

Patientklagesystemet

- Tillidskrise og fejlslagen nedbringelse af tvang

Opgaven er udarbejdet af:
Maiken Lindegaard Kemp
30.09.96
Studieretning: Jura

Vejleder: Frederik Waage

Engelsk titel: Patients' appeal system - confidence crisis and failed reduction of the use of coercive measures

Antal anslag: 139.909

Anvendte forkortelser

Lovgivning	Nævn, styrelser mv.
Aul. = Autorisationsloven	DPS = Dansk Psykiatrisk Selskab
EAL = Erstatningsansvarsloven	EMD = Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol
EMRK = Den Europæiske Menneskerettighedskonvention	
FOL = Forældelsesloven	IMR = Institut for Menneskerettigheder
Grl. = Grundloven	PKN = Det Psykiatriske Patientklagenævn
KEL = Klage- og erstatningsloven	PKA = Det Psykiatriske Ankenævn
OmbL. = Ombudsmandsloven	STPS = Styrelsen for Patientsikkerhed
Psl. = Psykiatriloven	STPK = Styrelsen for Patientklager
Rpl. = Retsplejeloven	UTH = Utilsigtet Hændelse
SL = Sundhedsloven	

Note

Sundhedsministeriet har siden sin oprettelse i perioder været sammenlagt med Indenrigsministeriet, Ældreministeriet og har også på et tidspunkt været et Ministerium for Sundhed og Forebyggelse. For nemheds skyld og da ministeriet udelukkende i denne afhandling inddrages i sin egenskab af sundhedsministerium, er ministeriet benævnt 'Sundhedsministeriet' overalt i afhandlingen.

Abstract

The thesis examines the development of the public appeal system regarding patients' rights. The thesis especially focuses on the Psychiatric Patients' Board of Appeal.

Firstly, the thesis explains and analyses the complaint, supervision and compensation institutions that make up the patients' appeal system. Thereafter the constitutional committee on deprivation of liberty, the ombudsman, the courts and the non-sanctioning report system and their role in the appeal system is explained.

The thesis includes case law concerning the deprivation of liberty in psychiatric wards. Furthermore, the legal and political considerations regarding the patients' appeal system and the wish to reduce the use of coercive measures in psychiatric wards is assessed. To achieve a nuanced insight for the discussion of legal certainty and patient safety both the medical perspective and the human rights perspective is accounted for.

The thesis concludes that appeal deadlines for the Psychiatric Patients' Board of Appeal should be introduced. Furthermore, the problem about the shortage of medical professionals in the Psychiatric Patients' Board of Appeal and the prolonged processing of complaints, should be dealt with, or else the board risks violating constitutional requirements and human rights. The responsibility for Psychiatric Patients' Board of Appeal should be transferred to the health authorities and the medical argument should be given more significance at the board proceedings.

There is a lack of confidence in the patients' appeal system from the health professionals. To regain trust legislative changes should be made and additional resources given to the psychiatric wards and the healthcare system, which is an ongoing task and debate.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	6
1.1 Problemformulering	7
1.2 Afgrænsning	7
1.3 Metode og kilder	9
1.4 Struktur	10
2. Patientklagesystemet	10
2.1 Retsudvikling	12
2.1.1 Patientrettigheder	14
2.2 Klageorganer	15
2.2.1 Den almindelige klageadgang	15
2.2.2 Specielle lovbestemte klageordninger indenfor sundhedsvæsenet	17
2.3 Tilsynsorganer	20
2.4 Erstatningsorganer	22
2.4.1 Patienterstatningen	22
2.4.2 Særligt om erstatning for ulovlig tvang	24
2.5 Øvrig kontrol	24
2.5.1 § 71-tilsynet	25
2.5.2 Ombudsmanden	26
2.5.3 Domstolene	27
2.5.4 Utilsigtede hændelser	29
2.6 Opsummering og delkonklusion	29
3. Det Psykiatriske Patientklagenævn	31
3.1 Klagefrister og forældelsesfrister	32
3.2 Særlig domstolsadgang	36
3.3 Patientrådgiverordningen	41
3.4 Sammensætning og organisering	43
3.4.1 Organisatorisk placering	43
3.4.2 Sagkundskab i nævnet	44
3.5 Opsummering og delkonklusion	47
4. Retspraksis og retspolitiske overvejelser	49
4.1 Retspraksis	49
4.1.1 Betingelser for tvang	49
4.1.2 Krænkelser af EMRK art. 3	52
4.2 Det menneskeretlige synspunkt	53
4.3 Det lægefaglige synspunkt	56
4.4 Retspolitiske overvejelser om nedbringelse af tvang	60
4.5 Opsummering og delkonklusion	62

5 Retssikkerhed og patientsikkerhed	64
5.1 Placering af individuel skyld	65
5.2 Tillidskrise	66
5.3 Forenkling af klagesystemet	67
5.4 Retssikkerheden i PKN	68
5.5 Tvangsbehandling	70
5.6 Opsummering og delkonklusion	71
6. Konklusion	72
Litteraturfortegnelse	74

1. Indledning

Hvert år udsættes mere end 5.500 personer for en eller flere tvangsforanstaltninger i psykiatrien. På trods af politiske ambitioner om nedbringelse af tvang, så er det ikke lykkedes i løbet af de seneste 10 år. Antallet af frihedsberøvede er forblevet uændret.¹ Når man fratager folk deres frihed, så påtager man sig samtidigt ansvaret for dem. Derfor er frihedsberøvelse reguleret af psykiatriloven (psl.), og bag loven ligger menneske- og grundlovsrettigheder.

I 2020 fik den psykiatriske patient Niels Lund Aggerholm medhold hos Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol (EMD) for Danmarks overtrædelse af den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) art. 3. Aggerholm var tvangsfikseret i 23 timer, hvilket dog ikke er særlig lang tid set i en dansk sammenhæng,² men det var den længste fiksering EMD nogensinde havde taget stilling til.³ EMD når frem til, at grundlaget for den tidsmæssige udstrækning af fikseringen ikke var tilstrækkeligt vurderet af de danske domstole. Danmark får desuden international kritik fra FN og Europarådets torturforebyggelseskomitéer og menneskerettighedskomité for brugen af tvang i psykiatrien.

En central del af de frihedsberøvede patienters retssikkerhed er sundhedsvæsenets klagesystemet, som er patienternes indgang til håndhævelsen af deres rettigheder. Patientklagesystemet har undergået mange ændringer i de ca. 35 år, det har eksisteret. Bl.a. pga. kommunalreform, nedlægning af statsforvaltningen og sundhedsreformer har patientklagesystemet udviklet sig til et komplekst og uigennemskueligt system, som både læger og patienter har udtrykt utilfredshed med.⁴ Det Psykiatriske Patientklagenævn (PKN) modtog 1731 klager over tvang i 2022.⁵ Emnets aktualitet understreges yderligere af igangværende undersøgelser af patientklagesystemet⁶, nyligt

¹ Sundhedsstyrelsen, *Monitorering af tvang i psykiatrien 2022*, s. 6

² Se bl.a. U 2023.378 H (lovlig tvangsfiksering i 12 dage) og U 2021.1893 H (9 måneders fiksering udgjorde krænkelse af EMRK art. 3)

³ Aggerholm v. Denmark, para 103

⁴ COWI, *Evaluering af sundhedsvæsenets patientklagesystem*, Ugeskrift for Læger, *Lægeforeningen, DSR og FOA: Patientklagesystemet skal gentænkes fra bunden* og Danske Patienter, *danskepatienter.dk, Politiske holdninger: Patientklagesystem*

⁵ Det Psykiatriske Patientklagenævn, *Årsberetning 2022*

⁶ Sundhedsministeriet, *Kommissorium for undersøgelsen af patientklagesystemet*

vedtaget sundhedsreform,⁷ og nyligt vedtaget flytning af PKN fra Erhvervsministeriet til Sundhedsministeriet.⁸

Denne opgave vil belyse en række forskellige spørgsmål, der relaterer sig til patientklagesystemet.

- Hvordan er patientklagesystemet opbygget, og hvordan har retsudviklingen været?
- Hvordan adskiller PKN sig, og hvilke konsekvenser har det?
- Hvad siger retspraksis og retspolitikken om klagesystemet og tvang i psykiatrien?
- Hvilken betydning har det for retssikkerheden og patientsikkerheden, og hvilken rolle spiller det ift. at nedbringelsen af tvang ikke er lykkedes?

1.1 Problemformulering

Undersøgelsesspørgsmålene leder til følgende problemformulering:

Hvilken betydning har retliggørelsen af sundhedsvæsenet, udviklingen af patientklagesystemet og Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis for retssikkerheden og patientsikkerheden for de centrale aktører i patientklagesystemet?

1.2 Afgrænsning

Nærværende afhandling beskæftiger sig primært med sundhedsretten, men inddrager menneskeretten og stats- og forfatningsretten i det omfang, det er relevant. Når lovgivningen om administrativ frihedsberøvelse behandles, er det primært tvangsindgreb med hjemmel i psl., der tænkes på. Dog inddrages tvang efter epidemiloven og efter tvangsbehandlingsloven i forbindelse med gennemgangen af den kvalificerede domstolskontrol efter grl. § 71, stk. 6. Anden administrativ frihedsberøvelse, herunder 'præventiv anholdelse' efter politiloven eller frihedsberøvelse efter udlændingeloven, falder uden for opgavens område.

Fokus for afhandlingen vil være de processuelle regler for de sundhedsretlige kontrolorganer. De materielle sundhedsretlige regler belyses kun i det omfang, det er

⁷ Sundhedsministeriet, *Sundhedsreform*

⁸ Sundhedsministeriet, *Psykiatrisk patientklagenævn flyttes*

påkrævet, for at forstå genstanden for kontrolorganerne og konteksten for de processuelle regler.

Foruden klageordningerne henviser begrebet 'patientklagesystemet' i denne fremstilling også til tilsyns- og erstatningsorganerne. Derudover gennemgås også de øvrige kontrolmuligheder, som patienterne har via § 71-tilsynet, Folketingets Ombudsmand, domstolene og rapporteringssystemet for Utilsigtede Hændelser (UTH).

Afhandlingen beskæftiger sig særligt med PKN, da en undersøgelse af alle klageorganer i dybden ville være for omfattende. Formålet med opgaven er at klarlægge retstilstanden for de involverede parter i PKN i sammenligning med det øvrige patientklagesystem. De involverede parter er patienterne, sundhedspersonalet og regionerne.

Afhandlingen forsøger derudover at bidrage med en praktisk vinkel ved at analysere retspraksis om frihedsberøvelse i psykiatrien og inddrage de menneskeretlige, lægefaglige og retspolitiske argumenter, som fylder i den aktuelle debat om patientklagesystemet og nedbringelse af tvang i psykiatrien.

Privatretlige og overenskomstbaserede klagenævn falder i denne afhandling uden for, hvad der menes med 'patientklagesystemet'. Fokus for denne afhandling er altså de offentligretlige klage- og tilsynsorganer på sundhedsområdet og domstolenes bidrag til forståelsen af gældende ret. Ankestyrelsen, kommunaltilsynet og psykolognævnet henhører under Social-, Bolig- og Ældreministeriet, og falder derfor uden for afhandlingens område.

Selvom Patienterstatningen er en privat forening oprettet af regioner og forsikringsselskaber, så behandles den alligevel som en del af patientklagesystemet her, da erstatningsordningen er nært knyttet til det offentlige klagesystem, da erstatningerne primært udbetales af det offentlige, og ordningen er af væsentlig betydning for patienterne. Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning behandles dog ikke.

1.3 Metode og kilder

Afhandlingen benytter først og fremmest den retsdogmatiske metode, hvorved gældende ret søges beskrevet, analyseret og systematiseret gennem alle tilgængelige retskilder.⁹ I afhandlingen inddrages relevant lovgivning, lovforarbejder, administrative forskrifter, juridisk litteratur og retspraksis. Baggrunden for at benytte den retsdogmatiske metode i den retlige gennemgang af patientklagesystemet er for at belyse det komplicerede klagesystem og derigennem undersøge retstilstanden.

En gennemgang af patientklagesystemet udgør sammenligningsgrundlaget for en komparativ analyse af PKN, hvor der fokuseres på de punkter, hvor PKN adskiller sig fra det øvrige patientklagesystem. Som en del af belysningen af PKN og af lægestandens holdning til PKN, har der været foretaget en kort kvalitativ undersøgelse, hvor Nævnenes Hus og Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) skriftligt er blevet adspurgt en række spørgsmål. Svar på spørgsmålene fremgår af afhandlingens bilag. Den retlige analyse af patientklagesystemet og PKN leder afhandlingen videre til diskussionen af retssikkerheden og patientsikkerheden.

Den litteraturmæssige indgangsvinkel til emnet har været professor Helle Bødker Madsens bøger i sundhedsret og psykiatret. Patientklagesystemets udvikling er af særlig interesse for analysen, hvorfor der er inddraget lovforarbejder, historisk lovgivning og historiske lovforarbejder for at være i stand til at identificere, hvilke punkter lovgiver har ændret og justeret, og hvad hensigten bag det har været. Retspraksis er udvalgt på baggrund af, at dommene ændrer PKN's afgørelser og belyser de områder, hvor PKN's praksis giver anledning til uhensigtsmæssigheder.

Belysningen af de lægefaglige argumenter baserer sig primært på DPS' udtalelser og belysningen af de menneskeretlige argumenter baserer sig særligt på Institut for Menneskerettigheders (IMR) artikler og høringssvar. Derudover benytter afhandlingen en lang række pressemeddelelser og nyhedsartikler til at belyse tidligere og aktuelle debatter og hændelser af relevans for diskussionen om retssikkerheden og patientsikkerheden i patientklagesystemet.

⁹ Blume s. 32

1.4 Struktur

Først gennemgås patientklagesystemet og den øvrige kontrol med sundhedsvæsenet i afsnit 2 for at forstå sundhedsrettens klagesystem og den kontekst, som PKN agerer i. Baggrund og formål for de lovbestemte rekursmuligheder belyses med henblik på at give overblik og forståelse for den retshistoriske udvikling inden for de sundhedsretlige klageorganer.

Der sondres indledningsvist mellem den almindelige lovbestemte klageadgang indenfor sundhedsvæsenet og de specielle lovbestemte klage- og ankeinstanser. Derefter behandles tilsynsmyndigheden, patienterstatningsordningen og til sidst den øvrige retlige kontrol med sundhedsvæsenet.

Afhandlingen dykker dernæst mere specifikt ned i, på hvilke punkter PKN adskiller sig fra de øvrige klage-, tilsyns- og erstatningsorganer i afsnit 3. Konkrete elementer i sagsbehandlingen og sammensætningen i nævnet behandles og analyseres i sammenligning med de øvrige organer. Domstolskontrol med sundhedsforvaltningen behandles under afsnit 2, men behandles mere indgående i relation til den særlige domstolskontrol, som gælder for PKN, under afsnit 3.

Til sidst vil afhandlingen, med afsæt i analysen af patientklagesystemet, diskutere hvordan det står til med retssikkerheden og patientsikkerheden i PKN og i patientklagesystemet generelt. I den forbindelse inddrages perspektiver fra retspraksis, de retspolitiske overvejelser om nedbringelse af tvang og aktørerne i patientklagesystemets synspunkter. Disse perspektiver er belyst i afsnit 4, og diskussionen af retssikkerheden og patientsikkerheden finder herefter sted i afsnit 5.

2. Patientklagesystemet

Et selvstændigt ministerium for sundhedsområdet blev oprettet i 1987,¹⁰ og derefter fulgte oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1988,¹¹ Det Psykiatriske

¹⁰ Sundhedsministeriet, sum.dk, *Ministeriet historie*

¹¹ Centralstyrelsesloven, LOV nr. 397 af 10/06/1987

Patientklagenævn (PKN) i 1989¹² og patienterstatningsordningen i 1992¹³. Tidligere var forholdene i sundhedsvæsenet reguleret af væsentligt ældre lovgivning, nemlig 1932-Centralstyrelsesloven¹⁴ og 1938-Sindssygeloven¹⁵, og patienternes eneste mulighed for retlig kontrol eller erstatning var gennem domstolene. Oprettelsen af patientklagenævne og patienterstatningsorganet udgjorde dermed en væsentlig materiel og processuel forbedring af patienternes retsstilling. Siden er patienterne i stigende grad blevet tillagt patientrettigheder gennem lovgivningen med det formål at forbedre patientsikkerheden og retssikkerheden.

Administrativ rekurs er en forvaltningsretlig retsgrundsætning, som indebærer, at borgerne har adgang til at indbringe en myndigheds afgørelse for en anden myndighed, der har pligt til at realitetsbehandle klagen. Retsgrundsætningen gælder for myndigheder, der står i over-/underordningsforhold, f.eks. en styrelses afgørelse, som påklages til ressortministeriet.¹⁶ Regioner indgår ikke i det administrative hierarki, hvorfor deres afgørelser kun kan påklages i tilfælde af lovbestemt rekurs.¹⁷ I dag er der dog en stigende tendens til at regulere rekursordningerne med skrevne regler. Det betyder bl.a., at rekursadgangen til vedkommende minister ofte er afskåret ved lov,¹⁸ og at der i flere tilfælde er oprettet klageordninger for myndigheder, som ellers ikke indgår i det administrative hierarki, som det f.eks. er tilfældet med patientklagesystemet.

Faktisk forvaltningsvirksomhed anses ikke for en afgørelse i forvaltningslovens forstand, hvorfor denne normalt ikke kan være genstand for rekurs.¹⁹

Patientklagesystemet rummer både rekursinstanser, der behandler klager over faktisk forvaltningsvirksomhed, f.eks. klager over sundhedsfaglig behandling til Styrelsen for Patientklager (STPK), og instanser, der behandler klager over forvaltningsafgørelser, f.eks. klager over erstatningsafgørelser til Ankenævnet for Patienterstatningen.

¹² 1989-psykiatriloven, LOV nr. 331 af 24/05/1989

¹³ Patientforsikringsloven, LOV nr. 367 af 06/06/1991

¹⁴ 1932-Centralstyrelsesloven, LOV nr. 182 af 23/06/1932

¹⁵ 1938-Sindssygeloven, LOV nr. 118 af 13/04/1938

¹⁶ Revsbech m.fl. s. 375 f.

¹⁷ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 547

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Fenger s. 81

Et markant træk ved dansk administration er det store antal ankenævn, hvilket formentlig kan forklares med, at Danmark ikke har en forvaltningsdomstol. Hovedformålet bag administrativ rekurs er at værne om borgernes retssikkerhed.²⁰ Øget retliggørelse af sundhedsvæsenet²¹ har derfor givet behov for flere forvaltningsretlige håndhævelsesinstanser.

Fordelene ved administrativ rekurs sammenholdt med anden kontrol er, at det er gratis for borgerne, det er som regel hurtigere end domstolskontrollen, samt at rekursmyndigheden kan sætte en anden afgørelse i stedet for den påklagede.²² Sidstnævnte beføjelse er dog i flere tilfælde afskåret for klageorganerne i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og STPK beskæftiger sig udelukkende med at udtale kritik og derigennem bidrage til at fastlægge den sundhedsfaglige norm. PKN, Det Psykiatriske Ankenævn (PKA) og Tvangsbehandlingsnævnet kan udelukkende stadfæste eller tilsidesætte en beslutning om tvang.

2.1 Retsudvikling

Med oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1988 blev der etableret en særlig klageordning, hvormed sundhedsfaglig virksomhed blev genstand for administrativ rekurs.²³

Erstatning for skader i forbindelse med behandling blev i 1992 omfattet af patientforsikringsloven, hvormed patienterstatning overgik fra at være reguleret af culpareglen ved domstolene til en såkaldt ”no fault”-forsikringsordning, som indebar både en processuel og materiel forbedring af patienternes mulighed for at få erstatning.²⁴ Siden er reglerne og organiseringen af patientklagesystemet ændret adskillige gange i et forsøg på at give patienterne en bedre retsstilling.

²⁰ Revsbech m.fl. s. 376

²¹ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 26

²² Revsbech m.fl. s. 378

²³ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 610

²⁴ *Ibid.* s. 547

I forbindelse med gennemførelsen af kommunalreformen i 2007 blev amtskommunerne nedlagt, og ansvaret for sygehusvæsenet overgik til de fem regioner. Den lovgivningsmæssige gennemførelse skete ved sundhedsloven (SL), som samlede forhold, der tidligere havde været reguleret i 15 forskellige love, i én sammenhængende lov.²⁵ På klage- og erstatningsområdet blev bestemmelser, der tidligere var reguleret i centralstyrelsesloven, patientforsikringsloven og lægemiddelskadeerstatningsloven samlet i en ny lov; lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet (KEL).²⁶

I 2007 trådte også autorisationsloven (aul.) i kræft, som samlede indholdet fra de 14 hidtil eksisterende autorisationslove.²⁷ I 2015 flyttede tilsynsvirksomheden fra Sundhedsstyrelsen til den dengang nyoprettede Styrelse for Patientsikkerhed (STPS) for at styrke patientsikkerheden.

I forhold til klageordningerne skete der væsentlige ændringer med en lovændring, der trådte i kræft i 2011.²⁸ Sundhedsvæsenets Patientklagenævn blev afløst af Patientombuddet, som skulle udgøre en ny entydig klageindgang på sundhedsområdet, hvortil alle klager, erstatningskrav mv. skulle indgives. Med lovændringen fik patienterne muligheden for at vælge imellem at klage over et behandlingssted (forløbsklager) eller over en konkret sundhedsperson (disciplinærnævnsager). Denne sontring og opdeling er siden fastholdt.

Patientombuddet blev i 2015 afløst af STPS, som i 2018 blev afløst af STPK. STPK behandler forløbsklager og rettighedsklager, mens klager over konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed behandles af det uafhængige nævn, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, som sekretariatsbetjenes af STPK.²⁹

²⁵ Sundhedsloven § 277, stk. 2

²⁶ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 26-28

²⁷ *Ibid.* s. 28

²⁸ LOV nr. 706 af 25. juni 2010

²⁹ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 613

På baggrund af den politiske aftale om sundhedsreformen fra 2022 er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal se på at forbedre og forenkle patientklagesystemet. Af kommissoriet fremgår, at arbejdsgruppen skal se på, om brugen af dialogsamtaler og vejledning kan øges i stedet for klagesagsbehandling. Arbejdsgruppen skal desuden se på, om klager i højere grad kan behandles som forløbsklager frem for disciplinærnævnsager. Arbejdet forventes færdigt ultimo 2023.³⁰

2.1.1 Patientrettigheder

Rettighederne kan opdeles i processuelle patientrettigheder, dvs. regler om selvbestemmelse, informationspligt, tolkebistand mv., og materielle patientrettigheder, dvs. krav til behandlingstilbuddets art, omfang og kvalitet.³¹

Den øgede retliggørelse har først og fremmest ført til en præcisering af de processuelle patientrettigheder. Flere af de processuelle rettigheder er udformet som kvalificerede retskrav. Hermed ment at bestemte krav skal opfyldes og bestemte ydelser stilles til rådighed uanset ressourcetsituationen.³² Som eksempel herpå kan nævnes informeret samtykke efter SL § 15 og aktindsigt i patientjournal efter SL § 37.

De materielle patientrettigheder beror i høj grad på skønspregede pligtregler. Autoriserede sundhedspersoner er efter aul. § 17 forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virke. Bestemmelsen giver patienter ret til at modtage behandling, der er fagligt forsvarlig. Den endelige fastlæggelse af den sundhedsfaglige norm, bestemmes ved prøvelsesinstanserne, altså Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, STPS og i sidste ende domstolene, hvilket betyder, at der er tale om en retsstandard.³³ Andre eksempler på materielle patientrettigheder er retten til abort efter SL § 92 og retten til behandling svarende til god psykiatrisk sygehusstandard efter psl. § 2, stk. 5.

³⁰ Sundhedsministeriet, *Kommissorium for undersøgelsen af patientklagesystemet*

³¹ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 25

³² Bødker Madsen, *Retliggørelse af sygehusydelsen* s. 249

³³ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 119

2.2 Klageorganer

Det er centralt for patienternes retsstilling, at der eksisterer en effektiv klageadgang, der sikrer håndhævelsen af patientrettighederne, da disse rettigheder i modsat fald kunne opleves som værende uden reel betydning. Med effektiv klageadgang menes en gratis og nem klageadgang, hvor klager behandles forholdsvis hurtigt og under betryggende former.³⁴

Domstolsprøvelse som eneste klagemulighed ville være uhensigtsmæssig pga. den gennemgående lange sagsbehandlingstid og de ressourcekrævende forløb. Tidsfaktoren er vigtig for patienter med behov for sygehusbehandling, og spørgsmålet om en ressourcekrævende proces er væsentligt for denne persongruppe, som typisk er ressourcevag.³⁵

2.2.1 Den almindelige klageadgang

Den almindelige klageadgang indenfor sundhedsvæsenet indeholder to klagemuligheder.

Den første klagemulighed er, at patienterne kan klage over behandlingsstedets sundhedsfaglige virksomhed og behandlingsstedets overholdelse af de processuelle patientrettigheder, de såkaldte forløbsklager, til STPK.

Den anden klagemulighed er klager over konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed og deres overholdelse af de processuelle patientrettigheder, de såkaldte disciplinærnævnsager. Disse klager indgives samme sted, til STPK, men behandles af det uafhængige nævn, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

³⁴ Bødker Madsen, *Privatisering og patientrettigheder* s. 470 ff.

³⁵ Bødker Madsen, *Retliggørelse af sygehusydelsen* s. 257

Klageorgan	Område	Hjemmel	Adm. rekurs
Styrelsen for Patientklager	<ul style="list-style-type: none"> behandlingsstedets faglige virksomhed og overholdelse af processuelle patientrettigheder 	KEL § 1, stk. 1	→ Afskåret, jf. KEL § 11, stk. 3
Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	<ul style="list-style-type: none"> konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed og overholdelse af processuelle patientrettigheder 	KEL § 2, stk. 1	→ Afskåret, jf. KEL § 13, stk. 2

Selvom den videre administrative rekurs er afskåret, så kan sagerne stadig indbringes for domstolene, jf. grl. § 63, og for Ombudsmanden for så vidt angår de forvaltningsretlige aspekter, jf. ombudsmandsloven (ombl.) § 7, stk. 1, 1. pkt.

Patienten vælger selv, om vedkommende vil indgive en forløbsklage eller en disciplinærnævnsklage. Om samspillet mellem de to klageorganer er det bestemt, at en klage over den samme behandling ikke kan behandles af begge organer. STPK kan hverken behandle en klage sideløbende med eller efter, at Disciplinærnævnet har behandlet en klage vedrørende den samme sundhedsfaglige virksomhed, jf. KEL § 1, stk. 1, 2. pkt. I udgangspunktet gælder det samme, med omvendte fortegn, for Disciplinærnævnet, jf. KEL § 2, stk. 1, 2. pkt., medmindre STPK har udtalt kritik af sundhedsvæsenets faglige virksomhed. I de tilfælde kan man godt efterfølgende stille en konkret sundhedsperson til ansvar.

For så vidt angår forløbsklagerne, afgør STPK om den sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, eller om sundhedsvæsenet har handlet i strid med lovgivningen, jf. KEL § 1, stk. 2.

Disciplinærnævnet afgør, hvorvidt sundhedspersonens sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, eller om sundhedspersonen har handlet i strid med de processuelle patientrettigheder, jf. KEL § 3, stk. 1.

Disciplinærnævnet kan udtale kritik, herunder med indskærpelse, hvis sundhedspersonen ikke har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed, eller sundhedslovens regler er overtrådt. Disciplinærnævnet kan ydermere anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, såfremt en sag giver grundlag for

berettiget mistanke om, at sundhedspersonen har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen skødesløshed.³⁶

Disciplinærnævnets sanktionsmuligheder omfatter endvidere offentliggørelse af afgørelser uden anonymisering, den såkaldte 'gabestok'.³⁷ I sager hvor der er givet kritik for alvorlig eller gentagen forsømmelse, er Disciplinærnævnet forpligtet til at offentliggøre afgørelsen uden anonymisering af den indklagede sundhedsperson.³⁸ Afgørelserne offentliggøres på sundhed.dk og Disciplinærnævnets hjemmeside, og forbliver offentlige i 2 år.³⁹

Har STPK eller Disciplinærnævnet udtalt kritik af et behandlingssted eller en sundhedsperson, kan der efterfølgende rejses en tilsynssag hos STPS. STPK og Disciplinærnævnet har en underretnings- og oplysningspligt overfor STPS, således at STPS kan bruge arbejdet fra klageorganet i en eventuel tilsynssag.

2.2.2 Specielle lovbestemte klageordninger indenfor sundhedsvæsenet

Udover den almindelige klageadgang, så er der løbende oprettet specielle klageorganer på en række områder indenfor sundhedsvæsenet. Lovgiver har vurderet, at der har været behov for at indføre en speciel klageadgang i følgende tilfælde:

³⁶ Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn § 13

³⁷ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 634

³⁸ Bekendtgørelse om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet § 1, stk. 1

³⁹ Ibid. § 9, stk. 1

Klageorgan	Område	Hjemmel	Adm. rekurs
Abortankenævn	- afslag fra de regionale abortsamråd	SL § 97, stk. 2	→ Sundhedsministeriet
Ankenævn for Tilsynsafgørelser	- 2. instans for STPS' tilsynsafgørelser	KEL § 16 e, stk. 1	→ Afskåret , jf. KEL § 16 e, stk. 2
Ankenævn for Besøgsrestriktioner	- besøgsrestriktioner efter epidemiloven	Epidemiloven § 61, stk. 1	→ Afskåret , jf. Epidemiloven § 61, stk. 4
Tvangsbehandlingsnævnet	- tvang i <u>somatikken</u>	KEL § 16 a, stk. 1	→ Afskåret , jf. KEL § 16 a, stk. 2
Det Psykiatriske Patientklagenævn	- tvang i psykiatrien	Psl. § 35	→ Lovbestemt rekurs til Det Psykiatriske Ankenævn
Det Psykiatriske Ankenævn	- 2. instans for afgørelser fra PKN vedr. tvangsbehandling	Psl. § 38	→ Afskåret , jf. <u>psl.</u> § 38, stk. 3
Ankenævn for Patienterstatningen	- 2. instans for Patienterstatningen	KEL § 58 a	→ Afskåret , jf. KEL § 58 b, stk. 1, 1. pkt.

Ligesom for klager efter den almindelige klageadgang gælder det, at selvom administrativ rekurs er afskåret, så kan sager stadig indbringes for Ombudsmanden og domstolene.

Særligt for Tvangsbehandlingsnævnet, Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn kan sager også indbringes for Folketingets § 71-tilsyn, jf. grl. § 71, stk. 7.

Abortankenævnet kan spores tilbage til lov om svangerskabsafbrydelse fra 1970⁴⁰. Nævnets funktion var og er stadig i dag at være den landsækkende klage- og tilsynsinstans for de regionale abortsamråd, og nævnet har derved til opgave at sørge for ensartetheden i abortsamrådenes praksis. Fra 1973 med den ændring at der ikke skulle gives tilladelse til abort før 12. svangerskabsuge.⁴¹

⁴⁰ Lov om svangerskabsafbrydelse m.v., LOV nr. 120 af 24/03/1970

⁴¹ L 114, Folketingstidende 1972-73, spalte 2387-2402

Ankenævn for Tilsynsafgørelser blev etableret 1. juli 2021⁴², som en del af tillidspakken efter kritik fra lægestanden i forbindelse med Svendborgsagen.⁴³ Nævnet har til formål at øge retssikkerheden for sundhedspersoner ved at give adgang til en 2. instans for alvorlige tilsynsafgørelser. Nævnet er det eneste ankenævn indenfor sundhedsretten, hvor det udelukkende er sundhedspersoner og ikke patienter og pårørende, der har klageadgang.

Ankenævn for Besøgsrestriktioner blev oprettet i forbindelse med epidemilovsændringen i 2021.⁴⁴ Med lovændringen tillægges STPS beføjelse til at påbyde regioner og kommuner at gennemføre besøgsrestriktioner på hospitaler og plejehjem. Det blev i den forbindelse anset for nødvendigt at der blev oprettet et særligt klagenævn, bl.a. for at undgå overimplementering.⁴⁵

Tvangsbehandlingsnævnet blev oprettet med tvangsbehandlingsloven i 2017.⁴⁶ Med loven indføres hjemmel til gennemførelse af somatisk tvangsbehandling af varigt inhabile patienter, som modsætter sig en sundhedsfagligt nødvendig behandling. Regulering af området sker på baggrund af bl.a. anbefalinger fra Det Ethiske Råd og IMR.⁴⁷ Tvangsbehandlingsloven udstikker den retlige ramme, som på den ene side skal tilgodese patienternes selvbestemmelsesret og på den anden side varigt inhabiles patientsikkerhed i form af at modtage nødvendig behandling og omsorg.

PSL blev vedtaget i 1989,⁴⁸ hvorved PKN blev oprettet. Indførelse af PSL havde til formål at styrke psykiatriske patienters retsstilling i forbindelse med tvang.⁴⁹ PKN blev i første omgang oprettet som lokale nævn i amtskommunerne, da det blev tillagt særlig betydning, at klager og patientrådgiver havde mulighed for personligt fremmøde.⁵⁰

⁴² LOV nr. 1855 af 09/12/2020 § 2 nr. 4

⁴³ Sundhedsministeriet, *Et år efter Svendborgsagen: Lovforslag skal styrke sundhedspersoners retssikkerhed*

⁴⁴ Epidemiloven, LOV nr. 285 af 27/02/2021

⁴⁵ L 134, Folketingstidende 2020-2021, s. 81

⁴⁶ Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, LOV nr. 655 af 08/06/2017

⁴⁷ L 185, Folketingstidende 2016-17, s. 7-8

⁴⁸ 1989-psykiatriloven, LOV nr. 331 af 24/05/1989

⁴⁹ L 76, Folketingstidende 1988-89, spalte 2047

⁵⁰ Ibid. spalte 2071-2072

Nævnet er siden blevet centraliseret, og sagsbehandlingen foregår i dag ved videomøder.⁵¹

I perioden fra psl.'s vedtagelse og indtil 2010 varetog Sundhedsvæsenets Patientklagenævn rollen som ankeinstans for PKN.⁵² PKA blev i 2011 oprettet i forbindelse med nedlæggelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Baggrunden for oprettelsen af PKA som selvstændigt nævn var ønsket om at adskille afgørelser om tvang fra afgørelser over konkrete sundhedspersoners virke. Sidstnævnte type sager skulle fremadrettet behandles af det dertil oprettede Disciplinærnævn.⁵³

PKA kan kun behandle klager over tvangsbehandling og anvendelse af fysisk magt. Tvangsindgreb der har karakter af administrativ frihedsberøvelse, altså tvangslæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og tvangsfiksering, behandles ikke af ankenævnet, men skal ved patientens anmodning indbringes for retten efter reglerne i rpl. kap. 43 a, jf. psl. § 37, stk. 1, hvilket er en udmøntning af grl. § 71, stk. 6.

Der har eksisteret en ankeadgang for patienterstatningen siden indførelse af lov om patientforsikring i 1991.⁵⁴ Sagsbehandlingen fra Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet blev samlet under et nyt nævn i 2015: Ankenævnet for Patienterstatningen. Baggrunden for sammenlægningen var et ønske om forenkling af reglerne, samt en måde hvorpå dobbelt sagsbehandling kunne undgås.⁵⁵ Ankenævnet for Patienterstatningen anses for så domstolslignende et organ, at det ikke er omfattet af ombudsmandens kompetence, jf. ombl. § 7, stk. 2.⁵⁶

2.3 Tilsynsorganer

Der sondres mellem det almindelige statslige tilsyn med kommunerne, kommunaltilsynet, og det specielle tilsyn, sektortilsynet. Kommunaltilsynet, som

⁵¹ Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn, BEK nr. 171 af 17/02/2023

⁵² 1989-psykiatriloven, LOV nr. 331 af 24/05/1989 og 2010-psykiatriloven LBK nr. 1729 af 02/12/2010

⁵³ Det Psykiatriske Ankenævn, *Årsberetning 2011*

⁵⁴ Patientforsikringsloven, LOV nr. 367 af 06/06/1991

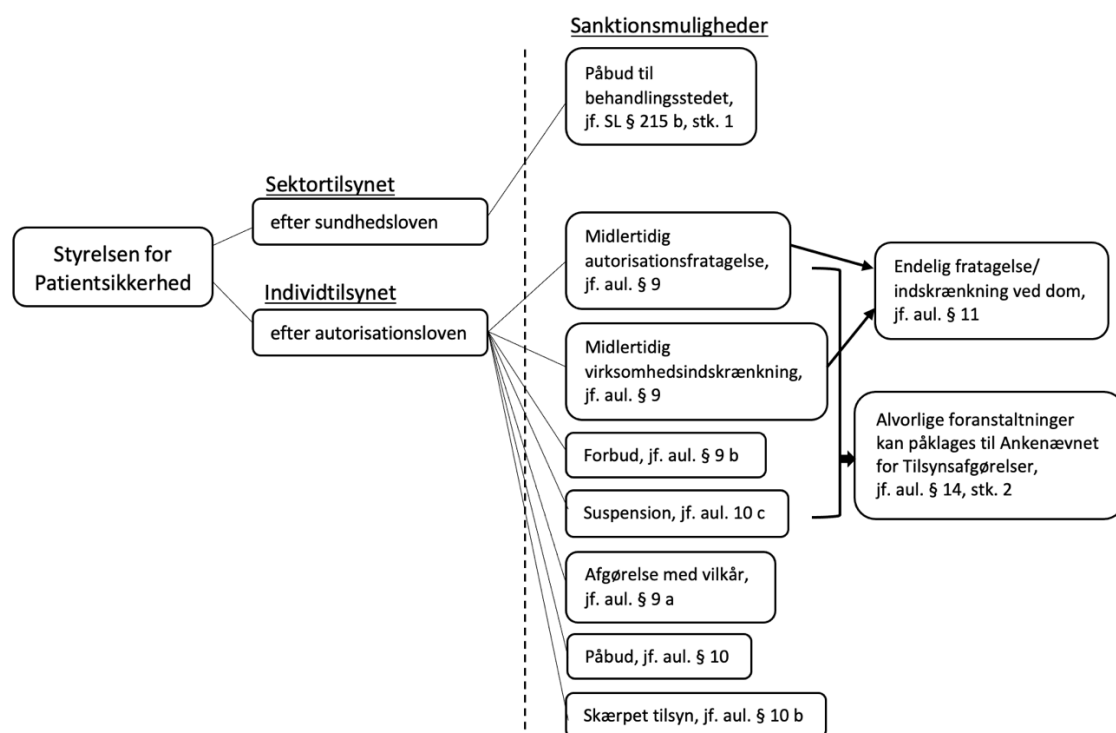
⁵⁵ L 126, Folketingstidende 2013-14

⁵⁶ Fenger s. 973

varetages af Ankestyrelsen, er reguleret i kommunestyrelsesloven, og reglerne finder også anvendelse på tilsynet med regionerne, jf. regionsloven § 31. Kommunaltilsynet er subsidiært ift. sektortilsynet, jf. kommunestyrelsesloven § 48, stk. 3, hvoraf det fremgår, at det almindelige tilsyn ikke kan anvendes, i det omfang særlige klage- eller tilsynsmyndigheder kan tage stilling til den pågældende sag.

Brug af retlige styrings- og kontrolmidler ift. regioner kræver særskilt lovhjemmel.⁵⁷ STPS har lovhjemmel til at udføre det overordnede tilsyn med sundhedsvæsenet, jf. SL § 213, stk. 1, et risikobaseret tilsyn med udvalgte behandlingssteder, jf. SL § 213, stk. 2 og et fagligt individtilsyn med autoriserede sundhedspersoner, jf. aul. § 5.

Overblik over STPS' kompetence og sanktionsmuligheder:



De tilsynsforanstaltninger der ikke kategoriseres som *alvorlige* i lovgivningen, altså afgørelse med vilkår, påbud og skærpet tilsyn, kan ikke indbringes for Ankenævnet for Tilsynsafgørelser, jf. aul. § 14, stk. 1.

⁵⁷ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 599

STPS kan bringe sanktionsmulighederne i spil, hvis styrelsen vurderer, at der foreligger en fare for patientsikkerheden. Ved vurderingen heraf skal styrelsen foretage et sundhedsfagligt skøn. De sundhedsmæssige forhold, der kan udløse krav efter bestemmelsen, skal forstås bredt og fortolkes i lyset af hensynet til varetagelse af patientsikkerheden.⁵⁸

STPS besidder sagkundskab på området for det sundhedsfaglige tilsyn. Styrelsen har sagkyndige rådgivere ansat, som overvåger, rådgiver og deltager i tilsynsarbejdet. Tilsynsbesøg foretages af tilsynsførende. Der vil altid være tilsynsførende, som er autoriserede sundhedspersoner, f.eks. speciallæger, sygeplejersker og tandlæger. Derudover kan der være jurister og andre faggrupper, som bidrager ved tilsynet.⁵⁹

2.4 Erstatningsorganer

Indtil vedtagelse af patientforsikringsloven var patienters eneste mulighed for at få erstatning at påberåbe sig erstatning efter culpareglen hos domstolene.

2.4.1 Patienterstatningen

I dag yder Patienterstatningen erstatning til patienter eller efterladte, som oplever skader som følge af behandling eller undersøgelse på sygehusene, det præhospitale område og i praksissektoren, jf. KEL § 19, stk. 1 og 2.

Patienterstatningsordningen sikrer patienterne lettere adgang til erstatning end efter culpareglen. Betingelsen for erstatning er ikke afhængig af, at der er udført en ansvarspådragende fejl, dvs. der gælder en ”no fault”-ordning. Processuelt sikres patienterne bedre, da erstatningskrav anmeldes ved Patienterstatningen fremfor, at der skal anlægges sag ved domstolene. Samtidigt medfører reglerne, at patienterne er afskåret fra at anlægge sag efter de almindelige erstatningsregler, i det omfang skaden er omfattet af KEL, jf. KEL § 26.

⁵⁸ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 604

⁵⁹ Styrelsen for Patientsikkerhed, *stps.dk, Spørgsmål og svar om tilsyn*

Beviskravet for årsagssammenhængen er lempet, jf. KEL § 20. Erstatning for behandlingsskader ydes, såfremt skaden er omfattet af specialistreglen, apparatursvigtrengen, facitrengen eller rimelighedsreglen, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4. Der ydes også erstatning for lægemiddelskader, jf. KEL § 38, såfremt patienten oplever alvorlige og sjældne bivirkninger ved medicinen.

Erstatning og godtgørelse tilkendes efter reglerne i erstatningsansvarsloven (EAL), jf. KEL § 24, stk. 1, dvs. at erstatning i udgangspunktet udmåles efter de samme regler, som gælder for erstatningskrav efter de almindelige erstatningsregler. En af undtagelserne hertil er dog den selvrisiko, som gælder ved patienterstatning, jf. KEL § 24, stk. 2, og som i 2023 udgør 8.305 kr.

Den erstatningsansvarlige region eller forsikringsselskab udbetaler erstatningen til skadelidte, jf. KEL § 33, stk. 4. Regionen eller forsikringsselskabet kan have et regreskrav mod en konkret sundhedsperson, såfremt denne har forvoldt skaden forsætteligt eller groft uagtsomt, jf. KEL § 27. Denne bestemmelse svarer således til reglen om arbejdsgivers regresret i EAL § 19, stk. 3, dog er regresretten i KEL § 27 udvidet til også at omfatte regionens regres mod privatpraktiserende sundhedspersoner, f.eks. privatpraktiserende læger, jf. KEL § 29, stk. 1, nr. 5. Erstatning for lægemiddelskader finansieres af staten, jf. KEL § 54, stk. 1.

De selvforsikrede regionsråd og de forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer for erstatningspligtige privathospitaler, private klinikker og speciallægepraksis, opretter i fællesskab foreningen; Patienterstatningen, jf. KEL § 32, stk. 1. Foreningen vedtager en forretningsorden, der godkendes af sundhedsministeren.⁶⁰

Patienterstatningens bestyrelse kan ikke pålægge sekretariatet at afgøre en konkret sag på en bestemt måde, men kan kun fastsætte generelle retningslinjer.⁶¹ Sekretariatets medarbejdere, som typisk er jurister, behandler og afgør erstatningssagerne med

⁶⁰ Bekendtgørelse om vedtægter for Patienterstatningen, BEK nr. 613 af 23/05/2018 § 9, stk. 2

⁶¹ Patienterstatningen, patienterstatningen.dk, *Forretningsorden og vedtægter* § 4

inddragelse af Patienterstatningens lægekonsulenter. Forvaltningsloven finder anvendelse på Patienterstatningens virksomhed.⁶²

Patienterstatningen er dermed en privat forening men med forbindelse til Sundhedsministeriet, som har vedtaget bekendtgørelsen om foreningens vedtægter og som skal godkende forretningsordenen. Foreningen er sikret uafhængighed i behandlingen af erstatningssagerne, da det er sekretariatet, der afgør de enkelte sager.

2.4.2 Særligt om erstatning for ulovlig tvang

Der ydes ikke erstatning for ulovlig tvang via Patienterstatningsordningen, som i stedet følger dansk rets almindelige erstatningsbetingelser, hvormed det er domstolene, der afgør spørgsmålet om tortgodtgørelse.⁶³

Der argumenteres for, at erstatning for ulovlig tvang burde være omfattet af Patienterstatningsordningen i en UfR-artikel af Søren Birkeland.⁶⁴ Tvangsudøvelse anses ikke for omfattet af patienterstatningens behandlingsbegreb. Ifølge Birkeland er dette problematisk, når lovforarbejderne ellers lægger op til en bred forståelse af behandlingsbegrebet, og psykiatritvang som en *patientrettet helbredelsesforanstaltning* burde være omfattet. Det er svært for patienten at løfte bevisbyrden for culpa i forbindelse med et tortkrav for ulovlig tvang, hvilket kan være problematisk ift. EMRK art. 5, stk. 5 om en reel erstatningsadgang for uretmæssigt frihedsberøvede.

2.5 Øvrig kontrol

Den øgede retliggørelse af patientbehandlingen indebærer, at stadigt flere beslutninger, som træffes som led i patientbehandlingen, er omfattet af forvaltningslovens afgørelsesbegreb.⁶⁵ De ovenfor gennemgåede klage-, erstatnings- og tilsynsorganer dækker i de fleste tilfælde patienternes behov for at kunne håndhæve deres rettigheder. Derudover kan patienterne dog også vælge at rejse deres krav ved domstolene (hvis den

⁶² Bekendtgørelse om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringsforeningens virksomhed, BEK nr. 652 af 23/07/1992 § 1

⁶³ Bødker Madsen, *Psykiatritret* s. 220

⁶⁴ Birkeland, *Tortkrav efter uretmæssig psykiatritvang*

⁶⁵ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 26

administrative rekurs er udnyttet), eller at henvende sig med deres sag til § 71-tilsynet eller Folketingets Ombudsmand, såfremt sagen drejer sig om henholdsvis frihedsberøvelse eller et forvaltningsretligt emne.

2.5.1 § 71-tilsynet

Grl. § 71 om den personlige frihed pålægger Folketinget at nedsætte et udvalg, der fører tilsyn med frihedsberøvelse uden for strafferetsplejen, jf. grl. § 71, stk. 7. Det, der kendetegner administrativ frihedsberøvelse, er, at det er en forvaltningsmyndighed, der beslutter frihedsberøvelsen efter en række betingelser, som er fastsat ved lov.⁶⁶ § 71-tilsynet består af ni folketingsmedlemmer og nedsættes ved begyndelsen af hver folketingssamling, jf. Folketingets forretningsorden § 7, stk. 6, 2. pkt. Tilsynet er ikke en klageinstans og kan ikke træffe afgørelser om lovligheden af administrativ frihedsberøvelse.

Tilsynet kan derimod tage stilling til *behandlingen* af personer, der er underkastet administrativ frihedsberøvelse. Behandling skal forstås bredt, og begrebet fastlægges af tilsynet selv. Begrebet omfatter ikke kun det, der ud fra en lægefaglig vurdering vil karakteriseres som behandling, men også spørgsmål om anvendelse af tvang, belægningsforhold, personalenormering, aktivitetstilbud, beskæftigelsesønsker, institutionernes indretning og censurering af breve. Tilsynets medlemmer kan komme med deres vurderingen af forholdene, og kan i den forbindelse udtale kritik, henstille og anbefale.⁶⁷

Ift. udformningen af grl. § 71, stk. 7 var det et problem, at man ikke på det tidspunkt vidste, om ombudsmandsinstitutionen ville blive grundlovsfæstet. Stk. 7 blev derfor en garant for, at der ville være et tilsyn med administrativ frihedsberøvelse. Det var dog grundlovskommissionens intention at tilsynet i stk. 7 skulle sortere under ombudsmanden. Alligevel har § 71-tilsynet siden 1953-grundloven været et

⁶⁶ § 71-tilsynet i 50 år s. 19

⁶⁷ Bødker Madsen, *Psykiatriret* s. 230-231

parlamentarisk tilsyn. Dette skyldes muligvis, at ombudsmandens rolle først efterfølgende blev konkretiseret ved lov.⁶⁸

2.5.2 Ombudsmanden

Ombudsmanden fører kontrol med alle dele af den offentlige forvaltning, dvs. også regioner og sundhedsmyndigheder, jf. ombl. § 7, stk. 1, 1. pkt. Ombudsmanden behandler sager ved klage eller af egen drift. Rekursmulighederne skal være udtømt før Ombudsmanden kan behandle en klage, jf. ombl. § 14.

Som prøvelsesinstans bliver ombudsmanden ofte inddraget som alternativ til domstolene, navnlig fordi prøvelsen er uden retsafgift, normalt uden advokatombudsmandens kostninger og hurtigere end en retssag. Ombudsmanden tager stilling til sagernes forvaltningsretlige aspekter, samt spørgsmålet om god forvaltningsskik, herunder rimelig sagsbehandlingstid, personalets opførsel og indretning af institutioner. For så vidt angår bevismæssige spørgsmål er ombudsmandens kompetence dog begrænset, da ombudsmanden ikke har adgang til at afhøre vidner, men alene behandler sager på skriftligt grundlag.⁶⁹

Ombudsmanden kan ikke udstede retligt bindende afgørelser, kun udtale kritik eller henstille, men sådanne henstillinger følges så godt som altid.⁷⁰ Ombudsmanden besidder ikke sundhedsfaglig sagkundskab og efterprøver derfor ikke lægefaglige vurderinger, men med det øgede antal lovbestemte processuelle patientrettigheder udgør ombudsmanden et væsentligt supplement til de sundhedsspecifikke klageinstanser.⁷¹

Eksempler, hvor ombudsmanden har udtalt sig ift. god forvaltningsskik på sundhedsområdet, er, FOB 2009-12-2, hvor der udtales kritik af en sagsbehandlingstid på 5 ½ år hos Patientklagenævnet,⁷² og FOB 2022-10, hvor der udtales kritik af en

⁶⁸ § 71-tilsynet i 50 år s. 11-15

⁶⁹ Fenger s. 962

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 638-639

⁷² FOU nr. 2009.1202 5½ års samlet sagsbehandlingstid hos Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 12,4 måneder i klagesager om aktindsigt efter sundhedsloven hos STPK.⁷³

Om samspillet mellem ombudsmanden og § 71-tilsynet gælder, at ombudsmanden skal henvise klager fra administrativt frihedsberøvede til § 71-tilsynet, jf. ombl. § 15. I praksis behandler ombudsmanden dog uden videre sagerne selv og underretter § 71-tilsynet om den enkelte sags udfald, hvis den indeholder kritik, henstilling eller i øvrigt må anses for at være af principiel karakter. Ombudsmanden kan ligesom § 71-tilsynet inspicere psykiatriske afdelinger, jf. ombl. § 18. Der er således tale om et vist overlap mellem ombudsmanden og § 71-tilsynet.⁷⁴

2.5.3 Domstolene

Domstolene har adgang til at prøve øvrighedsmyndighedens grænser, jf. grl. § 63. Domstolsprocessen adskiller sig fra sagsbehandlingen ved klage- og tilsynsorganer, da sagerne ved domstolene behandles efter civilprocessen. Det betyder, at patienten skal anlægge et civilretligt søgsmål, og hermed varetage sagens oplysning sammen med modparten.

Domstolsprocessen er ressourcekrævende og forholdsvis langsommelig, hvilket udgør et retssikkerhedsmæssigt problem ift. patienter, som typisk er resourcesvage og har brug for en hurtig afgørelse.⁷⁵ Det er også baggrunden for, at der er oprettet så mange administrative klage-, tilsyns- og erstatningsorganer på sundhedsrettens område.

Et ønske om grundlovsfæstede frihedsrettigheder er at finde allerede i grundlovsforslaget af 1939. Grundlovsforslaget blev dog forkastet af befolkningen, og det videre grundlovsrevisionsarbejde blev først genoptaget efter krigen. Krigens begivenheder havde styrket viljen til at forbedre sikringen af den personlige frihed. Det var således grundlovskommissionens opfattelse, at den gældende bestemmelse om domstolsprøvelse af øvrighedsmyndighedens grænser kunne udlægges som svag og elastisk,

⁷³ FOU nr. 2022.10 Styrelsen for Patientklagers sagsbehandlingstid i klagesager om aktindsigt i patientjournaler

⁷⁴ Bødker Madsen, *Psykiatritret* s. 231-232

⁷⁵ Bødker Madsen, *Retliggørelse af sygehusydelsen* s. 249-257

idet den bl.a. åbnede op for den fortolkningsmulighed, at domstolsprøvelse ved frihedsberøvelser kunne indskrænkes. Drøftelser om forudgående retskendelse ved samtlige administrative frihedsberøvelser blev hurtigt forkastet, da et sådant krav ikke ville være praktisk muligt, bl.a. henset til omfanget af tvangsindlæggelser på psykiatriske hospitaler.⁷⁶

Grundlovens § 71, stk. 6 giver administrativt frihedsberøvede en særlig adgang til domstolsprøvelse, som blev indført med 1953-grundloven. Efter den tidligere grundlov havde administrativt frihedsberøvede samme mulighed for at få deres sag prøvet, som efter den bestemmelse der i dag findes i § 63. Grundlovskommissionen anså ikke denne ordning for betryggende, da det i mange tilfælde ikke ville være praktisk muligt for den administrativt frihedsberøvede at gennemføre en sådan sag. Kommissionen foreslog derfor, at der skulle gives adgang til domstolsprøvelse blot ved at fremsætte begæringen herom.⁷⁷

Spørgsmål om erstatning for ulovlig frihedsberøvelse skal efter begæring pådømmes under sagen om frihedsberøvelsens lovlighed, jf. rpl. § 469, stk. 6. Retten kan dog vælge at udskyde erstatningsspørgsmålet til senere behandling. Hvorvidt der foreligger et erstatningsansvar for ulovlig frihedsberøvelse, følger af dansk rets almindelige erstatningsregler.⁷⁸ Se afsnit 2.4.2 om erstatning for ulovlig tvang ovenfor.

Domstolene besidder ikke selv lægefaglig sagkundskab, men almindeligvis indhentes sagkyndige erklæringer, herunder fra Retslægerådet, til brug for retssagen. De sagkyndige erklæringer indgår principielt i bevisførelsen for domstolene på lige fod med andre beviser. Domstolene er således ikke bundet af erklæringerne, men uden lægefagligt bidrag ville domstolene have vanskeligt ved at føre prøvelsen til bunds.⁷⁹

⁷⁶ § 71-tilsynet i 50 år s. 9-11

⁷⁷ Forslag til Danmarks Riges Grundlov, Rigsdagstidende 1952-53, spalte 3562-3563

⁷⁸ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 476-477

⁷⁹ *Ibid.* s. 643

2.5.4 Utilsigtede hændelser

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtager, registrerer og analyserer rapporter om utilsigtede hændelser (UTH), jf. SL § 198, stk. 1. En sundhedsperson, der bliver opmærksom på en UTH i forbindelse med sit faglige virke, er forpligtet til at rapportere hændelsen, jf. SL § 198, stk. 2, hvorimod patienter og pårørende kan vælge at rapportere en UTH, jf. SL § 198, stk. 4. Der er tale om et ikke-sanktioneret system, hvorfor både den rapporterende og den indrapporterede person ikke som følge af rapporteringen kan underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af arbejdsgiveren, tilsynsmæssige reaktioner fra STPS eller strafferetlige sanktioner af domstolene.⁸⁰

Rapporterne fra de lokale rapporteringssystemer skal videresendes i anonymiseret form til det nationale rapporteringssystem ved STPS, jf. SL § 199, stk. 1 og 4. STPS vejleder sundhedsvæsenet på baggrund af de modtagne oplysninger, jf. SL § 199, stk. 1, 2. pkt. Hensigten med rapporteringssystemet er, at der forebyggende kan reageres fra sundhedsmyndighedernes side, samt forbedring af kvaliteten af sygdomsbehandlingen generelt.⁸¹

2.6 Opsummering og delkonklusion

Lovgiver har løbende fundet behov for oprettelse af specialiserede klageorganer på sundhedsområdet. Når man læser lovforarbejderne, er de gennemgående hensyn retssikkerhed og patientsikkerhed. Tendensen til at lovfæste patientrettigheder og omorganisere klageorganer har medført en kompleksitet i patientklagesystemet.

Der har eksisteret en pligt for kommuner og amter til at yde vejledning om klageadgang siden oprettelsen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.⁸² En stigende kompleksitet stiller krav om bedre patientvejledning, hvorfor regionernes vejledningsforpligtelse sidenhen er udvidet til, at der skal være patientkontorer i alle regioner.⁸³

⁸⁰ Ibid. s. 154

⁸¹ Patientsikkerhedsloven, LOV nr. 429 af 10/08/2003 og L 224, Folketingstidende 2002-03, side 6969

⁸² 1987-Centralstyrelsesloven, LOV nr. 397 af 10/06/1987 § 23

⁸³ Lov om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., LOV nr. 428 af 10. juni 2003

Behovet for vejledning afspejler, at patientklagesystemet kan være svært for patienterne at gennemskue. At patientklagesystemet opleves som uoverskueligt kan også læses i den kritik, der har været af systemet,⁸⁴ og i det kommissorium, der har nedsat en arbejdsgruppe, der skal gentænke patientklagesystemet.

Det bemærkes at flere af de gennemgåede klage- og ankenævn er oprettet indenfor de seneste 10 år, herunder Tvangsbehandlingsnævnet, Ankenævnet for Tilsynsafgørelser og Ankenævnet for Besøgsrestriktioner. Man har tilsyneladende forsøgt at løse problemer i patientklagesystemet ved at oprette flere nævn. Ankenævnet for Tilsynsafgørelser oprettes for at øge sundhedspersoners retssikkerhed efter af kritik af STPS's tilsynsvirksomhed, og Ankenævnet for Besøgsrestriktioner oprettes for at sørge for at myndighederne ikke overimplementerer restriktioner iværksat i kraft af epidemiloven. De specialiserede ankenævn er vigtige for retssikkerheden, men de bidrager unægteligt til klagesystemets kompleksitet.

Muligheden for at indgive forløbsklager, som har eksisteret siden 2011, anses både af patienter og sundhedspersonale for generelt at være en positiv udvikling.⁸⁵ Kritikken fra sundhedspersonale i forbindelse med Svendborgsagen var da også, at en enkelt person ifaldt et ansvar, som ifølge lægerne, burde være faldet tilbage på arbejdspladsen.⁸⁶ Forløbsklagerne giver netop patienterne mulighed for at klage over behandlingsstedet fremfor over en enkelt sundhedsperson. Svendborgsagen omhandlede selvfølgelig en tilsynssag med efterfølgende domstolsprøvelse og ikke en klage ved STPK eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, men Svendborgsagen eksemplificerer alligevel, det individfokus som nogle sundhedspersoner er utilfredse med. Patienterne er enige i, at indførelse af forløbsklagerne forbedrede klagesystemet, da fokus for klagen bliver det samlede system fremfor en enkelt person, og at sandsynligheden for at sikre positive forandringer dermed øges.⁸⁷

⁸⁴ Danske Patienter, danskepatienter.dk, *Politiske holdninger: Patientklagesystem*, og Ugeskrift for Læger, *Lægeforeningen, DSR og FOA: Patientklagesystemet skal gentænkes fra bunden*

⁸⁵ COWI, *Evaluering af sundhedsvæsenets patientklagesystem*

⁸⁶ Dagens Medicin, *Har læger fået mere tillid til Styrelsen for Patientsikkerhed? Seks læger gør status*

⁸⁷ COWI, *Evaluering af sundhedsvæsenets patientklagesystem*

Formålet med de mange navneændringer og omorganiseringer i patientklagesystemet er svært at få øje på. Der har ikke været en tradition for, at der kunne klages over ydelserne i sundhedsvæsenet før slutningen af 80'erne, hvor man oprettede et selvstændigt sundhedsministerium, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og de regionale psykiatriske patientklagenævn. Navneændringerne og omorganiseringerne afspejler formentlig processen med at finde det mest optimale patientklagesystem og de politiske uenigheder herom. Kommissoriet om undersøgelse af patientklagesystemet viser tydeligt, at dette arbejde stadig er i gang.

Patientklagesystemet og patienterstatningsordningen indebærer en betydelig processuel forsimpning for patienterne. Dette begrundes med at patienterne som gruppe typisk er ressourcetsvage, og at hurtig sagsbehandling er af afgørende betydning for denne gruppe. Det kan derfor undre at erstatning for ulovlig tvang er undtaget fra patienterstatningsordningen med henvisning til de argumenter, der fremføres af Søren Birkeland. Der kan dog argumenteres for at den processuelt lettede domstolsadgang efter grl. § 71, stk. 6 og det forhold at erstatningsspørgsmålet så vidt muligt skal bedømmes sammen med vurderingen af lovligheden af tvangsudøvelsen, jf. rpl. § 469, stk. 6, kan gøre op herfor.

Opsummerende kan det konkluderes at den administrative rekurs indenfor sundhedsvæsenet er tæt lovreguleret. Udviklingen er en følge af, at patienterne i stigende grad er tillagt patientrettigheder gennem lovgivningen, hvilket har skabt et behov for administrativ kontrol med rettighedernes overholdelse.

3. Det Psykiatriske Patientklagenævn

Psl. fra 1989 indebar en skærpelse og præcisering af betingelserne for anvendelse af tvang, lovfæstelse af mindstemiddelsprincippet, indførelse af krav om tvangsprotokoller, obligatorisk efterprøvelse af fortsat frihedsberøvelse efter faste terminer, krav om fastvagt til bæltefikserede og endelig kom der også en helt ny klageordning.⁸⁸

⁸⁸ L 76, Folketingstidende 1988-89, spalte 2047

Før indførelsen af psl. var det sindssygeloven fra 1938, der regulerede retsgrundlaget for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrien. Anvendelse af tvangsbehandling og tvangsmidler var således ikke direkte lovreguleret før 1989. Udover præcisering af reglerne om frihedsberøvelse indførte psl. derfor regler for tvangsmedicinering, tvangsbehandling af en somatisk lidelse, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, anvendelse af fysisk magt og indførelse af beroligende middel med tvang.⁸⁹ Reglerne om tvang er siden blevet udvidet til at omfatte bestemmelser om personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse for patienter med demens på psykiatriske afdelinger, aflåsning af patientstuer og oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne med tvang, tvungen opfølgning efter udskrivning (indført i 2010 og ophævet i 2019)⁹⁰, samt adgang til uden retskendelse at foretage kontrol af post, kræve afgivelse af udåndingsprøve eller urinprøve, undersøgelse af patientstue og udførelse af kropsvsitation.⁹¹

Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvang til PKN, jf. psl. § 35. PKN behandler klager over alle former for tvang i 1. instans, og udgør dermed den enstrengede indgang til det psykiatriske klagesystem. PKN's afgørelser kan indbringes for PKA, jf. psl. § 38 eller for retten, jf. psl. § 37.

Udover at skabe den fornødne lovhjemmel for anvendelse af tvang og at opstille retsgarantier til kontrol og efterprøvelse heraf, havde psl. til formål at begrænse eller om muligt at forebygge tvangsanvendelse.⁹²

3.1 Klagefrister og forældelsesfrister

Indledningsvist kan der sondres mellem forældelsesregler og andre fristregler. Forældelsesregler omhandler forældelsen af en fordring, f.eks. de specielle forældelsesregler i KEL om patientskadeerstatningskrav.

⁸⁹ Ibid. spalte 2038-2040

⁹⁰ LOV nr. 505 af 01/05/2019 § 1

⁹¹ Psykiatriloven, LBK nr. 185 af 01/02/2022

⁹² L 76, Folketingstidende 1988-89, spalte 2052

Fristregler opstiller frister for, at krav eller andre rettigheder kan gøres gældende, f.eks. fristregler for at gøre patientrettigheder gældende.⁹³

Den almindelige retsgrundsætning om administrativ rekurs indeholder ikke en klagefrist. Er der derimod fastsat en klagefrist i lovgivningen for lovbestemte rekursmyndigheder, og overskrides denne frist, afskæres klageadgangen efter den almindelige retsgrundsætning om rekurs.⁹⁴

Forældelsesloven (FOL) gælder for alle fordringer, for hvilke der ikke er fastsat afvigende regler. Udgangspunktet efter FOL er, at den relative forældelsesfrist for fordringer er 3 år, jf. FOL § 3, stk. 1, og den absolutte forældelsesfrist er 10-30 år afhængigt af typen af krav, jf. FOL § 3, stk. 3. Fravigelse fra FOL kræver lovhjemmel.⁹⁵

På det sundhedsretlige område, hvor der i stort omfang er indført særlige klage- og erstatningsorganer med lovbestemte klage- og forældelsesfrister, gælder FOL og retsgrundsætningen om rekurs kun udfyldende og som fortolkningsbidrag.

Her ses en oversigt over sundhedsretlige klage- og erstatningsorganer, deres relative og absolutte forældelses-/klagefrist og dennes hjemmel.

Klage- eller erstatningsorgan	Relativ frist	Absolut frist	Hjemmel
Styrelsen for Patientklager	2 år	5 år	KEL § 3 a
Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn			KEL § 4 a
Tvangsbehandlingsnævnet			KEL §§ 59 og 60
Patienterstatning	3 år	10 år	KEL §§ 59 og 60
Det Psykiatriske Patientklagenævn	Ingen		

Den relative klagefrist for STPK og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn på 2 år stammer fra oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og er begrundet i efterforskningsmæssige og ressourcemæssige forhold.⁹⁶

⁹³ Von Eyben s. 15

⁹⁴ Fenger s. 1017

⁹⁵ Von Eyben s. 16

⁹⁶ L 58, Folketingstidende 1986-87, spalte 1180

Forældelsesfristerne i KEL følger udgangspunktet i FOL. I forbindelse med at FOL i 2008 afløste den tidligere 1908-forældelseslov blev fristen for anmeldelse af erstatningskrav for behandlingsskader i KEL § 59, stk. 1 ændret fra 5 til 3 år. For anmeldelse af erstatningskrav for lægemiddelskader gjaldt allerede en 3-års frist i KEL § 60, stk. 1, da reglerne også tidligere fulgte fristen i produktansvarsloven.⁹⁷

Både klagefristerne og forældelsesfristerne følger forældelseslovgivningens suspensionsregler, hvor det er patientens viden eller burde viden om de faktiske omstændigheder, der er afgørende for, hvornår fristen løber fra ligesom i FOL § 3, stk. 2.

Suspensionsmuligheden ved anmeldelse af erstatningskrav begrænses af den absolutte frist på 10 år, jf. KEL § 59, stk. 2 og § 60, stk. 2. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor skaden blev forårsaget eller det skadevoldende lægemiddel blev udleveret. Som begrundelse for den absolutte 10-års frist henvises i forarbejderne til at pligten for opbevaring af patientjournaler er begrænset til 10 år, samt de bevisvanskeligheder som opstår ved en sen anmeldelse. Forarbejderne anfører i den forbindelse, at det ikke skal kunne betale sig for skadelidte at udskyde rejsning af erstatningskrav på grund af de stigende vanskeligheder med at fastlægge det faktiske begivenhedsforløb.⁹⁸

Suspensionsmuligheden for indgivelse af klage over sundhedsfaglig virksomhed begrænses af den absolutte frist på 5 år i KEL §§ 3 a og 4 a. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor klageforholdet har fundet sted. Ifølge forarbejderne er fristen begrundet i, at det kan være særdeles vanskeligt og tidskrævende at oplyse klagesager, der ligger flere år tilbage. Til sammenligning, anfører lovforarbejderne, at den absolutte frist i det svenske klagenævn kun er 2 år.⁹⁹

Som det ses i skemaet, så gælder der ingen klagefrist for indgivelse af klager til PKN. Det betyder, at der i princippet kan indgives klager over tvang udøvet helt tilbage fra da psl. trådte i kraft i 1989. I en artikel i Juristen fra 1999 påpeger forfatteren Jakob

⁹⁷ Von Eyben s. 76

⁹⁸ L 144, Folketingstidende 1990-91, spalte 3310-3311

⁹⁹ L 223, Folketingstidende 2002-03, s. 6960

Næsager allerede dengang det retssikkerhedsmæssigt problematiske ved, at der ikke er en klagefrist i psl.¹⁰⁰

Artiklen påpeger, at man fra politisk side har været tilbageholdende med at fastsætte kategoriske og absolutte klagefrister pga. HIV-sagen/blødersagen og Boneloc-sagen. De to sager omhandler begge tragiske hændelser, der fandt sted i 80'erne og 90'erne. I blødersagen blev 91 patienter smittet med HIV efter at have modtaget ikke-varmebehandlet blødermedicin lavet på baggrund af HIV-smittet donorblod. Efterfølgende fulgte en lang retssag, og i 1996 fik Bløderforeningen medhold i en sag hos EMD om langsommelig sagsbehandling.¹⁰¹ Boneloc-sagen referer til den erstatningssag der fulgte efter at ca. 3.100 patienter var blevet hofteopereret med knoglecementet Boneloc, som viste sig at være ustabil, og derfor resulterede i en usædvanlig høj frekvens af proteseløsninger hos de hofteopererede patienter. Sagen drejede sig om, at Sundhedsstyrelsen havde svigtet sin tilsynspligt ved ikke at have grebet ind overfor producenten af Boneloc i tide, selvom Sundhedsstyrelsen var blevet gjort opmærksom på udfordringerne med knoglecementet. Et kommissorium udtalte kritik af Sundhedsstyrelsen¹⁰², og Boneloc-patienter har i flere tilfælde fået udbetalt erstatning.¹⁰³

De to sager med skader, der først viser sig senere, og de efterfølgende meget lange sagsforløb, viser dermed, at patienter også har behov for beskyttelse mod langtidsvirkningerne af sundhedsvæsenets behandlinger. Dette forhold omfavnes dog af suspensionsreglerne i KEL, hvorefter klagefristen eller forældelsesfristen først begynder at løbe, når patienten bliver bekendt med skaden.

Næsager argumenterer for, at der ikke gælder samme hensyn for psykiatriske patienter, der har været udsat for tvang. De kender allerede ved tvangens ophør den fulde somatiske virkning af indgrebet. Den manglende klagefrist stiller psykiatriske patienter gunstigere med hensyn til klageadgang end somatiske patienter. Behandles psykiatriske

¹⁰⁰ Næsager, *Manglende klagefrister i psykiatriloven*

¹⁰¹ Danmarks Bløderforening, *Blødersagen*

¹⁰² Nordskov Nielsen

¹⁰³ L 196, Folketingstidende 1998-99, s. 4635

patienter samtidigt for en somatisk lidelse, så gælder to forskellige klagefrister. Der mangler således konsekvens i sundhedsvæsenets klageadgange.

De ovenfor gennemgående bevismæssige hensyn, som begrundet fristerne i KEL, findes også at være til stede i sager om tvang. Det svækker retssikkerheden, da det ikke kan udelukkes, at tvangsudøvelsen i gamle sager vil blive underkendt på grund af utilstrækkelig viden om de faktiske forhold. Patienterne opnår dermed ikke at få afprøvet, om de materielle betingelser for tvangen reelt var til stede, og sundhedspersonalet risikerer at få underkendt beslutninger, på trods af at de materielle betingelser var opfyldt, fordi hændelsen tidsmæssigt ligger så langt tilbage, at bevisførelsen ikke kan varetages tilstrækkeligt.

Et andet problem ved den manglende klagefrist er, at der ved sagsbehandlingen af gamle tvangssager skal anvendes det dagældende retsgrundlag. Som indledningsvist nævnt her i afsnit 3, så er psl. ændret adskillige gange siden dens indførelse, hvorfor der kan opstå forvirring og usikkerhed om, hvilket regelsæt der skal bruges i afgørelsen af sager. Hermed opstår risikoen for, at nye regler bliver brugt i vurderingen af tvangssituationer, som fandt sted før reglens indførelse.

3.2 Særlig domstolsadgang

Som ovenfor gennemgået under afsnit 2.5.3 om domstolene, så gælder der en almindelig domstolsadgang for alle forvaltningens afgørelser, jf. grl. § 63. Dermed kan alle afgørelser truffet af sundhedsmyndighederne indbringes for domstolene, som i sidste instans afgør, hvad der er gældende ret, og dermed afgør *øvrigmyndighedens grænser*. Domstolene foretager en udtømmende prøvelse, altså en egentlig ny behandling af sagen.¹⁰⁴ Prøvelsen efter grl. § 63 foregår ved den almindelige civile retlige domstolsproces.

Den kvalificerede domstolsprøvelse for administrativt frihedsberøvede er, som nævnt, hjemlet i grl. § 71, stk. 6. Herudover er domstolskontrol i særlige tilfælde hjemlet ved

¹⁰⁴ Bødker Madsen, *Sundhedsret* s. 641-642

almindelig lov. I sundhedslovgivningen gælder det autorisationsfratagelsessager og patienterstatningssager.¹⁰⁵

PKN udgør en enstregen indgang til klagesystemet for psykiatriske patienter udsat for tvang, men tvangsindgrebets nærmere karakter har betydning for de videre klagemuligheder. Den lovbestemte rekurs fra PKN til PKA gælder kun sager om tvangsbehandling, beroligende med tvang, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer, særlige dørlåse og personlig skærmning, jf. psl. § 38, stk. 1.

PKN's afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, altså de indgreb som har karakter af administrativ frihedsberøvelse, samt indgrebene tvangsfiksering og aflåsning af døre, skal på patienten eller patientrådgiverens anmodning indbringes for retten efter reglerne i rpl. kap. 43 a, jf. psl. § 37, stk. 1. Rpl. kap. 43 a omhandler prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse, hvilket defineres som frihedsberøvelse udenfor strafferetsplejen, og som foruden tvangsindlæggelse i psykiatrien navnligt omfatter tvangsanbragte børn og tvangstilbageholdte demente.

Bestemmelsen i psl. § 37 er, for så vidt angår indgrebene der har karakter af administrativ frihedsberøvelse, en udmøntning af grl. § 71, stk. 6, og for indgrebene tvangsfiksering og aflåsning af døre, udgør bestemmelsen en styrkelse af retssikkerheden for patienterne. Tvangsfiksering og aflåsning af døre kan i nogle tilfælde udgøre en frihedsberøvelse i grundlovens forstand, hvorfor indgrebene er medtaget i psl. § 37.

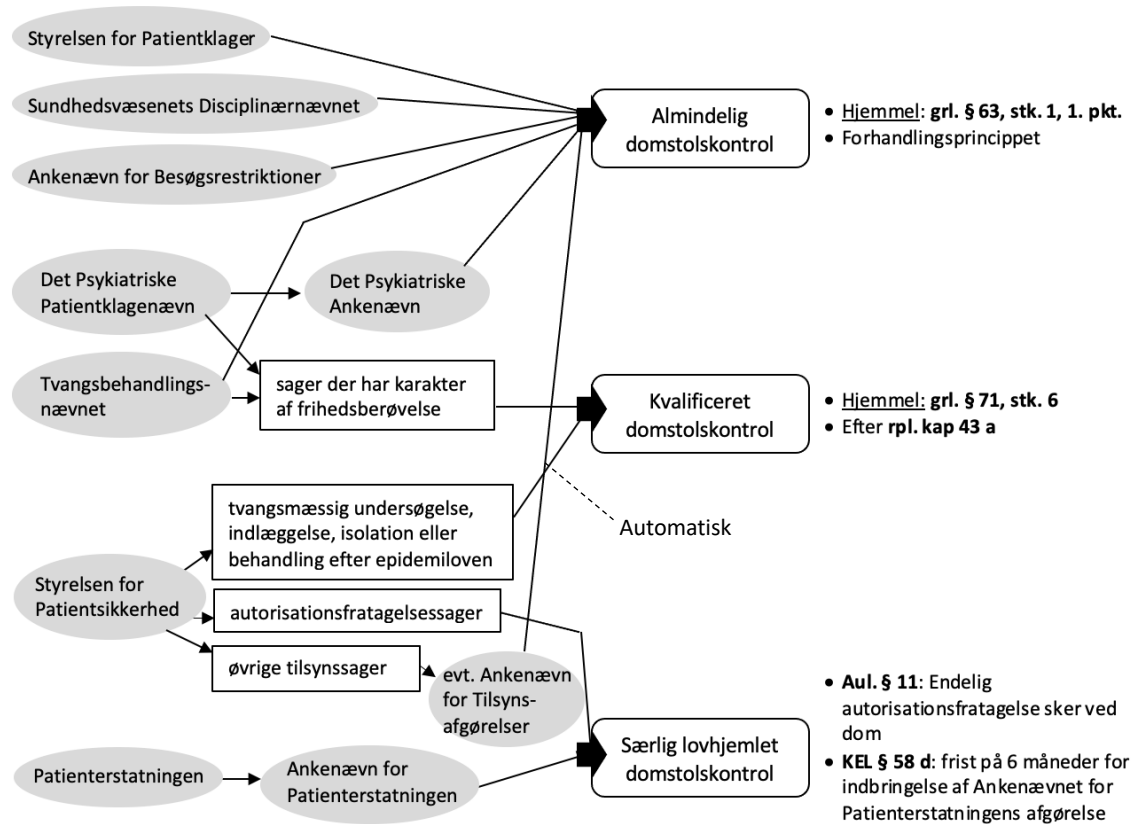
Domstolenes prøvelsesret kan ved lov betinges af, at der forinden er foretaget administrativ rekurs, hvilket ses i psl. § 35 om PKN's 1. instans-behandling. Af hensyn til prøvelsesretten i grl. § 71, stk. 6, må kravet om behandling af sagen i PKN som 1. instans ikke medføre unødigt forlængelse af sagsbehandlingen. Der er derfor indsat frister for PKN's afgørelser i psl. § 36, stk. 3. PKN skal træffe afgørelse ”*snarest*

¹⁰⁵ Ibid. s. 643-644

muligt”, jf. psl. § 36, stk. 3. I praksis bør afgørelsen være truffet inden 14 dage, ellers skal nævnet underrette patienten om årsagen til den lange sagsbehandlingstid.

Regionen er rette sagsøgte i tvangssager på trods af kravet om, at rekursmuligheden skal være udnyttet.¹⁰⁶ Det stemmer dog fint overens med den praktiske virkelighed, at det er sygehusmyndigheden, der som udøver af den faktiske forvaltningsvirksomhed: selve tvangen, er den rette sagsøgte. Regionen må anses for nærmest til at hjælpe med at oplyse sagen, og regionen har, som arbejdsgiver og repræsentant for sine sundhedsfaglige medarbejdere, en interesse i, at personalets beslutninger ikke underkendes, og at retstilstanden klarlægges, så rammerne for tvangsudøvelse bliver tydelig.

Nedenfor ses en oversigt over domstolskontrollen for sundhedsvæsenets klage-, tilsyns- og erstatningsorganer.



¹⁰⁶ Mathiassen s. 173

Med reglerne i rpl. kap. 43 a gives nem adgang til domstolsprøvelse, da den frihedsberøvede blot, skal fremsætte begæring om prøvelse, hvorefter det påhviler den pågældende myndighed at indbringe sagen for retten. Forelæggelse for retten skal ske inden for 5 hverdage, jf. rpl. § 469, stk. 2. En anmodning om prøvelse efter kap. 43 a har som udgangspunkt ikke opsættende virkning, jf. rpl. § 469, stk. 3, dvs. igangværende frihedsberøvelse opretholdes indtil rettens afgørelse foreligger. Kapitlet indeholder herudover regler om, at retten varetager officialvirksomheden og tilrettelægger sagen, jf. rpl. § 471, samt at udgifter til bevisførelse afholdes af statskassen, jf. rpl. § 474.

Når STPS træffer beslutning om tvangsindgreb efter epidemiloven, så skal der ske automatisk domstolsprøvelse, jf. epidemiloven § 65. Det betyder, at den patient, der f.eks. udsættes for tvangsisolation efter epidemiloven, ikke skal anmode om, at sagen indbringes for retten, denne indbringelse sørger STPS automatisk for. Dermed kan STPS udøve den akut nødvendige tvang, men denne vil altid blive efterprøvet hos domstolene. Den automatiske domstolsprøvelse blev indført som en del af nyaffattelsen af epidemiloven ifbm. coronapandemien for at styrke retssikkerheden.¹⁰⁷ Epidemilovens § 65 fastsætter dermed både processuelle krav for STPS som skal indbringe sagerne for retten, og lempeligere vilkår ved at prøvelsen foregår efter rpl. kap. 43 a.

En sundhedsperson kan ikke endeligt fratages sin autorisation eller få sit virksomhedsområde endeligt indskrænket foruden dom, jf. aul. § 11. STPS kan dog midlertidigt fratage autorisationen eller indskrænke virksomhedsområdet, jf. aul. § 9. Aul. § 11 udgør derfor en garant for sundhedspersonens retssikkerhed ved at pålægge STPS processuelle krav og obligatorisk domstolsprøvelse i sager om varig autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkning.¹⁰⁸

Som det fremgår af modellen, så er domstolskontrollen med Ankenævnet for Patienterstatningens sager særligt lovfæstet i KEL § 58 d. Formålet med bestemmelsen

¹⁰⁷ L 134, Folketingstidende 2020-21, side 83

¹⁰⁸ L 184, Folketingstidende 2015-16, side 120

er formentligt at tydeliggøre domstolsadgangen og indføre en tidsfrist på 6 måneder for sagsanlæg. Overskrides fristen afvises sagen.¹⁰⁹

Frihedsberøvelse er underlagt strenge retskrav efter grl. § 71 og EMRK art. 5. Det fremstår derfor velbegrunder, at der er nem domstolsadgang for de administrativt frihedsberøvede i sundhedsvæsenet. Begrundelsen for at indføre obligatorisk domstolsprøvelse af STPS' beslutninger om tvang efter epidemiloven og i sager om autorisationsfratagelse og virksomhedsindskrænkning er retssikkerhedshensyn, hvilket giver god mening indgrebenes alvorlige konsekvenser taget i betragtning.

Grl. § 71 og EMRK art. 5 er formuleret som rettigheder for borgerne, og gælder ikke for offentlige myndigheder. En tilsvarende ret til nem adgang til kvalificeret domstolsprøvelse findes derfor ikke for modparten; regionerne.

Pernille Boye Koch har behandlet spørgsmålet om offentlige myndigheders søgsmålskompetence nærmere i U.2005B.1. Af artiklen fremgår det, at domstolene generelt har været tilbageholdende med at tilkende offentlige myndigheder søgsmålskompetence, da domstolene har holdt sig til det traditionelle krav om konkret og aktuelt retlig interesse i en sags udfald. Søgsmålskompetence anerkendes for offentlige myndigheder med selvstændig økonomisk interesse i sagens udfald, men også behovet for afklaring af tvivlsspørgsmål og myndigheders planlægning kan tillægges betydning for, om retten realitetsbehandler sagen.¹¹⁰

At der er fastlagt en lovbestemt rekursordning kan tale imod søgsmålskompetence for den underordnede myndighed.¹¹¹ I det her behandlede tilfælde har lovgiver, gennem etableringen af PKN som rekursinstans, taget stilling til, at det er PKN, der skal fastlægge retstilstanden. Offentlige myndigheder, som underkendes af en overordnet rekursmyndighed, har dog som udgangspunkt ikke andre steder at gå hen end til domstolene.¹¹² Boye Koch anfører også argumentet om, at lokale myndigheder i kraft af

¹⁰⁹ FED 2003.2993 Ø

¹¹⁰ Boye Koch s. 5

¹¹¹ Waage s. 191 og U 2002.1472 H

¹¹² Boye Koch s. 2

deres demokratiske mandat og uafhængige stilling ift. statsorganer, repræsenterer en kumuleret borgerinteresse, og at lokale myndigheder, f.eks. regioner, kan have helt andre formål, intentioner og politisk grundindstilling. Denne interesse bør kunne tilgodeses i domstolssystemet.¹¹³

Situationen hvor regionen sagsøger PKN, fordi regionen er uenig i nævnets afgørelse, har endnu ikke været relevant. I de domme der foreligger, er det patienten, der sagsøger regionen, hvis patienten er uenig i PKN's afgørelse, eller hvis patienten ønsker at få erstatning for ulovlig tvang. Angående PKN's afgørelser om tvangsindgreb, der ikke udgør frihedsberøvelse, altså tvangsbehandling, fysisk magt, beroligende med tvang mv., da kan både patienten eller regionen indbringe afgørelsen for den administrative ankeinstans, jf. psl. § 38.

Domstolene har i flere tilfælde omgjort afgørelser, til skade for patienten, ved at kende tvangsudøvelse lovlig, som PKN havde kendt ulovlig. Eksempler herpå er U 2023.378 H, hvor PKN delvist havde tilsidesat en tvangsfiksering, hvorefter Højesteret kendte hele tvangsfikseringens tidsudstrækning lovlig, og U 2022.327 H, hvor PKN havde vurderet en ud af tre bæltefikseringer ulovlig, hvor Højesteret efterfølgende kendte alle tre fikseringer lovlig. Hensynet til korrekt regel anvendelse vejer tungere end et forbud mod *reformatio in pejus* (omgørelse til skade for klageren).

3.3 Patientrådgiverordningen

Som noget særligt i psykiatrien gælder det, at enhver patient der udsættes for tvang, automatisk tildeles en patientrådgiver, jf. psl. § 24, stk. 1. Patientrådgiveren har til opgave at rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelsen, opholdet og behandlingen på den psykiatriske afdeling, jf. psl. § 24, stk. 2.

Patientrådgiveren skal varetage patientens interesser bedst muligt. Patientrådgiveren vejleder patienten ift. klageadgangen, bistår med gennemførelsen af klager, deltager så vidt muligt i PKN-møder og formidler, hvis hensigtsmæssigt, kontakten med personalet. Patientrådgiveren skal mødes med patienten senest 24 timer efter beskikkelsen, og

¹¹³ Ibid. s. 8-9

herefter mindst en gang om ugen og i øvrigt efter behov, så længe tvangsindgrebet består, jf. psl. § 26, stk. 1.

Patientrådgiverordningen i psykiatrien adskiller sig fra klagevejledningen i det øvrige sundhedsvæsen. Der er ikke fastsat nogen bestemmelser om en pligt til generel klagevejledning i sundhedsloven. Regionen har dog pligt til at oprette et eller flere patientkontorer, som kan vejlede patienter om klage- og erstatningsreglerne. Patienterne har mulighed for selv at henvende sig til patientvejlederne på patientkontoret, som skal bistå patienterne med at videresende og udforme klager og erstatningskrav til rette myndighed, jf. SL § 51, stk. 1.

Der gælder ikke en pligt for sundhedspersoner til at yde klagevejledning af egen drift. Undtagelser hertil indbefatter klagevejledning ved enhver anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. psl. § 32, stk. 1, og beslutninger om anvendelse af tvang i somatikken, jf. tvangsbehandlingslovens § 17, stk. 1. Herudover skal autoriserede sundhedspersoner, som bliver bekendt med skader, der må antages at kunne give ret til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang, informere skadelidte herom og i fornødent omfang bistå med anmeldelse til Patienterstatningen, jf. KEL § 23.

Sundhedspersoner, der er ansat i det offentlige, har imidlertid pligt til at yde klagevejledning, hvis patienten anmoder om det, jf. fvl. § 7, stk. 1. Det samme må antages at gælde for sundhedspersoner i det private, jf. aul. § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed. En sådan pligt må efter omstændighederne antages at kunne bestå i henvisning til en anden myndighed, der er mere nærliggende til at vejlede om klageadgang, f.eks. patientkontoret.¹¹⁴ Det er frivilligt for patienten om denne vil benytte sig af patientkontorets vejledning i klagesager, hvorimod beskikkelsen af en patientrådgiver er lovpligtig.

Baggrunden for indførelsen af patientrådgiverordningen var, at det med 1989-psykiatriloven blev anset for nødvendigt at forbedre den dagældende tilsynsværgeordning efter 1938-sindssygeloven for at styrke patienternes retlige og

¹¹⁴ Harlev m.fl. s. 437

faktiske stilling. Efter sindssygelovens regler gjaldt det, at der ved tvangsindlæggelse skulle beskikkes en tilsynsværge af skifteretten. Tilsynsværgeren skulle holde sig underrettet om patientens tilstand og sikre at sygehusopholdet ikke varede længere end højst nødvendigt. Desuden skulle tilsynsværgeren være behjælpelig ved indgivelse af klage, som dengang kunne ske til Justitsministeriet. Tilsynsværgeren var som regel en af patientens nærmeste pårørende.¹¹⁵

Med 1989-psykiatriloven blev tilsynsværgeordningen afløst af en patientrådgiverordning med kvalificerede og uafhængige patientrådgivere. Patientrådgiverbeskikkelse blev gjort obligatorisk ved tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling.¹¹⁶ I dag er reglerne udvidet så patienten automatisk får tildelt en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb.

Formålet med patientrådgiverordningen er at forbedre patientens retssikkerhed.¹¹⁷ Dette formål må siges at blive opfyldt. Patientrådgiverordningen virker desuden velbegrunder set ud fra psykiatriske patienters særlige behov for hjælp til at overskue deres rettigheder, når de udsættes for meget indgribende foranstaltninger i situationer, hvor de er alvorligt påvirkede af deres sygdom. Desuden kan patientrådgiverordningen anses for medvirkende til overholdelse af EMRK art. 5, stk. 5 om en ”*enforceable right*” til kompensation for ulovlig frihedsberøvelse, da patientrådgiveren rådgiver om og varetager de første skridt ift. at få underkendt ulovlig tvang, hvilket er en forudsætning for den videre prøvelse og evt. godtgørelse.

3.4 Sammensætning og organisering

3.4.1 Organisatorisk placering

PKN var i 1989 organiseret som lokale nævn i hvert amt.¹¹⁸ I 2007 blev nævnet flyttet til de regionale statsforvaltninger pga. strukturreformen,¹¹⁹ i 2013 blev de fem regionale psykiatriske patientklagenævn slået sammen til et samlet landsdækkende nævn i

¹¹⁵ L 76, Folketingstidende 1988-89, spalte 2068-2070

¹¹⁶ Ibid. spalte 2068

¹¹⁷ Bødker Madsen, *Psykiatritret* s. 191

¹¹⁸ L 76, Folketingstidende 1988-89, spalte 2043

¹¹⁹ Bekendtgørelse om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn, BEK nr. 1496 af 14/12/2006, § 1

forbindelse med sammenlægningen af de regionale statsforvaltninger¹²⁰ og i 2016 blev nævnet flyttet til Nævnenes Hus.¹²¹ Pr. 1. december 2023 overflyttedes PKN til STPK, så ressortansvaret derved overgår fra Erhvervsministeriet til Sundhedsministeriet.

Flytningen giver god mening ift. at sikre et mere sammenhængende klagesystem. Der har været kritik af PKN's manglende fokus på de sundhedsfaglige argumenter, hvilket også har været angivet som en af årsagerne til, at der mangler lægefaglige medlemmer i PKN. Det er sundhedsministerens forhåbning, at flytningen af PKN vil bidrage til at løse de udfordringer.¹²² Det må i den forbindelse antages, at der er lovændringer på vej, som vil konsekvensrette benævnelsen af Nævnenes Hus til STPK i psl.

PKN's organisatoriske placering er væsentlig pga. myndighedernes instruktionsbeføjelse og fortolkningsuoverensstemmelser. Af PKN's årsberetninger og regionernes høringssvar fremgår, at der udspiller sig en fortolkningsuoverensstemmelse mellem på den ene side regionerne og Sundhedsministeriet og på den anden side PKN (Nævnenes Hus). Uoverensstemmelsen drejer sig om situationen, hvor en beslutning om tvangsfiksering skal træffes af en overlæge, efter at denne har tilset patienten, jf. psl. § 15, stk. 1. I tilfælde af overlægens fravær, træffes beslutningen om tvangsfiksering efter § 15 af en anden læge, hvorefter overlægen "*efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen*", jf. psl. § 4 a. PKN er af den opfattelse, at overlægen skal tilse patienten i forbindelse med, at der tages stilling til beslutningen, jf. psl. § 4 a.¹²³ Sundhedsministeriet og regionerne er af den opfattelse, at det ikke er et krav, at overlægen skal tilse patienten, da det er den læge, der træffer beslutning i overlægens fravær, der skal efterleve kravet i § 15.¹²⁴ Denne fortolkningsuoverensstemmelse løses ved flytning af PKN.

3.4.2 Sagkundskab i nævnet

PKN består ved nævnsmøder af en formand, en af direktøren for Nævnenes Hus bemyndiget ansat (typisk en jurist), og to medlemmer som er beskikket af

¹²⁰ L 157, Folketingstidende 2012-13, s. 26-27

¹²¹ L 91, Folketingstidende 2018-19, s. 57

¹²² Sundhedsministeriet, *Orientering om overførsel af ressortansvar for Det Psykiatriske Patientklagenævn*

¹²³ Det Psykiatriske Patientklagenævn, Årsberetning 2020 s. 20

¹²⁴ Det Psykiatriske Patientklagenævn, Årsberetning 2020 s. 37-38, 41-43 og 45-46

sundhedsministeren efter indstilling fra Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer (som er paraplyorganisation for bl.a. SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed), jf. psl. § 34.

Indtil 2019 blev nævnets møder som udgangspunkt afholdt på den psykiatriske afdeling, hvor patienten var indlagt, men i dag afholdes møderne som udgangspunkt som videomøder, da nævnsmedlemmerne sidder i Viborg. Ændringen i arbejdsmodellen blev gennemført af hensyn til tidsbesparelse for sagsbehandleren.¹²⁵ Det er tiltænkt, at nævnet skal sidde samlet i Viborg, men pga. mangel på lægefaglige medlemmer har det været nødvendigt at afholde såkaldte hybrid-møder, hvor det lægefaglige medlem har været koblet på med video hjemmefra.¹²⁶ Efter flytningen af PKN pr. 1. december 2023 vil nævnsbehandlingen foregå ved STPK i Århus.¹²⁷

Manglen på lægefaglige medlemmer i PKN har i en årrække været et tiltagende problem. Det er således nævnt som en principiel problemstilling i samtlige årsberetninger for 2020-2022.¹²⁸ I den forbindelse har § 71-tilsynet stillet spørgsmål til henholdsvis erhvervsministeren og sundhedsministeren ang. sagsbehandlingstider og mangel på lægefaglige medlemmer.¹²⁹ Af svarene fremgår, at det lave antal lægefaglige medlemmer betyder, at PKN har været nødt til at prioritere klagerne med opsættende virkning, hvor der er en lovbestemt frist for sagsbehandling på 7 dage, jf. psl. § 36, stk. 3. Behandlingen af de øvrige klager kan derfor i mange tilfælde ikke behandles inden de 14 dage, som loven ellers forudsætter.

I de øvrige klage-, erstatnings- og ankenævn er der også en helt klassisk nævnssammensætning med en jurist for bordenden, et sundhedsfagligt medlem og en repræsentant fra en patientorganisation (eller anden relevant part). På den måde sikres den juridiske fagkundskab, den sundhedsfaglige kundskab og inddragelse af patientens

¹²⁵ Nævnenes Hus, naevneneshus.dk, *Ændret arbejdsmodel i Det Psykiatriske Patientklagenævn giver mere tid til kerneopgaven*

¹²⁶ Det Psykiatriske Patientklagenævn, Årsberetning 2020 s. 16

¹²⁷ Sundhedsministeriet, *Psykiatrisk patientklagenævn flyttes*

¹²⁸ Det Psykiatriske Patientklagenævn, Årsberetning 2020, Årsberetning 2021 og Årsberetning 2022

¹²⁹ Erhvervsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 4 og Sundhedsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 7

perspektiv. Kravene til sagkundskaben eller antallet af nævnsmedlemmer er stigende i rekursinstansen, hvilket giver god mening ift. rekursinstansernes hierarkiske opbygning. På disse punkter adskiller PKN sig ikke fra de øvrige nævn.

I de øvrige nævn opleves ikke samme problem med mangel på lægefaglige medlemmer. For nærmere at belyse problemstillingen med manglende sundhedsfaglig sagkundskab i PKN, er Nævnenes Hus og Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) i forbindelse med nærværende afhandling blevet adspurgt om problemstillingen.¹³⁰ Nævnenes Hus angiver, at problemstillingen skyldes flere aspekter. Nævnet er juridisk, og det lægefaglige medlem har kun én stemme. Derudover mener Nævnenes Hus, at honorarets størrelse, den generelle mangel på psykiatere, mødeformen i form af videomøder og de korte frister i sagerne også medvirker til manglen på lægefaglige medlemmer. Nævnenes Hus angiver dog den generelle mangel på speciallæger, som den primære årsag. DPS mener, at manglen på læger i PKN hænger sammen med, at de lægefaglige aspekter ikke tillægges tilstrækkelig vægt i afgørelserne. Det er DPS' opfattelse, at det formelle vægtes så højt, at det ikke får nogen reel betydning, om der sidder en læge eller ej.

Blandt de løsningsforslag som Sundhedsministeriet overvejer, er, nedsættelse af et dialogforum, undersøgelse af behovet for en højere grad af sundhedsfagligt fokus i nævnet, undersøgelse af honoreringen af de lægelige medlemmer og undersøgelse af fleksibilitet i mødedeltagelsen,¹³¹ hvilket derved i nogen grad imødekommer de aspekter, som Nævnenes Hus og DPS peger på.

Et eksempel på PKN's manglende lægefaglige fokus er to principafgørelser fra PKA, som ændrer PKN's praksis ift. indgivelse af beroligende medicin med tvang. PKN har haft en forkert læsning og forståelse af lægemiddelanbefalingerne på pro.medicin, hvilket PKA har rettet op på.¹³²

¹³⁰ Bilag 1 og 2

¹³¹ Sundhedsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 7

¹³² Det Psykiatriske Ankenævn, 21DPA03 og 21DPA04, *Injektion Zyprexa 10 mg svarede til tablet zyprexa 10 mg*

Det manglende sundhedsfaglige fokus i PKN kan være medvirkende til, at det er svært at rekruttere lægefaglige medlemmer til nævnet, hvorved både patientbehandlingen og retssikkerheden forringes. Det bliver interessant at følge, om flytningen af PKN til STPK pr. 1. december 2023 kommer til at imødegå denne udfordring.

3.5 Opsummering og delkonklusion

Anvendelse af tvang i psykiatrien er et indgribende middel overfor patienterne, men det er også i nogle situationer et nødvendigt middel for at sikre den påkrævede behandling eller personalets, medpatienternes eller patientens egen sikkerhed. Alvorligheden og intensiteten i tvangsindgrebene afspejles i lovgivningen ved at frihedsberøvelse er reguleret i grundloven, menneskerettighederne og i en fra den øvrige sundhedslovgivning særskilt lov: psykiatriloven. Det er en forudsætning for frihedsberøvelsen, at den sker *med henblik på behandling*. Tvang udgør ikke i sig selv behandling, men den sundhedsfaglige behandling er et grundlæggende element i udøvelsen af tvangen. Det er derfor velbegrundet, at der eksisterer et særligt klageorgan for dette specialiserede og juridisk komplekse område, som er adskilt fra det øvrige patientklagesystem.

Det fremstår retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at der ikke gælder nogen klagefrister i psl. Der kunne indføres frister med inspiration fra klage- og forældelsesfristerne i KEL og FOL. En relativ klagefrist kunne f.eks. afhænge af tidspunktet for tvangens ophør eller patientens udskrivning, og evt. også kombineres med en absolut frist, som løb fra at beslutningen om tvang blev truffet. Det ville kræve lovændring, og det ville være vigtigt at inddrage psykiatere og patienter i vurderingen af, hvornår en patient igen vil være i stand til at overskue sin situation, og dermed hvorvidt et tvangsindgreb giver anledning til en klage.

Den manglende klagefrist giver især anledning til undren, når man sammenholder med, at der automatisk beskikkes en patientrådgiver for alle patienter, der har været udsat for tvang. Indførelse af klagefrister ville styrke sundhedspersonernes retssikkerhed ved at gamle sager, hvor tilstrækkelig oplysning af sagen ville være svær, ikke blev taget op.

Patientens retssikkerhed ville blive varetaget ved, at patientrådgiveren rådgav om og var opmærksom på klagefristernes overholdelse.

De retssikkerhedsmæssige og menneskeretlige hensyn der skal varetages ved administrativ frihedsberøvelse, begrundet at der gælder særlige regler for klageadgangen og domstolsprøvelsen. Grl. § 71, stk. 6 er lex superior ift. psykiatriske patienters adgang til domstolsprøvelse af frihedsberøvelse. Rpl. kap. 43 a er lex speciales, som går forud for retsplejelovens almindelige bestemmelser om sagsgangen ved domstolene.

Sundhedsmyndighederne kan udøve de akut nødvendige tiltag for at tilgodese almene samfundsinteresser; f.eks. tvangsindlæggelse for at undgå at en psykotisk patient udgør en fare for sine medborgere, tvangsisolation for at forhindre smittespredning, eller midlertidig autorisationsfratagelse for at forhindre, at en uansvarlig læge fortsætter sit virke. Reglerne om domstolskontrol udgør modvægten til disse meget indgribende tiltag overfor individet, og giver dermed retssikkerhed for borgerne via kontrol med statsmagten.

Man kunne overveje, om der skulle gælde en obligatorisk prøvelse (enten hos PKN eller hos domstolene) for visse typer af tvangsindgreb, ligesom der gælder en obligatorisk prøvelse efter epidemiloven og autorisationsloven. Det er i dag kun de patienter, der selv er i stand til at klage, der får prøvet deres sag om frihedsberøvelse. Det må dog antages, at obligatorisk prøvelse ved domstolene ville medføre en stor sagsbyrde for domstolene pga. omfanget af brugen af tvang i psykiatrien. Desuden får de psykiatriske patienter, som ikke selv er i stand til at klage, deres interesser varetaget af patientrådgiverne, hvilket må antages i nogen grad at imødegå problemstillingen.

Det er svært at forstå, at PKN har været placeret ved Nævnenes Hus, som hører under Erhvervsministeriet, hvorfor det giver god mening, at PKN nu overflyttes til STPK, som hører under Sundhedsministeriet.

Manglen på lægefaglige medlemmer i PKN har den konsekvens, at sagsbehandlingstiden i nævnet bliver længere end de i lovgivningen forudsatte 14 dage, og at patienternes retssikkerhed dermed svækkes. Det gælder især de tvangsindgreb, der har karakter af frihedsberøvelse, hvor patienterne efter grl. § 71, stk. 6 skal have nem adgang til kvalificeret domstolsprøvelse. Patienterne skal afvente en afgørelse fra PKN førend, at de kan anmode om at få indbragt sagen for domstolene. Den lange sagsbehandlingstid ved PKN har også konsekvenser for kvaliteten af patientbehandlingen, da klager over tvangsbehandling har opsættende virkning, jf. psl. § 32, stk. 3, hvilket betyder at påbegyndelse af behandling og dermed patientens bedring kan blive udskudt.

Frihedsberøvelse og tvangsindgreb har en klar juridisk dimension. I psykiatrien er den lægefaglige vurdering en nødvendig forudsætning for det juridiske grundlag for udøvelse af tvang. Den juridiske vurdering og den lægefaglige vurdering er ikke modstridende hensyn, men to kriterier der skal spille sammen. Den offentlige debat afspejler ellers, at der er en stigende polarisering, hvilket næppe kommer de frihedsberøvede patienter til gode.

Det fremstår velbegrunder, at PKN på nogle punkter adskiller sig fra det øvrige patientklagesystem, herunder ift. særlig adgang til kvalificeret domstolskontrol og en særlig patientrådgiverordning. Samtidigt virker det dog mindre hensigtsmæssigt, at PKN adskiller sig fra det øvrige patientklagesystem ift. klagefrister og tidligere organisatorisk placering.

4. Retspraksis og retspolitiske overvejelser

4.1 Retspraksis

4.1.1 Betingelser for tvang

U 2023.378 H omhandler en patient med skizofreni, som er tvangsfikseriet i 13 dage i forlængelse af, at patienten har overfaldet en sygeplejerske og stukket vedkommende ni gange med en gaffel i baghovedet og ryggen. PKN behandler som 1. instans klagen over tvang og giver patienten delvist medhold.

PKN godkender fikseringen for de første to dage, men tilsidesætter udstrækningen af fikseringen for de følgende 11 ½ døgn. Ved et journalnotat to dage efter tvangsfikseringens iværksættelse finder nævnet det ikke længere dokumenteret, at der forelå en konkret, påviselig og aktuel fare, der nødvendiggjorde, den fortsatte fiksering. Da nævnet allerede ved dette journalnotat konstaterer, at lovens betingelser ikke længere er opfyldt, tilsidesætter nævnet den fulde længde af den fortsatte tvangsfiksering (de 11 ½ døgn).

Patienten får indbragt sagen for retten efter reglerne i rpl. kap. 43 a med hensigt om at få tilkendt erstatning. Domstolene skal tage stilling til frihedsberøvelsens lovlighed og efterfølgende udmåle evt. erstatning. Regionen nedlægger derfor påstand om, at tvangsfikseringen kendes lovlig, og at regionen dermed frifindes for kravet om erstatning. Havde regionen derimod ikke anfægtet PKN's afgørelse, så ville sagen ikke kunne føres efter reglerne i rpl. kap 43 a, og sagsøger ville være henvist til at lægge sag an efter civilrettens almindelige former for at få tilkendt erstatning, jf. U 2023.1358 H. Parterne er enige om, at de første to dages tvangsfiksering var lovlig. Patienten nedlægger påstand om stadfæstelse af PKN's afgørelse og tilkendelse af erstatning. Byretten frifinder regionen.

Landsretten finder det derimod ikke godtgjort, at hensynet til andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsagde, at tvangsfikseringen skulle udstrækkes i det pågældende omfang. Her lægger retten vægt på, at patienten i et døgn ikke havde slået ud efter personalet, samt at man kunne have forsøgt at løse håndremmene for at se, hvordan patienten ville reagere i den situation. Landsretten finder ikke, at der er grundlag for den langvarige fiksering, da det vurderes, at der ikke foreligger "*væsentlige grunde*" i form af "*nærliggende og væsentlig fare*", og det tillægges dertil vægt, at patientens retssikkerhedsgarantier i form af eksternt tilsyn ikke var overholdt.

For Højesteret påstår patienten/appellanten stadfæstelse af landsrettens dom, dog med forhøjelse af godtgørelsen fra 50.000 kr. til 200.000 kr. I Højesteret inddrages udtalelse fra Retslægerådet, hvori Retslægerådet tydeligt er af den opfattelse, at patienten frembød en vedvarende fare for omgivelserne, som ikke kunne være imødegået med

mindre indgribende midler. Desuden fører Højesteret supplerende vidneafhøring af den behandlingsansvarlige overlæge, hvor der bliver dykket mere ned i journalnotaterne under de 11 ½ døgns fortsatte tvangsfiksering, og ikke blot journalnotaterne op til og ved begyndelsen af den underkendte periode.

En væsentlig forskel fra de tidligere instanser er således, at Højesteret i højere grad anlægger en samlet vurdering af hele forløbet, for at få det mest retvisende billede af de faktiske omstændigheder. Dette står nærmest i kontrast til PKN's initiale afgørelse, som direkte angiver, at idet nævnet ikke finder den nærliggende og væsentlige fare beskrevet eller dokumenteret allerede i et journalnotat to dage efter tvangsfikseringens påbegyndelse, så vælger nævnet at tilsidesætte hele den resterende fiksering, tilsyneladende uden at tillægge de efterfølgende journalnotater vægt.

Heraf kan udledes en praksis, hvor PKN's tilgang er mere formalistisk, og Højesteret iverksetter med en helhedsvurdering af forløbet. At reglen om eksternt tilsyn ikke var korrekt overholdt i sagen, kunne ikke, ifølge Højesteret, føre til et andet resultat. I forlængelse heraf kan også FED 2006.104 V nævnes, da landsretten kendte to tvangsfikseringer lovlig, fordi de materielle betingelser var opfyldt, uanset at journaler og tvangsprotokoller ikke var tilstrækkeligt udfyldt. Opfyldelse af de materielle betingelser vejer altså tungere ved domstolene end opfyldelse af de formelle betingelser.

PKN har nogle begrænsninger i og med at de ikke kan føre den samme bevisførelse som domstolene. Domstolene inddrager ofte supplerende vidneforklaringer og Retslægerådsudtalelser, hvor PKN baserer deres sagsbehandling på de foreliggende journalnotater og forklaringer fra patienten, rådgiveren og personalet.

I U 2022.327 H følger domstolene PKN's afgørelser vedrørende tre bæltefikseringer. Et af spørgsmålene for retten var, hvorvidt psl. § 1, stk. 4 lever op til det skærpede hjemmelskrav i grl. § 71, stk. 2. Ifølge psl. § 1, stk. 4 er der ikke tale om tvang, når forældremyndighedsindehaveren har givet samtykke for en patient under 15 år. Højesteret fandt, at der i den pågældende situation var tale om magtanvendelse og ikke tvang, og at psl. § 1, stk. 4 udgjorde et tilstrækkeligt hjemmelsgrundlag, også i tilfælde

af at indgrebet udgjorde frihedsberøvelse i henhold til grundloven. Dommen illustrerer også den problematik, der kan opstå, når PKN underkender en beslutning om tvangsbehandling. Forløbet op til en af tvangsfikseringerne beskrives med, at patientens medicin blev seponeret fra den ene dag til den anden, da PKN havde underkendt en afgørelse om tvangsbehandling. Overlægen udtaler i sagen, at det ud fra et lægefagligt perspektiv havde været at foretrække, at medicinen blev nedtrappet, men når PKN tilsidesætter en tvangsbehandling, så ophører man behandlingen med det samme. I forløbet op til tvangsfikseringen får patienten det tiltagende psykisk og fysisk dårligt med begyndende abstinenser, hvilket starter den konflikt, der ender med at personalet tilkalder politiet, som hjælper med at tvangsfiksere patienten. Sagen er altså et eksempel på, at underkendelse af en beslutning om tvangsmedicinering kan føre til, at det bliver nødvendigt at anvende andre tvangsforanstaltninger, mens man endnu en gang venter på, motiveringsfasen og sagsbehandling af spørgsmålet om tvangsmedicinering hos PKN.

4.1.2 Krænkelser af EMRK art. 3

I U 2021.1893 H var en patient tvangsfikseret på en retspsykiatrisk afdeling i 9 måneder. Der blev en måned inde i tvangsfikseringen udstedt farlighedsdekret om anbringelse på Sikringen, men pga. pladsmangel på Sikringen blev patientens overflytning dertil 1,5 år forsinket. Patienten var derfor fortsat tvangsfikseret i retspsykiatrien. Højesteret konkluderer, at betingelserne i psl. §§ 4 og 14 angående tvangsfikseringen har været opfyldt. Samtidigt anfører Højesteret, at såfremt patienten var blevet overført til Sikringsafdelingen i overensstemmelse med farlighedsdekretet, så ville der have været hjemmel til at benytte aflåsning af patientstue eller oppegående tvangsfiksering, jf. psl. §§ 18 a-18 c, som er særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, som skal udgøre alternativer til f.eks. sengeliggende fiksering. Det må derfor formodes, at patienten, som har været sengeliggende tvangsfikseret i retspsykiatrien i 9 måneder, har været fikseret i væsentligt videre omfang, end hvis han var blevet overført til Sikringen tidligere. Under de omstændigheder finder Højesteret derfor, at de 9 måneders tvangsfiksering udgør en krænkelse af EMRK art. 3, og godtgørelsen fastsættes til 250.000 kr.

U 2023.695 V omhandler den samme patient, men angår perioden fra ophøret af 9-måneders tvangsfikseringen og indtil overførslen til Sikringen, hvor der igen går ca. 9 måneder. I den periode er patienten underlagt foranstaltninger, som indebærer, at han skal forblive på sin egen patientstue. Tvangsfikseringen blev bragt til ophør udelukkende pga. patientens dårlige fysiske tilstand som følge af fikseringen. Landsretten anfører at foranstaltningerne i sagen minder mest om aflåsning af patientstuen, som der er hjemmel til at foretage på Sikringen, jf. psl. § 18 a, stk. 3, nr. 1. Det er rettens opfattelse, at patienten i væsentligt omfang ville være blevet undergivet lignende foranstaltning i den pågældende periode, hvis han i overensstemmelse med farlighedsdekretet med det samme var blevet overført til Sikringen. Landsretten finder derfor, at der var den fornødne hjemmel i psl. eller dennes analogi til at iværksætte foranstaltningerne. Foranstaltningerne var endvidere ikke uproportionale eller nedværdigende, og der forelå derfor ikke en krænkelse af EMRK art. 3.

I den første dom havde PKN godkendt de 9 måneders tvangsfiksering, og i den anden dom havde PKN ikke realitetsbehandlet klagen, da nævnet vurderede, at det ikke havde kompetence til at behandle sagen, da foranstaltningerne efter deres opfattelse faldt udenfor psl.'s anvendelsesområde.

Manglende ressourcer og pladsmangel kan ikke legitimere umenneskelig eller nedværdigende behandling, jf. U 2021.1893 H, men som følgedommen U 2023.695 V viser, så kan psl.'s analogi godt anvendes som lovhjemmel til at indføre Sikringsafdelingens foranstaltninger, mens man afventer plads til anbringelse.

4.2 Det menneskeretlige synspunkt

Som det ses ovenfor i de gennemgåede domme, så skal man i tvangssituationer afveje selvbestemmelsesretten overfor samfundets hjælpepligt og afværgelse af fare. Tvang i psykiatrien berører derfor nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder, nemlig EMRK art. 5; retten til frihed og sikkerhed, EMRK art. 8; retten til privatliv og familieliv, EMRK art. 3; forbuddet mod tortur, umenneskelig eller nedværdigende behandling, samt EU's charter om fundamentale rettigheder art. 3; respekt for menneskets fysiske og psykiske integritet.

D. 15. september 2020 blev Danmark dømt for krænkelse af EMRK art. 3 ved EMD. Sagen *Aggerholm v. Danmark* omhandler en retspsykiatrisk patient med paranoid skizofreni, som var bæltefikseret i knap 23 timer. Tvangsfikseringen blev i første omgang underkendt af PKN, men blev efterfølgende kendt lovlig hos byret og landsret. Anke til højesteret blev afvist, hvorefter sagen blev indledt hos EMD. EMD var enig med de danske domstole i, at iværksættelse af tvangsfikseringen var sidste udvej for at undgå nærliggende fare for andre. Det er dog den tidsmæssige udstrækning af bæltefikseringen, der udgjorde en krænkelse af EMRK. Ifølge EMD foretog de danske domstole ikke en tilstrækkelig vurdering af forholdene, der begrundende varigheden af fikseringen.¹³³

EMD kritiserede Danmark for følgende tre forhold: For det første blev patienten undervejs i fikseringen beskrevet som ”potentielt” farlig. En potentiel fare er ikke tilstrækkelig til at opretholde en tvangsfiksering, jf. psl. § 14, stk. 2. For det andet kritiserede EMD, at der ikke blev foretaget lægeligt tilsyn i en periode på næsten 12 timer, mens fikseringen stod på. For det tredje gik der halvanden time fra, at det blev besluttet, at patienten skulle løsnes fra bæltefikseringen og til, at det rent faktisk skete. På den baggrund fandt EMD, at udstrækningen af tvangsfikseringen udgjorde en overtrædelse af art. 3. *Aggerholm* fik tilkendt en økonomisk godtgørelse på 10.000 €. ¹³⁴

IMR peger på, at dommen kan føre til et opgør med langvarige bæltefikseringer i Danmark. En bæltefiksering, der varer i 23 timer, udgør ikke i sig selv en krænkelse, men risikoen for krænkelse er stor, når lange fikseringer anvendes. Det er instituttets opfattelse, at det er nødvendigt helt at afskaffe anvendelsen af længerevarende tvangsfikseringer over 48 timer, hvis Danmark i fremtiden skal undgå krænkelse af art. 3.¹³⁵

De danske myndigheders reaktion på dommen har bl.a. været en lovændring af psl. § 21, stk. 4, således at første lægetilsyn efter tvangsfikseringens iværksættelse skal ske

¹³³ *Aggerholm v. Denmark* para 98 og 110

¹³⁴ *Ibid.* para 111-115 og 119

¹³⁵ Institut for Menneskerettigheder, *Høring over lovforslag om ændring af psykiatriloven* s. 8-9

senest 4 timer efter fikseringens påbegyndelse og herefter skal der foretages tilsyn med højst 10 timers mellemtid, dog med mulighed for undtagelse i tilfælde af, at patienten sover. At vække patienten for at foretage tilsyn ville være kontraproduktivt i forhold til behandlingen. Det er sundhedsministeriets vurdering, at dommen ikke er udtryk for en generel ulovlig praksis på de psykiatriske afdelinger, men derimod en ulovlig håndtering i den konkrete sag. I myndighedernes reaktion til dommen henvises i vidt omfang til 10-årsplanen for psykiatrien, som skal løse ressourceudfordringerne i psykiatrien.¹³⁶

I december 2021 indgik den danske stat forlig i sagen *Dam v. Danmark*, fordi sagen på flere punkter mindede om Aggerholm-sagen. Regeringen vurderede, at det var overvejende sandsynligt, at sagen ville ende med en dom for en lignende menneskerettighedskrænkelse. Forliget indebar en økonomisk kompensation til klager på 90.000 kr. Samtidigt forpligtede regeringen sig til at stille lovforslag, der skulle sikre, at der skrives notat mindst en gang i timen, når en patient er bæltefikseret.¹³⁷ Dette lovforslag blev stillet med L 84¹³⁸, hvorefter det er forudsat, at den faste vagt skal foretage notat hvert 15. minut mens tvangsfikseringen står på. I Sundhedsministeriets reaktion på forliget henvises endnu en gang til den kommende 10-årsplan for psykiatrien.¹³⁹ I juni 2023 indgik den danske stat forlig i sagen *M.P. v. Danmark*, som ligeledes vedrørte en tvangsfikseret patient. Pga. ændringer af psykiatriloven, og den nye praksis fra EMD, var det regeringens vurdering, at sagen ville ende med en dom for overtrædelse af EMRK art. 3, hvis den blev realitetsbehandlet ved EMD. Forliget gav derfor klager en økonomisk kompensation på 223.000 kr.¹⁴⁰

Danmark har gentagne gange modtaget international kritik for brugen af langvarige bæltefikseringer. Den Europæiske Torturforebyggelseskomité (Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment or Punishment - CPT),

¹³⁶ Sundhedsministeriet, Endeligt svar på spg. 20, s. 2

¹³⁷ Sundhedsministeriet, *Orientering om forlig af klagesag ved Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol – Dam v. Danmark*

¹³⁸ L 84, Folketingstidende 2021-22 og L 84 - bilag 8, Betænkning, s. 4

¹³⁹ Sundhedsministeriet, *Danmark indgår forlig i sag om bæltefiksering*

¹⁴⁰ Sundhedsministeriet, *Orientering om forlig af klagesag ved Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol – M.P. v. Danmark*

som er en del af Europarådets menneskerettighedsbeskyttelse, har i forbindelse med sine periodiske besøg i Danmark bl.a. udtalt, at bæltefikseringer bør regnes i minutter fremfor timer, at en bæltefiksering almindeligvis ikke bør vare mere end 6 timer og allerhøjest 24 timer, og at fikseringer, der varer i dagevis, ikke ifølge CPT kan have nogen medicinsk berettigelse.¹⁴¹ Tilsvarende har FN's Torturkomité (UN Committee against Torture - CAT) og Menneskerettighedskomité (UN Human Rights Committee, International Covenant on Civil and Political Rights - CCPR) udtrykt bekymring for den hyppige anvendelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien i Danmark. CCPR bemærker bl.a., at på trods af Danmarks forsøg på at nedbringe anvendelsen af tvangsfikseringer, så anvendes det stadig i vidt omfang, også i tilfælde hvor fikseringen varer mere end 48 timer, selvom den danske psykiatrilov foreskriver, at fiksering skal bruges som sidste udvej. Komitéen anbefaler, at Danmark øger indsatsen for at nedbringe tvang og samtidigt sikrer sig, at tvangsforanstaltninger er nødvendige og proportionale.¹⁴²

4.3 Det lægefaglige synspunkt

Der består blandt sundhedspersonalet en helt generel utilfredshed med patientklagesystemet, som det er i dag. Det er for kompliceret, sagsbehandlingstiden er for lang og processen er uigennemskuelig. Klagesagerne er mentalt opslidende for de involverede parter, og systemet fordrer dermed ikke en tilstrækkelig tryk og konstruktiv læringskultur.¹⁴³

Svendborgsagen, som også er omtalt i afsnit 2.6, var en kulmination af lægers utilfredshed med patientklagesystemet. Spørgsmålet for Højesteret var om en læge på akutmodtagelsen i Svendborg havde gjort sig skyldig i overtrædelse af aul. § 75 om ”grovere forsømmelse” eller ”skødesløshed”. Byretten frifandt, landsretten dømte, og Højesteret frifandt med størst mulig dissens.¹⁴⁴ Ved siden af retssagen havde den offentlige debat udviklet sig med en ”#DetKuHaVæretMig”-kampagne på sociale

¹⁴¹ CPT, *Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out from 4 to 13 February 2014*, CPT/Inf (2014) 25 s. 65-66 og *Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out from 3 to 12 April 2019*, CPT/Inf (2019) 35 s. 70

¹⁴² CAT, *Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Denmark*, para 40-41 og CCPR, *Concluding observations on the sixth periodic report of Denmark* para 25-26

¹⁴³ Ugeskrift for Læger, *Lægeforeningen, DSR og FOA: Patientklagesystemet skal gentænkes fra bunden*

¹⁴⁴ Christensen, Jens Peter, *Højesteret og Svendborg-lægesagen*

medier, lukkede facebook-grupper med støtte til Svendborg-lægen og et ”mistillidsvotum” til STPS, som blev underskrevet af mere end 9.000 læger, eller svarende til ca. hver tredje læge i Danmark.¹⁴⁵

Forud for Svendborgsagen blev STPS oprettet i 2015 efter nogle uheldige sager, hvor bl.a. en hjerneskadet psykiater havde fået lov at praktisere i flere år.¹⁴⁶ En tilsynspakke, også kaldet ”Strammerpakken” blev indført i 2016, hvorefter STPS fik mulighed for nemmere at fratage autorisationer og mulighed for at udstede straks-forbud mens sagen behandles.¹⁴⁷

I 2022 rejser skyderiet i Field’s ny offentlig opmærksomhed på forholdene i psykiatrien. Gerningsmanden havde forud for skyderiet et forløb hos Psykiatrisk Center Amager, hvor han ifølge eksperter, ikke fik den rette behandling.¹⁴⁸ STPS gennemførte et reaktivt tilsyn, som konkluderede, at der var større problemer af betydning for patientsikkerheden på Psykiatrisk Center Amager.¹⁴⁹

24 % af alle drab begået i Danmark fra 2012-2019 er begået af folk, der var sindssyge i gerningsøjeblikket.¹⁵⁰ Gerningsmanden i Field’s-sagen er foreløbigt af byretten idømt forvaring på Sikringsafdelingen på ubestemt tid (sagen er anket).¹⁵¹ D. 21. juli 2023 bliver en læge stukket ned af en psykotisk patient i psykiatrien. Det er det niende drab på en sundhedsprofessionel siden 2012. Sammen med Field’s-sagen rejser lægedrabets spørgsmål om screening for voldsrisiko og om sikkerheden i psykiatrien generelt.

¹⁴⁵ Rasmussen, Lars Igum, *DIREKTE*: »Jeg er rigtig ked af det her interview, det tager en drejning, jeg ikke bryder mig om« og Ugeskrift for Læger, *Tusindvis af læger sender mistillidsvotum til omstridt styrelse*

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Sundhedsministeriet, *Ny tilsynspakke strammer reglerne for sundhedsautorisationer*

¹⁴⁸ Hansen, Louise Bolvig m.fl., *Med den rette behandling var tiltalte ikke blevet så farlig, vurderer eksperter*

¹⁴⁹ Styrelsen for Patientsikkerhed, *Tilsynsrapport Psykiatrisk Center Amager Region Hovedstadens Psykiatri*

¹⁵⁰ Ugeskrift for Læger, *Drab puster til debat om sikkerhed i psykiatrien*

¹⁵¹ Københavns Byrets dom afsagt den 5. juli 2023, SS-31572/2022-KBH, 1375/23

Kræftsagen fra Århus viser også, hvor presset sundhedsvæsenet er. Medier afslører, at kræftpatienter har ventet længere end den påbudte maksimale ventetid på to uger¹⁵² på operation for mave- og tarmkræft.¹⁵³ Sagen afføder en række patienterstatningssager.¹⁵⁴ Forsinkelsen skyldes manglen på personale, især kirurger og operationssygeplejersker.¹⁵⁵ Regeringen kommer med en ny sundhedspakke, som afsætter 5 mia. kr. ekstra årligt til sundhedsvæsenet. Sundhedspakken fokuserer særligt på styrkelse af kræftbehandlingen.¹⁵⁶

Derudover har der kørt nogle krænkelssager mod læger. En hvor en læge blev dømt for seksuelle overgreb og blufærdighedskrænkelser,¹⁵⁷ og en hvor en læge blev frikendt efter halvandet års sagsforløb. I sagen med den frikendte læge havde STPS midlertidigt frataget lægens autorisation pga. mistanken mod ham. Lægen har ikke kunnet udføre sit hverv i halvandet år frem til frifindelsen, hvilket har påvirket ham voldsomt både personligt og økonomisk. Sagen afføder derfor kritik fra Lægeforeningen om, at lægers retssikkerhed er for dårlig. Lægerne støtter et stærkt tilsyn, men ønsker skærpede krav til proportionaliteten i sanktionerne fra STPS, hurtigere sagsbehandling og mulighed for økonomisk erstatning i tilfælde af frifindelse. I kritikken af STPS kobles lægernes retssikkerhed med patientsikkerhed. Frygten for klagesager kan betyde, at nogle læger ikke tør at udføre en bestemt type undersøgelser, eller den kan lede til at lægerne udfører defensiv medicin.¹⁵⁸

En ud af fire læger tilkendegiver i en undersøgelse, at de dagligt eller ugentligt bestiller unødvendige undersøgelser, fordi de er bekymrede for at få en klage (dvs. defensiv medicin). Lægeforeningen kommenterer i den forbindelse at undersøgelsen blotlægger en uhensigtsmæssig konsekvens af klagesystemet, hvor der er fokus på placering af

¹⁵² Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, BEK nr. 584 af 28/04/2015

¹⁵³ Pedersen, Marie Lagoni, *To måneder efter afsløringer ventede kræftpatienter stadig for længe på omstridt afdeling*

¹⁵⁴ Patienterstatningen, *Første erstatning for forsinkede kræftoperationer i Region Midtjylland*

¹⁵⁵ Pedersen, Marie Lagoni, *To måneder efter afsløringer ventede kræftpatienter stadig for længe på omstridt afdeling*

¹⁵⁶ Sundhedsministeriet, *Faktaark: Ny sundhedspakke*

¹⁵⁷ Øllgaard, Anne Klit, *Ung læge kendt skyldig i seksuelle overgreb og blufærdighedskrænkelser mod patienter*

¹⁵⁸ Ugeskrift for Læger, *Læge frifundet – Lægeforeningen rejser principiel kritik af lægers retssikkerhed i brev til minister*

skyld fremfor læring. Det udfordrer patientsikkerheden. Defensiv medicin kan udgøre en risiko for patienten, f.eks. i form af unødvendige scanninger, og det er spild af ressourcer i et i forvejen presset sundhedsvæsen. Der er en tillidskrise mellem læger og systemet, hvor systemet opleves mere som en modspiller end en medspiller.¹⁵⁹

Specifikt ift. PKN, så angiver DPS, at den største udfordring ved nævnet efter deres opfattelse er, at ”det formelle” tillægges så stor vægt, som det gør. DPS mener, at kravene til det formelle er i en detaljeringsgrad, som ikke giver faglig mening og dermed reelt ikke er med til at sikre patientens retssikkerhed, men som til gengæld får store konsekvenser for behandlingen og patientens bedring.¹⁶⁰ DPS vurderer, at der i dag forekommer ”unødvendig tvang” som dybest set skyldes ressourcemangel. Det er også DPS’ vurdering, at psl. og PKN’s praksis i stigende grad komplicerer og forlænger patientforløbene. Især ventetiden inden en tvangsbehandling kan iværksættes er problematisk. For den enkelte patient opstår der ofte behov for akut beroligende medicin med tvang i venteperioden, ligesom at der i venteperioden kan opstå behov for bæltefiksering. Det leder til mere tvang overfor patienterne samt til arbejdsulykker og skadesanmeldelser blandt personale.¹⁶¹

Konkret anbefaler DPS lovændring, som sikrer patientens behov for hurtig behandling. Dertil bør patientklagenævnspraksis og ankenævnspraksis generelt smidiggøres vedrørende vurderingen af de formelle kriteriers opfyldelse. Herudover bør der åbnes op for, at ECT (Elektro-Convulsiv Terapi) kan anvendes med tvang på lige fod med medikamenter, da ECT er en skånsom og meget virksom behandlingsform. Slutteligt anbefaler DPS en betydeligt større vægtning af den lægefaglige vurdering på nævnsmøderne.¹⁶²

Endvidere mener DPS, at lovgivning og afgørelser i klagesager i højere grad bør understøtte, at den lægefaglige vurdering af patientens farlighed foretages ud fra den

¹⁵⁹ Sundhedspolitisk Tidsskrift, *Mange patienter får unødvendige behandlinger på grund af lægers skræk for klager*

¹⁶⁰ Bilag 1

¹⁶¹ Dansk Psykiatrisk Selskab, *Den nødvendige og unødvendige tvang* s. 3, 6 og 13

¹⁶² Ibid. s. 13-17

samlede kliniske tilstand - og ikke kun ud fra et øjebliksbillede.¹⁶³ Det her beskrevne synspunkt kommer til udtryk i ovenfor gennemgåede U 2023.378 H, hvor PKN netop underkender en tvangsfikserings udstrækning pga. et øjebliksbillede beskrevet i journalen, hvorimod Højesteret inddrager flere dele af patientjournalen og Retslægerådets udtalelse i en helhedsvurdering af patientens farlighed.

4.4 Retspolitiske overvejelser om nedbringelse af tvang

Der har i mange år været stort politisk og fagligt fokus på nedbringelse af tvang i psykiatrien. I 2014 satte sundhedsministeriet og regionerne et fælles mål om, at brugen af bæltefikseringer skulle halveres frem mod 2020, og at den generelle brug af tvang samtidigt skulle mindskes. Andelen af patienter, der i perioden 2014-2020 bæltefikseres, er faldet, men ikke nok til at indfri målet, og samtidig er den samlede brug af tvang steget.¹⁶⁴ Om det utilfredsstillende resultat meddeleler Sundhedsstyrelsen, at der fremadrettet skal være mere fokus på læring og forebyggelse, og at der skal sættes nye mål for nedbringelse af tvang.¹⁶⁵

I et debatindlæg fra IMR peges der på, at PKN og domstolene alene tager stilling til, om farekriteriet (eller behandlingskriteriet) var opfyldt på det tidspunkt, hvor frihedsberøvelsen blev iværksat. IMR angiver, at de savner, at der bliver taget stilling til, om årsagen til, at patienten f.eks. bliver farlig, er resultatet af mangelfuld behandling, pleje eller omsorg, manglende respekt for patientens selvbestemmelse eller andre forhold.¹⁶⁶ Formålsbestemmelserne i psl. foreskriver, at tvang aldrig må erstatte omsorg, behandling og pleje, jf. psl. § 2, stk. 2. Det kan dog være forbundet med udfordringer retrospektivt at vurdere, om psl. § 2 er overtrådt. Desuden er der tale om en formålsbestemmelse, som ikke indfører en patientrettighed, men en bestemmelse som skal være retningsgivende for tilgangen til patientbehandling i psykiatrien.¹⁶⁷

¹⁶³ Ibid. s. 15

¹⁶⁴ Rigsrevisionen, *Beretning om indsatsen for at nedbringe brug af tvang i psykiatrien*

¹⁶⁵ Sundhedsstyrelsen, *Målet om at nedbringe tvang inden udgangen af 2020 er ikke nået*

¹⁶⁶ Institut for Menneskerettigheder, *DEBAT: Psykiatrien i krise. "Jo mere jeg undersøger psykiatriområdet, jo mere indser jeg, hvor meget der skal til"*

¹⁶⁷ L 137, Folketingstidende 2014-15, s. 11

I den ovenfor gennemgåede dom, U 2022.327 H, ses, hvordan PKN's underkendelse af en tvangsbehandling er et af de momenter, som leder til patientens forværring og efterfølgende tvangsfiksering. Denne problematik, hvor patienter kan være tvangsindlagt i ugevis men uden at modtage behandling, peger DPS også på med et eksempel i deres pjece om tvang.¹⁶⁸ Psykiatere og DPS efterspørger lovændring til at imødegå problemet, og foreslår, at hvis man er vurderet syg nok til at blive tvangsindlagt, så er man også syg nok til, at tvangsbehandling igangsættes med det samme. Den foreslåede model ville følge den svenske lovgivning på området.¹⁶⁹

10-årsplanen for psykiatrien, som regeringen henviser til adskillige gange i deres reaktioner på problemer i psykiatrien, blev vedtaget i september 2022 af et bredt flertal i Folketinget.¹⁷⁰ Planen var regeringens svar på psykiatriens udfordringer og den langvarige kritik af brugen af tvang. Planen understreger behovet for en langsigtet og vedvarende indsats på området. Planen blev modtaget med blandet reaktion. Der peges på, at planen er et skridt i den rigtige retning, men planen er også drillende blevet kaldt "2-års planen", fordi den ikke står mål med udfordringerne. Flere interessenter peger på, at det er positivt, at planen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens faglige oplæg om psykiatrien, men alle inkl. regeringen selv, betegner 10-årsplanen som "det første skridt" i en langvarig og sammenhængende indsats. Psykiatrifonden mener, at planen er for vagt formuleret, og at problemet med finansieringen er, at den tager udgangspunkt i, hvor mange penge politikerne har lyst til at bruge, og ikke det reelle behov i psykiatrien.¹⁷¹ Dansk Psykolog Forening og DPS mener, at den regionale psykiatri slet ikke løftes nok. Der er akut kapacitetsmangel og rekrutteringsudfordringer, som planen ikke adresser eller håndterer tilstrækkeligt.¹⁷² Interessenterne er enige om, at der er behov for en ambitiøs del 2 til planen.

¹⁶⁸ Dansk Psykiatrisk Selskab, *Den nødvendige og unødvendige tvang* s. 10-11

¹⁶⁹ Kristeligt Dagblad, *Patienter indespærres med tvang, men må vente på behandlingen: "Det er dybt problematisk"*

¹⁷⁰ Sundhedsministeriet, *Bred aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*

¹⁷¹ Psykiatrifonden, *Psykiatrifonden om tiårsplan: For lidt, for løst og for kort*

¹⁷² Dansk Psykolog Forening, *Godt og skidt: 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed* og Dansk Psykiatrisk Selskab, *Pressemeddelelse fra Dansk Psykiatrisk Selskab om Psykiatriaftale*

10-årsplanen afsatte samlet 1,1 milliard kr. til psykiatrien. SVM-regeringen lovede ekstra 3 milliarder om året til psykiatrien i deres regeringsgrundlag, så bevillingen til psykiatrien om 10 år er øget med 4,1 milliard kr. om året. Det udtrykker bl.a. Lægeforeningen tilfredshed med, men påpeger dog samtidigt behovet for at rekruttere og uddanne flere speciallæger.¹⁷³ DPS efterspørger implementeringen af 10-årsplanen, men regeringen afviser præmissen med henvisning til, at implementeringen er i gang.¹⁷⁴

Nedbringelse af tvang er en af de 19 specifikke målsætninger i 10-årsplanen. Uddybende om nedbringelsen af tvang angives, at der er behov for at identificere og indsamle data om forløbet, der leder op til en tvangsindlæggelse. Muligheden for alternative og mindre indgribende tvangsformer skal undersøges, men det er afgørende: ”at grundlaget for, hvornår tvang kan iværksættes, ikke lempes”.¹⁷⁵ Med den formulering virker det ikke sandsynligt, at DPS’ ønske om, at tvangsindlæggelse automatisk skal give mulighed for tvangsbehandling, vil blive imødekommet i den nærmeste fremtid.

Læger og jurister fra Region Syddanmark og Syddansk Universitet peger i en kronik på, at Danmark har en problematisk lovgivning i forhold til at forsøge i tiltag, der kan være med til at nedbringe tvang i psykiatrien. Det følger af psl. § 23, stk. 1, at frihedsberøvede patienter ikke må undergives ”forsøgsbehandling”, hvilket betyder, at lovgivningen spænder ben for udviklingen af evidensbaserede alternative metoder til tvang.¹⁷⁶

4.5 Opsummering og delkonklusion

Ift. den gennemgåede retspraksis, så er det værd at bemærke, at flere sager om administrativ frihedsberøvelse ender i Højesteret, hvilket understreger sagernes principielle karakter. Der også flere domme hvor byretter, landsretter og Højesteret kommer frem til forskellige resultater, samt domme afsagt med dissens, hvilket afspejler

¹⁷³ Lægeforeningen, *Debat: Endelig tegner det til at blive psykiatriens tur* og Lægeforeningen, *Uden flere speciallæger får psykiatrien ikke det nødvendige løft*

¹⁷⁴ Altinget, *Debat: Løbde til Psykiatrisk Selskab: Jeg er også utålmodig, men opbygning af psykiatrien skal ske gradvist*

¹⁷⁵ Sundhedsministeriet, *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*

¹⁷⁶ Ugeskrift for Læger, *Evidensbaserede tiltag til nedbringelse af tvang – ja tak, men hvordan?*

den retsusikkerhed, der gælder på området. Endvidere fremhæver antallet af meget nye domme emnets aktualitet. De gennemgåede domme illustrerer den svære balance, som psykiatrien skal finde imellem på den ene side at afværge fare, og på den anden side opretholde respekten for menneskerettigheder i en tiltagende ressourcepresset hverdag.

U 2023.378 H, som er beskrevet i afsnit 4.1.1, hvor en farlig skizofren patient er tvangsfikseret efter at have overfaldet en sygeplejerske, sammenholdt med problematikken beskrevet i afsnit 4.3 om drab af sundhedsprofessionelle og voldsrisiko, illustrerer (sat på spidsen) dette dilemma.

Mangel på ressourcer, dårlig screening og utilstrækkelig opfølgning udgør ikke blot en risiko for patientsikkerheden, men også en sikkerhedsrisiko for personale og borgere. Dommene U 2021.1893 H og U 2023.695 V om patienten der var tvangsfikseret og indespærret, mens der i halvandet år blev afventet plads på Sikringen, er også et eksempel på den ressourcepressede psykiatri. Større kapacitet i psykiatrien både i form af sengepladser og i form af medarbejdere er et oplagt sted at sætte ind. Denne kapacitetsforbedring er påbegyndt med regeringens 10-årsplan og især med ekstrabevillingen på 3 mia. kr., men forandringerne sker ikke fra den ene dag til den anden, og der skal tænkes uddannelse og rekruttering af kvalificeret arbejdskraft ind.

Derudover kunne det måske være en ide at genindføre tvungen opfølgning efter udskrivning, hvorved patienter, der er udskrevet, har pligt til at møde op til den ambulante behandling. Ordningen med tvungen opfølgning, som gjaldt 2010-2019, gav mulighed for at holde en særlig patientgruppe af primært habituelt kronisk psykotiske patienter i en medicinsk behandling. Ordningen blev af sundhedspersonalet vurderet til at være en væsentlig og effektiv metode til at holde de omfattede patienter i et stabilt behandlingsforløb. Ordningen havde dog både snævre grænser for, hvornår den kunne anvendes, hvorved den omfattede en relativt lille patientgruppe, og ordningen havde en tidsbegrænsning på 12 måneder, hvorefter mange patienter faldt tilbage i sygdommen. Sundhedsstyrelsen angiver i evalueringen af ordningen, at den giver anledning til en række retssikkerhedsmæssige betænkeligheder. Ordningen fraveg psl.'s udgangspunkt om, at loven kun finder anvendelse for patienter, der befinder sig på en psykiatrisk

afdeling.¹⁷⁷ Ydermere var det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der eksisterede en mindre hensigtsmæssig fortolkning af mindstemiddelsprincippet. Ordningen anbefalede brug af depotbehandling, hvilket strider mod den praksis, som er fastlagt af PKN, hvor brugen af depotmedicin anses for mere indgribende end enkeltdosering.¹⁷⁸ Ved en eventuel genindførelse af tvungen opfølgning kunne man overveje, om det skulle være muligt at tilrettelægge ordningen mere hensigtsmæssigt, så den kan bruges mere bredt og effektivt. Hensynet til en god og effektiv patientbehandling skulle være bærende, så det undgås, at patienter i samme grad svinger ind og ud af indlæggelser, og så situationer, hvor andre tvangsforanstaltninger bliver nødvendige, undgås.

På den ene side får psykiatrien at vide, at tvang skal nedbringes, og at Danmark klarer sig dårligt internationalt, hvad angår tvang. På den anden side skal personalet afværge fare. Er der den rette balance mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til personalets sikkerhed? Tvang nedbringes ikke ved skærpede formelle krav, men ved tilføjelse af markant flere ressourcer og generelt bedre patientbehandling, så tvangssituationerne i større grad undgås. Uforudsigelighed og vilkårlighed vil altid være en risiko for personalet i psykiatrien, men bedre patientbehandling kan måske mindske risikoen.

10-årsplanen for psykiatrien er dermed en del af løsningen for målet om at nedbringe anvendelse af tvang i psykiatrien, og at undgå menneskerettighedskrænkende tvangsudøvelse. Planen imødegår dermed dommen fra EMD og kritikken fra CAT, CPT og CCPR. Investering i psykiatrien er dermed ikke udelukkende et internt nationalt anliggende, men faktisk noget som Danmark er forpligtet til i kraft af sine internationale forpligtelser.

5 Retssikkerhed og patientsikkerhed

Der skal både tages hensyn til patienternes og sundhedspersonalets retssikkerhed. Når patienterne gradvist er tillagt flere rettigheder i sundhedslovgivningen, så skal

¹⁷⁷ L 164, Folketingstidende 2018-19, s. 7-9

¹⁷⁸ Ibid.

klagesystemet også kunne rumme håndhævelsen af flere rettigheder. Det er ovenfor under afsnit 4.3 om det lægefaglige synspunkt gennemgået, at den nuværende indretning af klagesystemet har store konsekvenser for sundhedspersonalet.

Patientsikkerhed omhandler kvaliteten og dermed sikkerheden for patienterne, når de undergives den sundhedsfaglige behandling.

5.1 Placering af individuel skyld

Fokus på placering af individuel skyld i patientklagesystemet skaber en dårlig læringskultur og fremmer brugen af defensiv medicin. Mundrette sætninger blandt lægerne som ”Ryggen fri før luftvejene”, og omskrivningerne som ”Tiden sårer alle læger” illustrerer denne faggruppes manglende tillid til klagesystemet.

Sundhedspersonalet mener, at klagerne bør starte som forløbsklager, altså klager hvor der er fokus på afdelingen fremfor et enkelt individ.

Lægeløftet, som dog kun indebærer en etisk forpligtelse, blev indført ved Københavns Universitet i 1815,¹⁷⁹ og deraf kan måske siges at være opstået en tradition om at pålægge et individuelt ansvar. Lægeløftet bygger på den hippokratiske ed fra antikkens Grækenland ca. 500 år f.v.t., og det danske lægeløfte var inspireret af juristløftet fra 1736.¹⁸⁰ Lægeloven, som går forud for nutidens autorisationslov, stammer fra 1935, og formulering om ”*omhu og samvittighedsfuldhed*” består stadig i dag. Men at pålægge et individuelt ansvar giver ikke nødvendigvis lige så meget mening i nutidens sundhedsvæsen, hvor patientbehandlingen er blevet kompliceret og omfangsrig på store og avancerede hospitaler. Arbejdsgange, IT-systemer, kommunikation og ressourcer spiller en større rolle for den enkelte patients forløb i dag.

På den anden side så er det individuelle ansvar stadig relevant, når sundhedspersoner agerer i et stort og indviklet patientbehandlingssystem. Men kunne det være en ide, helt at fjerne individklagerne hos STPK? Et forslag kunne i hvert fald være, at alle klagesager som udgangspunkt startede som forløbsklager, hvormed fokus vil være på

¹⁷⁹ Lægeforeningen, *laeger.dk, Lægeløftet*

¹⁸⁰ Ugeskrift for Læger, *Lægeløftet og lægeloven*

det samlede forløb og afdelingens ageren. STPS ville stadig have deres individtilsyn, men der behøvede måske ikke at køre parallelle individklager hos STPK ved siden af.

5.2 Tillidskrise

Som illustreret bl.a. ved det mistillidsvotum til STPS, som ca. 1/3 af alle læger i Danmark har underskrevet, så består der en tillidskrise mellem lægestanden og patientklagesystemet.

Der skal arbejdes for at genopbygge lægernes tillid til tilsynsmyndigheden og resten af klagesystemet. Proportionalitet i sanktionerne og sundhedspersonernes retssikkerhed skal tænkes ind. Sagsbehandlingstiden bør være kortere, så læger ikke har en sag kørende i månedsvis eller årevis. Der burde være adgang til erstatning, hvis en læge har fået frataget sin autorisation midlertidigt af STPS, såfremt lægen i sidste ende bliver frikendt, sådan som det skete i den ene af de under afsnit 4.3 omtalte krænkelssager. Der bør være adgang til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og for svie og smerte.

Hvis man er modig, så kunne man fjerne visse patientrettigheder, og i stedet gøre dem til formålsbestemmelser og målsætninger, og samtidigt vise sundhedsvæsenet den tillid at de selv kan tilrettelægge patientbehandlingen med målsætningerne som retningslinje. Et presset sundhedsvæsen har allerede flere gange været nødt til at ændre i behandlingsgarantien. Udredningsgarantien og behandlingsgarantien om at man har ret til at blive udredt henholdsvis behandlet indenfor 1 måned, fremgår af SL § 87 om udvidet frit sygehusvalg. Behandlingsgarantien på 1 måned blev indført i 2007. Siden har garantien været ændret til 2 måneder for mindre alvorlige sygdomme, tilbage til 1 måned for alle sygdomme og senest i 2023 midlertidigt ændret til 2 måneder indtil udgangen af 2024, pga. sundhedsvæsenets aktuelle kapacitetsudfordringer.¹⁸¹ Behandlingsgarantien er et eksempel på en upraktisk patientrettighed, når den ikke kan overholdes pga. manglende ressourcer.

¹⁸¹ LOV nr. 413 af 25/04/2023

I sundhedsretten er perspektivet i stigende grad blevet patientens. Tidligere var der adgang til at begrænse patientens indsigt i egen journal, hvis det ville være til alvorlig skade for behandlingen og det fremtidige forhold mellem patienten og den behandlende sundhedsperson. Efter en lovændring i 2010 kan retten til aktindsigt i patientjournalen ikke længere begrænses for patienten selv.¹⁸² Lovændringen kan ses som eksempel på retliggørelsen af sundhedsvæsenet. Ændringen afspejler en udvikling, hvor patientjournalen i højere grad kommer til at udgøre et juridisk dokument fremfor et arbejdsredskab mellem sundhedsprofessionelle.

Der er mange instanser i patientklagesystemet. Indførelsen af Ankenævnet for Tilsynsafgørelser er, som nævnt, et eksempel på, at man har forsøgt at løse retssikkerhedsmæssige udfordringer ved at indføre et nyt nævn. Det særlige ved Ankenævnet for Tilsynsafgørelser er, at nævnet skal tilgodese de autoriserede sundhedspersoners retssikkerhed. Et perspektiv der ikke tidligere har fyldt lige så meget hos lovgiver.

5.3 Forenkling af klagesystemet

Patientklagesystemets kompleksitet udgør i sig selv et retssikkerhedsmæssigt problem, fordi det er svært for patienterne at navigere i.

Af afsnit 2 om patientklagesystemet fremgår det, at der er et overlap mellem visse af kontrolorganerne. I afsnit 2.5 beskrives den parlamentariske kontrol i § 71-tilsynet, den forvaltningsretlige kontrol hos ombudsmanden, det ikke-sanktionerende UTH-system og domstolskontrollen, som den følger af grl. §§ 63 og 71, stk. 6. De forskellige instanser har forskellige faglige forudsætninger, forskellige mandater og procedurer, så et vist overlap giver god mening. F.eks. den parlamentariske kontrol med frihedsberøvede psykiatripatienter, hvor de parlamentariske medlemmer er nærmere til at gøre brug af parlamentarisk debat og lovgivende tiltag, hvorimod PKN og domstolene varetager en anden form for kontrol med mulighed for at godkende eller underkende afgørelser og med mulighed for at give erstatning.

¹⁸² Bødker Madsen, *Psykiatritret* s. 192

Hvis man vil forenkle klagesystemet, kan der dog være behov for at overveje, om nogle instanser bør fjernes, eller om i hvert fald indgangen til patientklagesystemet i højere grad bør samles et sted. Man kunne også overveje at indføre en bagatelgrænse eller at fremme brugen af ikke-sanktionerende organer, som f.eks. UTH. Derved ville man mindske sundhedspersonalets frygt for at små fejl kan udvikle sig til en klagesag, men stadig fremme at fejl bliver noteret og fulgt op på i forbindelse med det almindelige kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet.

5.4 Retssikkerheden i PKN

Klager over tvang i psykiatrien indtager en særlig plads i patientklagesystemet, fordi lovreguleringen har forbindelse til grundloven, hvilket relativt få lovområder i Danmark har.

Angående de manglende klagefrister, så taler det på den ene side imod indførelsen af absolutte frister, at frihedsberøvede psykiatripatienter er en særligt udsat patientgruppe. På den anden side så taler hensynet til sundhedspersonernes retssikkerhed for, at der indføres klagefrister. Det sidste argument er det stærkeste, når man medregner, at patienternes overholdelse af klagefrister kan ske ved hjælp af patientrådgiveren. Lovgiver har ikke haft et problem med at indføre klage- og forældelsesfrister for de øvrige organer indenfor patientklagesystemet med henvisning til bevismæssige hensyn, hvilket også burde gælde for klager over tvang i psykiatrien.

Selvom videomøder er smarte og tidsbesparende, så må det siges at udgøre en svækkelse af patientens retssikkerhed, da det kan være sværere for en patient med psykiske udfordringer at strukturere sig i et videomøde. Det strider også imod det oprindelige hensyn bag indførelsen af PKN som lokale nævn i amtskommunerne, nemlig at det blev tillagt særlig betydning, at klager og patientrådgiver havde mulighed for personligt fremmøde. Det ville ikke nødvendigvis være det rigtige at genindføre de fysiske møder. Nævnsmedarbejderne blev også samlet i Viborg for at skabe et stærkt fagligt miljø for sagsbehandlerne. Herudover giver manglen på lægefaglige medlemmer også en udfordring ift. muligheden for at afholde fysiske møder. Det bør dog tænkes ind, at videomøder udgør en svækkelse af retssikkerheden for patienten, og det kan

overvejes, om patientens retssikkerhed kan tilgodeses på anden måde, f.eks. ved at patienten selv kan vælge, om vedkommende vil tilkendegive sine synspunkter mundtligt til patientrådgiveren, på skrift eller om patienten ikke har noget problem med at deltage på et videomøde.

Manglen på lægefaglige medlemmer i PKN er en stor retssikkerhedsmæssig udfordring for nævnets evne til at behandle klagesagerne indenfor de i lovgivningen fastsatte og forudsatte tidsrammer. At det lægefaglige argument ikke, ifølge lægestanden, vægter nok i nævnsbehandlingen, er formentlig en faktor af betydning for manglen på lægemedlemmer. I et forsøg på at overholde den lovbestemte sagsbehandlingsfrist på 7 dage i sager om tvangsbehandling, jf. psl. § 36, stk. 3, så er sagsbehandlingstiden i de øvrige klager over tvang steget. Loven forudsætter en sagsbehandlingstid på 14 dage, men i 2020 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i sager om frihedsberøvelse 42 dage, og i sager om andre former for tvang var sagsbehandlingstiden 70 dage.¹⁸³ PKN's lange sagsbehandlingstid er især problematisk for retssikkerheden i sager om administrativ frihedsberøvelse, fordi forudsætningen for domstolsprøvelse efter grl. § 71, stk. 6 er, at PKN har gennemført sin 1. instans-behandling. Når PKN's sagsbehandling forsinkes, så forsinkes den grundlovssikrede domstolsprøvelse også.

Både i Aggerholm-sagen og U 2023.378 H er det kvalificeringen af farlighedskriteriet, der bliver afgørende for sagernes udfald. Både EMD og PKN underkender tvangsfikseringens udstrækning i de to sager, da faren ikke vurderes tilstrækkelig kvalificeret og aktuel. PKN er formentlig påvirket af EMD i deres praksis. Denne afhandling viser, at der består en dissonans mellem det juridiske/menneskeretlige synspunkt og det sundhedsfaglige synspunkt. DPS kritiserer direkte PKN og PKA for at være blevet for ”rigide” i deres lovfortolkning og for formelt ”juristede” uden hensynstagen til lægefaglige vurderinger. Polariseringen i debatten kommer næppe patienterne til gode, hvorfor der bør indledes en konstruktiv dialog mellem sagsbehandlerne i PKN og speciallæger i psykiatri ift. om regler og praksis i PKN bør ændres.

¹⁸³ Psykiatrifonden, *Analysenotat: Klagesager afsluttet i Det Psykiatriske Patientklagenævn 2018, 2019 og 2020* s. 5

Desuden har reglerne om PKN ikke ændret sig væsentligt siden indførelsen i 1989. Man kunne derfor måske savne en mere tilbunds gående modernisering af nævnet. Til sammenligning er de øvrige klage-, erstatnings- og tilsynsorganer indenfor sundhedsvæsenet ændret adskillige gange siden deres indførelse. Ved en evt. modernisering af PKN savner i hvert fald lægestanden en strukturering, der fordrer, at det sundhedsfaglige argument vægtes højere.

I forarbejderne til psl. af 1989 angives lovens formål til at være en styrkelse af psykisk syges retsstilling. Ifølge lovens forarbejder skal tvang forebygges og om muligt undgås, samtidigt med at tvang heller ikke kan undværes som redskab. Der indføres løbende retssikkerhedsgarantier for patienterne, f.eks. i form af bæltetilsynsregler, for at sikre at unødvendig og menneskerettighedskrænkende tvang undgås. Det er dog først med 10-årsplanen for psykiatrien, at ressource manglen er adresseret. Det kan forhåbentligt bidrage til at bringe Danmarks brug af tvangsforanstaltninger i den rigtige retning og i bedre overensstemmelse med Danmarks internationale forpligtelser.

5.5 Tvangsbehandling

PKN påvirker patientsikkerheden negativt med deres praksis for underkendelse af tvangsmedicinering. Det illustrerer retspraksis i den i afsnit 4.1.1 gennemgåede dom U 2022.327 H, hvor patientens medicin seponeres fra den ene dag til den anden pga. PKN's underkendelse af tvangsmedicineringen, hvilket leder til en forværring af patientens situation og derefter tvangsfiksering. Ligeledes er PKN's tidligere fejlfortolkning af lægemiddelsanbefalingerne på pro.medicin et eksempel på, at PKN's manglende lægefaglige fokus udgør en risiko for patientsikkerheden.

Der kan gå lang tid inden en effektiv tvangsbehandling kan iværksættes, fordi der er lovkrav om, at der skal være en motiveringsfase på op til tre dages varighed, jf. psl. § 12, stk. 5. Derefter har patientens klage over beslutningen om tvangsmedicinering opsættende virkning, jf. psl. § 32, stk. 3. PKN skal herefter træffe afgørelse om beslutningen om tvangsmedicinering inden 7 hverdage, jf. psl. § 36, stk. 3, 1. pkt. Alt

imens afventer patienten, hvormed patientens tilstand muligvis forværres, og behovet for akut beroligende med tvang eller bæltefiksering opstår.

Desuden giver bestemmelsen i psl. § 12, stk. 3 om, at ECT med tvang kun må benyttes, såfremt patienten befinder sig i en livstruende tilstand, ikke lægefagligt mening. Som det fremgår af afsnit 4.3, så er ECT tværtimod en yderst virksom og skånsom behandlingsform med få bivirkninger sammenlignet med medicinering. At ECT skulle være et mere indgribende middel end medicinering beror på fordomme og uvidenhed.

At rette op på de uhensigtsmæssigheder der består som følge af lovgivning og praksis omkring tvangsbehandling ville kræve lovændring. Her kunne man følge DPS's forslag om at efterligne den svenske model, hvormed tvangsindlæggelse vil medføre adgang til tvangsbehandling. Når tiltag til nedbringelse af tvang diskuteres, så er det udover retssikkerhedsperspektivet og menneskerettighedsperspektivet også vigtigt at vurdere lovgivningens betydning for patientsikkerheden.

5.6 Opsummering og delkonklusion

Anvendelse af tvangsforanstaltninger er et politisk betændt område. Lovgiver påvirkes af internationale organer og domstole, der stiller sig kritisk overfor Danmarks praksis ift. tvang. PKN's praksis lægger et ikke uvæsentlig pres på sundhedspersonalet, som skal udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i en juridisk verden.

At undgå og nedbringe unødvendig tvang er et fælles mål for de fleste interessenter indenfor psykiatrien. Hvilke årsager og tiltag der peges på som de primære, udgør imidlertid forskellen. IMR peger på styrkelse af patientrettighederne,¹⁸⁴ DPS peger på investeringer i personalenormeringer og personalekompetencer,¹⁸⁵ og SIND peger på øget ledelsesmæssigt fokus på reduktion af tvang.¹⁸⁶ Der er naturligvis overlap i de tiltag, som interessenterne peger på, men her er deres fokus fremhævet.

¹⁸⁴ Institut for Menneskerettigheder, *DEBAT: Psykiatrien i krise. "Jo mere jeg undersøger psykiatriområdet, jo mere indser jeg, hvor meget der skal til"*

¹⁸⁵ Dansk Psykiatrisk Selskab, *Den nødvendige og den unødvendige tvang* s. 18

¹⁸⁶ SIND, sind.dk, *SIND mener*

Pga. tillidskrisen og risiciene ved brugen af defensiv medicin er der behov for et opgør med, hvordan man i patientklagesystemet ser på placeringen af individuel skyld, fordi sundhedsvæsenet fungerer anderledes i nutidens Danmark, ift. dengang ansvarsreglerne blev skabt. Et stærkt og velfungerende patientklagesystem er en interesse for alle parter. Patientsikkerheden varetages med et velfungerende klagesystem ved, at patienterne får mulighed for at håndhæve deres rettigheder. Samtidigt er det med til at opretholde tilliden til de sundhedsprofessionelle. På nuværende tidspunkt er der dog ikke en optimal og velfungerende balance i systemet.

6. Konklusion

Afhandlingen har undersøgt og diskuteret udviklingen og indretningen af patientklagesystemet. Klagesystemet er et resultat af retliggørelsen af sundhedsvæsenet, og det deraf følgende behov for nem og effektiv håndhævelse. PKN og tvang efter psl. har været i fokus i afhandlingen og udgør et særligt juridisk felt indenfor det sundhedsretlige klagesystem. Det danske patientklagesystem er opbygget med både klage-, tilsyns- og erstatningsorganer, og suppleres af parlamentarisk (§ 71-tilsynet), forvaltningsretlig (ombudsmanden) og ikke-sanktioneret (UTH) kontrol. Domstolene afgør i sidste ende øvrighmyndighedens grænser, og domstolene spiller samtidigt en særlig vigtig rolle som retssikkerhedsgarant for frihedsberøvede patienter.

PKN adskiller sig fra det øvrige patientklagesystem ved, at der ikke gælder nogen klagefrister, at frihedsberøvede patienter har en særlig domstolsadgang, at der er en obligatorisk patientrådgiverordning, at PKN tidligere henhørte under Erhvervsministeriet, samt at PKN mangler lægefaglige medlemmer til deres sagsbehandling. Sidstnævnte problemstilling har den konsekvens, at PKN har svært ved at overholde fastsatte og forudsatte sagsbehandlingsfrister, hvilket påvirker patienternes retssikkerhed negativt.

Det kan konkluderes, at det fremstår retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at der ikke eksisterer en klagefrist for PKN. En lovændring som indfører en klagefrist, der følger FOL's suspensionsregler med en relativ og en absolut frist, kunne fint anvendes til at

forbedre retssikkerheden for sundhedspersonalet og patienterne. Risikoen for fortabelse af klagemuligheden pga. fristoverskridelse kan imødegås ved patientrådgiverordningen.

Det kan tillige konkluderes, at frihedsberøvede patienters nemme adgang til kvalificeret domstolsprøvelse er velbegrundet og i overensstemmelse med grundlovssikrede frihedsrettigheder og menneskerettighederne. Den tiltagende lange sagsbehandlingstid ved PKN udgør derfor en betydelig risiko for overtrædelse/krænkelse, såfremt problemet med manglen på lægefaglige medlemmer ikke håndteres.

Den lange sagsbehandlingstid ved PKN udgør en risiko for patientsikkerheden, når patientbehandling udskydes pga. klagesagsbehandling. Risikoen for patientsikkerheden er dog tillige en konsekvens af indretningen af lovgivningen, når beslutningen om tvangsbehandling er adskilt fra beslutningen om tvangsindlæggelse, og når klager over tvangsbehandling har opsættende virkning. Reglerne og procedurerne omkring tvangsbehandling er et eksempel på, at patientsikkerhed og patientens retssikkerhed godt kan være to modsatrettede hensyn.

Retspraksis viser, at PKN's fortolkning, i hvert fald i nogle tilfælde, er for formalistisk og ikke tilstrækkeligt helhedsorienteret. Det lægefaglige argument bør vægtes højere i PKN's sagsbehandling. Det skal hertil bemærkes, at PKN overflyttes til sundhedsmyndighederne med virkning fra afleveringsdatoen for nærværende afhandling, hvilket forhåbentligt vil påvirke vægtningen af det lægefaglige argument i en positiv retning. Flytning er også med til at sikre et mere sammenhængende og konsekvent patientklagesystem.

Fra diskussionsafsnittet skal det fremhæves, at der består en tillidskrise mellem sundhedspersonalet og patientklagesystemet, hvor systemet betragtes som en modspiller og en risiko for patientsikkerheden. Der er behov for lovændringer og markant flere ressourcer i psykiatrien og i sundhedsvæsenet generelt for at genskabe tilliden. Med psykiatriens 10-årsplan, sundhedsreformen og igangværende undersøgelse af patientklagesystemet, så er arbejdet i gang, og det bliver interessant at følge, om den

fortsatte udvikling i patientklagesystemet leder til mere retssikkerhed og bedre patientsikkerhed.

Litteraturliste

Lovgivning

Autorisationsloven (aul.), LBK nr. 122 af 24/01/2023

Centralstyrelsesloven, LOV nr. 397 af 10/06/1987 (historisk)

- 1932-Centralstyrelsesloven, LOV nr. 182 af 23/06/1932 (historisk)

Epidemiloven, LOV nr. 285 af 27/02/2021

Grundloven (grl.), LOV nr. 169 af 05/06/1953

Klage- og erstatningsloven (KEL), LBK nr. 9 af 04/01/2023

Kommunestyrelsesloven, LBK nr. 47 af 15/01/2019

Lov om svangerskabsafbrydelse m.v. LOV nr. 120 af 24/03/1970

Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love, LOV nr. 706 af 25/06/2010

Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger, LOV nr. 1855 af 09/12/2020 (historisk)

Lov om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., LOV nr. 428 af 10/06/2003

Ombudsmandsloven (ombl.), LBK nr. 349 af 22/03/2013

Patientforsikringsloven, LOV nr. 367 af 06/06/1991 (historisk)

Patientsikkerhedsloven, LOV nr. 429 af 10/08/2003 (historisk)

Psykiatriloven (psl.), LBK nr. 185 af 01/02/2022

- Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og retsplejeloven, LOV nr. 505 af 01/05/2019 (historisk)
- Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LOV nr. 579 af 04/05/2015 (historisk)
- Psykiatriloven, LBK nr. 1729 af 02/12/2010 (historisk)
- 1989-Psykiatriloven, LOV nr. 331 af 24/05/1989 (historisk)
- 1938-Sindssygeloven, LOV nr. 118 af 13/04/1938 (historisk)

Psykologloven, LBK nr. 1534 af 01/07/2021

Regionsloven, LBK nr. 447 af 08/04/2022

Sundhedsloven (SL), LBK nr. 1011 af 17/06/2023

- LOV nr. 413 af 25/04/2023 (Udvidelse af fristen for retten til udvidet frit sygehusvalg i forbindelse med somatisk behandling)

Tvangsbehandlingsloven, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, LBK nr. 126 af 27/01/2019

- Tvangsbehandlingsloven, LOV nr. 655 af 08/06/2017 (historisk)

Administrative forskrifter

Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn, BEK nr. 171 af 17/02/2023

- Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Patientklagenævn, BEK nr. 1077 af 27/10/2019 (historisk)
- Bekendtgørelse om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn, BEK nr. 1496 af 14/12/2006 (historisk)

Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, BEK nr. 1447 af 15/12/2010

Bekendtgørelse om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringsforeningens virksomhed, BEK nr. 652 af 23/07/1992

Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager om erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning og Tandskadeankenævnet, BEK nr. 494 af 03/05/2018

Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, BEK nr. 584 af 28/04/2015

Bekendtgørelse om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet, BEK nr. 1109 af 11/09/2015

Bekendtgørelse om vedtægter for Patienterstatningen, BEK nr. 613 af 23/05/2018

Bekendtgørelse om ændringer i forretningernes fordeling mellem ministrene, BEK nr. 1777 af 23/12/2016

Forretningsorden for Folketinget, BEK nr. 9578 af 04/07/2023

Kongelig resolution af 28. november 2016

Lovforarbejder

L 84 Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og Sundhedsloven, Folketingstidende 2021-22, tillæg A

L 84 - bilag 8, Betænkning over forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og sundhedsloven, Folketingstidende 2021-22, tillæg B

L 134 Forslag til lov om epidemier m.v., Folketingstidende 2020-2021, tillæg A

L 164 Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., sundhedsloven og forskellige andre love, Folketingstidende 2018-19 (1. samling), tillæg A

L 98 Forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, Folketingstidende 2017-18, tillæg A

L 185 Forslag til lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, Folketingstidende 2016-17, tillæg A

L 137 Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, Folketingstidende 2014-15 (1.samling), tillæg A

L 126 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, Folketingstidende 2013-14, tillæg A

L 157 Forslag til lov om ændring af lov om regional statsforvaltning, lov om børns forsørgelse, lov om ægteskabs indgåelse og opløsning og forskellige andre love som følge af ændret organisering af statsforvaltningerne, Folketingstidende 2012-13, tillæg A

L 223 Forslag til lov om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., Folketingstidende 2002-03, tillæg A

L 196 Forslag til lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, Folketingstidende 1998-99, tillæg A

L 144 Forslag til lov om patientforsikring, Folketingstidende 1990-91 (2.samling), tillæg A

L 76 Forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, Folketingstidende 1988-89, tillæg A

Forslag til Danmarks Riges Grundlov, Rigsdagstidende 1952-53, tillæg A, spalte 3465

Afgørelser

EMD

Aggerholm v. Denmark (Application no. 45439/18)

Dam v. Denmark (Application no. 1349/21)

M.P. v. Denmark (Application no. 25263/22)

Højesteret

U 2023.378 H (lovlig tvangsfiksering i 13 dage)

U 2023.1358 H (erstatningssag kunne ikke behandles efter rpl. kap. 43 a, da der var enighed om tvangens ulovlighed)

U 2022.327 H (magtanvendelse overfor mindreårig og fiksering pga. pludselig seponering af medicin)

U 2021.1893 H (9 måneders tvangsfiksering udgjorde krænkelse af EMRK art. 3)

U 2002.1472 H (patientskadeankenævnet frifundet på grund af manglende søgsmålskompetence hos Patientforsikringsforeningen)

Landsret

U 2023.695 V (fornøden hjemmel i psykiatrilovens analogi)

FED 2003.2993 Ø (sag afvist pga. overskridelse af ankefrist)

Byret

Københavns Byrets dom afsagt den 5. juli 2023, SS-31572/2022-KBH, 1375/23 (Fields-sagen)

Folketingets Ombudsmand

FOB 2009-12-2

FOB 2022-10

Det Psykiatriske Ankenævn

21DPA03

21DPA04

Bøger

§ 71-tilsynet i 50 år (2003)

Blume, Peter

Retssystemet og juridisk metode (2020) 4. udgave

Bødker Madsen, Helle

Privatisering og patientrettigheder (2010) 1. udgave

Psykiatrirret (2022) 3. udgave

Sundhedsret (2021) 5. udgave

Fenger, Niels m.fl.: Christina Ekmann, Morten Engberg, Hanne Marie Motzfeldt, Anders Valentiner-Branth, Nikolaj Aarø-Hansen, Søren Højgaard Mørup, Karsten Loiborg, Jens Kristiansen, Hans B. Thomsen, Hanna Ege, Lise Brandi-Hansen, Kirsten Talevski

Forvaltningsret (2018) 1. udgave

Harlev, Mette m.fl.: Peter Jakobsen og Katharina Ó Cathaoir

Sundhed og Jura (2022) 3. udgave

Nordskov Nielsen, Lars

Sundhedsstyrelsens rolle i Boneloc-sagen (1998) Sundhedsministeriet

Revsbech, Karsten m.fl.: Søren Højgaard Mørup, Jens Garde, Jørgen Albæk Jensen, Orla Friis Jensen, Helle Bødker Madsen og Ole Terkelsen
Forvaltningsret - Almindelige emner (2022) 7. udgave

Von Eyben, Bo
Specielle forældelsesregler (2021) 2. udgave

Waage, Frederik
Offentligretlige retssager (2020) 1. udgave

Juridiske artikler

Birkeland, Søren, Ugeskrift for Retsvæsen (2017) U.2017B.251: *Tortkrav efter uretmæssig psykiatritvang*

Boye Koch, Pernille, Ugeskrift for Retsvæsen (2005) U.2005B.1: *Retten til domstolsprøvelse - også en ret for myndigheder?*

Bødker Madsen, Helle, Ugeskrift for Retsvæsen (2005) U.2005B.249: *Retliggørelse af sygehusydelsen*

Mathiassen, Jørgen, Ugeskrift for Retsvæsen (2004) U.2004B.171: *Rette sagsøgte på forvaltningens side*

Næsager, Jacob, Juristen nr. 9 (1999) *Manglende klagefrister i psykiatriloven*

Artikler, rapporter, nyheder og publikationer

Altinget (2023) *Debat: Løhde til Psykiatrisk Selskab: Jeg er også utålmodig, men opbygning af psykiatrien skal ske gradvist*

- <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/loehde-til-psykiatrisk-selskab-jeg-er-ogsaa-utaalmodig-men-opbygning-af-psykiatrien-skal-ske-gradvist>

CAT (Committee against Torture) (2016) *Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Denmark*, CAT/C/DNK/CO/6-7

- <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/017/75/PDF/G1601775.pdf?OpenElement>

CCPR (UN Human Rights Committee, International Covenant on Civil and Political Rights) (2016) *Concluding observations on the sixth periodic report of Denmark*, CCPR/C/DNK/CO/6

- <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/180/52/PDF/G1618052.pdf?OpenElement>

Christensen, Jens Peter, Jyllands-Posten (2018) *Højesteret og Svendborg-lægesagen*

- <https://domstol.dk/media/2926/kronik-om-hoejesteret-og-svendborg-laegesagen-loerdag-den-31-marts-2018.pdf>

COWI (2015) *Evaluering af sundhedsvæsenets patientklagesystem*

- <https://sum.dk/Media/0/C/Evaluering-af-sundhedsvaesenets-patientklagesystem-april-2015.pdf>

CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2014) *Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out from 4 to 13 February 2014*, CPT/Inf (2014) 25

- <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069570e>

CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2020) *Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out from 3 to 12 April 2019*, CPT/Inf (2019) 35

- <https://rm.coe.int/1680996859>

Dagens Medicin (2020) *Har læger fået mere tillid til Styrelsen for Patientsikkerhed? Seks læger gør status*

- <https://dagensmedicin.dk/har-laeger-faaet-mere-tillid-til-styrelsen-for-patientsikkerhed-seks-laeger-goer-status/>

Dansk Psykolog Forening (2022) *Godt og skidt: 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*

- <https://www.dp.dk/godt-og-skidt-10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed/>

Dansk Psykiatrisk Selskab (2022) *Pressemeddelelse fra Dansk Psykiatrisk Selskab om Psykiatriaftale*

- <https://www.dpsnet.dk/pressemeddelelse-psykiatriaftale/>

Hansen, Louise Bolvig og Allan Spansberg Hansen, TV2 (2023) *Med den rette behandling var tiltalte ikke blevet så farlig, vurderer eksperter*

- <https://nyheder.tv2.dk/krimi/2023-06-28-med-den-rette-behandling-var-tiltalte-ikke-blevet-saa-farlig-vurderer-eksperter>

Institut for Menneskerettigheder (2020) *Bæltefiksering i 23 timer dømt ulovlig af Menneskerettighedsdomstol*

- <https://menneskeret.dk/nyheder/baeltefiksering-23-timer-doemt-ulovlig-menneskerettighedsdomstol>

Institut for Menneskerettigheder (2021) *Danmark indgår forlig i sag om langvarig bæltefiksering*

- <https://menneskeret.dk/nyheder/danmark-indgaar-forlig-sag-langvarig-baeltefiksering>

Institut for Menneskerettigheder (2021) *DEBAT: Psykiatrien i krise. "Jo mere jeg undersøger psykiatriområdet, jo mere indser jeg, hvor meget der skal til"*

- <https://menneskeret.dk/nyheder/debat-psykiatrien-krise-mere-undersoeger-psykiatriomraadet-mere-indser>

Kristeligt Dagblad (2021) *Patienter indespærres med tvang, men må vente på behandlingen: "Det er dybt problematisk"*

- <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/patienter-indspraerres-med-tvang-men-maa-vente-paa-behandlingen-det-er-dybt-problematisk>

Lægeforeningen (2023) *Debat: Endelig tegner det til at blive psykiatriens tur*

- <https://laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/nyheder-og-presse/debatindlaeg-og-laeserbreve/2023-debat-endelig-tegner-det-til-at-blive-psykiatriens-tur>

Lægeforeningen (2023) *Uden flere speciallæger får psykiatrien ikke det nødvendige løft*

- <https://laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/nyheder-og-presse/debatindlaeg-og-laeserbreve/2023-uden-flere-speciallaeger-faar-psykiatrien-ikke-det-noedvendige-loeft>

Patienterstatningen (2023) *Første erstatning for forsinkede kræftoperationer i Region Midtjylland*

- <https://patienterstatningen.dk/nyheder/2023/jun/foerste-erstatning-for-forsinkede-kræftoperationer-i-region-midtjylland>

Pedersen, Marie Lagoni, DR (2023) *To måneder efter afsløringer ventede kræftpatienter stadig for længe på omstridt afdeling*

- <https://www.dr.dk/nyheder/indland/maaneder-efter-afsloringer-ventede-kræftpatienter-stadig-laenge-paa-omstridt>

Psykiatrifonden (2023) *Analysenotat: Klagesager afsluttet i Det Psykiatriske Patientklagenævn 2018, 2019 og 2020*

- https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Psykiatrifonden_analysenotat_klagesager_samlet.pdf

Psykiatrifonden (2022) *Pressemeddelelse: Psykiatrifonden om tiårsplan: For lidt, for løst og for kort*

- <https://via.ritzau.dk/embedded/release/13660597/psykiatrifonden-om-tiaarsplan-for-lidt-for-lost-og-for-kort?publisherId=13560491&lang=da>

Regeringen og Finansministeriet (2015), *Bedre Balance I*

- <https://www.regeringen.dk/aktuelt/tidligere-publikationer/bedre-balance/>

Rigsrevisionen (2021) *Beretning om indsatsen for at nedbringe brug af tvang i psykiatrien*

- <https://rigsrevisionen.dk/revisionssager-arkiv/2021/feb/beretning-om-indsatsen-for-at-nedbringe-brug-af-tvang-i-psykiatrien->

Styrelsen for Patientsikkerhed (2022) *Tilsynsrapport Psykiatrisk Center Amager Region Hovedstadens Psykiatri*

- <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk%20Center%20Amager/Documents/Tilsynsrapport%20PCA,%20Region%20H.pdf>

Sundhedsministeriet (2022) *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*

- https://sum.dk/Media/637998818153312977/Psykiatriaftale_2022_FinalVersion.pdf

Sundhedsministeriet (2019) *Et år efter Svendborgsagen: Lovforslag skal styrke sundhedspersoners retssikkerhed*

- <https://sum.dk/nyheder/2019/marts/et-aar-efter-svendborgsagen-lovforslag-skal-styrke-sundhedspersoners-retssikkerhed->

Sundhedsministeriet (2023) *Faktaark: Ny sundhedspakke*

- <https://sum.dk/Media/638204240236882380/01-Faktaark-ny-sundhedspakke-maj-2023.pdf>

Sundhedsministeriet (2023) *Kommissorium for undersøgelsen af patientklagesystemet*

- https://sum.dk/Media/638158497555831331/Patientklager_kommissorium.pdf

Sundhedsministeriet (2016) *Ny tilsynspakke strammer reglerne for sundhedsautorisationer*

- <https://sum.dk/nyheder/2016/januar/ny-tilsynspakke-strammer-reglerne-for-sundhedsautorisationer>

Sundhedsministeriet (2023) *Psykiatrisk patientklagenævn flyttes*

- <https://sum.dk/nyheder/2023/november/psykiatrisk-patientklagenavn-flyttes>

Sundhedsministeriet (2022) *Sundhedsreform*

- <https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sammenh%C3%A6ngende,%20n%C3%A6rt%20og%20st%C3%A6kt%20sundhedsv%C3%A6sen.pdf>

Rasmussen, Lars Igum, POLITIKEN (2018) *DIREKTE: »Jeg er rigtig ked af det her interview, det tager en drejning, jeg ikke bryder mig om«*

- <https://politiken.dk/indland/art6313504/%C2%BBJeg-er-rigtig-ked-af-det-her-interview-det-tager-en-drejning-jeg-ikke-bryder-mig-om%C2%AB>

Sundhedspolitisk Tidsskrift (2022) *Mange patienter får unødvendige behandlinger på grund af lægers skræk for klager*

- <https://sundhedspolitisktidskrift.dk/nyheder/6297-mange-patienter-far-unodvendige-behandlinger-pa-grund-af-laegers-skraek-for-klager.html>

Sundhedsstyrelsen (2022) *Monitorering af tvang i psykiatrien*

- <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Psykiatri/Tvangsmonitoreringsrapport-2021.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2021) *Målet om at nedbringe tvang inden udgangen af 2020 er ikke nået*

- <https://www.sst.dk/da/nyheder/2021/malet-om-at-nedbringe-tvang-inden-udgangen-af-2020-er-ikke-naaet>

Ugeskrift for Læger (2023) *Drab puster til debat om sikkerhed i psykiatrien*

- <https://ugeskriftet.dk/nyhed/drab-puster-til-debat-om-sikkerhed-i-psykiatrien>

Ugeskrift for Læger (2022) *Evidensbaserede tiltag til nedbringelse af tvang – ja tak, men hvordan?*

- <https://ugeskriftet.dk/debat/evidensbaserede-tiltag-til-nedbringelse-af-tvang-ja-tak-men-hvordan>

Ugeskrift for Læger (2023) *Læge frifundet – Lægeforeningen rejser principiel kritik af lægers retssikkerhed i brev til minister*

- <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laege-frifundet-laegeforeningen-rejser-principiel-kritik-af-laegers-retssikkerhed-i-brev-til>

Ugeskrift for Læger (2022) *Lægeforeningen, DSR og FOA: Patientklagesystemet skal gentænkes fra bunden*

- <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laegeforeningen-dsr-og-foa-patientklagesystemet-skal-gentaenkes-fra-bunden>

Ugeskrift for Læger (2006) *Lægeløftet og lægeloven*

- <https://ugeskriftet.dk/debat/laegeloftet-og-laegeloven>

Ugeskrift for Læger (2018) *Tusindvis af læger sender mistillidsvotum til omstridt styrelse*

- <https://ugeskriftet.dk/nyhed/tusindvis-af-laeger-sender-mistillidsvotum-til-omstridt-styrelse>

Ugeskrift for Læger (2016) *Tvangsbehandling i psykiatrien – omsorg eller overgreb?*

- <https://ugeskriftet.dk/debat/tvangsbehandling-i-psykiatrien-omsorg-eller-overgreb>

Øllgaard, Anne Klit, DR (2023) *Ung læge kendt skyldig i seksuelle overgreb og blufærdighedskrænkelser mod patienter*

- <https://www.dr.dk/nyheder/seneste/ung-laege-kendt-skyldig-i-seksuelle-overgreb-og-blufaerdighedskraenkelse-mod>

Årsrapporter

Det Psykiatriske Ankenævn

- Årsberetning 2022
<https://stpk.dk/media/lkjdkfau/det-psykiatriske-anken%C3%A6vn-%C3%A5rsberetning-for-2022.pdf>
- Årsberetning 2011
<https://stps.dk/da/udgivelser/2012/aarsberetning-for-det-psykiatriske-ankenavn-2011/~media/427AE800BC5C41E786C861A074FAE18F.ashx>

Det Psykiatriske Patientklagenævn

- Årsberetning 2022
<https://naevneneshus.dk/media/10510/aarsberetning-2022.pdf>

- Årsberetning 2021
<https://naevneneshus.dk/media/10508/aarsberetning-2021.pdf>
- Årsberetning 2020
<https://naevneneshus.dk/media/10256/ppkn-aarsberetning-2020.pdf>

Høringssvar

Institut for Menneskerettigheder (2021) *Høring over lovforslag om ændring af psykiatriloven*

- <https://menneskeret.dk/files/media/document/H%C3%B8ringssvar%20vedr.%20lovforslag%20om%20%C3%A6ndring%20af%20lov%20om%20anvendelse%20af%20tvang%20i%20psykiatrien.pdf>

Svar på spørgsmål til ministeren

Erhvervsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 4, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, 2022-23 (2. samling)

- <https://www.ft.dk/samling/20222/almdel/%C2%A771/spm/4/svar/1958715/2708914.pdf>

Sundhedsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 7, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, 2022-23 (2. samling)

- <https://www.ft.dk/samling/20222/almdel/%C2%A771/spm/7/svar/1968949/2730506.pdf>

Sundhedsministeriet, §71 Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 20, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, 2020-21

- <https://www.ft.dk/samling/20201/almdel/%C2%A771/spm/20/svar/1779941/2389739.pdf>

Hjemmesider

Bløderforeningen, bloderforeningen.dk, *Blødersagen*

<https://www.bloderforeningen.dk/om-foreningen/mere-om-os/historie/blodersagen/>

Danske Patienter, danskepatienter.dk, Politiske holdninger: *Patientklagesystem*

<https://danskepatienter.dk/politik-presse/politiske-holdninger/patientklagesystem>

Erhvervsministeriet, em.dk, *Ministeriet Organisation*

<https://em.dk/ministeriet/organisation/>

Lægeforeningen, laeger.dk,

Klager over serviceniveau <https://www.laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/faa-hjaelp-og-raadgivning/har-du-faaet-en-klage/klager-over-serviceniveau/>

Lægeløftet <https://laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/etik/laegeloeftet>

Nævnenes Hus, naevneneshus.dk

Om Nævnenes Hus

<https://naevneneshus.dk/karriere/om-naevnenes-hus/>

Ændret arbejdsmodel i Det Psykiatriske Patientklagenævn giver mere tid til kerneopgaven

<https://naevneneshus.dk/nyhedsarkiv/2019/oktober/aendret-arbejdsmodel-i-det-psykiatriske-patientklagenaevn-giver-mere-tid-til-kerneopgaven/>

Patienterstatningen, patienterstatningen.dk

Forretningsorden og vedtægter <https://patienterstatningen.dk/om-os/forretningsorden-og-vedtaegter>

Hvordan forløber din sag?

<https://patienterstatningen.dk/har-du-soegt-erstatning/hvordan-forloeber-din-sag>

SIND, sind.dk, *SIND mener*

<https://sind.dk/om-sind/sind-mener>

Styrelsen for Patientklager, stpk.dk,

Praksisændring i Det Psykiatriske Ankenævn

<https://stpk.dk/nyheder/praksisaendring-i-det-psykiatriske-ankenaevn/>

Spørgsmål og svar om tilsyn

<https://stps.dk/sundhedsfaglig/tilsyn/om-tilsyn/spoergsmaal-og-svar-om-tilsyn>

Ministeriet historie

<https://sum.dk/ministeriet/ministeriets-historie>

Sundhedsministeriet, sum.dk

Organisationsdiagram for ministerområdet

<https://sum.dk/ministeriet/organisationsdiagram-for-ministeromraadet>

Danmark indgår forlig i sag om bæltefiksering

<https://sum.dk/nyheder/2021/december/danmark-indgaar-forlig-i-sag-om-baeltefiksering>

Bred aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed

<https://sum.dk/nyheder/2022/september/bred-aftale-om-en-10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed>