtrykkeligt i forarbejderne nævnt, at overlægen ved modtagelsen straks skal skønne over, om betingelserne er opfyldt. Ordlyden heraf kan ikke fortolkes på anden måde end, at prøvelsen af betingelserne således forudsætter dels en prøvelse af, hvorvidt den indlæggende læges erklæring er fyldestgørende, dels en selvstændig vurdering af patientens tilstand.

Lars Orthmann
fuldmægtig

2. Overvejelser om psykiatrilovens § 10 a

En patientrådgiver oplyste, at hun var undrende og uforstående over for anvendelse af en frihedsberøvelsesmodel, hvor patienten var tvangsindlagt, men havde udgang til overnatning fra og med torsdag til og med mandag morgen.

Situationen er ikke direkte beskrevet i psykiatriloven, men sekretariatet vil ud fra Psykiatrilovens pejlemærker lægge følgende forståelse af psykiatriloven til grund:

I Psykiatrilovens § 10 a, er anført:

”Har en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person forladt en psykiatrisk afdeling, og er den pågældende ikke vendt frivilligt tilbage, kan overlægen beslutte, at den pågældende (patient) skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Sådantilbageførsel kan kun ske indtil én uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende (patient) udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.”

Som det ses sondres der mellem situationer, hvor patienten uden aftale har forladt den psykiatriske afdeling og situationer, hvor patienten ikke efterlever en tilladelse om udgang.

I førstnævnte situation kan tilbageførsel kun ske indtil én uge efter, at udeblivelsen er konstateret jf. § 10 a, stk. 1. 2. punktum. Som en konsekvens af denne bestemmelse udskrives patienten derfor, hvis patienten er udeblevet i mere end én uge.

I den anden situation, hvor patienten altså har fået tilladelse til udgang, kan tilbageførsel kun ske, hvis der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger jf. § 10 a, stk. 1, 3. punktum. Når den retlige konsekvens af § 10 a, stk. 1, 2. punktum er, at patienten udskrives, så må den retlige konsekvens af, at § 10 a, stk. 1, 3. punktum ikke er fulgt, efter sekretariatets opfattelse, også være, at tvangsindlæggelsen må anses for ophævet.

En sådan konsekvens skaber en indre logik i § 10 a mellem situationer med og uden aftalt udgang.

Men der er efter sekretariatets opfattelse en vigtig tilføjelse. Hvor tvangsindlæggelsen eller tvangstilbageholdelsen først ophæves, når der er gået syv dage efter den uaftalte udeblivelse, må en aftale om mere end tre overnatninger i sig selv indebære, at tvangsindlæggelsen/tvangstilbageholdelsen dermed er ophørt. I og med at der aftales mere end tre overnatninger, må den tvangsmæssige frihedsberøvelse således anses for ophørt.

Patientrådgiveren oplyste, at selv om den pågældende patient således havde fået fire overnatninger uden for det psykiatriske hospital, gik både hospitalet og patienten ud fra, at den tvangsmæssige frihedsberøvelse så at sige vågnede op igen, når patienten frivilligt vendte tilbage efter de fire overnatninger.

Sekretariatet er ikke enig i en sådan fortolkning af reglerne om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse.

Patienten kan efter de fire overnatninger ikke tilbageføres, og når patienten kommer tilbage, må patienten enten indlægges frivilligt, eller også skal reglerne om tvangsindlæggelse følges. /HLS

3. Notat om de nye regler om tvangsfiksering

Den 1. juni 2015 trådte der en ny psykiatrilov i kraft.

Den væsentligste ændring sker på tvangsfikseringsområdet, hvor loven i lovbemærkningerne tager udgangspunkt i, at Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur (CPT) i 2002, i 2008 og igen i 2014 har kritiseret Danmark for brugen af meget lange tvangsfikseringer. "CPT udtalte i rapporten vedrørende besøget i 2008, at CPT "forbliver alvorligt bekymret " over brugen af langvarige tvangsfikseringer og henviser i sin rapport om besøget i 2002, hvori det understreges, at fikseringer i dagevis ikke har nogen medicinsk berettigelse, og efter CPT's opfattelse er at ligestille med nedværdigende behandling. Dette gentages i 2014-rapporten. CPT udstikker i rapporten det princip, at en tvangsfiksering bør anvendes i så kort tid som muligt, normalt kun nogle få minutter eller nogle få timer. Derudover anbefaler CPT, at tvangsfiksering alene bør anvendes i de tilfælde, hvor en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred."

I lovbemærkningerne er der også en henvisning til Psykiatriudvalget, der i sin rapport har foreslået, "at der sættes fælles mål for en markant og varig reduktion af tvang frem mod 2020, herunder et mål om, at en tvangsfiksering som udgangspunkt ikke må udstrække sig over 48 timer, med mindre helt specielle hensyn taler herfor, herunder patientens, personalets eller andres sikkerhed."

Det tilføjes, at "det er afgørende for regeringen, at brugen af tvangsfiksering reduceres i både antal og tidsmæssig udstrækning. Det vurderes, at der er behov for bl.a. at skærpe reglerne for tvangsfiksering med henblik på at opnå en sådan reduktion."

Lovgivningsmæssigt lægges der således op til, at kriterierne for og tilsynet med tvangsfikseringer skærpes.

En tvangsfikserings iværksættelse og opretholdelse forudsætter fra 1. juni 2015:

IVÆRKSÆTTELSE:

1. at det nu er overlægen, der træffer beslutning om anvendelse af tvangsfiksering.
2. at det som altovervejende hovedregel af journalen klart fremgår på hvilken måde, at patienten var farlig; på hvilken måde, at patienten generede konkrete medpatienter; eller på hvilken måde, at patienten øvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det anses således ikke som tilstrækkeligt, at det i journalen i overskriftform anføres, at patienten var "udadreagerende", "vredladet", "truende", "anspændt" eller "direkte verbalt truende". Det skal i journalen direkte anføres på hvilken måde, at patienten var udadreagerende; på hvilken måde, at patienten var vredladet; på hvilken måde, at patienten

ten var truende; på hvilken måde, at patienten var anspændt eller på hvilken måde, at patienten var direkte verbalt truende.

Ud fra disse beskrivelser vil nævnet vurdere, om de anførte oplysninger er tilstrækkelige til at fastslå, at der i den konkrete situation var en aktuel, konkret og påviselig fare/ulempe/hærværk.

3. at det fremgår af journalen, at mindste middels princippet har været iagttaget i relation til: a. forsøg på at tale patienten til ro, b. at det er forsøgt at skærme patienten, og c. at patienten er forsøgt tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, eller at det er beskrevet, hvorfor a., b. og c. ikke har kunnet lade sig gøre.

Nævnet skal bemærke, at når der gives akut beroligende, og medicinen har effekt, så skal der foretages en ny vurdering af, hvorvidt den fare, som patienten udviser, stadigvæk er aktuel.

4. Tilsidesættelse af punkt 2. og 3. medfører, at tvangsfikseringen ikke kan godkendes.

OPRETHOLDELSE:

Det skal efter få (2-4) timer i journalen godtgøres, hvorfor det anses for væsentligt at opretholde tvangsfikseringen under henvisning til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.

Da reglen i Psykiatrilovens § 14, stk. 3 er en undtagelsesbestemmelse, vil den blive fortolket indskrænkende og restriktivt.

Ud over overlægens subjektive vurderinger vil det således også være nødvendigt med objektive beskrivelser af patientens adfærd og ytringer under tvangsfikseringen.

Udeladelse af den objektive beskrivelse vil blive tillagt negativ betydning, der kan bevirke, at tvangsfikseringen ikke kan godkendes fra dette tidspunkt.

Patientens tidligere adfærd vil kun i tvivls tilfælde blive tillagt betydning.

REVURDERINGERNE:

1. Alle revurderinger skal fremover indeholde:
 - a. Beskrivelser, der dækker opretholdelsen jf. ovenfor
 - b. Beskrivelser, der dækker mindste middels princippet dvs. beskrivelser af, hvorfor mindre indgribende indgreb må anses for utjenlige.

Opretholdelse af en bæltefiksering forudsætter, at det udførligt beskrives, hvori den konkrete og aktuelle fare består, samt hvorfor der

ikke kan anvendes mindre indgribende foranstaltninger såsom f.eks. personlig skærmning.

2. Første revurdering gennemføres efter få (som udgangspunkt 2-4) timer. Dog skal patienten aldrig vækkes for, at der kan gennemføres en revurdering. I givet fald udskydes revurderingen til umiddelbart efter, at patienten er vågnet. Det er vigtigt, at hospitalet fra og med første revurdering eksplicit forholder sig til det strengere bæltefikseringskrav i psykiatrilovens § 14, stk. 3, hvorefter opretholdelse af en tvangsfiksering forudsætter at, hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsigter dette. Gennemføres vurderingen ikke indenfor den fastsatte tidsfrist kan tvangsfikseringen som udgangspunkt ikke opretholdes.
3. Anden og følgende revurderinger gennemføres jævnt fordelt over døgnet.
4. Hvis en revurdering udelades, skabes en formodning for at betingelserne for den fortsatte tvangsfiksering ikke længere er til stede.
5. Hvis næstfølgende revurdering udelades, kan Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke godkende opretholdelsen af den fortsatte tvangsfiksering.
6. Anvendelse af mindste middels princippet ved hvert tilsyn.
Tre gennemførte tilsyn uden iagttagelse af mindste middels princippet skaber en formodning for, at betingelserne i mindste middels princippet ikke er opfyldt, og tvangsfikseringen kan derfor ikke godkendes fra det sidste af de tre tilsyn.

ANVENDELSE AF REMME:

1. Anvendelse af remme forudsætter overlægegodkendelse og særskilt begrundelse
2. Ifølge § 22, stk. 4 i bekendtgørelse nr. 1338 skal der særskilt tages stilling til den fortsatte anvendelse af dette tvangsmiddel.
3. Hvis anlæggelse af remme udelukkende er dikteret af patientens kropsbygning, kan løbende særskilt stillingtagen dog udelades.
4. Tilsidesættelse af disse regler medfører, at remmene ikke kan godkendes.

OVERLÆGENS GODKENDELSE:

1. Efter Psykiatrilovens § 4 a kan en anden læge i overlægens fravær træffe beslutning, men overlægen skal i så fald efterfølgende "snarest" tage stilling til beslutningen.

Efter lovbemærkningerne indebærer udtrykket "snarest", at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på hospitalet. Der sigtes her til en situation, hvor tvangsfikseringen iværksættes omkring midnat. I den situation kan overlægen vente med at tage stilling, indtil overlægen senere på dagen møder på hospitalet.

Hvis overlægens stillingtagen foreligger inden for to dage, vil nævnet ikke fremkomme med bemærkninger. Ved senere stillingtagen vil nævnet afæske hospitalet en forklaring på udsættelsen og på den baggrund træffe afgørelse i sagen.

Det kan oplyses, at Folketingets Ombudsmands har givet udtryk for at være enig i denne praksis, der bygger på, at overlægens godkendelse også kan ske telefonisk på baggrund af oplysninger til overlægen om præmisserne for tvangsfikseringen eller dens opretholdelse.

Det bemærkes dog, at retspraksis har strammet kravene således at hvis der har været en overlæge til stede på afdelingen er denne forpligtet til uden ophold at tage stilling til tvangsfikserings beslutningen.

2. Tilsidesættelse af denne regel medfører, at tvangsindgrebet har været ulovligt i perioden, hvor overlægen ikke har taget stilling.

EKSTERNT TILSYN:

1. Der gennemføres eksterne tilsyn umiddelbart efter 24 timer, 48 timer, 4 dage, 7 dage og herefter hver 7. dag.
2. Det eksterne tilsyn skal både forholde sig til:
 - a. Betingelserne for opretholdelse af tvangsfikseringen og
 - b. Mindste middels princippet, dvs. en vurdering af, om tvangsfikseringen burde afløses af andre mindre indgribende tvangsindgreb, eller om tvangsfikseringen helt burde ophæves.
3. Ikke efterlevelse af ovennævnte regel vil medføre kritik fra nævnets side.

Det bemærkes, at det eksterne tilsyn skal foretages af en læge, der ikke er ansat på det pågældende afsnit, hvor indgrebet har fundet sted og som ikke har ansvaret for patientens behandling og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge.

HLS

4. Udtalelse til Vestre Landsret anvendelse af retsplejeloven (RPL) kap. 43 a i en erstatnings sag

Efter anmodning fra Vestre Landret har Sekretariatet udarbejdet en udtalelse om en patients mulighed for at indbringe en erstatnings sag for retten efter RPL kap 43 a, selvom patienten havde fået medhold i Det Psykiatriske Patientklagenævn:

Følgende fremgår af sekretariatets udtalelse:

”følge psykiatrilovens § 37, stk. 1 har patienten via retsplejelovens kapitel 43 a en særlig hurtig adgang til domstolsprøvelse af spørgsmål, der har karakter af en frihedsberøvelse, herunder tvangsfikseringer.

Kapitel 43 a er ”præget af, at man (fra lovgivers side) har ønsket at gøre adgangen til domstolsprøvelse så let og omkostningsfri som mulig. Man har samtidig fraveget en række civilprocessuelle principper, idet sagerne blot efter den frihedsberøvede begæring skal forelægges for retten ved administrativ foranstaltning.” Dertil kommer, at ”retten udøver en betydelig officialvirksomhed ved selv at drage omsorg for sagens oplysning” jf. Principbetænkning 1068 fra 1986 om ”Tvang i psykiatrien” side 517. Denne ret til hurtig sagsbehandling via kapitel 43 a tilkommer alene patienten – ikke modparten – in casu hospitalsmyndigheden.

Fra lægeside er der flere gange argumenteret for afskaffelse af denne asymmetri mellem de to parter, men lovgiver har fastholdt den gældende ordning. Hvis hospitalsmyndigheden er uenig i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om frihedsberøvelse, er hospitalsmyndigheden henvist til at anlægge civilt søgsmål efter de almindelige regler.

Det Psykiatriske Patientklagenævn finder det vigtigt at fastholde denne lovbestemte sondring mellem patientens retsstilling og hospitalsmyndighedens ankeadgang. På den anden side må det erkendes, at det forekommer uforståeligt for patienten, der får medhold i Det Psykiatriske Patientklagenævn, ikke kan få prøvet et erstatnings-søgsmål efter kapitel 43 a, mens en patient, der ikke får medhold i Det Psykiatriske Patientklagenævn – dvs. at hospitalsmyndigheden får medhold – godt kan få prøvet et erstatningssøgsmål jf. RPL. § 469, stk.6 sammen med spørgsmålet om prøvelsen af frihedsberøvelsens lovlighed, idet patienten i denne sidste situation efter RPL. § 469, stk. 1 har klageadgang til domstolene for så vidt angår en påstand om frihedsberøvelsens lovlighed.

Problemet kan løses ved, at man forholder sig som byretten i Odense i sag nr. BS 11-1144/2013, hvor retten uden videre lagde den af Det Psykiatriske Patientklagenævns trufne afgørelse om tvangsfiksering til grund, da patienten havde fået medhold i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Østre Landsret har i sin dom afsagt den 8. juli 2014 – 14. afd. nr. B 3862-13 måske fulgt op på den praksis, som byretten i Odense anlagde. I hvert fald er der i Landsretens domsbegrundelse ikke foretaget en prøvelse af tvangsfikseringens lovlighed. I

dommen henvises alene til, "at Odense Universitetshospital har ved en procesklæring accepteret, at denne fiksering er foretaget med urette." Det kan således ikke udelukkes, at Landsretten var nået frem til samme resultat, selvom Odense Universitetshospital i sit påstandsdokument havde anfægtet, at tvangsfikseringen var foretaget med urette.

Usikkerheden om retsresultatet i sidstnævnte tilfælde ville naturligvis have været elimineret, hvis Landsretten havde forholdt sig præcis som byretten i Odense og uden videre havde lagt Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse til grund, fordi patienten havde fået medhold i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Apropos indledningen er det vigtigt for Det Psykiatriske Patientklagenævn at pointere, at hospitalsmyndigheden ikke hverken direkte eller indirekte via patientens indbringelse af et erstatningssøgsmål i en "vundet" sag i Det Psykiatriske Patientklagenævn har adgang til at få prøvet Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om frihedsberøvelse efter kapitel 43 a.

Efter Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse bør patienten således have mulighed for enten selvstændigt eller kumulativt at indtale en erstatningspåstand for retten efter kapitel 43 a, både når patienten har fået medhold, og når patienten ikke har fået medhold i en sag i Det Psykiatriske Patientklagenævn angående frihedsberøvelse. Ordlyden af RPL. § 469, stk. 6 hindrer ikke denne fortolkning. Tværtimod tilgodeses patienten, således at patienten hurtigt får en afklaring på sin retsstilling både med hensyn til tvangsindgrebets lovlighed og en eventuel erstatning, hvilket netop har været formålet med kapitel 43 a jf. indledningen.

/HLS"

5. Sekretariatet har udarbejdet nedenstående notat som kommentar til en afgørelse fra DPA

”Det Psykiatriske Ankenævn har den 16.09.15 truffet afgørelse i en sag om tvangsbehandling. Der henvises til vedlagte kopi af afgørelsen, hvor de relevante dele er gengivet.

Problemet i sagen var, at der var diskrepans mellem:

1. journalen – der var ført korrekt, men ikke ført alle dage
2. overskriften i motivationsskemaet, der var korrekt og
3. indholdet af motivationsskemaet de enkelte dage, der var ufuldstændigt.

Ankenævnet fandt det på denne baggrund ikke for godtgjort, at patienten var blevet motiveret for hele dosisintervallet i hele motivationsperioden.

Efter sekretariatets opfattelse må denne afgørelse føre til en skærpet praksis med hensyn til dokumentationskravet for motivationen forud for beslutningen om tvangsbehandling.

Sagen er et eksempel på, at en fyldestgørende overskrift i et motivationsskema ikke giver sikkerhed for, at der dagligt motiveres i overensstemmelse med ordinationen i overskriften.

Hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn skal godkende en tvangsbehandling, skal nævnet anse det for godtgjort, at hospitalet har efterlevet reglen om, at patienten dagligt er motiveret for et bestemt præparat i en bestemt dosis og for et eventuelt dosisinterval.

Det forhold, at ordinationen er anført i overskriften på et motivationsskema kan, som den fremsendte sag viser, ikke uden videre tages som bevis for, at der dagligt er motiveret på den i ordinationen anførte måde.

Den sikre måde at godtgøre den daglige motivation sker ved, at det i motivationsskemaet eller i journalen udtrykkeligt for hver dag anføres, hvad der er motiveret for med hensyn til præparat, dosis, dosisinterval samt oplysninger om virkninger.

Sekretariatet lægger derfor op til, at Det Psykiatriske Patientklagenævn for at sikre patientens retssikkerhed som dokumentation for regelret motivering kræver, at det dagligt i journalen eller på motivationsskemaet er anført, hvad der helt præcist er motiveret for med hensyn til præparat, dosis, dosisinterval, samt at der er oplyst om virkninger og eventuelle bivirkninger af det primære præparat.

Det bør bemærkes, at dokumentationen ikke angår det lægelige skøn i sagen. Her er alene tale om en juridisk og almindelig vurdering af, hvad der kan anses for dokumenteret. /HLS”

Det Psykiatriske Ankenævn

Postboks 141, 2605 Brøndby, Danmark

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Store Torv 10
6200 Aabenraa

Uddrag af Ankenævnets afgørelse

Nedenstående er en tilrette afg., idet den er blevet anonymiseret.

På baggrund af en sag rejst af patienten har Det Psykiatriske Ankenævn på et møde truffet følgende

AFGØRELSE

Det Psykiatriske Ankenævn ændrer den afgørelse, der er truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen den 22. april 2015 vedrørende beslutning om tvangsbehandling af Patienten den 13. april

DET PSYKIATRISKE PATIENTKLAGENÆVNS AFGØRELSE

Den 1. april 2015 blev Patienten indlagt.

Den 13. april 2015 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanza- pin 5 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 20 mg x 1 dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. 1 gang dagligt stigende til maksimalt 2 gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger.

Patienten klagede over beslutningen til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen godkendte ved afgørelse af 22. april 2015 beslutningen om tvangsbehandling af patienten.

DET PSYKIATRISKE ANKENÆVNS BEGRUNDELSE

Ankenævnet har med mindre andet er anført lagt vægt på oplysningerne i journalen.

Tvangsbehandling

Ankenævnet finder efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet har herved lagt vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af forfølgelsesforestillinger. Patienten mente sig blandt andet overvåget af PET og tidligere kolleger i sin lejlighed, hvor patienten mente, at der var opsat mikrofoner. Patienten blev beskrevet med manioforme symptomer i form af vredladent stemningsleje, taletrang og livlige associationer.

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.

Det er ankenævnets opfattelse, at en patient i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling. 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. Hvis patienten ikke er motiveret for den konkrete behandling kan motivationen ikke medregnes i betænkningstiden.

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.

Det fremgår desuden af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, 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. Af § 3, stk. 5, fremgår at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at den forsøgte motivation skal journalføres. Af § 3, stk. 4, fremgår hertil, at patienten så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Det fremgår af § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet skal lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed m.v.

Det er på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at det er en konkret vurdering, hvor lang betænkningstiden skal være, og at bestemmelsen hverken forhindrer overlægen i at give patienten en kortere eller længere betænkningstid end tre dage.

Det fremgår af journalen den 10. april 2015 kl. 11, at der blev ordineret behandling med smel-

tetablet Zyprexa (Olanzapin) 5 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 20 mg x 1 dagligt, hvilket Patienten blev motiveret for.

Den 13. april 2015 kl. 15.15 fremgår det ligeledes, at Patienten blev motiveret for behandling med smeltetablet Zyprexa (Olanzapin) 5 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 20 mg x 1 dagligt. Kl. 15.20 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med ovennævnte, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. 1 gang dagligt stigende til maksimalt 2 gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger.

Beslutningen blev truffet af en overlæge.

Det fremgår ikke af journalen, hvad patienten i de mellemliggende dage blev motiveret for.

Det fremgår af overskriften på motivationsskemaet, at Patienten skulle motiveres for smeltetablet Zyprexa (Olanzapin) 5 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 20 mg x 1 dagligt.

Det fremgår af motivationsskemaet den 10. april 2015, at patienten blev motiveret for smeltetablet Zyprexa (Olanzapin) 5 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 20 mg x 1 dagligt den 10. april 2015.

Det fremgår dog af motivationsskemaet fra den 11. til den 13. april 2015, at patienten alene blev motiveret for smeltetablet Zyprexa (Olanzapin) 5 mg x 1.

Der er således diskrepans mellem journalen, overskriften på motivationsskemaet, samt indholdet af motivationsskemaet på de enkelte datoer.

Ankenævnet finder det herefter ikke godtgjort, at Patienten blev motiveret for hele dosisintervallet i perioden fra den 11. til den 13. april 2015.

Det er på denne baggrund ankenævnets vurdering, at motivationen fra den 11. til den 13. april 2015 ikke kan betragtes som reel betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 13. april 2015.

Det er således ankenævnets opfattelse, at der ikke er gjort, hvad der er muligt for at opnå Patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat.

Ankenævnet finder på denne baggrund, at bekendtgørelsens § 3, stk. 1, stk. 3, stk. 4 og stk. 5, ikke er opfyldt, da der ikke var gjort vedvarende forsøg på at motivere patienten til frivillig behandling med hele dosisintervallet, samt da patienten ikke havde mulighed for at drøfte forholdet med en patientrådgiver, da patienten reelt ikke fik betænkningstid.

Ankenævnet ændrer på denne baggrund den afgørelse, der er truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, således at ankenævnet ikke kan godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 13. april 2015.

Afsnit III: Principielle afgørelser

A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

Tvangsindlæggelse

En overlæge havde i forbindelse med en konkret sag gjort sig til talsmand for, at patienter måtte anses for indlagt fra det tidspunkt, hvor overlægen på baggrund af papirerne fra den indlæggende læge (gule eller røde papirer) godkendte modtagelsen af patienten på hospitalet/det psykiatriske center.

I den sag der gav anledning til overlægens henvendelse godkendte Patientklagenævnet ikke overlægens beslutning om at tvangsindlægge patienten i perioden fra den 3. september 2015 og frem til den 4. september 2015.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journaloplysningerne af 3. september 2015, at patienten blev undersøgt den 31. august 2015, og derefter udfærdigede den indlæggende læge den 1. september 2015 en lægeerklæring om tvangsindlæggelse af helbredsmæssige grunde. Det fremgik bl.a. heraf, at patienten siden foråret havde været tiltagende psykisk ustabil, og patienten havde ifølge sin familie udtalt sig om forfølgelse, overvågning og vrangforestillinger i form af, at patienten skulle være en "æg-lægger" bestemt til at føde børn og derpå slås ihjel. Ved samtale med den indlæggende læge havde patienten fremstået benægtende, uden sygdomserkendelse, og patienten ønskede ikke indlæggelse.

Patienten blev herefter den 3. september 2015 indbragt af politiet til psykiatrisk hospital, efter at overlægen på baggrund af de gule papirer havde godkendt modtagelsen af patienten. På indlæggelsestidspunktet var patienten vågen, klar og orienteret. Patientens grundstemning blev beskrevet som neutral og rolig, og psykomotorisk fremstod patienten naturlig.

Det blev desuden oplyst, at patienten selv kunne give en klar og sammenhængende fremstilling, men at patienten samtidig veg lidt udenom, når patienten blev konfronteret med begrundelsen for, at patientens omgivelser var af den opfattelse, at patienten skulle tvangsindlægges. Patienten svarede kun, at det vidste patienten ikke. Indimellem var der et vist talepres. Patienten blev opfattet som garderet, og dermed var den emotionelle kontakt også lettere læderet. Der var god blikkontakt, og den formelle kontakt var også god. Umiddelbart var der ingen mistanke om hallucinationer eller vrangforestillinger, og ud fra samtalen med den modtagende læge frembød patienten umiddelbart intet åbenlyst psykotisk.

Patienten havde selv en opfattelse af, at svigerfamilien havde haft stor påvirkning på kommunen ved at sende underretninger. Adspurgt til udsagnet om, at patienten blot var en "æg-lægger", der skulle føde børn, oplyste patienten, at det havde patienten sagt, da patienten nogle gange havde følt, at patienten blot blev set som en, der skulle føde børn til bedsteforældrene.

Patienten oplyste desuden, at ægtefællen gentagne gange havde fortalt usande historier om patienten, og patienten oplyste, at patienten på grund af ægtefællens adfærd talrige gange havde søgt hjælp hos kommunen og diverse instanser for at modtage øget hjælp til varetagelse af sine børns omsorg på baggrund af ægtefællens problemer. Ægtefællen havde påstået, at problemet lå hos patienten. Dette havde ægtefællen både fortalt sin egen familie, men også i nogen grad patientens familie.

Da den modtagende reservelæge fandt, at patienten var meget svær at vurdere i forhold til tvangsindlæggelse, blev bagvagten kontaktet med henblik på at vurdere patienten.

Det blev herefter af bagvagten konkluderet, at patienten blev oplevet som garderet, dissimulerende, og da det ikke var muligt at få tilstrækkeligt indblik i patientens tankeindhold, idet patientens forklaringer var inkonsistente, blev dette betragtet som tegn på betydelig bekymring fra personer i patientens omgivelser, og patienten bekræftede selv visse af disse bekymringer. Det blev beskrevet, at det ikke kunne afvises, at patienten reelt var psykotisk. Det blev vurderet, at patienten havde underlæggende psykotiske symptomer, der dog ikke klart kunne påvises, da patienten var garderet og dissimulerende omkring dette. Det blev på den baggrund af bagvagten vurderet, at patienten var sindssyg i lovens forstand, og at det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve hende med henblik på nærmere vurdering og behandling, hvorpå patienten blev tvangsindlagt.

Nævnet godkendte som anført ikke tvangsindlæggelsen.

Nævnet bemærkede derudover, at overlægen på nævnsmødet den 28. september 2015 oplyste, at overlægen den 4. september 2015 havde talt nærmere med patienten. Patienten havde fået lejlighed til at forklare sig nærmere. Det fremgik, at patienten havde været meget påvirket af familiære begivenheder. Det fremgik også, at det som eventuelt kunne betragtes som tegn på en psykose, som når patienten f.eks. gav udtryk for, at patienten blot var en "æg-lægger", var taget ud af en sammenhæng. Gengivet i den kontekst, som patienten selv havde forstået sine udtalelser, gav det ikke anledning til, at der var tale om nogen form for psykose, og overlægen havde derfor også ophævet frihedsberøvelsen den 4. september 2015.

Det skal oplyses, at sagen gav anledning til en korrespondance mellem en overlæge og nævnssekretariatet, hvilket er gengivet i afsnit II, pkt. 1.

Tvangsindlæggelse af 15-årig foretaget med urette på grund af nye regler pr. 1. juni 2015:

I en konkret sag blev en 15-årig patient tvangsindlagt den 1. juni 2015 i henhold til forældremyndighedsindehaverens samtykke efter forældreansvarsloven og på farekriteriet.

I henhold til den nye psykiatrilov, der trådte i kraft den 1. juni 2015, skal der ikke søges indhentet samtykke fra forældremyndighedsindehaveren i forhold til 15-17 årige patienter.

Ifølge lovbemærkningerne medfører de nye regler, at der foreligger tvang i alle tilfælde, hvor en 15-17 årig ikke vil give informeret samtykke til behandling mv., eller hvor den pågældende modsætter sig behandling mv.

Nævnet fandt derfor, at tvangsinlæggelsen den 1. juni 2015 blev foretaget med urette, idet patienten burde have været indlagt efter de almindelige regler om tvangsinlæggelse.

2. Tvangsfiksering

Iværksættelse af tvangsfiksering:

Det skal fremgå af journalen, på hvilken måde patienten er farlig:

- Den første sag, der blev afgjort efter de nye regler, var vedrørende en patient, der blev voldsom, efter at patienten fik oplysning om, at patienten ikke ville blive udskrevet. Patienten **fór derefter frem mod lægen med knyttet næve** og forfulgte lægen samtidig med, at patienten højt-råbende truede bl.a. med **at råbe**, at "nogen skal dø her på et tidspunkt". Lægen søgte tilflugt bag ledsagende personale samtidig med, at patienten fortsatte sin fremfærd. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten sparkede så voldsomt til en skraldespand, at den gik i stykker, at patienten truede med at slå de omkringstående, at patienten havde knyttet næven få centimeter fra personalets ansigter, samt indikerede at patienten ville nikke skaller. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten i forbindelse med fikseringen gjorde udfald mod de tilkaldte portører, samt at det ikke var muligt at nå patienten verbalt. I denne sag fandt nævnet, at betingelserne for at tvangsfiksere var opfyldt.
- At "**slå ud efter**" er som udgangspunkt tilstrækkelig begrundelse for at tvangsfiksere. Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at der ifølge journalen blev trykket alarm, da patienten gentagne gange havde slået ud efter personalet, og at patienten var verbalt truende.
- I en lignende sag lagde Nævnet vægt på, at patienten var opkørt og urolig, at det ikke var mulig at korrigere patienten, og at patienten slog ud efter personalet. Nævnet har videre lagt vægt på, at patienten efter indgivelse af beroligende medicin og efterfølgende skærmning på stuen kastede med tingene, ødelagde et krus, var højtråbende og devaluerende. Nævnet har endelig lagt vægt på, at patienten **flere gange slog ud efter plejepersonalet, spyttede mod lægen** og spyttede på flere af plejerne og var fysisk aggressivt overfor både personale og medpatienter.
- I en sag med flere på hinanden følgende fikseringer blev det beskrevet, at patienten var uforudsigelig og slog sin faste vagt i ansigtet. Disse forhold, sammenholdt med at patienten havde en dom for voldsudøvelse, førte til, at tvangsfiksering kunne godkendes.

- Nævnet vægt på, at patienten om eftermiddagen var returneret med en promise på 0,8. Patienten havde umotiveret kastet tre kaffekander mod væggen. Patienten havde skubbet til plejepersonalet og havde angrebet plejepersonalet med en stol. Patienten havde sparket og slået ud efter personalet og havde spyttet på personalet. Nævnet fandt, at betingelserne for at tvangsfiksere var til stede.
- I en afgørelse om en dobbeltindlagt patient fremgår det, at patienten efter at være overflyttet fra somatisk afdeling til Psykiatrisk Akut Modtagelse blev voldsomt opkørt, og det blev beskrevet, at patienten var i voldsom affekt og ville forlade Akut Modtagelsen, hvilket kom til udtryk ved, at patienten slog om sig. Det fremgik af journaloplysningerne, at det fra personalets side havde været nødvendigt at anvende nødværge og fastholde patienten, da patienten fortsat var voldsomt opkørt og slog og sparkede ud efter personalet, hvorfor det viste sig nødvendigt at tvangsfiksere patienten med bælte. Nævnet lagde vægt på, at patienten slog og sparkede ud efter personalet og fremstod selvmordstruet.
- **"Overfald"**. Nævnet har i en sag lagt vægt på, at patienten overfaldt et personalemedlem. Patienten rev i den pågældendes hår og trak personalemedlemmet hen af gulvet, mens patienten sparkede og slog personalemedlemmet. Nævnet anså på den baggrund betingelserne for tvangsfiksering for opfyldt.
- **"Trusler"** I en anden sag blev det beskrevet, at patienten var på sin stue og slog med en stol hårdt mod døren. Der blev kaldt alarm, og samtidig forsøgte personalet gennem døren at tale patienten til ro uden held. Patienten fortsatte med at slå mod døren, så personalet ikke kunne komme ind til patienten. Personalet vurderede, at de ikke kunne forudse, hvad patienten kunne finde på, og politiet blev tilkaldt. Det skal bemærkes, at patienten var kendt med en impuls- og affektstyret adfærd, som gentagne gange havde resulteret i dels en udadreagerende og farlig adfærd og dels en selvskadende adfærd. Nævnet lagde endvidere vægt på, at politiet efter 20 minutter fik patienten til at slippe stolen, men at patienten på ingen måder ønskede at samarbejde, idet patienten var vred, devaluerende, og sagde, at personalet var syge i hovedet og blev beskrevet som fortsat truende. Patienten nægtede kontakt med personalet, ligesom patienten truede med at ville "smadre" en betjent og slog en stol hårdt mod døren. Nævnet fandt, at der var en nærliggende fare for andres helbred og godkendte derpå tvangsfikseringen.
- **"Truende adfærd"**. I denne sag var det beskrevet, at patienten var udadreagerende og opkørt og væltede et bord i spisestuen og smadrede pottedplanter. Da personalet forsøgte at tale patienten ned og tilbød medicin, løftede patienten truende en stol mod personalet. Personalet kaldte alarm, og patienten stillede sig foran sin stue og var truende med to stole mod personalet. Personalet fandt, at patienten var så farlig, at der var nødvendigt at fikse, og på grund af patientens farlighed blev politiet tilkaldt. Videre lagde Nævnet vægt på, at patienten overfor politiet

satte sig til modværgen og var så truende, at yderligere tre betjente blev tilkaldt. De fem betjente med skjolde fik lagt patienten i bælte, der blev godkendt af Nævnet.

- I en anden sag lagde Nævnet vægt på, at det på en retspsykiatrisk afdeling var umuligt at tale patienten tilbage til sit værelse. Patienten meddelte, at han ikke længere agtede at rette sig efter retspsykiatriens nazimetoder. Patienten blev siddende og kom med yderst forhånende udtalelser over for personalet og deciderede trusler, idet patienten truede med at angribe, hvis personalet så meget som nærmede sig. Patienten blev med stort besvær overtalt til at gå ned på sin stue, men personalet lod undervejs patienten gå på badeværelset, da der var overhængende risiko for, at forsøg på at tage fat i patienten ville medføre betydelig personskade. Da patienten på ingen måde virkede afspændt, da patienten kom med målrettede alvorlige trusler, og da frustrationen måtte formodes at være uændret det næste stykke tid, godkendte Nævnet bæltefikseringen.
- **"Periodevis farlig/rolig"** Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalnotatet, at patienten stille og rolig kom ind på afsnittet, men at patienten imidlertid hurtigt blev voldsom og udadreagerede, klædte sig nøgen og med erektion gik tæt på og greb fat i kvindeligt personale. Patienten blev skærmet på stuen, hvor patienten råbte og skreg og kastede rundt med inventaret, hvorefter patienten lagde sig roligt i sin seng. Det fremgår videre, at det samme gentog sig kort derefter. Patienten fik tilbudt beroligende medicin, som patienten tog imod. Et kvarter senere var patienten oppe igen og gentog den voldsomme adfærd over for personalet. Patienten blev derefter bæltefikseret. Nævnet fandt, at disse gentagne beskrivelser i journalen i tilstrækkelig grad præciserede, på hvilken måde patienten var farlig, og Nævnet anså således beskrivelsen for at være tilstrækkelig til at fastslå, at der i den konkrete situation var en aktuel, konkret og påviselig fare.

Mindste middels princippet:

Eksempler på, at mindste middels princippet var opfyldt:

- Nævnet har i en sag afgjort efter de nye regler fundet, at personalet forgæves havde forsøgt at skærme patienten på stuen i forbindelse med meddelelsen om, at patienten ikke ville blive udskrevet og senere forsøgt at tale patienten til ro, inden patienten blev fikseret. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten i forbindelse med fikseringen fik sin vanlige medicin i form af tablet Olanzapin 20 mg.
- **"God begrundelse"** Nævnet lagde vægt på, at både personalet og politiet havde forsøgt at tale patienten til ro, at patienten gentagne gange blev tilbudt at få sin beroligende medicin, men afslog, samt at patienten havde barrikaderet sig bag døren til sin stue, hvor patienten udøvede hærværk, hvorfor skærmning i den aktuelle situation ikke var en mulighed.
- **"Ingen effekt af beroligende medicin og skærmning"**

I sagen blev det beskrevet, at der hverken var effekt af beroligende medicin eller af gentagne forsøg på at skærme patienten på stuen. Nævnet fandt, at det i den beskrevne situation ville være nyttesløst at forsøge at tale patienten til ro, da Nævnet lagde vægt på, at patienten blev beskrevet som fysisk aggressiv og vred.

Eksempel på, at mindste middels princippet ikke var opfyldt:

- **"Effekt af beroligende medicin burde medføre, at der blev foretaget en ny vurdering"** I en sag anså Nævnet det imidlertid ikke for godtgjort, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde overfaldet et personalemedlem. Patienten havde revet i den pågældendes hår og trukket personalemedlemmet hen af gulvet, mens patienten sparkede og slog personalemedlemmet. Nævnet lagde imidlertid vægt på, at patienten ifølge journaloplysningerne var faldet til ro efter at have fået beroligende medicin. Når patienten, efter indgivelsen af den beroligende medicin, var faldet til ro, forelå der en ny situation, hvor en tvangsfiksering måtte forudsætte, at betingelserne både for tvangsfiksering og mindste middels princippet var opfyldt. En henvisning til, at patienten opfyldte betingelserne, før patienten fik den beroligende medicin, anses ikke for tilstrækkeligt, idet der nu, efter at patienten var faldet til ro, forelå en ny selvstændig situation.

Opretholdelse af en tvangsfiksering:

- **Den fortsatte opretholdelse af en tvangsfiksering kunne alene godkendes i 4 timer, da første tilsyn ikke blev foretaget inden for en rimelig tid".** Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte og anlæggelse af fodrem havde varet i længere tid end nødvendigt. Nævnet lagde således vægt på, at det hverken af journalen eller tvangsprotokolten fremgik, at patienten havde været tilset inden udløbet af den kortere tid, som psykiatrilovens § 14, stk. 1 angiver som hovedregel for den periode, hvori der må anvendes tvangsfiksering. Nævnet lagde vægt på, at det første tilsyn efter iværksættelsen først fandt sted efter 8 timer, at dette tilsyn ifølge journalen ikke beskrev den aktuelle farlighed og/eller den grove forulempelse af medpatienter, som kunne begrunde opretholdelse af tvangsfikseringen, idet der alene i journalen var anført: "Patienten er stadig aggressiv og urolig. Aktuelt højtråbende og vredladet. Der er således fortsat indikation for bælte og remme ... " Nævnet lagde desuden vægt på, at den næstfølgende revurdering blev foretaget 11,5 timer efter den foregående, samt at denne (anden) revurdering heller ikke beskrev den aktuelle farlighed og/eller den grove forulempelse af medpatienter, som kunne begrunde opretholdelse af tvangsfikseringen, idet der alene i journalen var anført: " ... patienten råber og fremtræder svært psykotisk. Patienten er vred over, at patienten ikke får taget blodprøver én gang i timen. Patienten mener, at de mange blodprøver vil kunne skabe en vaccine, der kan redde menneskeheden. Patienten havde endvidere ladet vandet ud over sengen og

gulvet. Patienten kunne slet ikke samarbejde om at blive løsnet til at få et bad og rent sengetøj. Patienten blev truende, så snart personalet nærmede sig. Der var fortsat indikation for bæltefiksering." Nævnet lagde endvidere vægt på, at tredje revurdering først blev foretaget 26,5 timer efter, at tvangsfikseringen blev iværksat. At denne tredje revurdering heller ikke beskrev den aktuelle farlighed og/eller den grove forulempelse af medpatienter, som kunne begrunde opretholdelse af tvangsfikseringen, idet der alene i journalen var anført: " ... Har været højtråbende, udsældende og har smidt med maden her til aften ... da personalemedlemmet ser patienten, kører denne hurtigt op og bliver truende, udsældende og er fortsat psykotisk ... Der er fortsat indikation for at opretholde bælte og remme". Nævnet kunne derfor af flere grunde ikke godkende, at patienten var tvangsfikseret med bælte og med fodrem ud over nogle få timers varighed.

Revurderingerne:

Revurderingerne skal også indeholde beskrivelser, der oplyser, hvorfor mindst middels princippet, i form af mindre indgribende foranstaltningen, som f.eks. skærmning ikke kunne anvendes

- Nævnet vurderede, at fikseringen med bælte (den 24. juli 2015) kl. 10.30 havde været nødvendig. Nævnet lagde vægt på, at patienten ved første tilsyn kl. 15.45 var sovende. Det første tilsyn blev således først gennemført kl. 20, hvor patienten tog afstand fra sit angreb på personalet, idet patienten direkte adspurgt " om det berettigede til at angribe personalet" svarede "nej." Patienten forklarede, at "man sommetider må gøre den slags for at råbe om hjælp". Lægen, der gennemføre tilsynet, hæftede sig ved, at patienten "således ikke demonstrerede meget forståelse for sin handling og samlet set, i betragtning af angrebets alvor og uforudseelighed," blev det vurderet alt for farligt at løsne bæltet. Nævnet fandt, at patientens klare afstandtagen fra sine tidligere handlinger, der førte til bæltefiksering, burde have været tillagt afgørende betydning. Mindst middels princippet, i form af en vurdering om mindre indgribende tvangsindgreb kunne anvendes, var ikke iagttaget, selvom efterlevelse af princippet var en betingelse for den fortsatte tvangsfiksering.
- I en sag vurderede Nævnet, at fikseringen med bælte havde været i længere tid end nødvendigt. Nævnet har lagt vægt på, at der ved tre på hinanden følgende tilsyn: den 20.10 kl. 22.55, den 21.10 kl. 10.30 og den 21.10 kl. 22.30 ikke i journalen var gjort optegnelser om efterlevelse af mindst middels princippet i psykiatrilovens § 4. Da bæltefikseringen den 29.10 kl. 11.00 ved overlægens foranstaltning blev bragt til ophør, fremgik det, at der fortsat kunne være "overhængende risiko for udadreagerende adfærd og eventuel personfarlig adfærd." Alligevel blev patienten taget ud af bæltet, og løsningen var, "at patienten det følgende døgn skulle opholde sig på sit værelse. Patienten kunne tilkalde per-

sonalet efter behov, og personalet ville da vurdere, om der var mulighed for at efterkomme patientens ønsker om eksempelvis rygning." Nævnet bemærkede, at denne løsningsmodel med fordel kunne have været inddraget som led i efterlevelsen af mindste middels princippet ved vurdering i forbindelse med hvert tilsyn. Når det ikke var sket ved tre på hinanden følgende tilsyn, skabtes der en formodning for, at betingelsen for fortsat fiksering ikke længere var opfyldt, og Nævnet kunne derfor ikke godkende den fortsatte tvangsfiksering. Dertil kom, at den læge, der stod for anlæggelsen af bælte og remme, allerede i journalen havde anført, at "det er ikke forsvarligt at have en så farlig patient gående på afdelingen." Denne bemærkning burde have været inddraget i overvejelserne omkring mindste middels princippet, således at det ved hvert af de lægelige tilsyn burde have været overvejet, om det pågældende Psykiatriske Center var det bedst egnede sted til patienten. Overlægen var i sine journaloptegnelser den 22.10 15 kl. 14.00 inde på, at der havde været taget kontakt til retspsykiatrisk afdeling med henblik på overflytning. Denne form for overvejelser burde i lyset af ovennævnte bemærkning fra reservelægen være sket på et tidligere tidspunkt. Et yderligere kritikpunkt var, at det første tilsyn ikke konkret forholdt sig til de strengere betingelser i psykiatrilovens § 14, stk. 3 for opretholdelse af tvangsfikseringen. En henvisning til "den voldsomme episode" der førte til tvangsfikseringen, kunne ikke i sig selv udgøre belæg for den fortsatte tvangsfiksering. Der skulle påvises konkrete, aktuelle og påviselige forhold, der pegede på, at hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsagde dette.

- Ved det første tilsyn, der blev foretaget kl. 20.40, fremgik det af journalen, at "der var kommet en smule ro på. Patienten var ikke længere så råbende og vred, dog var han fortsat sarkastisk og talte ned til personalet. Patienten mente selv, at bæltet havde hjulpet lidt, men talte uafbrudt og kunne ikke korrigeres". Det fremgik videre, at det blev vurderet, at tilstanden kunne forværres, hvis bæltet blev løsnet, inden der var helt ro på, eller inden patienten var i stand til at indgå aftaler. På den baggrund blev bæltefiksering og fodremme opretholdt. Nævnet fandt på denne baggrund, at fikseringen havde været opretholdt med urette fra kl. 20.40. Det anførte i journalen om, at patienten fortsat var sarkastisk og ikke kunne indgå aftaler, var ikke et kriterium, der i sig selv kunne begrunde en opretholdelse af fikseringen. Nævnet bemærkede, at der i psykiatrilovens § 14, stk. 3 er et skærpet kriterium om, at der skal være tale om, at hensynet til egen eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette, hvilket ikke var godtgjort med en henvisning til, at "**patienten ikke er faldet til ro**". Den usikkerhed, der ligger i "**at situationen kunne forværres, hvis patienten blev løsnet**" anses heller ikke som tilstrækkelig til, at det kan anses som et konkret, aktuel og påviselig hensyn til patientens eller andres liv, førlighed og sikkerhed.
- "**Patienten skal ikke angre**". Ved tilsynet den samme dag, som bæltefikseringen fandt sted, var det i journalen anført, at patienten følte sig

noget jaloux, idet patienten følte sig ensom og ikke kunne noget. Patienten vidste godt, at det var en helt forkert adfærd, patienten havde udvist før tvangsfikseringen. Den tilsynsførende læge tilføjede, at "patienten har lidt svært ved at vise anger i denne forbindelse". Lægen anførte videre, at "patienten kan på nuværende ikke på relevant vis reflektere over, hvorfor patienten er i bælte, og alvoren af de episoder patienten har været involveret i", hvilket blev anset som indikation for fortsat tvangsfiksering. Nævnet måtte tage afstand fra, at en tvangsfikseret patient skal "angre noget", som forudsætning for at komme ud af bæltet. Nævnet fandt, at der burde være lagt afgørende vægt på, at patienten tog afstand fra sin tidligere adfærd.

- Patienten var fikseret med mavebælte, to fodremme og to håndremme, der var anlagt somatisk forsvarligt. Patienten blev tilset kl. 22.30. Personalet oplyste, at lidt efter kl. 22.00 begyndte patienten at kaste med afføring, og man kunne se, at der lå en del afføring omkring sengen. Patienten var fortsat verbalt aggressiv overfor personalet og kaldte dem navne, så snart patienten ikke fik sine ønsker opfyldt med det samme. Patienten var meget mistroisk og kommanderende overfor personalet. Patienten angav, at personalet ville slå ham ihjel, og det ville politiet også. I henhold til ovenstående blev patienten således fortsat vurderet til at være meget opkørt og vred. Patienten var svært psykotisk, og patientens tilstand blev derfor anset for at udgøre en overhængende risiko for farlighed, hvorfor fikseringen opretholdes. Nævnet fandt ikke, at mindste middels princip var opfyldt ved dette tilsyn, idet det ikke i tvangsnottatet var oplyst, hvorfor mindre indgribende foranstaltninger såsom f.eks. personlig skærmning ikke var tilstrækkelige.

Anvendelse af remme:

- Nævnet vurderede, at anlæggelsen af remme var nødvendig, fordi patienten efter anlæggelse af bæltet fortsat slog ud efter personalet med knytnæve, som ramte et personalemedlem og noterede sig, at overlægen snarest efter beslutning om anlæggelse af bælte og af remme havde taget stilling til beslutningen. Nævnet kritiserede, at godkendelsen ikke var journalført.
- Nævnet vurderede, at anlæggelsen af remme var nødvendig, fordi patienten under iværksættelsen af fikseringen fortsat var voldsom udadretterende, truede med at slå alle fra personalet, samt truede med at patienten næste gang ville slå med stolen, ligesom patienten var så voldsom, at politiet måtte lægge patienten på gulvet.
- "**Det mindre i det mere**" Nævnet vurderede, at anvendelsen af remme ifølge journaloplysningerne af 29. oktober 2015 var foretaget efter patientens eget ønske, da patienten ønskede bæltet spændt så løst som muligt, og der var derfor anlagt en enkelt fodrem. Anvendelsen af fodrem blev derpå godkendt af Nævnet.
- "**Sen overlægegodkendelse**" Nævnet vurderede, at anlæggelse af remme var nødvendig, fordi patienten i sin uro og på grund af sin ana-

tomi havde mulighed for at sno sig ud af bæltet. Da overlægen, trods sin tilstedeværelse på centret, først godkendte anlæggelse af remme tre dage efter anlæggelse, havde fodremmen imidlertid været ulovlig, idet overlægens ikke havde efterlevet psykiatrilovens § 4 a, hvorefter overlægen "snarest" skal tage stilling til anlæggelsen af remme.

- Nævnet vurderede, at anlæggelsen af remme var nødvendig, fordi patientens kroppsfacon var sådan, at patienten kunne kravle ud af bæltet.

Retsafgørelse efter de nye regler om tvangsfiksering:

I en dom afsagt den 2. december 2015 af Retten i Esbjerg, stadfæstede retten Patientklagenævnets afgørelse af 17. juni 2015 om at godkende, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte fra den 17. november 2014 kl. 20.57 og frem til den 20. november 2014 kl. 13.24, og at der foruden bælte havde været anvendt hånd- og fodremme fra den 17. november 2014 kl. 13.24 til den 20. november 2014 kl. 8.30. Retten stadfæstede endvidere Patientklagenævnets afgørelse om, at bæltefikseringen burde have været ophørt ved lægetilsynet den 20. november 2014 kl. 13.24.

Nævnet fandt, at bæltefikseringen havde varet længere tid end nødvendigt, og at den senest burde have været ophørt ved middagstid den 20. november 2014.

Nævnet lagde vægt på beskrivelserne i patientjournalen. Af journalnotatet [fra den 20. november 2014] kl. 8.30 fremgik det, at patientens farlighed blev vurderet aftagende, og patienten havde blandt andet været i bad og på toilettet. Patienten var på det tidspunkt fortsat højtråbende, men mere samarbejdsvillig. Den samme dato kl. 10.13 blev det endvidere anført, at patienten stille og roligt samarbejdede omkring at få anlagt bælte igen efter undersøgelse, ligesom patienten samarbejdede omkring den medicinske behandling. Patienten var fortsat højtråbende og hurtigkørende. Ved 2. bæltetilsyn den 20. november 2014 kl. 13.24 lå patienten og sov, men havde som ovenfor anført samarbejdet om at komme i bad. Patienten vurderedes på det tidspunkt fortsat som potentiel farlig, højtråbende og verbalt truende.

Det forhold, at det ved de løbende bæltetilsyn den 19. og 20. november 2014 var blevet vurderet, at patienten fortsat var svært psykotisk, impulsdrevet, uberegnelig og potentielt farlig, kunne efter Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse ikke føre til nogen anden vurdering.

På den ene side forelå der en række objektivt konstaterbare forhold om, at patientens adfærd, herunder at patienten med skærmning og fast vagt blev mere rolig, samarbejdsvillig, ligesom farligheden var aftagende. På den anden side er der anført en række enslydende vurderinger af patienten som svært psykotisk, impulsdrevet og uberegnelig.

For at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 om at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller hel-

bred kræves, at det er dokumenteret, at faren er aktuel, konkret og påviselig. En vurdering der går på, at patienten var svært psykotisk, impulsdrevet og uberegnelig opfylder ikke betingelserne om at være aktuel og konkret. Dertil kommer, at der samtidig var objektive forhold, der talte imod. Ud fra en samlet vurdering af sagen fandt Det Psykiatriske Patientklagenævn herefter, at tvangsfikseringen burde have været ophævet senest den 20. november ved middagstid.

Retten begrundede sin afgørelse med, at efter beskrivelserne af patientens adfærd efter tvangsindlæggelsen og den manglende effekt af beroligende medicin havde det været nødvendigt at tvangsfiksere patienten med bælte og to fodremme [den 17. november 2014 kl. 20.57 og yderligere to håndremme kl. 22.02] for at afværge, at patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Efter beskrivelserne i journalen for den mellemliggende tid bestod en sådan nærliggende og væsentlig fare for andre fortsat den 20. november 2014 kl. 8.30, hvor overlægen ophævede brugen af hånd- og fodremme, men vurderede, at bæltefikseringen skulle fortsætte, idet patienten fortsat var agiteret, aggressiv og latent truende og derfor potentielt farlig. Der måtte ved denne vurdering tillige tages hensyn til farligheden af patientens adfærd forud for tvangsfikseringen.

Retten lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten fra om formiddagen til kort efter middag [den 20. november 2014] var ude af bæltet i henholdsvis 20-30 minutter, 15 minutter og 20 minutter, hvor patienten magtede at samarbejde kortvarigt om først at vaske sig, senere tillige rygning og kaffedrikning samt bad og barbering. Patienten blev efter dette forløb tilset af en læge den 20. november 2014 kl. 13.24. Bæltefikseringen fortsatte med kortvarige udslusningsperioder indtil den 21. november 2014 kl. 11.05, hvor den blev ophævet. Der er i journalen fra den 20. november 2014 kl. 13.24 ikke beskrevet konkrete forhold, der kunne medføre, at det i denne periode fortsat måtte antages at være nødvendigt at bæltefikse patienten for at afværge, at patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Retten var derfor enig med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at bæltefikseringen burde være ophævet på tidspunktet for lægetilsynet den 20. november 2014 kl. 13.24.

3. Tvungen opfølgning efter udskrivning

Ingen afgørelse til omtale i årsberetningen.

4.a. Tvangsbehandling – dosis

Fravigelse af sædvanlig dosering på op til 20 mg for tablet Zyprexa ved beslutning om behandling med tablet Zyprexa i dosisintervallet 10-40 mg dagligt forudsætter en konkret begrundelse. En begrundelse med et mere generelt præg er ikke tilstrækkelig.

Overlægen traf den 20. august 2015 beslutning om, at en 65-årig patient skulle tvangsbehandles "med tablet Zyprexa 10 mg dagligt stigende til maksimalt 40 mg

dagligt, forventet vedligeholdelsesdosis 5-20 mg dagligt, afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 10 mg dagligt, afhængig af effekt og bivirkninger.”

Ifølge www.pro.medicin.dk er initialdosis ved behandling med tablet Zyprexa/Olanzapin 5-10 mg dagligt. Ved behandling af ældre (over 65 år) bør initialdosis være 5 mg dagligt. Sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 5-20 mg dagligt. I særlige tilfælde kan det være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Ved behandling med injektion Serenase er dosis højst 20 mg dagligt. Fælles for begge præparater er, at der i henhold til www.pro.medicin.dk skal udvises forsigtighed ved behandling af ældre (over 65 år) pga. risikoen for ortostatisk hypotension (unormalt lavt blodtryk).

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at der var truffet beslutning om anvendelse af en dosering af tablet Zyprexa, som oversteg sædvanlig dosering.

Patientklagenævnet bemærkede, at der ved beslutning om tvangsbehandling som udgangspunkt skal anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. En højere dosis end den sædvanlige forudsætter, at behovet herfor er konkret velbegrunder. Efter Patientklagenævnets vurdering havde overlægen ikke tilstrækkelig konkret begrundet, hvorfor patienten evt. skulle behandles med en dosis, der oversteg sædvanlig vedligeholdelsesdosis. Overlægen havde begrundet den besluttede dosis Zyprexa på maksimalt 40 mg med, at den ”kan blive nødvendig ift. bedring af nævnte maniske og psykotiske symptomer”. Selv om patienten var orienteret om bl.a. maksimal dosis og i øvrigt var svært manisk og psykotisk, fandt Patientklagenævnet, at begrundelsen for den meget høje døgndosis havde et ”mere generelt præg”, herunder at overlægen ønskede ”en eventuel mulighed” for at kunne øge dosis op til 40 mg, såfremt det skulle blive nødvendigt, end at der var tale om ”en velbegrunder formodning om”, at den pågældende dosis blev nødvendig. Patientklagenævnet henviste endvidere til, at både Patientklagenævnet og Ankenævnet arbejder med et skærpet krav til begrundelsen, når doseringen overstiger den sædvanlige dosis angivet i www.pro.medicin.dk. Det forhold, at patienten, forud for beslutning om tvangsbehandling, i øvrigt havde fået akut beroligende medicin ændrede ikke herved, idet det var mange år siden, at patienten havde været i kontinuerlig behandling med antipsykotisk medicin. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

Patient havde ikke været forsøgt behandlet i dosisinterval op til sædvanlig vedligeholdelsesdosis. Begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosis var ikke tilstrækkelig.

Overlægen traf den 12. november 2015 beslutning om, at en 72-årig patient skulle tvangsbehandles ”med tablet Abilify 15-30 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. 1 gang dagligt.”

Ifølge www.pro.medicin.dk er initialdosis ved behandling med tablet Abilify 10-15 mg 1 gang dagligt. Sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 15 mg 1 gang dagligt, og maksimal dosis er 30 mg dagligt. Ved behandling med injektion Abilify er initial dosis 9,75 mg i.m. Dosis kan gentages efter behov efter mindst 2 timer, højst 3 injektioner dagligt og højst 30 mg aripiprazol dagligt. Det anføres tillige i pro.medicin.dk, at der savnes erfaring vedrørende patienter over 65 år.

Patientklagenævnet fandt med henvisning til www.pro.medicin.dk, at dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Patientklagenævnet henviste i afgørelsen til Ankenævnets praksis om, at det i journalen konkret skulle begrundes, såfremt der blev ordineret en dosis, som gik ud over sædvanlig dosering som angivet i pro.medicin.dk, og at patienten skulle informeres om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Patientklagenævnet noterede sig, at der ifølge journalen den 9. november 2015 syntes at være bedring på den anti-psykotiske behandling med behandling med tablet Abilify 10 mg, som patienten fortsat modtog som tvangsbehandling, men at effekten nu var tydeligt insufficient. Der blev startet motivation for tablet Abilify med dosisøgning og mikstur i dosisintervallet 15-30 mg. Patientklagenævnet fandt imidlertid ikke, at der med begrundelsen "effekten nu tydeligt insufficient" var belæg for at øge dosis ud over vedligeholdelsesdosis på 15 mg, når der ikke forinden var behandlet med tablet Abilify i dosisintervallet 10-15 mg. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

Fravigelse af sædvanlig dosering med injektion Olanzapin til ældre patient ved beslutning om behandling med injektion Olanzapin i dosisintervallet 5-10 mg dagligt var konkret begrundet, idet patienten tidligere havde været behandlet med doser svarende til dem, der blev truffet beslutning om.

Overlægen traf den 31. august 2015 beslutning om, at en 72-årig patient skulle tvangsbehandles "med tablet Olanzapin smelt 5 mg dagligt stigende til 20 mg dagligt, subsidiært injektion Olanzapin 5 mg dagligt til 10 mg dagligt 2 gange dagligt højst i 3 dage, tertiært injektion Serenase 5 mg højst 10 mg dagligt."

Ifølge www.pro.medicin.dk er initialdosis ved behandling med tablet Zyprexa/Olanzapin 5-10 mg dagligt. Ved behandling af ældre (over 65 år) bør initialdosis være 5 mg dagligt. Sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 5-20 mg dagligt. Ved behandling med injektion Olanzapin er initialdosis 5-10 mg – for ældre (over 65 år) er initialdosis 2,5-5 mg dagligt. Ved behandling med injektion Serenase er dosis højst 20 mg dagligt. Fælles for begge præparater er, at der i henhold til www.pro.medicin.dk skal udvises forsigtighed ved behandling af ældre (over 65 år) pga. risikoen for ortostatisk hypotension (unormalt lavt blodtryk).

Patientklagenævnet bemærkede i sin afgørelse, at der i henhold til www.pro.medicin.dk ved behandling af ældre (over 65 år) med de besluttede præparater "bør udvises forsigtighed."

Patientklagenævnet fandt det imidlertid dokumenteret, at den ældre patient tålte "sædvanlige doser", idet patienten ifølge journalen gennem flere år havde modtaget antipsykotisk medicin i tilsvarende doser, herunder i perioder depot Zypadhera 300 mg hver 14. dag svarende til tablet 15-20 mg dagligt og i andre perioder tablet Olanzapin op til 20 mg dagligt. Patienten havde desuden ved seneste udskrivelse fra psykiatrisk afdeling i maj 2015 modtaget tablet Olanzapin 15 mg og tålt det godt. Overlægens beslutning blev derfor godkendt.

Fravigelse af sædvanlig dosering var begrundet i journal og lægeerklæring.

Overlægen traf den 4. november 2015 beslutning om, at en patient skulle behandles med " tablet Olanzapin 10 mg dagligt, eventuelt stigende til først 20 mg dagligt og eventuelt helt op til 30 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for det besluttede dosis-interval."

Ifølge www.pro.medicin.dk er initialdosis ved behandling med tablet Zyprexa/Olanzapin 5-10 mg dagligt. Sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 5-20 mg dagligt. I særlige tilfælde kan det være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Ved behandling med injektion Serenase er dosis højst 20 mg dagligt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der i journalen i motivationsperioden 29. oktober 2015 – 4. november 2015 var motiveret for behandling med tablet Olanzapin 10 mg dagligt, eventuelt stigende til først 20 mg dagligt og eventuelt helt op til 30 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for det besluttede dosisinterval.

Med henvisning til www.pro.medicin.dk fandt Patientklagenævnet, at den besluttede dosis Olanzapin "eventuelt helt op til 30 mg" gik ud over sædvanlig dosering, hvorfor det klart burde fremgå, hvorfor det blev vurderet nødvendigt og forsvarligt med en sådan dosis.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at det konkret var velbegrundet med den pågældende dosis, idet det på tidspunktet for ordinationen den 29. oktober 2015 var den lægefaglige vurdering, at patienten var meget svært psykotisk, og at det derfor kunne blive nødvendigt at behandle patienten med antipsykotisk medicin i ret store doser. Denne vurdering var uddybet i lægeerklæring af 4. november 2015, hvoraf følgende fremgik: "Der kunne være tale om dosisøgning ... til (Olanzapin) usædvanlig høj dosis 30 mg, idet patientens tilstand blev vurderet svært forpint, svært psykotisk med bizarre vrangforestillinger omkring at være besat af dæmoner samt persekutoriske vrangforestillinger om at være dopet i afdelingen, trods at patienten nægter medicinindtag. Endvidere var patienten svært paranoidt tolkende, giver udtryk af, at han føler sig truet både af hospitalspersonalet og af omverdenen. Dette kom også til udtryk ved verbal aggressivitet med trusler om at sparke og slå læger og personale. Adfærden var konstant, latent aggressiv, og man kunne frygte, at hvis patienten ikke blev medicineret

med antipsykotisk medicin, ville dette kunne medføre decideret aggressiv adfærd med fare for patient og andre.”

Patientklagenævnet lagde i forlængelse heraf vægt på, at patienten ifølge journalen den 29. oktober 2015 blev informeret om formålet med behandlingen, herunder virkninger og bivirkninger, og at der var tale om en høj dosis samt om årsagen hertil. Patientten blev også i den efterfølgende motivationsperiode informeret om, at det besluttede dosisinterval gik ud over sædvanlig dosering. Overlægens beslutning blev derfor godkendt.

4.b. Tvangsbehandling – motivation

Manglende identitet mellem den dosis som der var motiveret for og den dosis, som der blev truffet beslutning om.

Overlægen traf den 4. juni 2015 afgørelse om, at patienten skulle tvangsbehandles med ”injektion Xeplion depot initialt 150 mg, efter 1 uge 100 mg og herefter 75 mg hver 4. uge.” Patientklagenævnet fandt ikke, at der var identitet mellem den dosis, der var motiveret for og den dosis, der blev truffet beslutning om. Patienten var i motivationsperioden 1. - 3. juni 2015 tilbudt behandling ”med Xeplion initialt 150 mg, vedligeholdelsesdosis 75 mg, dosisinterval 28 dage, initialt hver 14. dag”. Overlægens beslutning havde imidlertid følgende indhold: ”Injektion Xeplion depot initialt 150 mg, efter 1 uge 100 mg og herefter 75 mg hver 4. uge”. Den manglende identitet medførte, at mindste middels princippet ikke kunne anses for opfyldt, hvorfor overlægens beslutning ikke blev godkendt.

Manglende identitet mellem de i journalen oplyste dosisintervaller i motivationsfasen.

Overlægen traf den 15. juli 2015 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med ”tablet Risperidon 1 mg dagligt, dosis justeret efter effekt og bivirkninger i dosisintervallet 1-10 mg, subsidiært med injektion Olanzapin 10 mg dagligt i højst 3 dage, herefter med injektion Haloperidol 5 mg dagligt, dosis justeret efter effekt og bivirkninger i dosisintervallet 5-2 mg dagligt.”

Patientklagenævnet bemærkede i sin afgørelse, at der ikke var overensstemmelse mellem det, der var motiveret for i motivationsskemaet i perioden 11. - 14. juli 2015 og det, der var motiveret for ifølge journalen af 14. juli 2015. Det fremgik af motivationsskemaet, at der var motiveret for behandling med tablet Risperidon i dosisintervallet 1-10 mg dagligt, medens patienten ifølge journalen den 14. juli 2015 var motiveret for behandling med ”Risperidon 1 mg stigende indenfor gængse retningslinjer”.

Efter Patientklagenævnets vurdering forelå der herefter ikke den fornødne overensstemmelse mellem de doser, der var motiveret for i motivationsskemaet i perioden 11. - 14. juli 2015 og de doser, der var motiveret for i journal af 14. juli 2015.

Hertil kom, at initialdosis ved behandling med tablet Risperidon i henhold til www.pro.medicin.dk er "1 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt". Patientklagenævnet fandt derfor også, at dosisintervallet Risperidon tablet 1-10 mg dagligt, som der var motiveret for, gik ud sædvanlig dosis, og at der i journalen ikke var angivet nogen konkret begrundelse herfor, ligesom patienten ikke var informeret herom. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

4.c. Tvangsbehandling – depot

Depotbehandling forudsætter en saglig begrundelse, hvor der blandt andet kan være argumenteret med, at mulighederne for behandling med enten tablet eller injektion er udtømte

Overlægen traf den 9. marts 2015 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med "injektion Cisordinol Acutard 150 mg i.m. på dag 1 og dag 3 og injektion Cisordinol Acutard 100 mg i.m. på dag 5 i kombination med depotinjektion Cisordinol 200 mg hver 14. dag stigende til maksimalt 400 mg hver 14. dag, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for det besluttede dosisinterval."

Patientklagenævnet fandt med henvisning til journalen, at der ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet. Der var i perioden 4. – 7. marts 2015 motiveret for behandling med injektion Cisordinol Acutard 150 mg i.m. på dag 1 og dag 3 og injektion Cisordinol Acutard 100 mg i.m. på dag 5 i kombination med depotinjektion Cisordinol 200 mg hver 14. dag stigende til maksimalt 400 mg hver 14. dag, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for det besluttede dosisinterval. I journal af 8. marts 2015 – dagen forud for overlægens beslutning – var følgende angivet: "Patienten er motiveret til depotinjektion, motivationsfase dag 5..." Det kunne herefter ikke antages, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da det ikke kontinuerligt fremgik hvilken dosis, der var motiveret for, og da det heller ikke kontinuerligt fremgik, at der var motiveret for hele dosisintervallet, der blev truffet beslutning om.

Patientklagenævnet anførte videre med henvisning til § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst mulig omfang bør undgås og ikke må være behandlingsmedicin ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender. Mindste middels princippet indebærer endvidere, at tvangsbehandling med injektion er mere indgribende end tvangsbehandling med tablet, og at behandling med depotmedicin er den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skal foreligge særlige grunde for at vælge denne behandlingsform.

I den konkrete sag havde patienten ikke tidligere modtaget behandling med hverken Cisordinol eller Cisordinol Acutard, og mindste middels princippet var derfor ikke iagttaget. Hertil kom, at mulighederne for behandling med enten tablet eller injektion ikke kunne anses for udtømte, idet disse behandlingsformer ikke tidligere havde været iværksat.

Det forhold, at behandlingen begyndte med tre injektioner (Cisordinol Acutard), som ikke var depotpræparat, var ikke afgørende, idet disse blev givet i kombination med depotinjektion, hvorfor der efter Patientklagenævnets vurdering var tale om en beslutning om tvangsbehandling med depot. Overlægens beslutning blev derfor ikke godkendt.

4.d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger

Afvejning af virkning overfor bivirkninger ved fortsat tvangsbehandling

Patienten havde været i behandling med Cisordinol siden medio juni 2015. Behandlingen var godkendt af Patientklagenævnet med tablet Cisordinol 8-40 mg, subsidiært injektion Cisordinol Acutard 50-150 mg i.m. hvert tredje døgn, første gang 50 mg i.m.

Patienten klagede ultimo september 2015 over den fortsatte tvangsbehandling med henvisning til, at behandlingen skulle justeres efter bivirkninger. Der var ifølge patienten mange bivirkninger ved, at patienten hver dag indtog Cisordinol. Patienten beskrev bivirkningerne som, at patienten var ude af stand til at læse og skrive, ligesom patienten var kraftløs. Der var vægtøgning, kvalme, forstoppelse og uro i kroppen. Patienten sov efter det oplyste i mere end 16 timer hver dag. I journalen var der beskrevet bivirkninger, specielt koncentrationsbesvær, men der var ikke ved lægeundersøgelse eller observationer beskrevet bivirkninger af samme grad, som patienten selv oplyste.

Overlægen havde i en erklæring beskrevet, at der siden starten af tvangsbehandlingen var sket en betydelig bedring af patientens tilstand, ligesom det også i journalen var angivet, at der havde været effekt af behandlingen.

Patientklagenævnet bemærkede, at tvangsbehandling skal begrænses til det absolut nødvendige. Når der er opnået helbredelse eller en bedring i patientens tilstand, kan tvangsbehandling som udgangspunkt ikke udstrækkes over længere tid. Som udgangspunkt er det dog ikke muligt at angive et præcist tidsrum for den lovlige udstrækning af tvangsbehandling.

Overlægen gav ved nævnsmødet udtryk for, at overlægen den seneste uge forud for mødet knap var så positiv med hensyn til de beskrevne gavnlige effekter af den medicinske behandling, idet patienten igen var faldet tilbage i tidligere vrangforestillinger, ligesom effekten af behandlingen normalt ville indtræde i løbet af 6-8 uger, og at der måske ville være bedre effekt, hvis dosis blev sat yderligere op. Henset hertil kunne Patientklagenævnet ikke godkende den fortsatte tvangsbehandling med Cisordinol, idet de beskrevne bivirkninger ikke stod mål med den effekt, der var bekskrevet.

4.e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning

Ingen afgørelse til omtale i årsberetningen – se dog nedenfor pkt. 4.g.

4.f. Tvangsbehandling – ECT-behandling

Ingen afgørelse til omtale i årsberetningen

4.g. Somatisk tvangsbehandling

Beslutning om tvangsbehandling gennemført uden forudgående motivation.

Overlægen traf den 10. marts og den 18. august 2015 beslutning om, at en patient skulle behandles med sondeernæring svarende til ikke spiste måltider, således at patienten opnåede de kalorietal pr døgn, som fremgik af journalen.

Patientklagenævnet vurderede på baggrund af journaloplysningerne, at patienten forud for begge beslutninger var i en tilstand, som fuldstændig kunne sidestilles med psykose.

Patientklagenævnet bemærkede endvidere, at tvangsmedicinering efter § 3, stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger forudsætter, at der vedvarende er gjort forsøg på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, "bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred". Bestemmelsen gælder ifølge bekendtgørelsens § 7 også for tvangsernæring. Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for beslutningen den 10. marts 2015 ikke havde indtaget noget nærende de to forudgående dage, ligesom patienten den 10. marts 2015 ikke havde indtaget væske eller ernæring. Hertil kom, at patienten ikke havde ønsket at få taget blodprøver, og at prøverne fra den 9. marts 2015 viste trykket knoglemarv, dehydrering og stigende calcium, ligesom patienten klinisk fremstod dehydreret. Patientklagenævnet godkendte således overlægens beslutning, hvorefter sondeberedskabet var igangsat på vital indikation.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patientens blodprøver den 18. august 2015 - samme dag som overlægens beslutning - viste forhøjet albumin på 52, marginalt forhøjet calcium på 2,59 og yderligere sænkning af fosfat, som herefter lå helt nederst i normalområdet på 0,74. Hertil kom, at der blev set mulig begyndende påvirkning af leveren med stigende tendens af ALAT og ASAT, ligesom der ved blodprøvetagning kun havde kunnet trækkes et halvt glas, hvorfor det ikke havde været muligt at lave analyser på øvrige prøver, incl. leucocytter og hgb. De aktuelle prøvesvar tydede dog på begyndende dehydrering samt mangelfulde intracellulære depoter med hurtigere påvirkning af ernæringsmæssige parametre (fosfat og leucocytter), end det tidligere var set hos patienten i forbindelse med spisestop. Endvidere havde patienten, der lå under sundt vægtinterval, siden spisestoppet tabt 2,4 kg, ligesom patienten var observeret med tegn på kognitiv påvirkning med forsinket tale og responstid samt mulige synsforstyrrelser. I henhold til journalen blev det vurderet uforsvarligt ikke at sikre væske- og ernæringsindtag om nødvendigt med tvang, idet udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden (både somatisk og psykiatrisk) ellers blev vurderet at være væ-

sentlig forringet. Patientklagenævnet godkendte således overlægens beslutning, hvorefter sondeberedskabet var igangsat på vital indikation.

Beslutning om tvangsbehandling truffet efter 0 dages motivation og uden opsættende virkning. Ikke grundlag for at gennemføre tvangsbehandling uden forudgående motivation og uden at tillægge klagen opsættende virkning.

Overlægen traf den 30. august 2015 beslutning om, at en patient skulle tvangsbehandles med sondeernæring i form af et nærmere angivet dagligt antal kcal og ml væske, og tvangsbehandlingen blev påbegyndt same dag.

Patientklagenævnet godkendte ikke overlægens beslutning, idet det ikke var dokumenteret, at patienten havde haft en passende betænkningstid forud for beslutningen om tvangsbehandling. Der blev henvist til § 3, stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, hvorefter tvangsmedicinering forudsætter, at der vedvarende er gjort forsøg på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, "bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred". Bestemmelsen gælder også i tilfælde med tvangsernæring. I betænkningstiden skal patienten dagligt have specifikke oplysninger om den påtænkte tvangsbehandling, således at patienten har det bedst mulige grundlag for at tage stilling til, om patienten frivilligt vil modtage behandlingen i form af sondeernæring.

Patientklagenævnet fandt på baggrund af oplysningerne i journalen, at beslutningen om tvangsbehandling i form af sondeernæring blev truffet uden forudgående motivation.

Patientklagenævnet bemærkede tillige, at betæknings-/motivationstiden skulle ligge forud for overlægens beslutning og ikke efter, idet det af journal af 30. august 2015 blev angivet, at patienten først efter beslutningen om tvangsbehandling med sondeernæring blev oplyst om ernæringsplanen. Patientklagenævnet udtalte, at behandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Efter Patientklagenævnets vurdering var der heller ikke tale om en så akut situation, at manglende tvangsbehandling med sondeernæring ville have medført fare for patientens liv eller helbred, idet patientens vægt tre dage før beslutningen var på 66,7 kg, ligesom det af journal af 29. august 2015 fremgik, at der forelå blodprøver, som viste normale nyre-væske-tal og normalt rødt og hvidt blodbillede, dog yderligere faldende retikulocytter. Patientklagenævnets lægekonsulent beregnede, at patientens BMI var over 20, da beslutningen om tvangsbehandling med sondeernæring blev truffet. Patientklagenævnet vurderede på den baggrund, at det ikke havde været nødvendigt at gennemføre behandlingen uden opsættende virkning, idet der ikke var dokumentation for, at patientens eller andres liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, og den manglende opsættende virkning af klagen blev derfor ikke godkendt. Overlægens beslutninger blev derfor ikke godkendt.

5. Beroligende medicin

Beslutning om akut beroligende medicin forudsætter en akut opstået situation, og mindste middels princippet skal være beskrevet i journalen. Der skal være identitet mellem det tilbudte og det besluttede præparat. Det skal være muligt at identificere personalet, som har været involveret i tvangsindgrebet.

En patient klagede bl.a. over, at patienten ti gange havde fået beroligende medicin. Patientklagenævnet godkendte den første gang beroligende medicin, idet den tilbudte dosis tablet Zyprexa 20 mg svarede til den givne dosis injektion Zyprexa 10 mg. Hertil kom, at betingelserne for indgivelse af beroligende medicin i øvrigt måtte anses for opfyldt, idet patienten havde været meget urolig (f.eks. havde patienten umotiveret kasted med kaffekander mod væggen og slået/sparket ud efter personalet), og idet personalet havde iagttaget mindste middels princippet.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den anden gang beroligende medicin (injektion Zyprexa 10 mg), idet det ikke var angivet i journalen, hvorvidt patienten var forsøgt talt ro mv. Hertil kom, at det fremgik af journalen, at patienten skulle have "akut beroligende medicin i form af injektion Zyprexa 10 mg hver dag". Patientklagenævnet bemærkede i den forbindelse, at beroligende medicin kun kunne gives i en akut opstået situation og under ingen omstændigheder kunne være noget, der blev besluttet som fast medicin. Patientklagenævnet kritiserede endvidere, at tvangsprotokollen ikke indeholdt oplysninger om identiteten på det implicerede personale.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den tredje gang beroligende medicin (tablet Stesolid 20 mg), idet det ikke var angivet i journalen, hvorvidt patienten var forsøgt talt til ro mv.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den fjerde gang beroligende medicin (injektion Zyprexa 10 mg), idet det ikke var angivet i journalen, hvorvidt patienten var forsøgt talt til ro mv. Patientklagenævnet kritiserede endvidere, at tvangsprotokollen alene angav det implicerede personale som "afd. personale", idet det skal være muligt at identificere, hvem der har været involveret i tvangsindgrebet.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den femte gang beroligende medicin (tablet Zyprexa 20 mg), idet den samlede dosis (injektion Zyprexa 10 mg plus tablet Zyprexa 20 mg) indenfor 24 timer herved oversteg den samlede dosis medicin, som blev anbefalet af www.pro.medicin.dk.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den sjette gang beroligende medicin (tablet Zyprexa 20 mg), idet det ikke kunne antages, at der forelå en situation, hvor patienten var meget urolig.

Det fremgik af journalen, at patienten blev beskrevet som "rimelig rolig", og han "lå og så TV, da lægen kom til hans stue". Det var endvidere angivet i journalen, at "grundet (patientens) farlighed er det besluttet af klinikchefen, at (patienten) skal forblive i

bælte over weekenden samt tage medicin i form af tablet Zyprexa Smelt 20 mg x 2 dagligt". Patientklagenævnet bemærkede hertil, at forudsætningen for beroligende medicin var, at der forelå en akut opkørt situation, ligesom en henvisning til "farlighed" ikke opfyldte betingelserne for beroligende medicin. Patientklagenævnet bemærkede endeligt, at indgivelse af beroligende medicin ikke kunne foruddiskonteres og slet ikke med doser, der oversteg sædvanlig dosering. Det kunne således ikke på forhånd besluttes, at der løbende skulle gives beroligende medicin.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den syvende gang beroligende medicin (injektion Zyprexa 10 mg), idet mindste middels princippet ikke var iagttaget. Patienten var voldsom oprørt og havde kastet medicinen over mod væggen, ligesom patienten var devaluerende, og det var endt med, at patienten kastede med en tallerken. Der var imidlertid intet anført i journalen om, hvorvidt patienten var forsøgt talt til ro mv.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den ottende gang beroligende medicin (injektion Zyprexa 10 mg), idet der ikke var anført noget i journalen herom. Da der var ført tvangsprotokol herom, lagde Patientklagenævnet til grund, at der var givet beroligende medicin, men fandt det ikke godtgjort, at det havde været nødvendigt at give beroligende medicin, ligesom mindste middels princippet heller ikke var opfyldt.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den niende gang beroligende medicin (tablet Zyprexa 20 mg). Patientklagenævnet fandt det ikke godtgjort, at mindste middels princippet var iagttaget, idet det i journalen var anført "men qua, at pt. ligger i bælte, vurderes der, at pt. har brug for akut beroligende med tvang". Der var efter Patientklagenævnets vurdering ikke uden videre en sådan sammenhæng mellem det, at patienten lå i bælte, og at patienten dermed havde brug for beroligende medicin. En sådan sammenhæng skulle konkret kunne påvises. Endelig oversteg den samlede døgndosis sædvanlig dosering for Zyprexa.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende den tiende gang beroligende medicin (tablet Zyprexa 20 mg). Patientklagenævnet fandt ikke, at mindste middels princippet var iagttaget, idet der ikke var anført noget i journalen om, hvorvidt patienten var forsøgt talt til ro mv.

6. Anvendelse af fysisk magt

Betingelserne for fysisk magtanvendelse:

Ifølge Psykiatrilovens § 17, stk. 1 kan en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2 er opfyldt.

Over for personer, der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3 om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, kan der anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Set i lyset af Psykiatrilovens § 14, stk. 2 må fysisk magt således kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Betingelserne for anvendelse af fysisk magt er således som udgangspunkt de samme som for anvendelse af tvangsfiksering. Dog er det nærliggende at antage, at der ved fortolkningen af kriterierne må anlægges en proportionalitetsbetragtning, således at kravene skærpes, jo mere indgribende foranstaltningen er.

Dertil kommer, at der kan være tale om anvendelse af fysisk magt i forbindelse med andre tvangsindgreb f.eks. ved tvangsbehandling, tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin.

Fysisk magt som et selvstændigt indgreb vs. fysisk magt som et accessorisk indgreb:

I en konkret sag fulgte de enkelte tvangsindgreb tidsmæssigt umiddelbart efter hinanden i flere situationer. Eksempelvis blev en fastholdelse afløst af indgivelse af beroligende medicin, som gik over i en tvangsfiksering. I andre situationer viklede de enkelte tvangsindgreb sig ind i hinanden. Eksempelvis fastholdelse i forbindelse med sondeernæring, hvor fastholdelsen fortsatte efter, at sondeernæringen var givet. I disse situationer måtte der sondres mellem, om der forelå en række selvstændige tvangsindgreb, eller om det ene tvangsindgreb knyttede sig accessorisk til det næstfølgende tvangsindgreb.

Hvis der var tale om et selvstændigt tvangsindgreb, skulle alle de i psykiatriloven fastsatte betingelser være opfyldt, herunder mindste middels princippet. Var der derimod tale om et accessorisk indgreb, undersøgte Nævnet alene, om der ved det accessoriske indgreb blev anvendt unødigt magt, og om der blev anvendt magt i længere tid end nødvendigt.

Det var uden videre klart, at man som patient fik den største retssikkerhed, når indgrebene ansås som selvstændige tvangsindgreb. Nævnet lagde sig på den baggrund fast på, at hvert tvangsindgreb som udgangspunkt ansås som et selvstændigt tvangsindgreb med deraf følgende retsgarantier. Kun i tilfælde af at det første indgreb i situationen var en nødvendig forudsætning for gennemførelsen af det andet indgreb, kunne der blive tale om at anse det første indgreb som et accessorisk indgreb til det andet indgreb, som altså var hovedindgrebet.

Det bemærkes, at denne nødvendighed skulle være forklaret i journalen. Hvis det ikke var sket, var der som udgangspunkt tale om to selvstændige tvangsindgreb. Det forhold, at to tvangsindgreb tidsmæssigt lå i forlængelse af hinanden, var ikke i sig selv afgørende.

Hvis det første indgreb blev foretaget med henblik på det umiddelbart efterfølgende, var det et stærkt argument for, at det første indgreb knyttede sig accessorisk til det

andet indgreb. Hvis et hovedindgreb ikke kunne godkendes af Nævnet, kunne det accessoriske tvangsindgreb følgelig heller ikke godkendes.

To selvstændige tvangsindgreb blev naturligvis vurderet hver for sig, og Nævnets retlige reaktion i form af godkendelse eller ikke godkendelse var følgelig også individuel for hvert af tvangsindgrebene.

Den opstillede praksis betød, at et tvangsindgreb kunne skifte fra at være accessorisk til, at man anså indgrebet som et selvstændigt tvangsindgreb. Hvis eksempelvis en fastholdelse skete med henblik på indgivelse af sondeernæring, men fastholdelsen blev opretholdt efter, at sondeernæringen var afsluttet, skiftede fastholdelsen i så fald fra at være accessorisk til sondeernæringen til at blive et selvstændigt indgreb, når sondeernæringen var afsluttet.

Eksempel på, at fysisk magt anses som et selvstændigt indgreb:

Nævnet godkendte for eksempel ikke anvendelsen af fysisk magt, efter at patienten havde fået sondeernæring. Det var Nævnets opfattelse, at den fastholdelse, der foregik efter ophør af sondeernæring var et selvstændigt indgreb, der ikke knyttede sig til indgivelsen af sondeernæringen. Det blev vurderet, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke var opfyldt, efter at patienten havde fået sondeernæring. Det blev således vurderet, at det ikke var nødvendigt at anvende fysisk magt for at afværge, at patienten udsatte sig selv eller andre for skade på legeme eller helbred. Nævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen efter sondeernæringen var somatisk velbefindende. Patienten var ked af det og vred over at have fået sondeernæring, men lå forholdsvist roligt. Nævnet fandt ikke, at der ud fra oplysningerne var beskrevet en umiddelbar fare, der gjorde det nødvendigt at fastholde patienten. Nævnet godkendte derfor ikke den fysiske magt.

Eksempel på, at fysisk magt anses som et accessorisk indgreb:

I et tilfælde, hvor en tvangsfiksering blev godkendt, blev det vurderet, at fastholdelsen ikke var et selvstændigt tvangsindgreb, men at denne knyttede sig til tvangsfikseringen, idet det var en nødvendig forudsætning for at kunne tvangsfiksere patienten, at denne var fastholdt. Nævnet henså også til, at fastholdelsen ifølge journalen foregik på samme tidspunkt som tvangsfikseringen. Nævnet vurderede, at der ved fastholdelsen ikke blev anvendt unødigt magt og lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen var voldsomt urolig, og at det derfor var nødvendigt at fastholde patienten for at kunne tvangsfiksere denne. Nævnet fandt heller ikke, at der blev anvendt magt i længere tid end nødvendigt, idet fastholdelsen varede i to minutter, og idet patienten blev sluppet, efter at denne var fikseret. Nævnet godkendte på den baggrund den fastholdelse, der knyttede sig til iværksættelsen af tvangsfikseringen.

Andre eksempler vedr. fysisk magtanvendelse:

Opfyldelse af mindste middels princippet ved anvendelse af fysisk magt

En patient klagede bl.a. over, at patienten to gange havde været udsat for fysisk magtanvendelse.

I det første tilfælde lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten ifølge journalen havde været højtråbende og dermed til gene for de andre patienter, idet miljøet blev utrygt. Hensynet til de andre patienter gjorde det nødvendigt, at patienten blev bragt til ro. Patientklagenævnet fandt således, at det var nødvendigt at anvende fysisk magt for at afværge, at patienten forfulgte eller på anden måde groft forulempede medpatienter. Det var imidlertid ikke dokumenteret i journalen, at patienten var forsøgt talt til ro, eller at patienten var tilbudt beroligende medicin, inden at der blev anvendt fysisk magt. Patientklagenævnet fandt det i den forbindelse ikke tilstrækkeligt til opfyldelse af mindste middels princippet, at patienten var forsøgt skærmet. Patientklagenævnet kunne herefter ikke godkende fastholdelsen, som varede en time.

I det andet tilfælde lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten ifølge journalen forsøgte at skubbe sig igennem personalet, idet patienten ville med ud, da patientens ægtefælle forlod afdelingen. Patientklagenævnet fandt det herefter nødvendigt at anvende fysisk magt for at afværge, at patienten udsatte andre for skade på legeme eller helbred. Det blev endvidere ikke vurderet muligt at afværge denne fare uden anvendelse af fysisk magt, idet personalet forgæves havde forsøgt at korrigere patienten, inden at der blev anvendt fysisk magt. Magtanvendelsen varede i 10 minutter og ophørte straks efter, at patienten var faldet til ro. Patientklagenævnet godkendte herefter den fysiske magtanvendelse.

Betingelserne for at anvende fysisk magt var ikke opfyldt

En patient klagede bl.a. over, at patienten havde været udsat for fysisk magtanvendelse. Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var urolig og opkørt og over et par timer var observeret tiltagende urolig i fællesarealerne. Patienten var ifølge journalen blevet bedt om at bruge sin bærbare computer, men havde fuldstændig overfuset kontaktpersonen og råbt skældsord. Personalets forsøg på at tale patienten til ro, gjorde patienten mere ophidset, og patienten blev informeret om at gå ind på sin stue med henblik på at blive skærmet. Patienten afviste dette, hvorfor tre personaler fastholdt patienten og førte patienten ind på stuen.

På ovennævnte baggrund fandt Patientklagenævnet, at det ikke var godtgjort i tilknytning til beslutningen om fastholdelse, at der forelå en umiddelbar fare for, at patienten groft forulempede medpatienter, eller at patienten udøvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Der var således efter Patientklagenavnets vurdering ikke hjemmel til i psykiatriloven til den fysiske magtanvendelse i form af fastholdelse, der blev anvendt i forbindelse med, at patienten blev ført tilbage til sin stue og skærmet. Patientklagenævnet godkendte herefter ikke den fysiske magtanvendelse.

Opfyldelse af mindste middels princippet ved anvendelse af fysisk magt

En patient klagede bl.a. over, at patienten havde været udsat for fysisk magtanvendelse. Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten hoppede op og slog et personalemedlem på kinden. Mindste middels princippet blev tillige anset for opfyldt, idet Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ifølge journalen var ført en samtale med patienten på stuen, at patienten havde været forsøgt skærmet, og at patienten kort tid forinden havde modtaget Zyprexa 10 mg som beroligende medicin. Magtanvendelsen varede i 10 minutter og ophørte straks efter, at patienten var faldet til ro. Patientklagenævnet godkendte herefter den fysiske magtanvendelse.

Opfyldelse af mindste middels princippet ved anvendelse af fysisk magt

En patient klagede bl.a. over, at patienten havde været udsat for fysisk magtanvendelse. Patientklagenævnet lagde til grund, at patienten opførte sig udadreagerende og ønskede at komme tilbage ud i fællesmiljøet. Patienten gav sig til at slå ud efter personalet og råbte, at patienten ville dræbe personalet. Det var efter Patientklagenævnets vurdering nødvendigt at anvende fysisk magt for at afværge, at patienten udsatte andre for skade på legeme eller helbred. Det fremgik af journalen, at patienten var forsøgt talt til ro inde på sin stue, men at patienten kastede mælk efter personalet. Patienten ville ikke medvirke til skærmning, da patienten blev ført ind på sin egen stue. Henset til at patienten blev beskrevet i en akut svær urotilstand, hvor patienten slog ud efter personalet, fandt Patientklagenævnet herefter, at det var mindste middel i den konkrete situation at anvende fysisk magt. Magtanvendelsen varede i 10 minutter og ophørte straks efter, at patienten var faldet til ro. Patientklagenævnet godkendte herefter den fysiske magtanvendelse.

7. Personlig skærmning

Personlig skærmning kunne ikke godkendes. Blamering kan ikke sidestilles med at udsætte sig selv eller andre for fare.

Patienten var skærmet uafbrudt i mere end 24 timer. Det fremgik bl.a. af journalen, at patienten i dagene forud for skærmningen havde været tiltagende aggressiv og truende, ligesom der havde været flere konflikter end sædvanligt. Patienten havde på nettet offentliggjort samtaler ført under indlæggelsen vedrørende helbred og medicinering, og der var manglende indsigt i og forståelse for denne offentliggørelse, herunder de psykiske symptomer.

Som begrundelse for skærmning blev det anført i journalen, at patienten var verbalt aggressiv og truende, og at patienten havde blameret sig på internettet ved at lægge fortrolige og personlige oplysninger ud om sig selv. Patienten havde også blameret sig selv overfor medpatienter. Det blev derfor truffet beslutning om skærmning, og patienten skulle enten opholde sig på stuen eller i et skærmningsområde og måtte ikke have pc eller mobiltelefon med internet under skærmningen. Patienten var ikke enig i behovet for skærmning.

Patientklagenævnet udtalte, at skærmning kun kan foretages for at afværge, at patienten begår selvmord eller på anden måde udsætter sig selv eller andre for fare. Der var ikke angivet noget i journalen om, at patienten var selvmordstruet, ligesom der heller ikke forud for skærmningen var beskrevet en konkret, aktuel fare for, at patienten ville udsætte andres helbred for fare. Patienten havde godt nok fremsat en trussel otte dage før, at skærmningen blev iværksat, og den havde ført til, at patienten blev flyttet til et værelse nærmere kontoret. Det kunne dog ikke med henvisning hertil antages, at patienten efter otte dage udgjorde en så aktuel og konkret fare for andres helbred, at det kunne begrunde personlig skærmning. Det forhold, at det i journalen tillige var angivet, at patienten blev skærmet med henvisning til psykiatrilovens § 18d, stk. 2, nr. 1, som vedrører skærmning for at afværge, at patienten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit liv eller andres helbred for betydelig skade, var imidlertid ikke dokumenteret ved journalførte eksempler forud for, at beslutning om skærmning blev truffet. Patientklagenævnet bemærkede ydermere, at det i journalen burde være beskrevet, at det ikke var muligt at afværge situationen uden at anvende personlig skærmning, idet patienten forgæves var forsøgt beroliget. Overlægens beslutning kunne derfor ikke godkendes.

Ikke grundlag for at fastslå, at der forelå personlig skærmning.

Patientklagenævnet fandt ikke, at der forelå personlig skærmning i psykiatrilovens forstand. Psykiatrilovens § 18 d definerer personlig skærmning som en foranstaltning, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Ved umiddelbar nærhed skal forstås, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning. Lavere grader af observation er ikke omfattet af bestemmelsen, men lavere grader af observation kan fastsættes af sygehusmyndigheden og således påklages til denne.

Det var i journal af 27. november 2015 anført, at der henover weekenden og frem til mandag den 30. november 2015 ville være skærmning på stuen med mulighed for at ryge på aftalte tidspunkter, som udgangspunkt én gang i timen undtagen om natten. Patienten måtte købe grillmad på betingelse af, at det blev bestilt og pakket ud af kontaktpersoner. Den 30. november 2015 blev det konkluderet, at forløbet fra dette tidspunkt burde registreres som personlig skærmning, idet den havde fundet sted i mere end 24 timer, hvorefter der blev udfyldt en tvangsprotokol. Patienten kunne ifølge journal af 30. november 2015 udgøre en fare for andre og ville i fællesmiljøet udgøre en fare for forulempelse af såvel medpatienter som personale. Det blev endvidere angivet i journalen, at patientens tilstand kunne gøre det vanskeligt for patienten at overholde den ordinerede skærmning, og da medikamentel behandling heller ikke kunne kupere tilstanden, var der risiko for, at den eneste udvej var bæltefiksering.

Patienten oplyste ved nævnsmødet, at der ikke havde været personale inde på stuen i forbindelse med skærmningen, og at personalet havde befundet sig uden for patientens dør, så hver gang patienten havde forladt sin stue, var patienten blevet bedt om at gå tilbage. Overlægen kunne ved nævnsmødet bekræfte disse oplysninger, ligesom overlægen oplyste, at patienten forud for sin klage i forbindelse med udgang havde

misbrugt hash og metamfetamin. Ved tilbagekomst havde det ikke været muligt at lave aftaler om adfærdskontrol eller undergive patienten de adfærdsmæssige begrænsninger, som situationen krævede. Overlægen, der herefter havde besluttet personlig skærmning, var ud fra en samlet vurdering i tvivl om, hvorvidt registrering var i overensstemmelse med lovgivningen, men for ikke at fratage patienten en mulighed for at få vurderet beslutningen om personlig skærmning, blev registrering foretaget.

Patientklagenævnet fandt ikke, at det ud fra overlægens oplysninger kunne antages, at der var tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, idet patienten ikke til stadighed havde været under opsyn, men alene havde været udsat for en lavere grad af observation. Patientens klage blev derfor afvist. Patientklagenævnet henviste patienten til at klage til hospitalsledelsen.

8. Døraflåsning på sikringsanstalt

En patient klagede over, at der i tre tilfælde (den 11. og 23. oktober 2013 samt den 18. december 2013) var iværksat døraflåsning af hans stue. Patienten havde i mere end 2½ år været udsat for døraflåsning.

Patientklagenævnet kunne ikke godkende nogen af de iværksatte døraflåsninger, idet betingelserne for døraflåsning i psykiatrilovens § 18 a, stk. 3, nr. 1 ikke var opfyldt. Det var i to af tilfældene ikke beskrevet i journalen på hvilken måde, at patienten udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, medens der i den ene af tilfældene blev henvist til en generel vurdering, hvorefter patientens svære personlighedsforstyrrelse gjorde det nødvendigt ved døraflåsning at isolere ham fra andre. Den meget generelle begrundelse var efter Patientklagenævnets vurdering henset til tvangsindgrebets intensitet og hidtidige varighed ikke tilstrækkelig til, at der var dokumenteret en konkret, aktuel og påviselig fare for legemsbeskadigelse. Det var således en betingelse for døraflåsning, at der, som beskrevet i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 om tvangsfiksering, i journalen er beskrevet en konkret, aktuel og påviselig fare for legemsbeskadigelse. Efter Patientklagenævnets vurdering kan døraflåsning og dermed isolering aldrig betragtes som en normal tilstand, men derimod som en undtagelse, der kræver en særlig begrundelse, således at kravet til denne begrundelse skærpes jo længere tid en døraflåsning varer.

Patientklagenævnet bemærkede generelt, at straffuldbyrdelseslovens § 63, stk. 8 fastslår, at den indsatte udelukkelse fra fællesskab med andre indsatte straks skal bringes til ophør, når betingelserne herfor ikke længere er opfyldt, og at institutionen mindst en gang om ugen skal overveje spørgsmålet om helt eller delvis at bringe udelukkelsen fra fællesskabet til ophør. Efter straffuldbyrdelseslovens § 63, stk. 9 må udelukkelse fra fællesskabet ikke overstige tre måneder, dog kan Kriminalforsorgen træffe afgørelse om udelukkelse i mere end tre måneder, såfremt der foreligger helt særlige omstændigheder, hvorefter institutionen mindst én gang om ugen skal overveje spørgsmålet om helt eller delvis at bringe udelukkelsen fra fællesskabet til ophør. Henset til at patienten i mere end 2½ år havde været udelukket fra fællesskabet med andre indsatte, bemærkede Patientklagenævnet, at der muligvis kunne være en god be-

grundelse for dette indgreb. Indgrebets intensitet og varighed krævede dog efter Patientklagenævnets vurdering en begrundelse, der beskrev en aktuel, konkret og påviselig fare for medpatienter og personale, såfremt der var foretaget døraflåsning. Patientklagenævnet bemærkede tillige, at en beslutning om udelukkelse af patient fra fællesskabet jævnligt bør genovervejes efter analogi til straffelovens § 63, stk. 9 og psykiatrilovens § 21, stk. 1 direkte.

Afgørelsen blev indbragt for Det Psykiatriske Ankenævn, som tiltrådte Patientklagenævnets afgørelse om de tre døraflåsninger.

Ankenævnet fandt ikke, at betingelserne efter psykiatrilovens § 18 a, stk. 3, nr. 1 var opfyldt, idet det fælles for de tre tilfælde ikke fremgik af journalen i relation til beslutning om døraflåsning, hvori den nærliggende fare bestod. Det blev tillige fremhævet, at aflåsning af patientstue kunne være velbegrundet, men at en sådan eventuel begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutning om døraflåsning. Ankenævnet kommenterede ikke Patientklagenævnets henvisninger til straffuldbyrdelsesloven.

Patienten anlagde efterfølgende retssag mod regionen med påstand om betaling af erstatning.

Retten bemærkede indledningsvis, at retten kunne tiltræde, at reale grunde talte for, at afgørelser fra Ankenævnet, der indebærer en efterprøvelse af administrative frihedsberøvelser, kunne indbringes for domstolene til efterprøvelse, jf. grundlovens § 71, stk. 6 og retsplejelovens kap. 43 a.

Retten lagde til grund, at døraflåsningen de pågældende dage var uberettigede, idet Ankenævnets afgørelse om døraflåsning ikke var bestridt af regionen.

Overlægen havde forklaret, at døraflåsning trådte i stedet for bæltefiksering og således var en mindre indgribende foranstaltning set i relation i patientens frihed, men uanset dette måtte retten lægge til grund, at der havde fundet en frihedsberøvelse sted, hvilket berettigede til godtgørelse for tort efter erstatningsansvarslovens § 26. Under hensyntagen til sagens omstændigheder, herunder især at frihedsberøvelsen trådte i stedet for en bæltefiksering, blev godtgørelsen skønsmæssigt fastsat til 3.000 kr. Der var krævet 45.000 kr.

Patienten rettede samtidig henvendelse til Folketingets Ombudsmand. Ombudsmanden udtrykte bekymring for dokumentationsniveauet i sager om døraflåsning. Det fremgik bl.a. ikke, om beslutningerne løbende blev revurderet, og hvilke tiltag der måtte blive taget for at undgå skadelige virkninger af indelåsningen. Ombudsmandens bekymring gik på både patienternes retssikkerhed og på myndighedernes mulighed for efterfølgende at efterprøve forløbet. Da patienten indbragte sagen om døraflåsning for domstolene, trådte ombudsmanden ud af den konkrete sag, men fortsatte sin generelle undersøgelse af procedurerne i forbindelse med døraflåsning. Sikringsanstalten og regionen tog herefter initiativ til at udarbejde reviderede retningslinjer for tvangsindgreb af denne type.

B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger

Nævnet har udtalt kritik af fejl og forsømmelser.

Nævnet har i forbindelse med sine afgørelser af og til fremsat kritiske bemærkninger, som Nævnet igen i år har valgt skal medtages i årsberetningen. Formålet med at medtage de kritiske bemærkninger er på sigt at forbedre det grundlag, som Nævnets afgørelser bygger på i form af journaloptegnelser, lægeerklæring og tvangsprotokoller. Jo bedre en sag er oplyst, desto større er sandsynligheden for, at Nævnet træffer en korrekt afgørelse.

Den oftest fremkomne generelle kritik går på mangelfuld journalføring. Nævnet har således et ønske om, at der af journalen mere klart fremgår en anamnese (patienten og pårørendes) egen beskrivelse af patientens tilstand, hvilke objektive fund lægen har konstateret, og hvilke vurderinger af patientens sindstilstand dette giver anledning til, og om der på den baggrund er behov for at anvende tvang, herunder om der var mulighed for mindre indgribende foranstaltninger, og om mindste middel princippet er iagttaget.

Desuden har Nævnet flere gange måttet præcisere:

- at sagsmaterialet ikke var udleveret til patienten.
 - Nævnet udtalte i en sag kritik af, at sygehuset først umiddelbart før mødet havde udleveret mødeindkaldelsen og kopi af de lægelige papirer til patienten.
 - I en anden sag udtalte Nævnet kritik af, at sygehuset ikke inden nævnsmødet den 19. maj 2015 havde videregivet lægeerklæringen samt øvrige bilag fra sygehuset til patienten på trods af, at disse den 13. maj 2015 var fremsendt til sygehuset med att. til patienten.
- at der gik flere end fem hverdage fra klagens indgivelse, til der blev udfærdiget overlægeerklæring.
 - Som eksempel herpå kan blandt andet nævnes en sag, hvor Nævnet udtalte kritik af, at patientens klage havde været forlagt, og at der derfor var gået 1½ måned fra klagens indgivelse den 21. november 2014 og indtil den 12. januar 2015, hvor der blev udfærdiget lægeerklæring. Nævnet tilsluttede sig lægens beklagelse heraf.
 - Nævnet fandt det i en sag stærkt kritisabelt, at der var forløbet så lang tid fra klagernes indgivelse den 3. marts 2015 og indtil den 28. maj 2015, hvor overlægens redegørelse forelå. Den 3. marts 2015 anmodede patientens advokat om, at klagesagsbehandlingen blev genoptaget. Den 5. marts 2015 anmodede Nævnet sygehuset om en

redegørelse. Efter flere skriftlige og telefoniske erindringer til sygehuset valgte Nævnet at indkalde til møde den 11. maj 2015. I indkaldelsen anførte Nævnet, at Nævnet vurderede, at mødet af hensyn til patientens retssikkerhed ikke kunne udsættes længere, og at afgørelsen ville blive truffet på det foreliggende grundlag. På mødet anmodede overlægen om udsættelse af mødet i ca. 14 dage med henblik på at kunne besvare Nævnets forespørgsel. Den 28. maj 2015 modtog Nævnet en erklæring med bilag af samme dato fra den ledende overlæge.

- Mangelfuld eller ufuldstændig journalføring
 - Som eksempel herpå kan nævnes en sag, hvor Nævnet godkendte flere tvangsindgreb, men udtalte kritik af følgende:
 - at det ikke havde været muligt for sygehuset at fremlægge kopi af den indlæggende læges erklæring og af tvangsprotokol vedrørende tvangsmedicinering.
 - at overlægen ved en misforståelse af psykiatrilovens § 10, stk. 3 havde tvangstilbageholdt patienten uden at patienten på det tidspunkt havde fremsat udskrivningsønske.
 - at overlægen ikke i forbindelse med patientens udskrivningsønske den 29. maj traf beslutning om opretholdelse af tvangstilbageholdelsen, idet patienten på det tidspunkt allerede var tvangstilbageholdt.
 - at det på grund af modstridende oplysninger i det lægelige materiale ikke kunne nærmere tidsbestemmes, hvornår tvangsfikseringen med remme ophørte.
 - at der var forløbet lang tid, fra klagen var indgivet den 26. maj 2015 og indtil den 3. juni 2015, hvor der blev udfærdiget lægeerklæring.
- Nævnets konsulenter har ofte bemærket, at det ikke er tilstrækkeligt alene at komme med vurderinger, men at der også burde være eksempler på, hvilket faktum disse vurderinger beror på, f.eks.: patienten er psykotisk. Det skyldes, at patienten har vrangforestillinger, det kommer til udtryk ved...
 - I en sag, hvor tvangsfiksering blev godkendt, bemærkede Nævnet, at det i journalen burde have været oplyst på hvilken måde, at patienten havde været fysisk voldelig, men henset til at det i journalen bl.a. var anført, at der ikke kunne laves en nærmere objektiv undersøgelse, da patienten var for farlig at komme i nærheden af, fandt

Nævnet det dokumenteret, at der forelå en konkret, aktuel og påviselig fare.

De kritiske bemærkninger er endvidere neden for søgt rubriceret i nogle hovedkategorier.

Tvangsbehandling:

Nævnet godkendte ikke beslutningen om, at en patient skulle tvangsbehandles. Nævnet bemærkede blandt andet, at:

1. Motivation for behandling skulle foregå forud for og op til, at beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Det var ikke tilstrækkeligt at motivere efterfølgende. Der var ifølge tvangsprotokolskema 2 truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Cisordinol 10 mg, og subsidiært injektion Cisordinol 100 hver 2. dag i opstartsfasen, alternativt Depot Cisordinol Dekanoat 100 mg hver 14. dag. Først efterfølgende i perioden den 9. marts 2015 til den 13. marts 2015 var der foretaget motivation.
2. Der skulle skelnes mellem den situation, hvor det psykiatriske center generelt søgte at motivere patienten for frivillig behandling, og den situation hvor der kunne motive-res med henblik på en mulig konkret tvangsbehandling. Motivationsperioden regnes først fra det tidspunkt, hvor der blev ordineret en konkret behandling med henblik på iværksættelse af tvang, såfremt patienten fortsat modsatte sig behandling.
3. Depotbehandling kunne ikke godkendes som subsidiært præparat.
4. Når der var truffet beslutning om depotbehandling, burde det fremgå, om tablet- og/eller injektionsbehandling havde været forsøgt, og om patienten havde kunnet samarbejde om denne.
5. Det burde med større klarhed fremgå, hvorvidt det var muligt at indgå en behandlingsalliance med patienten, og såfremt det ikke var muligt, hvad årsagen hertil var.
6. Det fremgår af nyhedsbrev af 3. marts 2011 udsendt af Ankenævnet, at patienten, 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 ses ikke journalført, at patienten var informeret om virkninger og bivirkninger ved det subsidiære præparat. Nævnets lægekonsulent bemærkede, at navnlig ved anvendelse af et første generations præparat som Cisordinol, var det væsentligt, at patienten blev udførligt informeret om virkning og bivirkning.
7. Motivationsskemaer anses som en del af journalføringen og kunne dokumentere motivation, men så skal dosis og præparat fremgå for hver enkelt dag af journalnotaterne. Patientklagenævnet fandt på den baggrund, at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Opsættende virkning:

I en sag fremgik det ikke af journaloplysningerne, om Det Psykiatriske Center havde forholdt sig til, om klagen skulle tillægges opsættende virkning, og om patientens uvilje mod at indtage medicin den 2. april 2015 måtte betragtes som en klage.

Nævnet bemærkede, at efter Psykiatrilovens § 32, stk. 3 havde en klage over beslutning om tvangsbehandling opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet bemærkede, at klagen tilsyneladende ikke var tillagt opsættende virkning. Da Nævnet ikke godkendte tvangsbehandlingen, bemærkede Nævnet alene, at der ikke i journalen var anført nogen begrundelse for den manglende opsættende virkning jf. således psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Tvangstilbageholdelse:

Ferie var ingen undskyldning for, at en revurdering blev foretaget for sent

I en sag fandt Nævnet det kritisabelt, at revurderingen den 2. april 2015 ifølge oplysningerne fra tvangsprotokollen først blev overlægegodkendt den 7. april 2015, og at der ikke i journalen var anført et notat om, at revurderingen blev overlægegodkendt. Det forhold, at forsinkelsen angiveligt skyldtes påsken, kunne ikke føre til et andet resultat.

Ved overflytning fra en afdeling til en anden afdeling under ledelse af en anden klinikchef burde tvangsindlæggelsen af en patient være overgået til en tvangstilbageholdelse

I en sag kritiserede Nævnet, at der ikke blev truffet en formel beslutning om tvangstilbageholdelse den 23. februar 2015. Da det fremgik af overlægenotat den 23. februar 2015 kl. 16.00, at frihedsberøvelsen på det første afsnit, patienten blev indlagt på, blev ophævet den 23. februar 2015 i forbindelse med patientens overflytning til et andet afsnit, og da det fremgik, at frihedsberøvelsen blev opretholdt på det nye afsnit, burde der være truffet en beslutning om tvangstilbageholdelse, herunder udfyldelse af en tvangsprotokol, hvilket ikke var sket.

Tvangsfiksering:

I en sag, hvor Nævnet godkendte en tvangsfiksering med en udstrækning på knap to døgn, påtalte Nævnet, at to lægelige tilsyn ikke var journalført jf. oplysningerne herom i tvangsprotokollen, ligesom Nævnet påtalte, at der ikke var foretaget lægeligt tilsyn, efter at patienten på ny var vågen.

Uorden:

I en sag bemærkede Nævnet, at overlægens erklæring burde være præcis i forhold til de indgivne klagepunkter, og at lægeerklæringen skulle give en fremstilling af indgre-

benes nærmere karakter, gennemførelse og formål. Nævnet bemærkede samtidig, at overlægen sammen med erklæringen skulle fremsende relevante journalark, kopi af behandlingsplanen og udskrift af relevante tvangsprotokoller.

Nævnet udtalte derpå kritik af den mangelfulde og fejlbehæftede erklæring fra overlægen, hvoraf der omkring tvangstilbageholdelsen stod beskrevet, at patienten blev indlagt frivilligt den 18. september 2015, selv om patienten rettelig blev indlagt den 13. august 2015. Ligeledes var det noteret, at patienten dagen efter indlæggelsen ønskede at blive udskrevet, men at patienten vurderedes tvangstilbageholdelig på behandlingsindikation den 14. september 2015, hvilket rettelig var den 14. august 2015. Nævnet udtalte desuden kritik af, at der ikke var overensstemmelse mellem journalen og tvangsprotokollen for så vidt angik begrundelsen for at tvangstilbageholde patienten. Det fremgik således af journalen, at patienten blev tvangstilbageholdt på behandlingsindikation, men i tvangsprotokollen var det anført, at patienten blev tvangstilbageholdt på grund af farlighed. Overlægen havde på mødet med Patientklagenævnet oplyst, at det var oplysningerne i journalen, der var korrekte, men at patienten også var til fare for sig selv.

Nævnet udtalte derudover kritik af, at der i tvangsprotokollen var noteret, at der var foretaget en revurdering den 17. september 2015, men at den rettelig blev foretaget den 13. september 2015, hvilket var dokumenteret i journalen.

C. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

Ankenævnet har ændret flere af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser og har herunder bl.a. vedrørende tvangsbehandling slået fast, at motivation skal foretages forud for og dagligt op til beslutningen om tvangsbehandling, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, der starter forfra, når patienten igen afviser behandling, at der skal motiveres for hele den primære behandling, der senere træffes beslutning om, herunder eventuelt dosisinterval, at patienten skal informeres, hvis dosis går ud over sædvanlig dosis, og at dette skal begrundes og journalføres. Ankenævnet har ved afgørelserne taget stilling til, om patienten har haft mulighed for at drøfte tvangsbehandlingen med sin patientrådgiver og har i sager, hvor betænkningstiden har strakt sig over to døgn fundet, at patienten havde haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med patientrådgiveren. Ankenævnet har således godkendt en betænkningstid på to døgn og derover. Ankenævnet har i flere afgørelser gjort en bemærkning om, at tvangsprotokollen skal indeholde nøjagtig og korrekt dato for iværksættelse af tvangsbeslutningen, ligesom der i journalen også bør henvises til tvangsprotokollen. Ligeledes har Ankenævnet bemærket, at hele tvangsbeslutningen inklusiv det subsidiære præparat skal fremgå af tvangsprotokollen, og der skal være en henvisning i journalen til tvangsprotokollen. Ankenævnet har også påpeget, at tvangsprotokollen for den påklagede tvangsbehandling er nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvang opfylder psykiatrilovens betingelser herfor, da det er ved udfyldelse af tvangsprotokollen, at der bliver taget endelig stilling til den samlede beslutning om tvangsbehandling.

1. Tvangsbehandling

Det fremgår af § 3 i Psykiatriloven, at behandling på en psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke.

I lovens § 1, stk. 3 er det præciseret, at der ved tvang i denne lov forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Af Sundhedslovens § 15, stk. 3 fremgår det, at informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal ifølge § 16 blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling.

Hvis det ikke er muligt at opnå patientens informerede samtykke, kan det blive nødvendigt at træffe beslutning om tvangsbehandling. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldt jf. Psykiatrilovens § 12.

Det fremgår af § 12, stk. 1 jf. § 10, at tvangsbehandling kun må anvendes, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed. I de klagesager, som Ankenævnet har behandlet, har Ankenævnet fundet, at alle patienterne har opfyldt denne betingelse, hvorfor der ikke vil blive redegjort nærmere herfor.

Øvrige betingelser, der stilles for motivering og beslutning om at tvangsbehandle, er følgende:

A. Med hensyn til det primære præparat:

1. Der skal som hovedregel motiveres i maksimalt tre dage, hvor første motivationsdag er dag nul.
 2. Der skal løbende være motiveret for et bestemt præparat og en/et bestemt dosis/dosisinterval - herunder orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger.
 3. Der skal være identitet mellem det præparat og den/det dosis/dosisinterval, der motiveres for og det præparat og det dosis/dosisinterval, der træffes beslutning om.
 4. Der må ikke være diskrepans mellem journal og motivationsskema
 5. Der skal i motivationsforløbet motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.
 6. Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.
 7. Den ordinerede dosis skal ligge inden for de doser, der i pro.medicin.dk er anført for initialdoser og sædvanlige doser.
- Ved doser, der overstiger sædvanlig dosering skal patienten oplyses herom, og der skal gives en særskilt begrundelse, som skal journalføres i relation til beslutningen om tvangsbehandling.
8. Der skal motiveres helt op til beslutningsdagen.
 9. Tvangsbeslutningen – og dermed også motiveringen – skal nøje følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

B. Med hensyn til det subsidiære præparat:

1. Dosis og dosisinterval skal ligge inden for de retningslinjer, der er angivet i pro.medicin.dk jf. ovenfor.
2. Patienten skal mindst én gang i motivationsforløbet være orienteret om formål, virkninger og eventuelle bivirkninger af det subsidiære præparat.

Ad A1: Motivering i maksimalt 3 dage

Det Psykiatriske Ankenævn har i flere afgørelser ændret Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse, idet Ankenævnet har fundet, at en betænkningstid på under to døgn for den konkrete behandling ikke kan anses for passende, herunder har Ankenævnet fastslået, at der i betænkningstiden skal være motiveret for et bestemt præparat med specifik angivelse af dosis/dosisinterval.

Betænkningstid på 23 timer og 15 minutter var ikke tilstrækkelig

Ankenævnet fandt, at en betænkningstid på 23 timer og 15 minutter ikke var tilstrækkelig betænkningstid.

Den 2. september 2014 var der motiveret for startdosis af primært præparat. Den 3. september 2014 blev der motiveret for startdosis med øgning til en dosis, der oversteg den besluttede dosis.

Patienten fik tilbudt den konkrete behandling kontinuerligt fra den 4. september 2014 kl. 11.30. Beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 5. september 2014 jf. journalnotat af 5. september 2014 kl. 10.45, hvoraf fremgik, at patienten også den 5. september 2014 var blevet motiveret for den konkrete behandling.

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

Det var Ankenævnets vurdering, at patienten konkret fik tilbudt behandling gennem 23 timer og 15 minutter, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen, såfremt der var forsøgt motiveret for primært præparat med konkret angivelse af dosis og dosisinterval kontinuerligt fra den 2. til den 5. september 2014.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse.

Ad A2: Motivering for bestemt præparat og dosis

Ankenævnet har i flere sager ændret det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, hvor der kun var motiveret for startdosis uagtet, at tvangsbehandlingsbeslutningen indeholdt et dosisinterval.

Eksempel 1:

Der skal motiveres for hele dosisintervallet, og dette skal fremgå af journalen

Den 5. oktober 2015 blev der opstartet motivation for behandling med Cisordinol 4 mg stigende til maksimalt 50 mg.

Overlægen traf den 8. oktober 2015 kl. 11.30 beslutning om tvangsbehandling med tablet Cisordinol 4 mg stigende til maksimalt 50 mg

Det fremgik af journalen, at patienten den 5. oktober 2015 kl. 11.30 blev motiveret for behandling med tablet Cisordinol i et dosisinterval på 4-50 mg.

Den 6. og den 7. oktober 2015 blev patienten alene motiveret for behandling med tablet Cisordinol 4 mg.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der 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 8. oktober 2015.

Da patienten i perioden ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet, fandt Ankenævnet ikke, at den foretagne motivation kunne betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 8. oktober 2015 kl. 11.30.

Ankenævnet fandt således, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten i hele motivationsforløbet burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat.

Ankenævnet fandt heller ikke, at bekendtgørelsens § 3, stk. 1, stk. 3 og stk. 5 (bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger) var opfyldt, da der ikke var gjort vedvarende forsøg på at motivere patienten til frivillig behandling med hele dosisintervallet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Der skal motiveres ensartet for hele dosisintervallet, og patienten skal have mulighed for at drøfte forholdet med sin patientrådgiver

Det fremgik af journalen, at patienten den 3. juni 2015 blev motiveret for tablet Abilify 10 mg til 20 mg.

Af journalen for den 4. og 5. juni 2015 fremgik, at patienten blev motiveret for tablet Abilify 10 mg til 15 mg

Den 6. juni 2015 fremgik det af journalen, at patienten blev motiveret for tablet Abilify 10 mg, hvorefter der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med peroral Abilify startende med 10 mg og maks. 20 mg/døgn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning.

Ankenævnet fandt, at bekendtgørelsens § 3, stk. 1, stk. 3, stk. 4 og stk. 5 (bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger) ikke var opfyldt, da der ikke var gjort vedvarende forsøg på at motivere patienten til frivillig behandling med hele dosisintervallet, og da patienten ikke havde mulighed for at drøfte forholdet med en patientrådgiver, da patienten reelt ikke fik betænkningstid.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A4: Overensstemmelse mellem journal og motivationskema

Det Psykiatriske Ankenævn har ændret Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser, hvor der var forskellige angivelser i journal og motivationsark.

Forskellige angivelser i journal og motivationskema/afvigelseskema gør det uklart, hvad patienten egentligt er blevet motiveret for

Det fremgik af journalen, at patienten havde fået tilbudt behandling med smeltetablet Zyprexa 10 mg stigende til højst 20 mg daglig afhængig af virkning og bivirkninger fra den 6. til den 10. november 2014.

Det fremgik af afvigelseskemaet, at patienten havde fået tilbudt behandling med tablet Olanzapin 10 mg i perioden fra den 7. til den 11. november 2014, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 12. november 2014.

Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Zyprexa 10 mg stigende til højst 20 mg afhængig af virkning og bivirkninger.

Ankenævnet fandt det herefter ikke godtgjort, at patienten blev motiveret for hele dosisintervallet i perioden fra den 7. til den 11. november 2014.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var diskrepans mellem afvigelseskemaet og den øvrige journal om, hvad der blev motiveret for.

Det var på denne baggrund Ankenævnets vurdering, at perioden fra den 7. til den 11. november 2014 ikke kunne betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 12. november 2014.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der skal være overensstemmelse mellem journal og motivationskema, og der skal motiveres konkret for det dosisinterval, der træffes beslutning om

Det fremgik af særskilt motivationskema, at patienten fra den 7. til den 10. oktober 2014 dagligt blev motiveret for tablet Abilify 5-15 mg afhængig af effekt og bivirkning, alternativt injektion Abilify 9,75 mg.

Den 7. oktober 2014 var det anført i journalen, at der blev påbegyndt motivation for behandling med tablet Abilify 5-15 mg afhængig af effekt og bivirkning, og at patienten fik tilbudt behandling med 5 mg Abilify.

Den 8. oktober 2014 fremgik det af journalen, at patienten blev motiveret for behandling med tablet Abilify 5-15 mg, subsidiært 9,75 mg i.m.

Den 9. oktober 2014 var det anført i journalen, at patienten blev forsøgt motiveret for tablet Abilify 5-15 mg i henhold til motivationsfase.

Ankenævnet fandt, at der forelå diskrepans mellem journalen og motivationskemaet om, hvorvidt patienten i motivationsperioden dagligt blev motiveret for hele den dosis, som der efterfølgende blev truffet beslutning om.

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

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

Det var videre Ankenævnets opfattelse, at der skulle motiveres konkret for det dosisinterval, der efterfølgende blev truffet beslutning om. Det skulle fremgå af journalen, at der var motiveret for hele dosisintervallet.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten dagligt og kontinuerligt blev motiveret konkret for hele dosisintervallet af tablet Abilify.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A5: Ensartet motivering i hele motivationsforløbet

Selv om patienten ikke ønsker motivation, skal den påtænkte motivation for så vidt angår dosis og dosisinterval noteres i journalen

Overlægen traf den 6. december 2014 beslutning om tvangsbehandling med tablet Serenase 2 mg x 1 dagligt stigende til 15 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg x 1 dagligt stigende til 2,5 mg x 2.

Det fremgik af journalen, at patienten den 3. december 2014 blev motiveret for tablet Serenase 2 mg stigende med 2 mg op til maksimalt 15 mg.

Den 4. december 2014 blev patienten motiveret for tablet Serenase 2 mg stigende med 2 mg op til maksimalt 15 mg, men patienten var ikke interesseret heri og oplyste, at han var fuldt ud klar over, hvad der skulle motiveres for.

Den 5. december 2014 kl. 11.00 fremgik det af journalen, at patienten alene blev motiveret for tablet Serenase 15 mg, som han afviste.

Senere kl. 14.19 var det noteret i journalen, at det blev forsøgt at motivere patienten for Serenase som tablet og injektion, men at han afbrød lægen og oplyste, at han ikke behøvede yderligere informationer og var fuldt tilfreds med, at han var blevet motiveret den 3. december 2014.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Det var Ankenævnets vurdering, at der ikke blev motiveret ensartet op til beslutningen om tvangsbehandling den 6. december 2014.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, da der den 5. december 2014 alene blev motiveret for tablet Serenase 15 mg, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 6. december 2014.

Ankenævnet bemærkede, at patienten blev forsøgt motiveret fra den 3. til den 5. december 2014, hvor han frabad sig information om behandlingen. Det lykkedes dog at motivere han to gange, men da der ikke blev motiveret for hele dosisintervallet den 5.

december 2014 kl. 11.00 var det Ankenævnets vurdering, at betænkningstiden i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 6. december 2014, ikke var tilstrækkelig.

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 den 5. december 2014 kl. 11.00.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad A7: Dosis skal ligge inden for de doser, som pro.medicin.dk angiver

Om den besluttede dosis er sædvanlig skal blandt andet vurderes ud fra patientens alder og ud fra administrationsmåde. Når en patient er over 65 år, betragtes denne som ældre. Endvidere skal baggrunden for at ordinere en enkeltdosis, der går ud over sædvanlig dosis, som angivet på pro.medicin.dk, oplyses i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling, og patienten skal informeres herom. Det er ikke tilstrækkeligt, at begrundelsen fremgår af tvangsprotokollen eller af lægeerklæringen.

Eksempel 1:

Den ordinerede dosis Risperdal (1-6 mg) og Zyprexa (5-10 mg) var usædvanlig, fordi patienten var fyldt 66 år

Overlægen traf beslutning om tvangsbehandling af en 66-årig patient med tablet Risperdal 1 mg stigende til 6 mg, alternativt injektion Zyprexa 5 mg stigende til maksimalt 10 mg dagligt i maksimalt tre dage, derefter Haloperidol (Serenase) 2,5 mg stigende til maksimalt 10 mg i.m. dagligt.

Patienten, der tidligere havde haft en langvarig manisk tilstand behandlet blandt andet med Zyprexa i en tablet dosis op til 20 mg dagligt med god effekt, var 65 år ved indlæggelsen den 2. maj 2014. Patienten var fyldt 66 år, da beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet oplyste ved afgørelsen blandt andet, at dosisangivelserne på medicinoversigten på pro.medicin.dk ved behandling med tablet Risperidon hos ældre var 0,5 mg 2 gange dagligt, og for injektion Zyprexa ved behandling af ældre var dosis 2,5-5 mg i.m.

Ankenævnet noterede sig, at patienten var 66 år ved tvangsbeslutningen.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at den besluttede administration af dosis Risperdal samt den besluttede dosering af Zyprexa gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering for ældre.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Den ordinerede dosis Cisordinol (10-50 mg) var uberettiget og overskred doseringsretningslinjerne på pro.medicin.dk for ældre

Overlægen traf beslutning om tvangsbehandling med dråber Cisordinol 10-50 mg.

Patienten var 69 år og havde tidligere været i behandling med Cisordinol i denne dosis.

Under Patientklagenævnets møde oplyste overlægen på spørgsmål om valg af medicindosis for det primære præparat Cisordinol, jf. anbefalingerne i medicinfortegnelsen på www.pro.medicin.dk, at patienten var stærkt psykotisk, hvilket influerede på patientens dagligdag, og man havde derfor valgt dosisintervallet 10-50 mg, som i medicinfortegnelsen var dosisforslag ved bl.a. akut skizofreni og akutte psykoser.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning.

Ankenævnet fandt ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet bemærkede, at patienten var 69 år.

Det var Ankenævnets opfattelse, at brug af ekstraordinært store doser – megadoser – var uberettiget, når der var tale om tvangsmedicinering. Det var endvidere Ankenævnets opfattelse, at der ved en ekstraordinær stor dosis var tale om en dosis, der overskred dosisintervallerne på pro.medicin.dk.

Det var videre Ankenævnets opfattelse, at angivelsen på pro.medicin.dk skulle forstås således, at sædvanlig dosis Cisordinol til ældre var 2-6 mg, men at der kunne gives stigende op til 10-20 mg, hvis der var en konkret begrundelse herfor.

Det var på denne baggrund Ankenævnets opfattelse, at det besluttede dosisinterval på Cisordinol 10-50 mg gik udover doseringsretningslinjerne på pro.medicin.dk vedrørende ældre patienter, da det besluttede dosisinterval overskred 20 mg.

Ankenævnet ændrede på den baggrund den afgørelse, som Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet.

Eksempel 3:

Begrundelsen for at ordinere en dosis, der går ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, skal konkret fremgå af journalen. Det er ikke tilstrækkeligt, at begrundelsen er noteret i tvangsprotokollen

Overlægen traf den 17. oktober 2014 beslutning om tvangsbehandling med "tablet Abilify 10 mg dagligt justeret efter effekt og bivirkninger op til maksimalt 30 mg dagligt (den valgte dosis kan overstiges grundet svært psykotisk tilstand), alternativt kan anvendes Abilify 7,5 mg/ml indsprøjtning i.m. 1 ml dagligt".

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at den besluttede dosering gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering og oplyste, at dosis ved behandling med tablet/mikstur Abilify sædvanligvis var 10-15 mg én gang dagligt og vedligeholdelsesdosis 15 mg én gang dagligt. Maksimalt 30 mg dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at det af tvangsprotokollen i relation til beslutningen om tvangsbehandling fremgik, at " den valgte dosis kan overstiges grundet svært psykotisk tilstand".

Det var dog Ankenævnets opfattelse, at det ikke af journalen konkret og i tilstrækkelig grad fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 4:

Begrundelsen for at ordinere en dosis, der går ud over den i pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, skal konkret fremgå af journalen. Det er ikke tilstrækkeligt, at begrundelsen fremgår af lægeerklæringen.

Overlægen traf den 25. maj 2015 beslutning om tvangsbehandling med dråber Cisordinol 50 mg dagligt eventuelt stigende til 75 mg, alternativt injektion Cisordinol Acutard 125 mg eventuelt stigende til 180 mg med to dages pause.

Det fremgik af lægeerklæringen til brug for klagesagsbehandlingen, at der var en konkret begrundelse for den høje dosis.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten i pro.medicin.dk, at ved behandling med Cisordinol ved kronisk skizofreni og andre psykoser var dosis for voksne 20-40 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af medicinoversigten i pro.medicin.dk, at Cisordinol Acutard burde som andre antipsykotika doseres individuelt. Sædvanlig injektionsdosis for voksne var sædvanligvis 50-150 mg. Doseringen blev gentaget ved behov, sædvanligvis efter 2-3 døgn. Der burde højst gives fire injektioner og højst en akkumuleret dosis på 400 mg. Behandlingen burde højst vare 14 dage.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at Cisordinol samt Cisordinol Acutard var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at de besluttede doseringer gik ud over det, der i pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af lægeerklæringen til brug for klagesagsbehandlingen, at der var en konkret begrundelse for den høje dosis.

Ankenævnet lagde imidlertid videre vægt på, at begrundelsen ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne maksimale dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over maksimal dosis.

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget Cisordinol depot.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet kunne således ikke godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 25. maj 2015.

Særligt om depotbehandling

Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesmedicin ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender.

Det følger også af mindste middels princippet, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt er et mere indgribende middel end tabletbehandling. Det er Nævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt er den mest indgribende behandlingsform. Der skal derfor være særlige grunde for at vælge depotbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten lider af giftfrygt/frygt for sprøjter, eller at brugen af daglige injektioner vil være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse. De særlige grunde skal være konkrete og journalføres.

Nedenstående eksempler viser, at tvangsbehandling med depotmedicin kræver en konkret og relevant begrundelse, og at det ikke er tilstrækkeligt kun at henvise til, at patienten tidligere har fået depotmedicin med god effekt.

Eksempel 1:

Det er en forudsætning for tvangsbehandling med depot, at det er godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller injektion ikke er mulig

Overlægen traf den 15. december 2014 beslutning om tvangsbehandling med injektion Cisordinol Acutard 100 mg i.m. på 1. dag, og på 3. dag Cisordinol Acutard 100 mg i.m. samt på 5. dag injektion Cisordinol Acutard 100 mg i.m. i kombination med depotinjektion Cisordinol 300 mg i.m, og herefter hver 14. dag depot injektion Cisordinol 300 mg i.m.

Det Psykiatriske Patientklagenævnet godkendte beslutningen om tvangsbehandling med depot.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at behandling med Cisordinol depot, indledningsvist med injektion Cisordinol Acutard, ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen ikke led af giftfrygt eller frygt for sprøjter, hvorfor Ankenævnet ikke fandt, at det var 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 lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen, at det tidligere var vurderet, at patienten kunne behandles med peroral medicin med tvang.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Patienten led af frygt for sprøjter og depotbehandling, men kunne samarbejde om tvangsbehandlingen med Cisordinol dråber

Overlægen traf den 12. december 2014 beslutning om tvangsbehandling med Cisordinol depot injektion med initialdosis 200 mg hver 14. dag, som kunne øges op til 400 mg hver 14. dag.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Cisordinol i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten kunne samarbejde om tvangsbehandlingen med Cisordinol dråber.

Ankenævnet lagde videre lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten led af frygt for sprøjter og depotbehandling, hvorfor det ville være særligt angstvoldende at give depotmedicinen ved injektion.

Ankenævnet fandt det ligeledes ikke godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller mikstur ville være umulig, men var opmærksom på, at patienten var svær at fastholde i peroral behandling efter udskrivelse.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Betingelser for tvangsbehandling med depot medicin er f.eks. medicinsvigt, og at patienten tidligere har været i tvangsbehandling med depotmedicin, der gav færre tvangssituationer. Det er dog en forudsætning, at det ved hver beslutning om tvangsbehandling skal begrundes konkret i journalen, såfremt der bliver truffet en beslutning om en dosering, der går ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

Overlægen traf den 5. oktober 2015 traf beslutning om tvangsbehandling med Xeplion depot 150 mg, efter en uge 100 mg, og derefter 100 mg hver 4. uge evt. stigende til 150 mg, justeret efter virkning og bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten i pro.medicin.dk, at der ved behandling med injektion Xeplion depot initialt gives 150 mg på dag 1 og 100 mg på

dag 8 (evt. +/- 4 dage). Sædvanlig vedligeholdelsesdosis var 75 mg hver 4. uge (evt. +/- 7 dage). Dosis kunne justeres i intervallet 25-150 mg månedligt.

Ankenævnet fandt, at Xeplion i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ifølge journalen var uden sygdomsindsigt og tidligere havde været indlagt flere gange på grund af medicinsvigt, idet det ikke var lykkedes at fastholde patienten i antipsykotisk behandling. Videre lagde Ankenævnet lagt vægt på, at patienten allerede havde været i tvangsbehandling med depotmedicin, der gav færre tvangssituationer.

Ankenævnet bemærkede, at den besluttede dosering, for så vidt angik Xeplion depot 100 mg hver 4. uge evt. stigende til 150 mg, justeret efter virkning og bivirkninger, gik ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, der i pro.medicin.dk var angivet som 75 mg hver 4. uge, og at der ikke fremgik en konkret begrundelse for dette i journalen i forbindelse med tvangsbeslutningen den 5. oktober 2015.

Ankenævnet oplyste, at såfremt der blev truffet beslutning om en dosis, der lå over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, skulle dette begrundes konkret i journalen. Denne begrundelse skulle fremgå af hver beslutning om tvangsbehandling.

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 i pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet bemærkede, at det i forbindelse med en tidligere beslutning om tvangsbehandling den 15. juli 2015 om samme dosis og præparat fremgik, at patienten tidligere havde modtaget injektion Rispolept depot 50 mg hver 14. dag, dog uden tilstrækkelig effekt, hvorfor en stigning til 75 mg hver 14. dag var indiceret, men at behandlingen blev seponeret på grund af bivirkninger.

Ankenævnet præciserede, at det ved hver beslutning om tvangsbehandling skulle begrundes konkret i journalen, såfremt der blev truffet en beslutning om en dosering, der går ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3a:

Begrundelse for valg af depot præparat, herunder konkret begrundelse i journalen og notat i journalen om, at patienten var informeret om, at der var truffet en beslutning om en dosering, der gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Overlægen traf den 21. juli 2015 beslutning om tvangsbehandling med injektion Xeplion depot 150 mg i.m., herefter 100 mg hver måned, evt. stigende til 150 mg hver måned, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger inden for det besluttede dosisinterval.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling, der gik ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis (75 mg). Der forelå en særskilt begrundelse for den høje dosis, og begrundelsen fremgik af journalen, ligesom det fremgik af journalen, at patienten var informeret om begrundelsen for den høje dosis.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ud fra en konkret vurdering, at Xeplion i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde i den forbindelse vægt på, at patienten tidligere havde modtaget injektion Rispolept depot 50 mg hver 14. dag, dog uden tilstrækkelig effekt, hvorfor en stigning til 75 mg hver 14. dag ville være indiceret, men at behandlingen blev seponeret på grund af oplysning fra patienten om, at præparatet gav patienten bivirkninger. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde videre vægt på, at en dosering på injektion Rispolept 75 mg hver 14. dag svarede til en dosering på injektion Xeplion depot 150 mg hver måned. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde videre vægt på at patienten tidligere var søgt behandlet med flere forskellige præparater, men havde oplevet, at disse gav bivirkninger. Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at Xeplion har færre bivirkninger end Rispolept, samt at det aldrig var lykkedes at fastholde patienten i en behandling med tabletter.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at ved behandling med injektion Xeplion depot gives initialt 150 mg på dag 1 og 100 mg på dag 8 (evt. +/- 4 dage). Sædvanlig vedligeholdelsesdosis var 75 mg hver 4. uge (evt. +/- 7 dage). Dosis kunne justeres i intervallet 25-150 mg månedligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Xeplion var et almindeligt anvendt og afprøvet lægemiddel, ligesom de besluttede doseringer var almindelige.

Ankenævnet tiltrådte således Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse og fandt – modsat ovenstående sag – at de besluttede doser var almindelige.

Særligt om behandling af legemlig lidelse

En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan tvangsbehandles, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Det følger af psykiatrilovens § 13.

Konkret vurdering af at behandling for legemlig lidelse ikke udsatte patientens liv eller helbred for væsentlig fare

Overlægen traf den 22. maj 2015 beslutning om tvangsbehandling i form af udredningen for lidelsen Insulinom med 72-timers fastetest med anlæggelse af iv-adgang, blodsukker-måling hver anden time og udtagelse af blodprøver hver morgen i de 72-timer samt ved symptomer på hypoglykæmi.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte afgørelsen om tvangsbehandling.

Ankenævnet fandt, at patienten ikke befandt sig i en tilstand, som udsatte hans liv og helbred for væsentlig fare.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten den 22. maj 2015 havde været indlagt i en måned, uden at der var observeret symptomer på lavt blodsukker, og man havde målt helt normale fasteværdier af blodsukker og insulin samt forstadierne pro-insulin og c-pep tid. Der var dog ikke målt 'langtidsblodsukker' (hgbA1c).

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke fremgik nogen konkret begrundelse for tvangsbehandling med 72 timers fastetest i journalen, da patientens fasteværdier var normale på tidspunktet, hvor fasteundersøgelsen blev gennemtvunget.

Ankenævnet lagde vægt på, at den mindst belastende undersøgelse i den beskrevne situation ville have været at gentage fastebloodprøver af blodsukker, insulin, pro-insulin og c-peptid og supplere med HgbA1c. Det ville sige, at der skulle tages en enkelt blodprøve efter en nats faste.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om blodprøvetagning med tvang og EKG

Blodprøvetagning og EKG er ikke nævnt specifikt i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien eller dennes forarbejder, men vil normalt kunne gennemføres i medfør af psykiatrilovens § 12 eller § 13, såfremt der er truffet beslutning om tvangsbehandling, og blodprøvetagningen og EKG er en nødvendig forudsætning for og dermed kan betragtes som et nødvendigt element i gennemførelsen af tvangsbehandlingen.

En patient skal forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG, informeres om behandlingens formål og virkninger.

Patienten var under tvangsbehandling med Zyprexa, og det blev den 3. november 2014 besluttet at opløse medicinen i vand, idet patienten havde forsøgt at snyde med medicinen.

Den 4. november 2014 indgav personalet patienten tvangsmedicin via injektion (subsidært præparat). Patienten blev i den forbindelse tvangsfikseret, og der blev samme dag ordineret tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG med henblik på kontrol.

Det fremgik af lægeerklæringen af 18. november 2014, at blodprøvetagning og EKG blev ordineret med henblik på kontrol af, om patienten kunne tåle doseringen af Zyprexa, hvis patienten i en periode ikke havde indtaget den tilbudte medicin. Det blev således vurderet, at der forelå en potentielt livstruende situation for patienten, idet patienten havde snydt med sin medicin.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG.

Det var Ankenævnets vurdering, at der blev truffet en ny beslutning om tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG som et nødvendigt element med henblik på gennemførelse af den tidligere besluttede tvangsbehandling med Zyprexa.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen, at patienten fik tilbudt blodprøvetagning og EKG, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der i dette konkrete tilfælde var tale om en akut opkørt situation, hvor patienten var i fare for at lide skade på grund af mulig kardial belastning, og han var dertil i stor risiko for at øve alvorlig skade på de personer, der omgav ham.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG, skulle informeres om behandlingens formål og virkninger.

Det fremgik ikke af journalen, at patienten blev informeret om formål med og virkninger af blodprøvetagning og EKG.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad B.1: Med hensyn til det subsidære præparat

Patienten skal informeres herom, og det skal fremgå af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling, hvis der ordineres en enkeltdosis, der går ud over sædvanlig dosis i pro.medicin.dk – ved injektion med Abilify skal en dosis på 15 mg fordeles på to doser

Overlægen traf den 30. juli 2015 beslutning om tvangsbehandling af 80-årig patient med tablet Risperdal startende med 0,5 mg stigende med 0,5 mg cirka hver 4. dag til 2-3 mg, alternativt injektion Abilify 7,5 mg stigende til 15 mg i.m. efter en uge.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet oplyste, for så vidt angik behandling med Abilify, at det fremgik af medicinoversigten i pro.medicin.dk, at initialdosis ved injektionsbehandling med Abilify var 9,75 mg (1,3 ml) dybt i.m. Dosis kunne gentages efter behov efter mindst to timer. Højst tre injektioner dagligt og højst 30 mg aripiprazol dagligt. Erfaring savnedes vedrørende patienter over 65 år. Lavere initialdosis kunne overvejes.

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

Ankenævnet lagde vægt på (med hensyn til Abilify), at den besluttede dosisadministration af Abilify gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig, idet der blev besluttet en injektion Abilify op til 15 mg, uden at der blev besluttet en administration af dosis over flere omgange.

Ankenævnet lagde vægt på, at der i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en enkeltdosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis således gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ikke tidligere var kendt i psykiatrien, og at patienten var 80 år.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Særligt om hjemvisning

Ankenævnet har hjemvist en afgørelse til fornyet behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn, da der ved Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling ikke forelå en tvangsprotokol. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt overlægens beslutning af 30. november 2014 om tvangsbehandling af patienten med Risperdal Consta depot injektion hver 14. dag.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf på et efterfølgende nævnsmøde beslutning om at ændre den tidligere truffe afgørelse, således at Nævnet ikke godkendte overlægens

beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med Risperdal Consta depot injektion hver 14. dag.

Sagen er ikke tilstrækkeligt oplyst, når der ikke foreligger en tvangsprotokol

Det Psykiatriske Patientklagenævn oversendte en anke til Ankenævnet.

Ved telefonsamtale oplyste Det Psykiatriske Patientklagenævn Ankenævnet om, at Nævnet ikke havde indhentet tvangsprotokol vedrørende tvangsbehandling forud for afgørelsen af klagen over beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at sagen var tilstrækkeligt oplyst, da Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelsen.

Nævnet bemærkede, at der var uoverensstemmelse mellem journalen og tvangsprotokollen.

Nævnet hjemviste afgørelsen til Det Psykiatriske Patientklagenævn til fornyet behandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf på et efterfølgende nævnsmøde efter at have indhentet tvangsprotokollen beslutning om at ændre den tidligere truffe afgørelse, således at Nævnet ikke godkendte overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med Risperdal Consta depot injektion hver 14. dag.

Nævnet kritiserede fejldatering af tvangsprotokollen af 13. november 2014 samt manglende journalførsel af beslutning om tvangsbehandling den 30. november 2014.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at patienten opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 12, stk. 1 for tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, jf. psykiatrilovens § 4. Det Psykiatriske Patientklagenævn gav følgende begrundelse for afgørelsen:

”Patientklagenævnet finder ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning. Se psykiatrilovens § 4, der er vedlagt.

Nævnet har noteret sig, at personalet har forklaret dig, at du har behov for medicin og har tilbudt dig medicin i form af Risperdal Consta depot injektion 50 mg. hver 14. dag. Du har ikke ønsket at tage medicinen frivilligt.

Nævnet har noteret sig, at det fremgår af journalen fra den 28., 29. og 30. november 2014, at du er blevet motiveret for medicinsk behandling med primært Risperdal Consta depot injektion 50 mg. hver 14. dag, at du har afvist behandlingen, og at du er blevet informeret om formålet, virkning og bivirkninger ved behandlingen

Nævnet har lagt vægt på, at der i journalen den 30. november 2014 ikke er journalført, hvorvidt der er truffet beslutning om tvangsbehandling med Risperdal Consta depot injektion 50 mg. hver 14. dag. Ligeledes kan bemærkes, at datoen for tvangsprotokollen vedrørende Risperdal Consta 50 mg. hver 14. dag er dateret den 13. november 2014. Der er således ikke overensstemmelse mellem den formodede beslutningsdag den 30. november 2014 og tvangsprotokollens datering.”

2. Indgivelse af beroligende middel med magt

Ifølge Psykiatrilovens § 17, stk. 2 kan lægen bestemme, at en patient om fornødent med magt skal have et beroligende middel, såfremt det er af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

Mindste middels princippet i Psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal de anvendes.

Hvis der skal gives beroligende medicin med magt, skal det ske med afprøvet lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling i henhold til Psykiatrilovens § 12.

Oversigten over de krav, der stilles til indgivelse af beroligende medicin med magt, er følgende:

1. Betingelserne for at indgivelse af beroligende medicin med magt skal være opfyldt:

- Det skal være nødvendigt at bringe en meget urolig patients tilstand til ro med henblik på bedring af dennes tilstand.

2. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger (mindste middels princippet)

- Begrænse, korrigere patientens adfærd
- Forsøge at tale patienten til ro
- Tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse

3. Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

4. Der skal være identitet mellem tilbudt præparat og dosis og indgivet præparat og dosis.

Indgivelse af beroligende middel med magt – mindst indgribende foranstaltning - Ankenævnet

I alle de indbragte sager har Det Psykiatriske Ankenævn fundet, at betingelserne for indgivelse af et beroligende middel var opfyldt.

Ad1: Betingelserne for beroligende medicin

Ingen afgørelser - dvs. at de indholdsmæssige krav i alle de indbragte sager har været opfyldt, jf. ovenfor.

Ad 2: Mindste middels princippet

En patient skal efter mindste middels princippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttet at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse, ligesom det skal journalføres, at man forgeses har forsøgt at skærme patienten og at tale patienten til ro. Dette skal sikre, at mindre indgribende foranstaltninger uden held har været forsøgt anvendt.

Ankenævnet har underkendt enkelte afgørelser i 2015, hvor det ikke klart fremgik af journalen, at disse tiltag var gjort.

Eksempel 1:

Det var ikke noteret i journalen, at patienten var forsøgt begrænset og korrigeret. Det forhold, at dette efterfølgende blev oplyst på Patientklagenævnets møde, var ikke godt nok

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Ankenævnet bemærkede, at man havde forsøgt at tale patienten til ro, men at patienten ikke kunne forklares, at patienten skulle dæmpe sig. Patienten var endvidere tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Seroquel 200 mg.

Det fremgik imidlertid ikke af journalen, at patienten forud for indgivelsen af beroligende middel var forsøgt begrænset og korrigeret.

Ankenævnet bemærkede, at lægen ved mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste, at man i forbindelse med hver tvangsforanstaltning i det omfang, det havde været muligt, havde forsøgt at tale patienten til ro, skærme ham og til frivilligt at tage beroligende middel.

Det var imidlertid Ankenævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort i journalen, at patienten i forhold til indgivelsen konkret var forsøgt begrænset og korrigeret, eller om og i så fald hvorfor dette ikke havde været muligt.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Det skal fremgå af journalen, at patienten er forsøgt begrænset og korrigeret og forsøgt tilbudt beroligende medicin til frivilligt indtagelse. Det er ikke nok, at patienten er forsøgt talt til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Ankenævnet bemærkede, at personalet forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde imidlertid vægt på, at det ikke fremgik, at personalet forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Det forhold, at der stod tre personalemedlemmer på gangen kunne ikke i sig selv tages som udtryk for, at patienten var forsøgt korrigeret og talt til ro

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ad flere omgange var blevet tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, men at det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at korrigere patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale patienten til ro.

Det var Ankenævnets opfattelse, at det forhold, at der stod tre personalemedlemmer på gangen ikke i sig selv kunne tages som udtryk for, at patienten var forsøgt korrigeret og talt til ro.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 4:

Ankenævnet godkendte indgivelse af et beroligende middel, hvor dosis af patienten var blevet oplyst på Det Psykiatriske Patientklagenævns møde

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Patienten fik som beroligende middel indgivet injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Det fremgik ikke af journalen, hvilken dosis tablet patienten blev tilbudt.

Af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn fremgik, at patienten under mødet oplyste, at han, for så vidt angik tablet Zyprexa, fik tilbudt 20 mg.

Den tilbudte dosis tablet Zyprexa svarede derfor til den indgivne dosis injektion Zyprexa.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet har underkendt Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, hvor Ankenævnet konkret har fundet, at mindste middels princippet var opfyldt.

Mindste middels princippet var konkret opfyldt

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke indgivelsen af et beroligende middel i to forhold, da mindste middels princippet ikke fandtes opfyldt.

Det Psykiatriske Ankenævn underkendte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse og godkendte i begge forhold lægens beslutning med en konkret begrundelse for, at mindste middels princippet ansås for opfyldt.

Forhold 1:

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn vurderede, at personalet forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet, havde forsøgt at tale patienten til ro og havde tilbudt patienten frivilligt at tage beroligende medicin, før patienten fik medicin med tvang.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde i den forbindelse vægt på, at patienten var fikseret få timer før, og at patienten blev forsøgt beroliget, men at det ikke havde nogen effekt.

Når Det Psykiatriske Patientklagenævn alligevel ikke kunne godkende, at patienten blev givet beroligende medicin med tvang, var det fordi Nævnet ikke fandt det beskrevet

vet i journalen, hvorfor fikseringen med bælte ikke var tilstrækkeligt til at bringe patienten til ro, og at det således ikke i forhold til indgivelsen af den beroligende medicin selvstændigt var vurderet, om det var mindste middel. Nævnet lagde vægt på, at begrundelsen for såvel fikseringen som indgivelsen af beroligende medicin var identisk.

Nævnet fandt, at det kunne være nødvendigt og velbegrundet at fikse en patient og i umiddelbar forlængelse heraf give beroligende medicin med tvang. Nævnet fandt dog, at det i sådanne situationer burde begrundes, hvorfor tvangsfikseringen ikke fandtes at være tilstrækkelig til at bringe patienten til ro, og hvordan det kom til udtryk.

Nævnet lagde samtidig vægt på, at det ikke var dokumenteret, at patienten fik tilbudt samme beroligende medicin til frivillig indtagelse, som patienten blev givet med tvang. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen: "er tilbudt beroligende medicin i tabletform, hvilket hun benægter. Efter endnu et tilbud om beroligende medicin af frivillighedens vej gives 10 mg Stesolid."

Nævnet fandt, at mindste middels princippet krævede, at der som udgangspunkt var overensstemmelse mellem den medicin, som en patient blev tilbudt til frivillig indtagelse og den medicin, som efterfølgende blev givet som beroligende medicin med tvang. Nævnet fandt heller ikke, at der i journalen var angivet en begrundelse for, hvorfor dette eventuelt ikke var muligt.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter ved at forsøge at skærme patienten til stuen, og havde forsøgt at tale patienten til ro ved at tilbyde patienten at komme ud og få frisk luft, samt havde tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, inden der blev givet injektion Stesolid 10 mg i.m.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Forhold 2:

Ankenævnet godkendte indgivelse af et beroligende middel, uanset at patienten ikke var tilbudt konkret dosis

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten alene var tilbudt Abilify, men ikke i hvilken dosis, førend patienten fik medicin med tvang i form af tablet Abilify 10 mg.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale patienten til ro og havde tilbudt beroligende medicin i form af Abilify.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev tilbudt det samme præparat, som der efterfølgende blev indgivet, uanset at patienten ikke var tilbudt en konkret dosis til frivillig indtagelse.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ad. 3: Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering

Ingen afgørelser.

Ad 4.: Identitet mellem det tilbudte og det givne præparat/dosis

Eksempel 1:

Tilbudt og givet dosis skal være ækvivalente. Tablet Zyprexa 10 mg og injektion Zyprexa 10 mg er ikke ækvivalente doser

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Ankenævnet bemærkede, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbudt patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at patienten blev tilbudt medicin i form af tablet Zyprexa 10 mg, men at der i stedet blev givet injektion Zyprexa 10 mg.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient skal tilbydes en konkret behandling. Indgivelse af beroligende middel med magt skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som der tilbydes til frivillig indtagelse, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Ankenævnet oplyste, at tablet Zyprexa 10 mg svarede dosismæssigt til injektion Zyprexa 5 mg.

Det var derefter Ankenævnets opfattelse, at der var uoverensstemmelse mellem den dosis patienten fik tilbudt til frivillig indtagelse i tabletform og den dosis, patienten fik indgivet som injektion.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Tablet Oxapax 30 mg blev tilbudt, dog blev der givet injektion Stesolid 10 mg, hvilket imidlertid var ækvivalente doser

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af et beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet bemærkede, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Oxapax 30 mg, men at indgivelsen af et beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Stesolid 10 mg i.m.

Ankenævnet lagde vægt på, at Oxapax og Stesolid er generisk identiske, og at det ikke er muligt at give Oxapax som injektion, da præparatet ikke findes i en intramuskulær formulering.

Ankenævnet oplyste, at i henhold til Dansk Selskab for Psykofarmakologi svarede 30 mg Oxapax dosismæssigt til 10 mg Stesolid/Diazepam.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævns afgørelse.

Eksempel 3:

Tablet Oxazepam 15 mg blev tilbudt, men der blev givet injektion Stesolid 10 mg, hvilket ikke var ækvivalente doser

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt afgørelsen om indgivelse af et beroligende middel.

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

Ankenævnet bemærkede, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Oxazepam 15 mg, men at indgivelsen af et beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Stesolid 10 mg i.m.

Ankenævnet lagde vægt på, at Oxazepam og Stesolid er generisk identiske, og at tablet Oxazepam 15 mg dosismæssigt svarer til injektion Stesolid 5 mg.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at patienten fik indgivet den dosis beroligende medicin, som der var blevet tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Andre forhold

Ankenævnet har i en afgørelse præciseret, at ordinationen om indgivelse af et beroligende middel skal foretages af en autoriseret læge på afdelingen.

En lægevikar kan, selvom der er konfereret med bagvagten, ikke ordinere indgivelse af et beroligende middel

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte indgivelsen af et beroligende middel.

Tvangsprotokollen var underskrevet af en lægevikar, som var medicinstuderende, ligesom journalnotatet, der henviste til tvangsprotokollen ligeledes var udfærdiget af en medicinstuderende.

Det fremgik af journalnotatet i relation til tvangsbehandlingen, at beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt var drøftet med bagvagten.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 17, stk. 2 i Psykiatriloven, at såfremt det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel.

Det var herefter Ankenævnets vurdering, at ordinationen om indgivelsen af et beroligende middel med magt burde have været foretaget af en autoriseret læge på afdelingen, og at det ikke var tilstrækkeligt, at tvangsforanstaltningen forud for iværksættelse af behandlingen var drøftet med en læge.

Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet har hjemvist en afgørelse på grund af oplysninger modtaget i Ankenævnet efter sagens indbringelse dertil.

Hjemvisning af afgørelse på grund af nye oplysninger

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt indgivelsen af et beroligende middel den 4. august 2015

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 19. august 2015 ikke indgivelsen af et beroligende middel med magt, da det ikke fremgik, hverken af tvangsprotokollen eller af journalen, hvilken dosis Olanzapin patienten blev tilbudt som beroligende middel til frivillig indtagelse forud for indgivelse af injektion Zyprexa 10 mg i.m. med magt.

Efter Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse forelå, og efter at sagen var blevet indbragt for Ankenævnet af den behandlende overlæge, modtog Ankenævnet fra den behandlende overlæge yderligere et journalnotat, hvoraf det fremgik, at der den 2. september 2015 var foretaget en tilføjelse til journalen med oplysninger om, at patienten forud for tvangsindgrebet den 4. august 2015 fik tilbudt Olanzapin 10 mg og 15 mg Oxazepam samtidigt som beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt herefter, at der var tale om nye væsentlige oplysninger, som ikke forelå, da Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse i sagen den 19. august 2015.

Ankenævnet hjemviste afgørelsen til Det Psykiatriske Patientklagenævn til fornyet behandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf på et efterfølgende nævnsmøde beslutning om at fastholde den tidligere truffe afgørelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på følgende:

”at det retssikkerhedsmæssigt må anses for særdeles betænkeligt, at der ca. en måned efter tvangsindgrebet udfærdiges et journalnotat med oplysning om, hvilket præparat og dosis der er tilbudt, specielt når henses til, at denne oplysning tilsyneladende ikke er registreret i EPJ eller andetsteds, men således formentlig alene er baseret på et personalemedlems hukommelse.

at den tilbudte dosis tablet Olanzapin 10 mg ikke svarer til den dosis, som patienten blev givet som injektion Zyprexa 10 mg, idet tablet Olanzapin 10 mg svarer til injektion Zyprexa 5 mg

at der heller ikke er identitet mellem det tilbudte for så vidt angår præparater, idet der ud over tablet Olanzapin 10 mg tillige er tilbudt Oxazepam 15 mg. Det bemærkes i den forbindelse, at det ikke fremgår, om det tilbudte præparat Oxazepam er baseret på tablet eller injektion.”

3. Anvendelse af fysisk magt – ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 var opfyldt - Ankenævnet

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

Endvidere må § 17, stk. 1 jf. § 14, stk. 2 kun 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, eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydelig omfang.

Eksempel 1:

Tiltrædelse af fysisk magt – betingelser og mindste middel er opfyldt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt anvendelsen af fysisk magt.

Patienten havde gennem den seneste time stået ude i badet og havde haft psykotisk adfærd, hvor patienten havde taget bad og havde haft tøj og møbler med ude i badet. Patienten var søgt korrigeret i sin adfærd af personalet, hvorefter patienten blev vred og råbte efter personalet. Patienten blev tilbudt beroligende medicin, som patienten ikke ønskede at tage imod. Da patienten fortsatte med at stå i badet, forsøgte et personalemedlem at tage nogle af tingene ud af badeværelset, hvorefter patienten slog ud efter personalemedlemmet. Der kom et yderligere personalemedlem til, og det blev aftalt imellem dem, at patienten skulle tilbydes sin pn medicin. Afdelingen ville opbevare patientens ting for at begrænse mængden af stimuli.

Patienten stod fortsat i badet, da personalemedlemmer kom ind på værelset, og patienten var fortsat højlydt råbende. Der var vand over hele badeværelsesgulvet og store dele af værelsesgulvet. Patienten kom ud af badeværelset, men gik derind igen, idet patienten ville have et håndklæde. Patienten fandt et håndklæde og åbnede herefter døren med stor kraft og fremstod vred, irriteret, udsældende og truende. Personalemedlemmerne fastholdt patienten og førte patienten til sengen, hvor patienten fortsat blev fastholdt. Et personalemedlem oplyste patienten om, at patienten fremstod farlig og truende og var i en akut opkørt situation. Patienten blev tilbudt beroligende medicin, som patienten afviste.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv ville lide skade på legeme eller helbred eller øve hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fremstod vred, irriteret, udsældende og truende i sin adfærd i en sådan grad, at der blev tilkaldt ekstra personale til hjælp.

Ankenævnet fandt videre, at betingelserne for at fastholde patienten efter overførslen til patientens seng var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten selv ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fremstod vred og udsældende, og patienten blev opfattet som farlig og truende i sin akutte, opkørte tilstand.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at afværge faren for patientens helbred uden at anvende fysisk magt, idet personalet forinden forgæves havde forsøgt at berolige patienten, dels ved skærmning og dels ved at tilbyde patienten beroligende medicin, før man anvendte fysisk magt.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Eksempel 2:

Tiltrædelse af fysisk magt – betingelser og mindste middel er opfyldt i forbindelse med visitering

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt anvendelsen af fysisk magt, der var begrundet i farlighed.

Det var noteret i journalen, at patienten i forbindelse med indlæggelsen ikke ønskede at samarbejde til visitering, hvorfor det blev fundet nødvendigt at fastholde patienten under denne undersøgelse.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten i forbindelse med indlæggelsen ikke ønskede at samarbejde til den nødvendige visitering, hvorfor det blev fundet nødvendigt at fastholde patienten under denne undersøgelse.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da fastholdelsen alene udstrakte sig til selv visitationsproceduren.

Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

4. Inhabilitet

Inhabilitet forelå ikke, da det ikke var godtgjort, at nævnsmedlemmet havde en særlig personlig og økonomisk interesse i en konkret sag.

Det havde været bedst stemmende med reglerne om inhabilitet, at det pågældende medlem ikke havde deltaget i Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling af spørgsmålet om, hvorvidt der forelå inhabilitet eller ej.

Det fremgår af forvaltningslovens § 3, stk. 1, nr. 1, at den, der virker inden for den offentlige forvaltning, er inhabil i forhold til en bestemt sag, hvis vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald eller er eller tidligere i samme sag har været repræsentant for nogen, der har en sådan interesse. Ligeledes er vedkommende i henhold til § 3, stk. 1, nr. 5 inhabil, hvis der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed. Ifølge stk. 2 foreligger der dog ikke inhabilitet, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen ikke kan antages at være fare for, at afgørelsen i sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn.

Det fremgår af forvaltningslovens § 6, at den, der er bekendt med, at der for den pågældendes vedkommende foreligger forhold, som er nævnt i § 3, stk. 1, snarest skal underrette sin foresatte inden for myndigheden herom, medmindre det er åbenbart, at forholdet er uden betydning. For så vidt angår medlemmer af en kollegial forvaltningsmyndighed, skal underretningen gives til myndigheden. Det fremgår videre af stk. 2, at spørgsmålet om, hvorvidt en person er inhabil, afgøres af den i stk. 1 nævnte myndighed. Af stk. 3 fremgår, at vedkommende ikke selv må deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om inhabilitet jf. dog § 4, stk. 1 og 2. Dette gælder dog ikke på områder, hvor andet er fastsat i henhold til lov.

Af forvaltningslovens § 4, stk. 1, fremgår det, at bestemmelserne i § 3 ikke gælder, hvis det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling. Af stk. 2 fremgår det, at bestemmelserne i § 3 gælder for medlemmer af en kollegial forvaltningsmyndighed, selv om en stedfortræder ikke kan indkaldes. Bestemmelsen gælder dog ikke, hvis myndigheden ville miste sin beslutningsdygtighed eller det af hensyn til myndighedens sammensætning ville give anledning til væsentlig betænkelighed, dersom medlemmet ikke kunne deltage i sagens behandling, og behandlingen ikke kan udsættes uden væsentlig skade for offentlige eller private interesser.

Det Psykiatriske Patientklagenævn vurderede, at et nævnsmedlem fra Foreningen SIND ikke havde været inhabil i forbindelse med behandlingen af en sag, hvori der blev truffet afgørelse af det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at nævnsmedlemmet oplyste, at forholdet mellem ham og den deltagende overlæge bestod i, at nævnsmedlemmet 15 år tidligere havde undervist overlægens datter i folkeskolen, og at han i forbindelse med Patientklagenævnets møde alene havde sagt til overlægen "hils din datter".

Inhabilitetsspørgsmålet blev behandlet på et nævnsmøde, hvorunder alle de nævnsmedlemmer, der havde deltaget ved afgørelsen af 26. juni 2016 deltog, herunder det pågældende nævnsmedlem, som inhabilitetsspørgsmålet vedrørte.

Ankenævnet fandt, at det havde været bedst stemmende med reglerne om inhabilitet, at nævnsmedlemmet fra SIND ikke havde deltaget i Det Psykiatriske Patientklagenævnets behandling af spørgsmålet om inhabilitet.

Ankenævnet bemærkede, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde taget stilling til patientens anbringender vedrørende inhabilitet, herunder nævnsmedlemmets udsagn "det er vist godt, at du får denne medicin, så det lige kan tage toppen af dine klager".

Det var dog Ankenævnets vurdering, at det ville være forsvarligt af Ankenævnet at træffe afgørelsen således, at der ikke skete hjemvisning til fornyet behandling af inhabilitetsspørgsmålet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Patienten havde anført i sin anke, at nævnsmedlemmet fra SIND efter mødet skulle have sagt til overlægen "(Navn), fik du hilst på min datter (angivet dato for begivenhed), hun var også samme sted". Patienten havde dertil anført, at det pågældende nævnsmedlem i forbindelse med Nævnets godkendelse af beslutningen om tvangsbehandling havde ytret, at "det er vist godt, at du får denne medicin, så det lige kan tage toppen af dine klager".

Ankenævnet udtalte, at der således forelå modstridende oplysninger fra patienten og nævnsmedlemmet fra SIND om, hvad der blev sagt af nævnsmedlemmet til overlægen efter behandlingen af sagen.

Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring frem for den anden. Ankenævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst, da Det Psykiatriske Patientklagenævn træffer afgørelse på skriftligt grundlag og i modsætning til domstolene ikke har mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

Ankenævnet fandt derfor umiddelbart kun grundlag for at fastslå, at nævnsmedlemmet fra SIND havde sagt "hils din datter".

Ankenævnet fandt på denne baggrund ikke, at det pågældende nævnsmedlem havde en sådan særlig personlig interesse i sagens udfald, at han var inhabil i forbindelse med behandlingen af sagen, hvori der blev truffet afgørelse den 26. juli 2015.

Yderligere fandt Ankenævnet ikke, at der i øvrigt forelå omstændigheder, som var egnede til at vække tvivl om det pågældende nævnsmedlems upartiskhed.

Ankenævnet fandt videre ikke, at udtalelsen om, at "det er vist godt, at du får denne medicin, så det lige kan tage toppen af dine klager", var egnet til at vække tvivl om det pågældende nævnsmedlems upartiskhed.

Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at udtalelsen efter Ankenævnets opfattelse var udtryk for det pågældende nævnsmedlems holdning til patientens behov for medicin efter at have dannet sig et indtryk heraf under behandlingen af sagen.

5. Døraflåsning af patientstue

Det fremgår af § 18a, stk. 2 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at aflåsning af en patientstue på Sikringen kan anvendes behandlingsmæssigt med henblik på at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstuer kan efter § 18a, stk. 3 endvidere anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden, lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Ankenævnet tiltrådte en afgørelse om døraflåsning af patientstue

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt afgørelsen om døraflåsning af patientstue.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at aflåse patientens patientstue den 28. marts 2015 var opfyldt, idet aflåsningen blev anvendt med henblik på at etablere faste rammer i behandlingen.

Ankenævnet lagde herved vægt på, at det fremgik af journalen den 28. marts 2015, at patienten ved et tilfælde blev set, mens patienten forsøgte at lirke et metalrivehoved ud af redskabsskuret i gården, og at dette var en adfærdsændring hos patienten. Ved et uvarslet stueeftersyn samme dag blev der fundet mange genstande på patientens stue, som det ikke var tilladt at have, herunder et større antal piller skjult i en madras samt potentielt farlige ting, som gemt tabascosovs og peber, en sprayflaske til rensning af briller, men som ville kunne anvendes til fremføring af krydderierne, samt skarpe redskaber af plast.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der forelå flere farlighedsvurderinger af patienten, hvori der blev anbefalet en struktureret håndtering, omfattende faste regler for omgang og kommunikation samt isolering af patienten på stuen.

Ankenævnet fandt herefter, at patientens adfærd med at gemme medicin og krydderier samt en mulig fremfører af disse, set i ovenstående kontekst, nødvendiggjorde en skærpeelse af strukturen omkring patientens behandling.

Ankenævnet fandt videre, at beslutningen om aflåsning af patientens stue opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det var Ankenævnets opfattelse, at det ikke var muligt at sikre de nødvendige faste rammer i behandlingen uden at anvende døraflåsning.

Ankenævnet tiltrådte på denne baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Bilag

Bilag 1 - Sageres fordeling på det enkelte hospital/center

Skema 17

<i>Sageres fordeling på det enkelte hospital/center</i>									
	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlere		
Hospital	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Amager	73	62	91	4	8	10	69	54	81
Andet sted			1			1			0
Augustenborg	16	29	9	4	7	1	12	22	8
Ballerup	85	104	123	15	16	6	70	88	117
Bispebjerg Ung	5	20	12	1	1	1	4	19	11
Bornholm	0	1	5	0	1	0	0	0	5
Brønderslev	59	61	56	4	14	3	55	47	53
Dianalund	17	15	2	5	1	0	12	14	2
Esbjerg	19	28	13	1	9	0	18	19	13
Frederiksberg	52	66	64	3	4	6	49	62	58
Frederikshavn	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Glostrup Retspsyk.	0	8	8	0	0	1	0	8	7
Glostrup - Ung	7	5	3	1	1	0	6	4	3
Glostrup - Voksen	59	56	56	3	3	5	56	53	51
Haderslev	11	21	10	5	6	0	6	15	10
Herning	18	11	18	2	1	2	16	10	16
Holbæk	8	6	3	-	1	0	8	5	3
Holstebro	19	16	14	1	4	1	18	12	13
Horsens	33	17	37	-	1	4	33	16	33
Hvidovre	104	99	117	10	14	11	94	85	106
Kolding	13	26	28	3	1	7	10	25	21
København	201	221	203	16	28	24	185	193	179
Køge	1	0	0	-	0	0	1	0	0
Middelfart	19	44	42	5	11	4	14	33	38
Nordsjælland - Ung	2	0	0	-	0	0	2	0	0
Nordsjælland - V	102	108	104	7	15	10	95	93	94
Nykøbing Sj.	15	9	17	1	0	0	14	9	17
Odense	81	82	81	11	23	16	70	59	65

Randers	32	13	17	6	2	3	26	11	14
Ribe	1	0	0	-	0	0	1	0	0
Risskov	153	181	143	18	26	17	135	155	126
Risskov B&U	6	5	5	-	1	1	6	4	4
Roskilde	62	56	54	11	5	5	51	51	49
Sct. Hans	15	5	11	3	0	3	12	5	8
Slagelse	59	52	29	3	6	0	56	46	29
Svendborg	15	15	29	-	4	5	15	11	24
Vejle	16	13	21	1	1	2	15	12	19
Viborg	34	52	37	3	7	5	31	45	32
Vordingborg	73	77	63	9	9	6	64	68	57
Aabenraa			7			3			4
Aalborg	57	91	77	11	10	14	46	81	63

Bilag 2 - Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Skema 18

<i>Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger</i>									
	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
Hospital	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Amager	69	52	72	0	1	9	100	98	89
Augustenborg	10	16	5	2	5	3	83	76	63
Ballerup	62	84	115	8	3	2	89	97	98
Bispebjerg, Ung	3	17	11	1	0	0	75	100	100
Bornholm	0	0	3	0	1	2	0	0	60
Brønderslev	51	42	48	4	6	5	92	88	91
Dianalund	9	13	2	3	1	2	75	93	100
Esbjerg	8	15	11	10	3	2	44	83	85
Frederiksberg	46	59	56	3	2	2	94	97	97
Frederikshavn	0	1	1	0	0	0	0	100	100
Glostrup Rets-psyk.	0	6	7	0	2	0	0	75	100
Glostrup Ung	6	5	3	0	0	0	100	100	100
Glostrup - Voksen	49	55	49	7	5	2	83	92	96
Haderslev	6	12	9	0	2	1	100	86	90
Herning	12	14	14	4	1	2	75	93	88
Holbæk	6	3	2	2	1	1	75	75	67
Holstebro	14	10	8	4	1	5	78	91	62
Horsens	26	15	28	7	1	5	79	94	85
Hvidovre	89	83	104	5	2	2	95	98	98
Kolding	9	17	16	1	5	5	90	77	76
København	163	173	161	22	17	18	88	91	89
Køge	0	0	0	1	0	0	0	-	-
Middelfart	11	28	30	3	5	8	79	85	79
Nordsjælland - U	1	0	0	1	0	0	50	-	-
Nordsjælland - V	83	87	83	12	5	11	87	95	88
Nykøbing Sj.	12	6	14	2	3	3	86	67	82
Odense	53	54	61	17	4	4	76	93	94
Randers	19	20	14	7	1	0	73	95	100
Ribe	0	0	0	1	0	0	0	-	-
Risskov	108	139	117	27	16	9	80	90	93
Risskov B&U	5	4	4	1	0	0	83	100	100

Roskilde	46	45	44	5	5	5	90	90	90
Sct. Hans	7	1	4	5	1	4	58	50	50
Slagelse	34	33	26	22	13	3	61	72	90
Svendborg	14	11	23	1	0	1	93	100	96
Vejle	11	10	18	4	2	1	73	83	95
Viborg	23	41	26	8	4	6	74	91	81
Vordingborg	53	62	53	11	6	4	83	91	93
Aabenraa	-	-	2	-	-	2	-	-	50
Aalborg	40	75	57	6	6	6	70	93	90

Bilag 3 - Oversigt over antallet af patientrådgivere ultimo december 2015

PKN afd.	Antal
København	54
Ringkøbing og Aarhus	47
Aalborg	15
Nykøbing	9
Odense og Aabenraa	28
I alt	153

Hospital	Antal
Amager	2
Ballerup	8
Bornholm	4
Brønderslev	6
Esbjerg	4
Frederiksberg	2
Glostrup	5
Haderslev	6
Herning	8
Holstebro	3
Horsens	3
Hvidovre	5
Kolding	2
København	9
Middelfart	7

Hospital	Antal
Nordsjælland	10
Odense	4
Randers	3
Risskov	16
Risskov B&U	3
Roskilde	8
Sct. Hans	5
Slagelse	5
Svendborg	4
Vejle	2
Viborg	8
Vordingborg	5
Aabenraa	8
Aalborg	9
I alt	164

Bilag 4 - Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2015

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Annette	Frölich	København	Lægeforeningen
Helena	Galina Nielsen	København	Lægeforeningen
Jan	Christensen	København	Lægeforeningen
Marianne	Schrøder	København	Lægeforeningen
Nanna (orlov)	Juul Martiny	København	Lægeforeningen
Nils	Engelbrecht	København	Lægeforeningen
Steffen	Kierulff	København	Lægeforeningen
Arne	Ramskov Hansen	København	Sind
Arnnfinn	Thorsteinsson	København	Sind
Birthe	Bonde Bendixen	København og Sjælland	Sind
Bjørn	Helstrup	København	Sind
Ditte	Damsgaard	København	Sind
Ingelise	Svendsen	København og Sjælland	Sind
Johannes	Nymark	København	Sind
Kirsten Hanne	Falster	København	Sind

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Leni	Grundtvig Nielsen	København	Sind
Lisbeth	Dilling	København	Sind
Simon	Abrahamsen	København	Sind
Stephen	Mortensen	København	Sind
Vibeke	Boolsen	København	Sind
Zinaida	N. Baban	København	Sind
Frode	Jensen	Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Kirsten	Petersen	Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Carl	Krebs	Nykøbing Falster	Sind
Mogens	Nielsen	Nykøbing Falster	Sind
Lars	Tougaard	Odense	Lægeforeningen
Marianne	Schønemann	Odense	Lægeforeningen
Martin	Markvardsen	Odense	Lægeforeningen
Mogens	Stubkjær Hüttl	Odense	Lægeforeningen
Peter Kaare	Østergaard	Odense	Lægeforeningen
Steen	Tinning	Odense	Lægeforeningen
Anita	Fjerbæk	Odense	Sind
Bjarne	Søberg	Odense	Sind
Kate	Arndal	Odense	Sind
Gunnar	Axelgaard	Ringkøbing	Lægeforeningen
Birthe	Christiansen	Ringkøbing	Sind
Jeanette	Juul Quaade	Ringkøbing	Sind
Claus	Toftgaard	Aabenraa	Lægeforeningen
Karen	Rosendahl	Aabenraa	Lægeforeningen
Marina	Loussoupowa Wind	Aabenraa	Lægeforeningen
Andy	Pedersen	Aabenraa	Sind
Anne	Hvidberg Jørgensen	Aabenraa	Sind
Else	Nissen	Aabenraa	Sind
Jeppe	Bruun-Pedersen	Aabenraa	Sind
Jørn	Jespersgaard	Aabenraa	Sind
Thorbjørn	Halvorsen	Aabenraa	Sind
Frede	Nørgaard	Aalborg	Lægeforeningen
Jens	Holm-Pedersen	Aalborg	Lægeforeningen
Lars Peter	Gudbjerg	Aalborg	Lægeforeningen
Poul	Hvass Hansen	Aalborg	Lægeforeningen
Erik	Christoffersen	Aalborg	Sind
Jane	Larsen	Aalborg	Sind

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Jens	Ibsen	Aalborg	Sind
Bendt Viggo	Kjeldsen	Aarhus	Lægeforeningen
Dorit	Obel	Aarhus	Lægeforeningen
Jørn Leif	Sørensen	Aarhus	Lægeforeningen
Mogens Kim	Skadborg	Aarhus	Lægeforeningen
Oscar Bjørn	Jensen	Aarhus	Lægeforeningen
Tove	Hansen	Aarhus	Lægeforeningen
Andreas	Kilden	Aarhus	Sind
Birgitte	Larsen	Aarhus	Sind
Hanne	Madsen	Aarhus	Sind
Kim	Rattenborg	Aarhus	Sind
Marianne	Van Den Pol	Aarhus	Sind
Orla	Annexgaard	Aarhus	Sind
Tove	Tolstrup	Aarhus	Sind
Jacob	Græsbøll Svane- borg	Aarhus og Ringkø- bing	Lægeforeningen
<i>Frederik</i>	<i>Grønbæk</i>	<i>Aarhus og Ringkø- bing</i>	<i>Sind</i>

Bilag 5 - Oversigt over nævnsmænd ultimo december 2015

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Henning	Lund-Sørensen	København	Kommitteret
Charlotte	Galbo	København	Specialkonsulent
Rasmus Hilding	Larsen	København	AC
Lars	Orthmann	København	AC
Line	Høgh	København	AC
Elsebeth	Brogaard	København	AC
Helle	Gaardsvig Madsen	Odense	Soc. rådgiver
Christian	Geisler	Odense	AC
Henrik	Simonsen	Aabenraa	AC
Anne	Enemark	Aabenraa	AC
Maria Louise	Boll	Ringkøbing	AC
Stefan	Ottesen	Ringkøbing	AC
Lena	Lyhne	Aalborg	AC
Kirsten	Jensen	Aalborg	AC
Christian	Hamborg	Aalborg	AC

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Susanne	Storgaard Eldrup	Aarhus	Fuldmægtig
Lena	Bodum Hansen	Aarhus	Fuldmægtig

Bilag 6 – Hørings svar fra Regionerne



Psykiatri

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Statsforvaltningen
Store Torv 10
6200 Aabenraa

Direktionen

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 3864 0000
Direkte 38640002
Fax 3864 0007
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 28. april 2016

Kære Henning Lund-Sørensen

Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns Årsberetning for 2015.

Du beder om eventuelle bemærkninger til det tilsendte.

I Region Hovedstadens Psykiatri finder vi, at årsberetningen er grundig og velskrevet og kan bidrage til læring, herunder den grundige gennemgang af de skærpede regler for tvangsindgreb.

Vi har i øvrigt ingen bemærkninger til årsberetningen.

Med venlig hilsen

Martin Lund

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

**Psykiatri og Social
Administrationen**

Ledelsessekretariatet
Tingvej 15
Postboks 36
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000
Psykiatrisocial@rm.dk
www.ps.rm.dk

Kære Henning Lund-Sørensen

Statsforvaltningen har ved mail af 8. april 2016 anmodet Region Midtjylland om bemærkninger til årsberetning 2015 for Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Region Midtjylland finder, at der er tale om en gennemarbejdet og velskrevet årsberetning, der i særdeleshed findes anvendelig i det videre arbejde med at efterleve den skærpede praksis på området.

Der er ikke yderligere bemærkninger til årsberetningen.

Venlig hilsen



Gert Pilgaard Christensen
Direktør, Psykiatri og Social

Dato 21-04-2016

1-30-74-15-13

Side 1

midt
regionmidtjylland



Statsforvaltningen
Det psykiatriske Patientklagenævn
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Dato: 26. april 2016

Brevid: 2952934

Psykiatrihuset

Nørregade 54F

4100 Ringsted

Tlf.: 54 67 24 00

E-mail: psykiatrien@regionsjaelland.dk

Direkte tlf.: 54 67 24 06

E-mail: lecu@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk/psykiatrien

Kære Henning Lund-Sørensen

Tak for tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2015.

Psykiatrien Region Sjælland finder årsberetningen grundig og informativ, og et godt bidrag til læring. Derudover har vi ingen bemærkninger til årsberetningen.

Venlig hilsen

Søren Bredkjær
Vicedirektør

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenrå

Høring af Årsberetning 2015 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn

På vegne af Region Nordjylland skal vi bemærke følgende til udkast til Årsberetning 2015 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn:

Årsberetningen indeholder statistik på klagesager, belyser Patientklagenævnet og Ankenævnets praksis, samt orienterer om principielle problemstillinger og er dermed meget anvendelig for Psykiatrien til belysning af praksis og krav i forbindelse med tvang.

På side 21 til 24 er optaget oversigt over fordeling af afgørelser på godkendelse og omgørelse samt sekretariatets vurdering, hvoraf fremgår, at omgørelsesprocenterne på flere typer af tvangsindgreb ligger højere end det acceptable.

Ud fra kendskab til afgørelser i egen region er det vores vurdering, at den manglende godkendelse af et tvangsindgreb i langt de fleste tilfælde er begrundet i nævnenes praksis omkring journalføring. Den fra Ankenævnet ønskede journalføring vedrørende mindstemiddelsprincip samt omkring motivation ifm beslutning om tvangsmedicinering har medført en så absolut praksis, at et tvangsindgreb underkendes under henvisning til mindste middels princippet, uanset om supplerende oplysninger dokumenterer, at den af ankenævnet fastlagte procedure har været fuldt eller ikke har været aktuel i den foreliggende situation.

Vi vil foreslå, at der på side 23 og 24, hvor sekretariatet vurderer/forklarer på omgørelsesprocenterne, medtages information om baggrunden for tilsidesættelsen, herunder hvorvidt en underkendelse er begrundet i en formel eller materiel mangel eller en af nævnet vurderet utilstrækkelig journalføring.

Omgørelsesprocenten for beslutning om tvangsbehandling er på 24% på landsplan. I afgørelserne er ofte anført, at patientklagenævnet er enig i, at tvangsbehandling er nødvendig, men overlægens beslutning underkendes som beskrevet, begrundet i en fravigelse af Ankenævnets krav til journalføring.

Fremadrettet opfordres til, at Patientklagenævn og Ankenævn drøfter, om en formel mangel/manglende dokumentation i journal uden undtagelse skal medføre, at den anvendte (påtænkte) tvang underkendes.

I den forbindelse henvises til bemærkninger til lov nr. 708 af 25/6 2010, hvor der blev indsat et loff over den betænkningstid, en patient har krav på forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling på højst 3 dages varighed. Heraf fremgår, at det var regeringens klare opfattelse, at manglende tvangsanvendelse i visse tilfælde kan udgøre et omsorgssvigt overfor patienter, der på grund af deres psykiske sygdom er ude af stand til at varetage deres egne interesser samt at bestemmelserne vedrørende betænkningstiden ikke må modvirke formålet med behandlingen, således at patientens sygdom forværres, at behandlingsmulighederne forringes, at patienten

Psykiatridelen

Mølleparkvej 10
Postboks 210
9100 Aalborg
Tlf.: 97 64 30 00
Fax: 98 12 95 44
www.psykiatri.nrn.dk

Ref.: JM/isn

Sagsnummer:
2015-005096

26. april 2016

unødigt længe befinder sig i en forpint tilstand, at patienten skal være indlagt unødigt længe, eller at patientens risiko for at blive udsat for andre former for tvang øges.

Ankenævnets praksis medfører, at den nødvendige behandling udsættes i op til 14 dage til skade for patienten.

I årsberetningen anføres på side 24, at der er et påtrængende behov for en gennemskrivning af pro.medicin.dk. Dette er begrundet i Ankenævnets praksis om at tvangsbeslutningen nøje skal følge pro.medicins retningslinjer for dosisindgivelse.

Som anført i Region Nordjyllands bemærkninger til årsberetning 2014 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn er det fra lægeside anført, at anvendelsen af det private opslagsværk pro.medicin.dk som standard for, hvad der er god farmakologisk behandling ikke kan anbefales. I stedet bør anvendes de enkelte præparaters produktresuméer, som er godkendte af Sundhedsstyrelsen.

På side 39 er optaget Sekretariatets udtalelse til Vestre Landsret vedrørende retsplejelovens kapitel 43 a. I udtalelsen anføres i andet sidste afsnit, at "det er vigtigt for Det Psykiatriske Patientklagenævn at pointere, at hospitalsmyndigheden ikke hverken direkte eller indirekte via patientens indbringelse af et erstatningssøgsmål i en "vundet" sag i Det Psykiatriske Patientklagenævn har adgang til at få prøvet Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om frihedsberøvelse efter kapitel 43 a".

Det bemærkes, at Region Nordjylland ikke er enig i denne vurdering. Domstolsprøvelsen iht retsplejelovens § 469 vedrørende "frihedsberøvelsens lovlighed". Formålet med ordningen i psykiatriloven § 37, hvorefter nævnet på patientens anmodning skal indbringe afgørelser vedrørende frihedsberøvelse mv. for domstolene efter reglerne i Retsplejelovens kapitel 43 a er en udmøntning af den frihedsberøvedes krav på domstolsprøvelse i grundlovens § 71 stk.6. Patientklagenævnet har ikke mulighed for vidneførsel og forelægger stort set aldrig sager for Retslægerådet. Dermed træffes patientklagenævnets afgørelse primært ud fra journalens oplysninger.

Sygehusmyndigheden har mulighed for at få prøvet patientklagenævnets afgørelse ved domstolene efter retsplejelovens almindelige regler (jfr grundlovens § 63) – og sygehusmyndigheden har mulighed for at anke en byretsafgørelse ført i en sag efter retsplejelovens kapitel 43 a til landsretten. Det vurderes ikke hensigtsmæssigt, hvis Regionen nødsages til at anlægge retssag som civilt søgsmål for at få en retslig vurdering af frihedsberøvelsen (tvangsfikseringen) samtidig med at patienten får mulighed for at få sagen vurderet erstatningsretligt i en sag efter retsplejelovens kap. 43 a.

På et andet erstatningsområde – afgørelser fra Patienterstatningen – er det fastslået af Højesteret, at en af Patienterstatningen tilkendt erstatning, hvor patient anker spørgsmål om udmåling af erstatning, kan afgørelsen om anerkendelse pådømmes, og sagens udfald således være til skade for patienten (princip om reformation in pejus)

Konkrete bemærkninger til rapporten:

Side 2: Indholdsfortegnelsen er ikke ajourført, således mangler i Afsnit II underafsnit 4 og 5. Endvidere mangler "Afsnit III" som overskrift og i dette afsnit mangler også underafsnit 4 og 5.

Skema 1 side 8 viser oversigt over indkomne sager, tilbagekaldte sager og antal afgørelser. I bemærkninger til skemaet anføres, at selvom antallet af sager er faldet fra 2014 til 2015, er antallet af afgørelser fortsat stigende. Denne konstatering bør omformuleres, idet antal afgørelse i 2015 ikke er steget i forhold til 2014, men faldet med 4.

I skemaerne opgøres efter PKN afdelinger. På side 8 er oplyst PKN afdelingernes sammenhæng med regionerne. Det foreslås, at der i skemaerne yderligere anføres region.

På side 14 er oversigt over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage med oplysning om de sygehuse, hvor PKN afdelingen møder. Det bemærkes, at PKN afdeling Aalborg også møder i Frederikshavn, såfremt der er klagesager fra sengeafsnit beliggende i Frederikshavn.

På side 23: ordet "magtanvendelse" mangler i opremsningen (2. afsnit, 2. linje)

Med venlig hilsen

Jan Mainz
Vicedirektør

/

Ingrid Schmidt Nielsen
Juridisk specialkonsulent

Statsforvaltningen

Råds- og Direktionssekretariatet

Kontakt: Henriette Hørmann

Henriette.Hormann@rsyd.dk

Sikker mail: psykiatri@rsyd.dk

31011

Direkte tlf. 7663 1011

28. april 2016

Journal nr. 15/15321

Side 1/4

Høring vedrørende ”udkast til årsberetning 2015 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen”

Statsforvaltningen har ved mail af 8. april 2016 anmodet Region Syddanmark om eventuelle bemærkninger til ”udkast til årsberetning 2015 fra det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen”.

Region Syddanmark har følgende bemærkninger til årsberetningen:

1b Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det fremgår af side 6, 2. afsnit, at:

”Det Psykiatriske Patientklagenævns sager er klager fra patienter, der under indlæggelse på psykiatrisk afdeling har været udsat for en af de ovenfor anførte former for tvang”.

Formuleringen ”udsat for” foreslås – i overensstemmelse med psykiatrilovens ord - ændret til ”undergivet” eller ”anvendt”. Baggrunden herfor er, at formuleringen ”udsat for” er værdiløst og må relateres til eksempelvis hændelser i forbindelse med katastrofer, ulykker etc., og ikke som sådan bør anvendes i forhold til psykiatrilovens bestemmelser om tvang.

Sammensætningen af Det Psykiatriske Patientklagenævn

Det bør tilstræbes, at det lægelige medlem i nævnet er speciallæge i psykiatri, og derved har et indgående kendskab til den anvendte medicin.

Særligt i sager om tvangsbehandling kan dette have stor værdi, da der i disse sager typisk er tale om svært syge patienter, uden erkendelse af sygdom, behov for medicin eller behov for indlæggelse. Patienter, der risikerer en unødigt lang indlæggelse (under tvangsmæssige rammer) samt øget omfang af anvendelse af andre tvangsforanstaltninger, fx. beroligende medicin med tvang eller fiksering, hvis beslutning om tvangsbehandling tilsidesættes.

Et indgående kendskab til den anvendte medicin vil endvidere være et værdifuldt supplement til pro.medicin.dk, der i vid udstrækning anvendes af nævnet som arbejdsredskab.

3. Notat om de nye regler om tvangsfiksering

I notat af 26. maj 2015 - udsendt til nævnsmedlemmer, ministerium og regioner - orienterede nævnet om, hvorledes nævnet agtede at fortolke psykiatriloven efter 1. juni 2015, hvor den reviderede psykiatrilov trådte i kraft.

Dette notat er medtaget i årsberetningens side 34 – 38.

I notatet beskrives en restriktiv praksis vedrørende overlægegodkendelse efter psykiatrilovens § 4 a. Region Syddanmark er ikke enig i, at der er en ”to dages”-frist ved overlægegodkendelse efter psykiatrilovens § 4 a. Retspraksis har taget stilling hertil bl.a. i en dom af 24. juni 2014 fra Retten i Svendborg.

4. Udtalelse til Vestre Landsret – anvendelse af retsplejeloven (RPL) kap. 43 a i en erstatningssag

Det skal indledningsvis oplyses, at udtalelsen til Vestre Landsret ikke ses at være udarbejdet i relation til en erstatningssag rejst mod Region Syddanmark.

Det fremgår af udtalelsen, at nævnet er af den opfattelse, at hospitalsmyndigheden hverken direkte eller indirekte via patientens indbringelse af et erstatningsspørgsmål i en ”vundet” sag i nævnet har adgang til at få prøvet nævnets afgørelse om frihedsberøvelse efter kapitel 43 a.

Region Syddanmark har noteret sig, at retspraksis ikke følger nævnets udlægning vedrørende sygehusmyndighedens prøvelsesadgang.

I udtalelsen refereres en sag afgjort ved Østre Landsrets dom af 8. juli 2014 (refereret i nævnets årsberetning 2014 og trykt i U.2014.3300 Ø), hvor det anføres, at byretten (Retten i Odense) uden videre lagde det Det Psykiatriske Patientklagenævns trufne afgørelse om tvangsfiksering til grund, da patienten havde fået medhold i nævnet. Dette er ikke korrekt, idet Region Syddanmark i forbindelse med hovedforhandlingen i byretten tilkendegav, at der var enighed om at begrænse sagen til prøvelse af spørgsmålet om erstatning, jf. retsplejelovens § 469, stk. 6, idet sygehusmyndigheden erklærede sig enig i, at tvangsfikseringen var

foretaget med urette. Klager tilsluttede sig, at sagen alene skulle vedrøre erstatningsspørgsmålet.

Byretten lagde således i den konkrete sag tvangsfikseringen til grund, fordi Region Syddanmark havde afgivet en bindende proceserklæring. Derved havde hverken byret eller landsret mulighed for at foretage en prøvelse af tvangsfikseringens lovlighed.

Der er i Region Syddanmark afsagt flere domme, hvor domstolene har foretaget en tilbunds-gående prøvelse og ændret nævnets afgørelse:

I dom af 17. august 2015 fra Retten i Kolding havde nævnet godkendt iværksættelse af en bæltefiksering men ikke godkendt tvangsfikseringens udstrækning. Retten i Kolding fandt derimod efter en tilbunds-gående prøvelse af sagen, at tvangsfikseringen var lovlig i sin helhed.

I dom af 22. december 2015 fra Retten i Kolding havde nævnet ikke godkendt en tvangstilbageholdelse og en tvangsfiksering. Retten i Kolding fandt efter en tilbunds-gående prøvelse af sagen, at de materielle betingelser for tvangstilbageholdelsen og tvangsfikseringen var til stede.

I dom af 19. april 2016 fra Østre Landsret havde såvel nævn som byret godkendt iværksættelsen af tvangsfikseringen men ikke godkendt fikseringens udstrækning. Østre Landsret fandt efter en tilbunds-gående prøvelse af sagen, at tvangsfikseringen var lovlig i sin helhed og ændrede i overensstemmelse hermed byrettens dom delvist.

En tilsvarende afgørelse fra Retten i Svendborg er under anke.

Tvangsbehandling

Det anføres på side 79, at *"Frivillig indtagelse af medicin i motivationsfasen afbryder motivationen, så tidligere motivering ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicinen."*

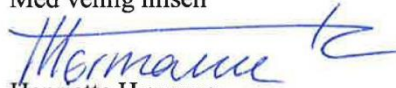
Det er Region Syddanmarks opfattelse, at denne praksis er uhensigtsmæssig og strider imod psykiatrilovens intentioner. Denne praksis vil f.eks. være uhensigtsmæssig i en situation, hvor en patient hver anden dag modtager medicin frivilligt. Efter den nugældende praksis vil tvangsbehandling i denne situation ikke være mulig.

Således vil en patient i princippet på ubestemt tid kunne modsætte sig muligheden for tvangsbehandling - og dermed modsætte sig en fast og kontinuerlig medicinsk behandling med

forventning om betydende og afgørende bedring af tilstanden. Dette vil formentlig ikke medvirke til at reducere omfanget af tvang, ligesom indlæggelsens varighed risikerer at blive forlænget.

Udkastet til årsberetning giver i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen



Henriette Hørmann
Juridisk chefkonsulent

Storetorv 10
6200 Aabenraa

statsforvaltningen@statsforvaltningen.dk
www.statsforvaltningen.dk

Statsforvaltningens
INFO-center
Telefon 7256 7000