



Årsberetning 2009

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved
Statsforvaltningen Hovedstaden

Indhold

Forord.....	2
Afsnit I : Det Psykiatriske Patientklagenævn ved	
Statsforvaltningen Hovedstaden.....	3
1a. Patientklagenævnets sammensætning ultimo 2009.....	3
1b. Patientklagenævnets kompetenceområder og opgaver.....	3
2. Antal sager og sagsfordeling.....	4
3. Sagsbehandlingstiden.....	6
4. Antallet af møder, mødested m.v.....	7
5. Deltagelse i Patientklagenævnets møder af læger, patienter og patientrådgivere (bistandsværger).....	8
5a. Læger.....	8
5b. Patienter.....	10
5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne.....	10
6. Afgørelsens udfald og omgørelsesprocent.....	12
7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser.....	14
7a. Anke til domstolene.....	15
7b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.....	15
8. Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt.....	15
Afsnit II: Principielle problemstillinger.....	17
1. Retsenhed i riget.....	17
2. Nævnets generelle udtalelser i en sag om 321 bæltefikseringer.....	18
3. 24/48-timers-reglerne i psykiatrilovens § 10 stk. 3.....	21
4. Høringssvar om tvungen opfølgning efter udskrivning	22
5. Høringssvar om oppegående tvangsfiksering mv.....	24
6. Temamøde hos Region Hovedstadens Psykiatri	27
Afsnit III: Principielle afgørelser.....	31
1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse.....	31
2. Tvangsfiksering.....	32
Ad 1 - Betingelserne for tvangsfiksering.....	33
Ad 3 - Tvangsfikseringens tidsmæssige udstrækning.....	44
Ad 4 – Anlæggelse af remme.....	46
Ad 5 – Revurderingen mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt.....	47
Ad 6 – 48-timers-revurdering.....	47
Ad 7 – Tvangsfiksering og frihedsberøvelse.....	47
4. Tvangsbehandling.....	49
4.1 Tvangsbehandling af gravid kvinde med Trilafon og Serenase.....	49
4.2 Dokumentation for daglig eller næsten daglig motivation.....	50
4.3 Motivering med konkret præparat i konkret dosis dagligt eller næsten dagligt.....	50
4.4 Motivering med højere dosis end beslutning.....	52
4.5 Tvangsbehandling, hvor beslutningen indeholder et skift til en anden behandling.....	52
4.6 Tvangsbehandling med Risperdal og blodprøvetagning.....	53
4.7 Tvangs ernæring.....	53
5. Personlig skærmning.....	54
6. Fysisk magtanvendelse.....	54
7. Beroligende medicin med tvang.....	54
8. Formelle fejl og mangler/kritik.....	54
Skemaoversigt.....	57

Forord

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

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

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i 2009 afholdt møder på følgende psykiatriske centre: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Gentofte, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland og Psykiatrisk Center Rigshospitalet.

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

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

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

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden.

Afsnit II: Principielle problemstillinger.

Afsnit III: Principielle afgørelser.

Afsnit I : Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

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

1a. Patientklagenævnets sammensætning ultimo 2009

Patientklagenævnets formand var i 2009 direktør Bente Flindt Sørensen. Stedfortrædere for formanden var kommitteret Henning Lund-Sørensen, specialkonsulent Charlotte Galbo, kontorchef Hanne Villumsen, kontorchef Karen Rydahl, kontorchef Jakob Næsager, souschef Kristine Drisdal Hansen, souschef Per Fønss samt fuldmægtig Maria Juhl Hansen.

Ultimo 2009 var læge Torben Nikolaisen og fhv. lægelig direktør Jørgen Valeur Rosenbeck-Hansen de lægelige medlemmer af nævnet. For møder på psykiatrisk center Bornholm var det læge Herwig Jensen. Stedfortrædere var overlæge Grethe Auken, læge Jesper Lundh og læge Steffen Jarlov. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det læge Steen Rasmussen, der var stedfortræder. Det bemærkes, at formandskab og sekretariatsbetjeningen af sager fra Psykiatrisk Center Bornholm fra 1. juni 2009 varetages fra Borups Allé.

Ultimo 2000 var lægesekretær Liselotte Lassen, Anders Wildenschild og civilingeniør Flemming Thomsen de af Sind indstillede medlemmer af nævnet. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det Simon Abrahamsen. Stedfortrædere var Inger Liss Christoffersen, cand. psyk. Arnfinn Thorsteinsson, projektkonsulent Janne Steen Kjærulff, Johannes Nymark, Kirsten Hanne Falster, Brigitte Paludan samt Ditte Damsgaard. For møder på Psykiatrisk Center Bornholm var det Stephen Mortensen.

Sagsbehandlere for nævnet var specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Regitze Vogel, fuldmægtig Louise Cadovius Jørgensen, fuldmægtig Dorte Malmros, fuldmægtig Ingrid Stokholm Lauridsen, fuldmægtig Maria Juhl Hansen, fuldmægtig Marianne Hansen, fuldmægtig Christelle Zafiryadis og fuldmægtig Marianne Stisen.

Journalfunktionerne varetages af Ulla Sallaway og Charlotte Jensen.

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

1b. Patientklagenævnets kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har i 2009 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og

særlige dørlåse samt aflåsning af patientstuer i forbindelse med indlæggelser på følgende psykiatriske centre i Region Hovedstaden: Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Gentofte, Psykiatrisk Center Glostrup, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Hvidovre, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland og Psykiatrisk Center Rigshospitalet.

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

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

2. Antal sager og sagsfordeling

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

En "sag" er defineret, som en patients klage, som er optaget som et punkt på nævnets dagsorden på et bestemt møde. Det gælder, uanset om klagen indeholder flere klagepunkter. Hvis en patient klager flere gange i løbet af året, vil der være tale om flere sager.

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

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

Med hensyn til "tilbagekaldte sager" skal det bemærkes, at der her ofte er tale om sager, som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnsmødet, og hvor nævnet således allerede har brugt tid på at udsende sagen og på at forberede sagen. Det har i alle årene drejet sig om mere end 10 % af samtlige indkomne sager. Der er således tale om et betydeligt antal tilbagekaldte sager, som kan være udtryk for patienternes ambivalens.

Skema 1
Antal sager

	2007	Procent	2008	Procent	2009	Procent
Antal indkomne sager i kalenderåret	363	100	436	100	475	100
+ Antal sager, modtaget ej behandlet i foregående kalenderår	6	2	8	2	6	1
- Antal tilbagekaldte sager	39	11	49	11	44	9
- Antal afviste sager	12	3	7	2	2	1
- Antal sager modtaget, men ej behandlet i kalenderåret	8	2	6	1	5	1
Antal sager med realitetsafgørelse	310	85	382	88	430	88

Skema 2
Sagernes fordeling i 2007, 2008 og 2009 på de psykiatriske centre

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Amager	64	66	79	5	3	4	59	63	75
Ballerup	6	7	13	0	0	2	6	7	11
Bispebjerg									
- voksen	57	68	73	8	11	6	49	57	67
- ungdom	10	5	4	0	0	1	10	5	3
Bornholm	3	2	2	0	0	0	3	2	2
Frederiksberg	30	29	40	8	3	0	22	26	40
Gentofte	29	50	36	4	4	3	25	46	33
Glostrup									
- voksen	25	25	44	6	1	6	19	24	38
- ungdom	4	2	1	1	1	0	3	1	1
- retspsyk	3	5	4	1	1	1	2	4	3
Hvidovre	46	66	56	7	14	12	39	52	44
Nordsjælland	44	59		5	7		39	52	
- voksen			74			9			65
- ungdom			1			0			1
Rigshospitalet	40	55	52	6	11	5	34	44	47
I alt	361	439	479	51	56	49	310	383	430

Det bemærkes, at tallene fra 2007 og 2008 ikke umiddelbart kan sammenlignes, idet de psykiatriske centres optageområde er ændret to gange i løbet af 2008.

Skema 3
Ændringer i optageområder pr. 1. februar 2008

Patientens bopælskommune eller bydel	Betjent tidligere af	Betjenes fra 01-02-08 af
Christianshavn (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Amager	Psykiatrisk Center Rigshospitalet
Vanløse (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Hvidovre	Psykiatrisk Center Frederiksberg
Hvidovre Kommune	Psykiatrisk Center Glostrup	Psykiatrisk Center Hvidovre

Skema 4**Ændringer i optageområder pr. 1. oktober 2008**

Patientens bopælskommune eller bydel	Betjent tidligere af	Betjenes fra 01-10-08 af
Ydre Østerbro * (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Bispebjerg	Psykiatrisk Center Rigshospitalet
Indre Nørrebro (Kbh. Kommune)	Psykiatrisk Center Rigshospitalet	Psykiatrisk Center Bispebjerg

* Borgere i Ryvang Øst vil i 2008 blive betjent af Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Skema 5**Antal af sager i nævnet de seneste fire år**

2006	2007	2008	2009
308	310	382	430

3. Sagsbehandlingstiden

Patientklagenævnet skal efter psykiatrilovens § 36, stk. 3, træffe afgørelse snarest muligt. Er der ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal klageren underrettes om grunden hertil. Ved klager over tvangsbehandling, hvor klagen er tillagt opsættende virkning, skal nævnet træffe afgørelse inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid har i 2009 været 7 dage. Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af sagsstyringsprogrammet, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor sekretariatet modtager klagen, og indtil sekretariatet afsender afgørelsen til patienten. I sagsbehandlingstiden indgår således også lørdage samt søn- og helligdage.

Skema 6**Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste tre år**

2007	2008	2009
12	7	7 (12)

Der gives én afgørelseskode pr. indgreb. Det betyder, at en sag med mange koder (sager som typisk tager længere tid at behandle) kommer til at påvirke sagsbehandlingstiden i negativ retning. Eksempelvis har nævnet i 2009 haft én sag med 321 bæltefikseringer og fastholdelser. Det er oplagt, at en sådan sag har en forholdsvis lang sagsbehandlingstid. I den konkrete sag var sagsbehandlingstiden 26 dage. Resultatet er, at denne ene sag tæller 321 gange sagsbehandlingstid på 26 dage. Nævnet anser denne opgørelsesmetode for skæv, idet den pågældende patient ikke oplevede, at denne sag havde en eksorbitant lang sagsbehandlingstid – men det er sådan sagen tæller i den anvendte opgørelsesmetode. Tværtimod var meldingen fra patienten, at nævnet havde været hurtige til at træffe 321 afgørelser med konkrete begrundelser.

Sagsbehandlingstiden inklusive nævnte sag er 12 dage – anført i parentes. Sagsbehandlingstiden uden medregning af den eksorbitante sag er 7 dage, hvilket svarer til nævnets sædvanlige sagsbehandlingstid.

Dertil kommer, at Statsforvaltningen Hovedstaden fra ministeren har fået delegeret klagesagsbehandling af klager over tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser i sager i Grønland og på Færøerne, hvor sagsbehandlingstiden i sagens natur er væsentlig længere end 14 dage – allerede fordi patienten altid får 14 dage til at afgive høringssvar. På grund af den elektroniske beregning af sagsbehandlingstiderne er sagsbehandlingstiden for disse sager ikke udskilt og tæller derfor negativt med i sagsbehandlingstiden fra Statsforvaltningen Hovedstaden.

4. Antallet af møder, mødested m.v.

Patientklagenævnet ved Statsforvaltningen Hovedstaden afholder møde fire gange hver uge:

om mandagen på	:	Psyk. Center Nordsjælland (Frederikssund, Hillerød og Helsingør) samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Nordsjælland
om tirsdagen på	:	Psyk. Center Hvidovre og Amager
	:	Psyk. Center Bornholm (efter behov)
om onsdagen på	:	Psyk. Center Glostrup (voksne, unge og rets), Ballerup, Gentofte og Frederiksberg
om torsdagen på	:	Psyk. Center Bispebjerg (voksne og unge) og Psyk. Center Rigshospitalet

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

til mandagsmøderne	:	senest kl. 11.00 tirsdagen før
til tirsdagsmøderne	:	senest kl. 11.00 onsdagen før
til onsdagsmøderne	:	senest kl. 11.00 torsdagen før
til torsdagsmøderne	:	senest kl. 11.00 fredagen før

Når mødematerialet bliver fremsendt fra de psykiatriske centre til sekretariatet på de anførte dage, udsendes klage med bilag og mødeindkaldelse samme dag til nævnsmedlemmerne, patientrådgiverne samt de relevante psykiatriske centre med henblik på, at centret sørger for videregivelse til patienten og lægerne. Samtidig orienteres nævnsmedlemmerne og patientrådgiverne pr. mail om mødetidspunktet.

Hvis Post Danmark opfylder sin forpligtelse til brevudbringelse dagen efter afsendelse, betyder det, at der altid er 5 dage fra modtagelse af mødematerialet til nævnsmødet finder sted. Dette skulle give både nævnsmedlemmer og patientrådgivere tid til at sætte sig grundigt ind i sagen – samtidig med at der også tidsmæssigt er mulighed for, at patientrådgivere kan aflægge besøg hos patienten inden nævnsmødet.

Alle møder i 2009 er blevet afholdt på de psykiatriske centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske center. Det hænder dog ret ofte, at patienter, især fra de intensive afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres situation. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere hospitaler, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen.

Patientklagenævnet har i 2009 afholdt 181 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste fire år.

Skema 7**Samlet antal møder i de seneste fire år**

2006	2007	2008	2009
165	158	177	181

Skema 8**Mødernes fordeling i 2007, 2008 og 2009**

Antal møder	2007	2008	2009
<u>Mandage:</u> Psykiatrisk Center Nordsjælland	24	34	35
<u>Tirsdage:</u> De Psykiatriske Centre Hvidovre og Amager	47	50	49
<u>Onsdage:</u> De Psykiatriske Centre Ballerup, Frederiksberg, Gentofte og Glostrup	40	45	48
<u>Torsdage:</u> Psykiatrisk Center Bispebjerg og Rigshospitalet	44	46	47
<u>Tirsdage:</u> Psykiatrisk Center Bornholm (efter behov)	3	2	2
Møder i alt	158	177	181

5. Deltagelse i Patientklagenævnets møder af læger, patienter og patientrådgivere (bistandsværger)

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

Det bemærkes, at mødedeltagelsesprocenten er udregnet som antallet af sager, hvori den pågældende gruppe har deltaget i forhold til det samlede antal sager med realitetsafgørelser. Eksempelvis har patienterne i 2009 deltaget i 344 sager ud af de i alt 430 sager, der har været realitetsbehandlet i nævnet, hvilket giver en fremmødeprocent på 80%. På samme måde er udregnet mødedeltagelsesprocenten for patientrådgiverne på i alt 91%.

5a. Læger

I 2009 har der som i tidligere år været lægelig deltagelse ved stort set alle møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Der er dog to grupper af tilfælde, hvor lægerne ikke har givet møde. I den ene gruppe var lægerne på kursus eller fraværende på grund af sygdom. Den anden gruppe angik den situation, hvor en patient efter at være overflyttet til et andet psykiatrisk center i regionen, klagede over et tvangsindgreb foretaget på det første center, hvor patienten tidligere var indlagt. I disse tilfælde er reglen, at mødet afholdes, hvor patient befinder sig, og sundhedspersonalet fra det første center forudsættes således at give møde på det center, hvor patienten nu er indlagt. Det er imidlertid ikke altid lykkedes at formå lægerne på det første center til at møde op på det center, hvor patienten aktuelt er indlagt.

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Amager	59	63	73	0	0	2	100	100	97
Ballerup	6	7	11	0	0	0	100	100	100
Bispebjerg									
- voksen	47	54	60	2	3	7	96	95	90
- ungdom	10	5	3	0	0	0	100	100	100
Bornholm	2	2	2	1	0	0	67	100	100
Frederiksberg	22	26	40	0	0	0	100	100	100
Gentofte	25	46	31	0	0	2	100	100	94
Glostrup									
- voksen	19	23	38	0	1	0	100	96	100
- ungdom	3	1	1	0	0	0	100	100	100
- retspsyk	2	4	3	0	0	0	100	100	100
Hvidovre	39	51	42	0	0	2	100	100	95
Nordsjælland	39	51		0	1		100	98	
- voksen			64			1			98
- ungdom			1			0			100
Rigshospitalet	34	43	47	0	1	0	100	98	100
I alt	307	376	416	3	6	14	99	98	97

5b. Patienter

Patienterne deltog i 2009 i 344 af de 430 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 80% (i 2008 var deltagelsesprocenten på 87%, og i 2007 på 84%). Patienterne er i alle sager blevet indkaldt til at deltage i mødet.

Skema 10

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Amager	46	51	65	13	12	10	78	81	87
Ballerup	5	6	8	1	1	3	83	86	73
Bispebjerg									
- voksen	40	53	47	9	4	20	82	93	70
- ungdom	9	4	3	1	1	0	90	80	100
Bornholm	2	1	0	1	1	2	67	50	0
Frederiksberg	18	21	29	4	5	11	82	81	73
Gentofte	23	45	26	2	1	7	92	98	79
Glostrup									
- voksen	15	21	31	4	3	7	79	88	82
- ungdom	2	1	1	1	0	0	67	100	100
- retspsyk	2	4	3	1	0	0	67	100	100
Hvidovre	34	41	34	5	10	10	87	80	77
Nordsjælland	37	48		2	4		95	92	
- voksen			56			9			86
- ungdom			1			0			100
Rigshospitalet	27	35	40	6	9	7	82	80	85
I alt	260	331	344	50	51	86	84	87	80

5c. Patientrådgiverne/bistandsværgerne

De psykiatriske centre har tilknyttet i alt 60 patientrådgivere, som fordeler sig således:

Psykiatrisk Center Amager	:	6
Psykiatrisk Center Ballerup	:	4
Psykiatrisk Center Bispebjerg	:	9
Psykiatrisk Center Bornholm	:	6
Psykiatrisk Center Frederiksberg	:	5
Psykiatrisk Center Gentofte	:	5
Psykiatrisk Center Glostrup	:	5
Psykiatrisk Center Hvidovre	:	5
Psykiatrisk Center Nordsjælland	:	13
Psykiatrisk Center Rigshospitalet	:	2

Der er ikke i lovgivningen regler om, hvor mange patientrådgivere der skal være tilknyttet et psykiatrisk center. Efter sekretariatets opfattelse må 5 patientrådgivere som udgangspunkt betragtes som det minimale antal pr. psykiatrisk center, medmindre patientrådgiv-

verne mener at kunne løfte opgaven med færre patientrådgivere, og det psykiatriske center ikke fremkommer med bemærkninger herimod.

Når der ikke skete nyansættelser på Rigshospitalet, skyldes det bl.a., at der blev taget højde for, at Psykiatrisk Center Rigshospitalet og Psykiatrisk Center Bispebjerg pr. 1. januar 2010 blev fusioneret til ét center ved navn Psykiatrisk Center København.

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

Skema 11

Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Amager	53	57	67	6	6	8	90	90	89
Ballerup	5	6	10	1	1	1	83	86	91
Bispebjerg			65			5			93
- voksen	44	53		5	4		90	93	
- ungdom	10	4		0	1		100	80	
Bornholm	3	2	2	0	0	0	100	100	100
Frederiksberg	22	26	39	0	0	1	100	100	98
Gentofte	24	41	27	1	5	6	96	89	82
Glostrup			39			3			93
- voksen	18	22		1	2		95	92	
- ungdom	3	1		0	0		100	100	
- retspsyk	2	3		0	1		100	75	
Hvidovre	34	49	42	5	2	2	87	96	93
Nordsjælland	33	44	54	6	8	12	85	85	82
- voksen									
- ungdom									
Rigshospitalet	27	43	43	7	1	4	79	98	91
I alt	278	351	388	32	31	42	90	92	91

Som det fremgår, har der for patientrådgiverne ved de psykiatriske centre tilsammen været en stabil fremmødeprocent i perioden 2007-2009. En gennemsnitlig mødeprocent på omkring 85 må anses som meget tilfredsstillende under hensyn til de korte berammelsestider for nævnsmøderne, der igen hænger sammen med et ønske om at behandle patienternes klager, f.eks. over frihedsberøvelse hurtigst muligt.

Det nuværende resultat med en samlet gennemsnitlig mødeprocent på 91% er meget flot og en markant fremgang i forhold til 2006, hvor mødeprocenten var på 84%, men en lille tilbagegang i forhold til 2008, hvor mødeprocenten var 92.

Resultatet skal ses i lyset af, at det samlede sags antal ikke er faldet, hvilket understreger det flotte resultat. Dog skal det nævnes, at hvis Gentofte og Nordsjælland havde været på linie med de øvrige centre, ville mødeprocenten have været 94%.

Men alt i alt er en fremmødeprocent på 91 absolut et flot resultat, som der er god grund til at glæde sig over.

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

1. Årligt at synliggøre problemstillingen ved i nævnets årsberetning at oplyse mødeprocenten for hvert af de omtalte psykiatriske centre. Dette vil eventuelt blive suppleret med særlige undersøgelser og initiativer.
2. Halvårligt at synliggøre problemstillingen ved at udsende statistikker til patientrådgiverne over fremmøde-procenterne.
3. Løbende at synliggøre problemstillingen ved i hver enkelt nævnsafgørelse at omtale, hvorvidt patientrådgiveren har været tilstede.
4. Hurtig udmelding til patientrådgiverne pr. mail om antal sager til det kommende nævnsmøde. Patientrådgiverne får således 6 dage før nævnsmødets afholdelse oplyst det præcise mødetidspunkt – hvilket skulle være med til at lette patientrådgivernes mulighed for at tilrettelægge deres arbejde.

6. Afgørelsens udfald og omgørelsesprocent

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

Nedenstående tabel viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2007 til 2009 har været påklaget til Patientklagenævnet. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

Af tabellen fremgår ikke eventuelle bemærkninger eller påtale i forbindelse med et påklaget tvangsindgreb samt klager, der er tilbagekaldt inden eller under mødet, og afvisning af sager, hvor det på mødet konstateres, at den pågældende foranstaltning ikke er sket ved tvang, f.eks. hvor det viser sig, at patienten tager medicinen frivilligt eller opholder sig frivilligt på afdelingen.

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

Skema 12
Afgørelsernes udfald

	Antal afgørelser			Antal godkendelser		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Tvangsindlæggelse	95	97	112	88	91	107
Tvangstilbageholdelse	180	238	247	163	223	229
Tilbageførsel	0	1	0	0	1	0
Tvangsfiksering	114	100	395	90	85	190
Beskyttelsesfiksering	2	3	1	1	3	1
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	1	0	0	1
Tvangsbehandling, medicinsk	134	137	143	108	112	118
Tvangsbehandling, ECT	0	0	2	0	0	1
Fysisk magtanvendelse	73	55	22	62	52	18
Beroligende medicin	67	107	126	66	101	104
Andet, f.eks. skærmning	4	4	6	3	4	4
I alt	669*	742**	1055***	581	672	773

* heraf er 27 flertalsafgørelser (4%)

** heraf er 32 flertalsafgørelser (4%)

*** heraf er 31 flertalsafgørelser (3%)

Skema 13
Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

	Antal tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Tvangsindlæggelse	7	6	5	7	7	4
Tvangstilbageholdelse	17	15	18	9	6	7
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	24	15	205	21	15	52
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	50	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	26	25	25	19	18	17
Tvangsbehandling, ECT	0	0	1	0	0	50
Fysisk magtanvendelse	11	3	4	15	5	18
Beroligende medicin	1	6	22	1	6	17
Andet, f.eks. skærmning	1	0	2	25	0	33
I alt	88	70	282	13	9	27 (14)

Når omgørelsesprocenten i 2009 var særlig høj, skyldes det en enkelt sag med 321 tvangsfikseringer, hvoraf 141 blev godkendt og 180 blev tilsidesat – hvilket for denne sag giver en omgørelsesprocent på 56%.

Da ovennævnte sag er helt exceptionel, kan det oplyses, at den samlede omgørelsesprocent uden denne sag er på 14%, som ikke adskiller sig nævneværdigt fra nævnets tidligere omgørelsesprocenter.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Lovændringen den 1. januar 2007 betød, at klager over Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering ikke som tidligere skulle påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, men til byretten. Bestemmelsen om klage over Patientklagenævnets afgørelse om aflåsning af dør i afdelingen skal ligeledes indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43a.

Dette indebærer, at Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen kan indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1 sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsmedicinering, anvendelse af fysisk magt, personlig alarm, pejlesystemer, særlige dørlåse samt personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan påklages til Sundhedsvæsenets patientklagenævn, jf. psykiatrilovens § 38 sammenholdt med reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I 2009 blev 241 af nævnets afgørelser indbragt for domstolene og 52 for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ankeprocenten i 2009 var 28% sammenlignet med 2008, hvor den var 22% og 33% i 2007. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

Skema 14

Klager over Patientklagenævnets afgørelser						
	2007			2008		
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsendlæggelse	95	21	22	97	17	18
Tvangstilbageholdelse	180	35	19	238	38	16
Tvangsfiksering	114	62	54	100	26	31
Tvangsbehandling	134	23	17	137	29	21
Fysisk magtanvendelse	73	70	96	55	45	82
Beroligende medicin	67	8	12	107	6	6
Personlig skærmning	4	1	25	4	2	50
Andet	2	0	0	4	0	0
I alt	669	220	33	742	163	22

2009			
	Antal afg.	Antal anker	Ankepct.
Tvangsendlæggelse	112	30	27
Tvangstilbageholdelse	247	60	24
Tvangsfiksering	395	151	38
Tvangsbehandling	145	23	16
Fysisk magtanvendelse	22	2	9
Beroligende medicin	126	25	20
Personlig skærmning	0	0	0
Andet	8	2	25
I alt	1055	293	28

7a. Anke til domstolene

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel, tvangsfiksering, bæltefiksering samt aflåsning af døre i afdelingen kan af patienten indbringes for domstolene.

I 2009 har domstolene stadfæstet 68 af nævnets afgørelser. Ingen afgørelser er blevet tilsidesat. I 27 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 146 afgørelser har nævnet endnu ikke modtaget rettens afgørelse. Det bemærkes i den forbindelse, at én af de ankede sager drejer sig om 141 afgørelser (tvangsfikseringer). Nedenfor er vist udfaldet af ankesagerne i de sidste tre år:

Skema 15

Anke til domstolene

	2007	2008	2009
Stadfæstet	106	62	68
Tilsidesat	0	0	0
Frafaldet af patient	12	10	27

7b. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, kan af patienten eller hospitalerne påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I 2009 har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn stadfæstet 28 af nævnets afgørelser. Otte afgørelser er blevet tilsidesat. Endelig er 11 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Nedenfor er vist udfaldet af klagesager i de seneste år:

Skema 16

Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

	2007	2008	2009
Stadfæstet	96	74	28
Tilsidesat	2	5	8
Frafaldet af patient	4	3	5

8. Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt

I årets løb har både Psykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Bornholm, Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet afholdt patientrådgivermøder med deltagelse af repræsentanter for Patientklagenævnet. Patientrådgiverne har her haft lejlighed til at drøfte spørgsmål med både centret og nævnet, ligesom der har været en almindelig informationsudveksling. Nævnet skal opfordre de øvrige psykiatriske centre til at indkalde til patientrådgivermøder. Der er altid forhold, der til fælles gavn kan løses i dette forum.

Henning Lund-Sørensen har holdt oplæg ved et efterårsmøde i Svendborg arrangeret af Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er ved delegation beføjet til på skriftligt grundlag at træffe afgørelser i klagesager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse fra Grønland og Færøerne. I 2009 har nævnet truffet afgørelser i en sag fra Grønland, hvor en tvangsindlæggelse og en tvangstilbageholdelse blev godkendt.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

1. Retsenhed i riget

Det er givet, at ensartede sager fra forskellige dele af Danmark, bør føre til ens afgørelser fra de fem lokale psykiatriske patientklagenævn. Det er det forhold, man normalt betegner som retsenhed i riget. Men det er lige så klart, at hver enkelt sag afgøres på sine egne præmisser og at der i hver enkelt sag er tale om en konkret afgørelse, hvori indgår en skønsmæssig vurdering af de givne præmisser.

De samme synspunkter kan anføres for så vidt angår det enkelte lokale patientklagenævn, idet det må konstateres, at de enkelte lokale nævn ikke er en fast enhed. Person sammensætningen i de enkelte lokale nævn er ikke konstant.

De fem Psykiatriske Patientklagenævn er naturligvis opmærksomme på disse problemstillinger og giver forholdene prioritet i det daglige arbejde.

Med hensyn til den generelle retsenhed i hele riget, kan det oplyses, at der med etableringen af de fem statsforvaltninger i 2007 blev oprettet en faggruppe, der særligt skulle tage sig af at sikre en ensartet praksis på psykiatriområdet. I arbejdet lægger faggruppen også meget vægt på vidensdeling. Faggruppen består af en redaktør fra Statsforvaltningen Hovedstaden plus to skribenter fra Statsforvaltningen Hovedstaden samt en skribent fra hver af de øvrige fire Statsforvaltninger.

Gruppen afholder møde hvert halve år med en dagsorden, der altid rummer drøftelse af de seneste afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og mindst tre udvalgte afgørelser fra hver af de fem lokale psykiatriske patientklagenævn. På forårs-mødet er de fem afgivne årsberetninger ligeledes genstand for drøftelse. Faggruppen er netop ved at lægge sidste hånd på udarbejdelsen af fælles afgørelsesskabeloner, der sørger for ensartet fremtoning af de lokale nævns afgørelser samt bidrager til at sikre også den indholdsmæssige ensartethed.

Faggruppen står i øvrigt for etablering af en intern fælles faglig intranetside med bl.a. praktisk lovstof herunder de nye afgørelsesskabeloner, af udvalgte afgørelser fra ankeinstanserne, af en visdomsbog og et debatforum.

Dertil kommer at faggruppen – eller som gruppen egentligt benævnes – fagportalgruppen, afholder årlige møder med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Med hensyn til retsenhed i de afgørelser, der træffes af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden, kan det oplyses, at der månedligt afholdes interne møde mellem de syv fungerende formænd og de ni sagsbehandlere. Der udarbejdes detaljerede referater, som bruges som referenceramme i det daglige arbejde samt som introduktion for nye formænd og sagsbehandlere.

2. Nævnets generelle udtalelser i en sag om 321 bæltefikseringer.

I 2009 tog nævnet i en sag stilling til 321 bæltefikseringer. Der var - på grund af det betydelige antal bæltefikseringer over en forholdsvis kort tidsperiode - tale om en helt ekstraordinær og usædvanlig sag.

Nævnet godkendte 141 af tvangsfikseringerne. De resterende 180 tvangsfikseringer blev tilsidesat.

På denne baggrund fandt nævnet anledning til at fremkomme med nedenstående generelle bemærkninger til sagen:

"1.

I nævnets netop offentliggjorte årsberetning for 2008 er nævnet fremkommet med nogle principielle betragtninger omkring tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn har i denne sag i høj grad gjort brug af den tænkning, der ligger bag årsberetningens principielle betragtninger. Her citerede nævnet fra sin årsberetning 2008 side 15-17.

2.

I forlængelse af pkt. 1 var det vigtigt for nævnet at gøre op med patientens udsagn om, at "det interessante ved lægeerklæringen er f.eks., at ordet "farlighedskriteriet" bruges i stort set alle tvangsfikseringer". Patienten læste ordet "farlighedskriteriet" som en lægelig tilkendegivelse af, at bæltefikseringerne således havde været lovlige.

Nævnet måtte klart tilkendegive, at lægeerklæringens brug af ordet "farlighedskriteriet" ikke uden videre betød, at tvangsfiksering var lovlig. En henvisning til farligheds-kriteriet er ikke tilstrækkelig. Og som anført i pkt. 1 er en henvisning til ordlyden i psykiatrilovens §14, stk. 2, nr. 1 heller ikke tilstrækkelig. Det psykiatriske center skal direkte beskrive på hvilken måde patienten udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

3.

Det er vigtigt for nævnet at pointere, at bæltefiksering aldrig kan være en behandling. En tvangsfiksering må kun iværksættes som en nødretlig foranstaltning og kan aldrig benyttes profylaktisk.

Det psykiatriske center har under nævnsmødet erklæret sig enig i disse udsagn.

4.

Nævnet lagde til grund, at patienten havde været tvangstilbageholdt i hele indlæggelsesperioden, og kunne konstatere, at patienten løbende havde opfyldt betingelserne for at være tvangstilbageholdt.

I de tilfælde, hvor bæltefikseringerne har haft en udstrækning ud over nogle få timer, har der derfor ikke i denne sag været anledning til i hvert enkelt tilfælde at undersøge, om betingelserne for at være tvangstilbageholdt også var opfyldt.

5.

Anlæggelse af remme er ikke i psykiatriloven tænkt som en selvstændig tvangsforanstaltning jf. ordlyden i § 15, stk. 2, hvor der står "beslutningen om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen". Remme er således et supplement til en igangværende bæltefiksering. Det indikerer på den anden side, at hvis nævnet underkender bæltefiksering, tilsidesætter nævnet følgelig også anlagte remme.

6.

I klagen var "fastholdelse" anført som et selvstændigt klagepunkt. Men nævnet måtte konstatere, at dette indgreb i langt hovedparten af de tilfælde, hvor patienten havde været fastholdt, var anvendt umiddelbart inden selve tvangsfikseringen og derfor knyttede sig til tvangsfikseringen.

I ingen af de tilfælde, hvor der var anvendt fastholdelse, var der noget der tydede på, at disse indgreb havde ligget ud over hvad der måtte anses som nødvendigt og tilstrækkeligt i den givne situation.

7.

Nævnet foretager alene en vurdering af situationen, når den første rem anlægges, og når den sidste rem aftages. Om der ind imellem anlægges yderligere hånd- og/eller fodremme er ikke afgørende for den retlige vurdering.

8.

Anlæggelse af remme forudsætter overlæge-godkendelse jf. psykiatrilovens § 15, stk. 2, enten i forbindelse med selve anlæggelsen eller hurtigst muligt derefter jf. psykiatriloven § 4a. Efter nævnets praksis vil overlæge-godkendelser, der finder sted mere end 2 døgn efter anlæggelsen, give anledning til kritik fra nævnets side.

Kompetencereglen i psykiatrilovens § 15, stk. 2, angiver samtidig noget om lovgivningens holdning til indgrebets intensitet. Som anført i Patientklagenævnets årsberetning 2007, side 19-20 (www.statsforvaltning.dk/publikationer) vil nævnet ikke udelukke, at domstole anlægger en strengere praksis – både med hensyn til fortolkningen af formuleringen "hurtigst muligt" i psykiatrilovens § 4a og med hensyn til den retlige reaktion.

Det bemærkes endvidere i den forbindelse af en godkendelse af en afdelingslæge ikke opfylder lovens krav. Nævnet må således udtale kritik, når godkendelsen af remme er foretaget af afdelingslægen.

Det er flere gange i journalen anført, at "overlægen snarest skal godkende anlæggelsen af remme". Der er tale om en klar hensigtserklæring, hvor det ideelle ville være, hvis overlægens efterfølgende godkendelse blev journalført. Nævnet anser det dog for tilstrækkeligt, at overlægens godkendelse er indført i tvangsprotokolskema 3 med datoangivelse. Derimod er det et ufravigeligt krav, at anlæggelsen af remme skal være særskilt begrundet.

9.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i sin "Sammenfatning af nævnets praksis vedr. psykiatriske ankesager 1997-2005" på side 72-73 anført følgende:

”Hvor det er nødvendigt at opretholde en tvangsfiksering over længere tid, må det derfor gennem hyppige og regelmæssige tilsyn sikres, at en bedring i patientens tilstand omgående bliver bemærket med henblik på en fornyet stillingtagen til, om der fortsat er behov for tvangsfiksering. Nævnet påser ved sin bedømmelse af tvangsfikseringer, at der er dokumenteret et tilstrækkeligt tilsyn med patienten. Hvor en tvangsfikseret patient ikke bliver tilset i fornødent omfang, vil dette skabe en formodning for, at tvangsanvendelsen blev udstrakt ud over det nødvendige minimum”.

Det er på den baggrund klart, at nævnet må udtale kritik, hvis psykiatrilovens § 21, stk. 4, om mindst 4 daglige tilsyn – jævnt fordelt – ikke er efterlevet. Også i denne sammenhæng overlader Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden det til domstolene at angive retsvirkningen af ikke at efterleve psykiatrilovens § 21, stk. 4.

10.

I forlængelse af pkt. 7 må det tilføjes, at hvis en patient i et bæltefikseringsforløb karakteriseres som ”rolig”, må det forudsætte en særlig forklaring/begrundelse, hvorfor bæltet ikke herefter løsnes.

Hvis det psykiatriske center ikke giver en sådan særlig begrundelse, har nævnet ikke godkendt den fortsatte tvangsfiksering. Dette er sket i ikke færre end 92 tilfælde.

11.

Det bemærkes, at sædvanlig medicinering ikke er det samme som akut beroligende medicinering. Det er kun en akut beroligende medicinering, der har betydning i relation til efterlevelse af mindstemiddels princippet, når det angår tvangsfikseringer”.

3. 24/48-timers-reglerne i psykiatrilovens § 10 stk. 3.

A. Patientklagenævnet har besvaret en række spørgsmål om fortolkning af 24/48-timers-reglerne i psykiatrilovens § 10 stk. 3 herunder tvangstilbageførselsreglen i psykiatrilovens § 10a i venteperioden (24/48 timer)

Efter nævnets opfattelse må der sondres mellem to forskellige situationer.

Hvis en tvangsindlagt patient anmoder om at blive udskrevet, vil patienten i ventetiden (maksimalt 48 timer) fortsat have status af tvangsindlagt og kan derfor tvangstilbageføres efter reglen i psykiatrilovens § 10 a.

Hvis patienten derimod er frivilligt indlagt og nu anmoder om at blive udskrevet, er patienten i venteperioden (de 24 timer) ikke hverken tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt og kan derfor ikke tvangstilbageføres efter psykiatrilovens § 10 a.

B. I forbindelse med ovennævnte problemstilling er nævnet yderligere blevet spurgt om man i ventetiden (de 24 timer) kan overføre en frivilligt indlagt patienten til lukket afdeling ?

Nævnet henviste til psykiatrilovens § 10 stk. 2 hvoraf det fremgår, at overførelse af en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling til lukket psykiatrisk afdeling behandles efter reglerne om tvangstilbageholdelse, såfremt patienten modsætter sig overførslen.

Efter bestemmelsen sidestilles overførsel af en psykiatrisk patient til en lukket afdeling med en tvangstilbageholdelse, hvis patienten protesterer mod overførslen. Dette indebærer, at en sådan tvangsmæssig overførsel kun kan finde sted, hvis betingelserne i psykiatrilovens § 5 er opfyldt.

Da ventetiden netop skal bruges til at undersøge om betingelserne i § 5 er opfyldt, må det implicit indebære at en frivillig indlagt patient ikke i venteperioden (de 24 timer) kan overføres til en lukket afdeling.

C. Patientklagenævnet er blevet stillet spørgsmål om en frivilligt indlagt patient, der absenterer sig, kan afhentes af politiet og tvangstilbageholdes.

Som ovenfor nævnt kan en frivilligt indlagt patient, der absenterer sig, ikke tvangstilbageføres efter reglen i psykiatrilovens § 10 a. Hvis patienten alligevel bringes ind af politiet, skaber det en formodning for at patienten ikke kommer frivilligt, og indlæggelse kan derfor kun ske efter reglerne om tvangsindlæggelse. Denne formodning kan dog afkræftes, hvis patienten klart tilkendegiver at han/hun er interesseret i en indlæggelse. Det er vigtigt, at denne tilkendegivelse klart fremgår af journaloptegnelserne fra indlæggelsen. I så fald er der tale om en frivillig indlæggelse. Tvangstilbageholdelse kommer kun på tale, hvis patienten efterfølgende begærer sig udskrevet.

4. Høringssvar om tvungen opfølgning efter udskrivning

De fem statsforvaltninger har samlet afgivet nedenstående svar på udkast til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (tvungen opfølgning efter udskrivning).

1. Økonomiske konsekvenser

"Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at personkredsen, der er omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning er " en meget lille gruppe". Statsforvaltningerne lægger således til grund, at det på landsplan årligt maksimalt kommer til at dreje sig om en snes patienter, der vil indgive klage over overlægens beslutning om tvungen opfølgning.

En sagsforøgelse af dette omfang vil – trods sagernes karakter – ikke indebære nævneværdige merudgifter for statsforvaltningernes/ Patientklagenævnenes administration af regelsættet.

2. Vedr. § 13 d - stk. 1 nr. 2 smh. med stk. 1 nr. 4

Af lovbemærkningerne fremgår det at § 13 d stk. 1, nr. 4 er en nytileføjeelse i forhold til de materielle krav, der blev opstillet i lovforslaget L 140 fra 2006.

Den nye afgrænsning skal være med til at sikre, at tvungen opfølgning efter udskrivning først kan etableres, når de relevante og nødvendige behandlings- og støttemuligheder har været tilbudt og forsøgt anvendt.

Problemet ligger i samspillet mellem § 13 d stk. 4 og stk. 1 nr. 2.

Hvis betingelserne i § 13 d stk.1. nr. 4. er opfyldt, synes det umiddelbart som om betingelserne i § 13 d stk. 1 nr. 2, dermed også er opfyldt – og § 13 d stk. 1. nr. 2 har dermed ikke noget selvstændigt indhold.

Det foreslås derfor, at der i lovbemærkningerne til bestemmelserne gives en præciserende forklaring på samspillet mellem § 13 d, stk. 1, nr. 1 og nr. 4.

3. Vedrørende § 13 d. stk. 4

Det er vigtigt for præcisering af udstrækningen af de psykiatriske patientklagenævns prøvelseskompetence at slå fast, at en klage over tvangsopfølgning efter udskrivning alene angår § 13 d. stk. 1 og 2, hvor Patientklagenævnets afgørelse kan indbringes for retten.

En eventuel klage over selve medicineringen skal jf. § 13 d. stk. 4 ske som en selvstændig klage over tvangsbehandlingen, hvor Patientklagenævnets afgørelse kan indbringes Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

4. Vedr. § 26 stk. 1

Som det fremgår af ovennævnte pkt. 4. er en patient, der er underkastet tvungen opfølgning underlagt to former for tvang, dels den tvungne opfølgning og dels tvangsbehandlingen.

Hvis man lægger vægt på det førstnævnte tvangsindgreb må det anses som retssikkerhedsmæssigt forsvarligt at patientrådgiveren alene aflægger besøg " efter behov ".

Derimod kan det være retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at patientrådgiveren alene aflægger besøg efter behov, henset til at der faktisk også finder en tvangs-

behandling sted, jf. de i øvrigt gældende regler om tvangsmedicinering, hvorefter patientrådgiveren skal give møde mindst en gang ugentlig.

5. Vedr. § 35 og § 37 a stk. 1

I forlængelse af ovennævnte pkt. 3. kunne det med fordel i § 35 og i § 37 a stk. 1. præciseres, at det drejer sig om tvungen opfølgning efter udskrivning " efter § 13 d. stk.1 " – sådan som det også er angivet i § 36 stk. 3, 1. pkt. og i § 37 a stk. 4".

5. Høringssvar om oppegående tvangsfiksering mv.

De fem statsforvaltninger har samlet afgivet nedenstående svar på udkast til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (betænkningstid forud for tvangsbehandling, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, udvidet eksternt tilsyn med tvangsfikseringer mv.)

1.

Det foreslås i udkast af 15.02.2010, at patienten forud for overlægens afgørelse om tvangsbehandling, skal have en passende betænkningstid, dog højst 3 dage.

Hensigten med dette forslag er ifølge bemærkningerne at få den nødvendige behandling iværksat inden for rimelig tid med henblik på at forebygge, at patienten i en længere periode fastholdes i en forpint tilstand, at der må anvendes tvangsfiksering eller andre former for tvang, samt at patienten er frihedsberøvet unødigt længe. Forslaget henter sit afsæt i en udredning, som Sundhedsstyrelsen har fremlagt om tvangsforanstaltninger i psykiatrien.

Statsforvaltningerne skal hertil bemærke, at en motivationstid på maksimalt 3 dage kan være i modstrid med hovedprincippet om i videst muligt omfang at opnå patientens frivillige medvirken til behandlingen. Hver gang den frivillige behandling lykkes, undgår man at bruge tvang i den konkrete situation og efter udskrivning vil en frivilligt behandlet patient alt andet lige formentlig være mere indstillet på at fortsætte behandlingen på frivilligt grundlag.

En frivillig medicinindtagelse er således en gevinst både på kort sigt og ikke mindst i det lange perspektiv. Der er derfor grund til at give plads for stimulering til den frivillige behandling.

Forslaget ses således ikke i alle tilfælde at tilgodese intentionen om at minimere den tvangsmæssige medicinske behandling.

I overvejselsen om indførelse af en motivationstid på maksimalt 3 dage kunne det også indgå i vurderingen, at Det Psykiatriske Selskab i 1989 udsendte vejledende retningslinjer i brugen af neuroleptika, hvor man anbefalede, at betænkningstiden – hvis patienten ikke var meget forpint eller aggressiv – kunne udstrækkes til omkring to-tre uger.

Praksis for området er løbende blevet ændret, således at motivationstiden i dag er blevet lempet til 1-2 uger, samtidig med at kravene til dokumentation, for at motiveringen har fundet sted, er blevet skærpet.

Udgangspunktet er således en motivationstid på 1-2 uger, men patientens konkrete forhold – såsom en forpint patients flere tidligere tvangsbehandlinger med samme præparat – kan tale for en kortere motivationstid end 1-2 uger, eller på den anden side kan en førstegangsendlagt patient, der er ambivalent i sine overvejelser, gives en længere motivationstid end de 1-2 uger.

Pointen er, at motivationstidens længde er afhængig af den enkelte patients tilstand og sygehistorie.

Forslaget levner ikke plads til en konkret individuel vurdering, når først motivationen er iværksat.

I udkastet anføres, at udredningsperiodens længde – dvs. undersøgelsesperioden inden motiveringen iværksættes – vil være afhængig af den enkelte patients forhold. Dette er i sagens natur en helt anden problemstilling, der har at gøre med det lægelige fundament for at træffe beslutning om ordination af medikamentel behandling. Denne problemstilling har som sådan ikke umiddelbart noget med mindstemiddelprincippet at gøre og indgår derfor heller ikke i Det Psykiatriske Patientklagenævns bedømmelsesgrundlag.

Det er naturligvis et politisk valg at flytte omdrejningspunktet for iværksættelsen af en tvangsbehandling fra motivationsfasen til udredningsfasen.

Statsforvaltningen kan ikke genkende den i bemærkningerne beskrevne udvikling af praksis med hensyn til motivationstidens længde. Det er ikke Statsforvaltningernes oplevelse, at der skulle være sket en udvikling fra 1 uges motivationstid til en motivationstid i dag på under 10-14 dage. Som anført har der været tale om en kontinuerlig udvikling fra 2-3 uger til i dag 1-2 uger, hvor hovedreglen i dag mere er 1 uge end 2 uger.

Statsforvaltningerne er enig i psykiatribetænkningen 1068/86, hvor det på side 369-70, anføres, at der bør indrømmes en patient en betænkningstid, hvorunder patienten eventuelt kan drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Med den nuværende mødekadence for patientrådgivere, der skal give møde mindst én gang om ugen, kan dette komme til at kollidere med en motivationstid på maksimalt 3 dage.

Det er tankevækkende, at der lægges op til en fjernelse af en fleksibel motivationsperiode, der tager hensyn til den enkelte patients situation og en motivationstid, der i praksis er på omkring én uge for at erstatte den pågældende ordning med en absolut regel om maksimalt 3 dages motivationstid.

På den baggrund finder Statsforvaltningerne, at der er flere modsat rettede hensyn, der tilsammen kunne kalde på en nøjere gennemgang og vurdering, inden der lovgives på området.

2.

Statsforvaltningerne finder, at forslaget om gentagne uvildige revurderinger af længe-revarende tvangstilsyn er en udbygning af patientens retssikkerhedsmæssige forhold. I Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetninger er der ligeledes argumenteret for en sådan udbygning, der styrker patientens retssikkerhed.

Statsforvaltningerne kan derfor klart tilslutte sig forslaget om udvidet eksternt tilsyn.

3.

Statsforvaltningerne er enige i nødvendigheden af, at der sker en kodificering, der muliggør oppegående tvangsfiksering.

Der er tale om en mindre indgående og mere nænsom foranstaltning end en egentlig tvangsfiksering.

Forslaget om oppegående tvangsfiksering giver hospitalet en ekstra mulighed for at vælge det tvangsindgreb, der konkret passer på den enkelte patients behov.

Da en oppegående tvangsfikseret patient er særlig sårbar, er det vigtigt, at patienten er særlig beskyttet, således som det også er anført i § 18c, stk. 3.

6. Temamøde hos Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri inviterede onsdag, den 25. november 2009 til temamøde med deltagelse af centerledelserne fra de psykiatriske centre, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger samt Det Psykiatriske Patientklagenævn i Statsforvaltningen Hovedstaden.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet nedenstående referat fra mødet:

"1. Velkomst

Vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri Annette Gjerris (AG) bød velkommen.

AG orienterede derefter kort om det indledende møde mellem direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri og Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden, hvor formen for nærværende møde blev aftalt.

AG foreslog en navnerunde, og mødedeltagerne gav herefter en kort præsentation af sig selv.

2. Præsentation af Region Hovedstadens Psykiatris handleplan for nedbringelse af tvang

AG gennemgik Region Hovedstadens Psykiatris handleplan for nedbringelse af tvang. Handleplanen er tostrengt og indeholder a) en handleplan for nedbringelse af tvang samt b) tiltag med kvalitetsudvikling af anvendt tvang.

Direktør for Statsforvaltningen Hovedstaden Bente Flindt Sørensen roste i den forbindelse psykiatriens handleplan og det faktum, at der følges systematiseret op på afgørelserne. Dette blev opfattet som positivt, da det skønnedes i sidste ende til at betyde, at psykiatrien lægger sig op af nævnets praksis, hvilket stiller krav til, at nævnet er stringent i denne praksis. Der var i den forbindelse generel enighed om, at problemet med praksisændringer ofte skyldtes ændringer i Sundhedsvæsenets Patientklagenævnets praksis, hvilken de psykiatriske patientklagenævn er forpligtet til at rette ind efter. Det blev foreslået at invitere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med til næste temamøde, hvilket psykiatrien tog til efterretning.

3. Orientering fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

Direktør for Statsforvaltningen Hovedstaden Bente Flindt Sørensen (BFS) takkede for invitationen og bød initiativet for mødeformen velkommen. BFS understregede vigtigheden af en god dialog mellem psykiatrien og statsforvaltningen, hvilket kan være medvirkende til større forståelse af hinandens arbejde, herunder nævnets afgørelser og omgørelser.

Ikke-offentliggjorte tal viser, at der fra 2007 til 2009 er sket en stigning i sager på 43 pct. og en stigning i afgørelser på 80 pct. Der er 17 pct. flere møder, og BFS oplyste, at der til dato havde været 155 møder i nævnet, der dog endnu ikke var opgjort og fordelt på de enkelte centre. Dette betyder, at der er en stigning af klagesager. BFS anførte, at Statsforvaltningen er indstillet på et dialogmøde med psykiatriens direktion efter udsendelsen af udkast til årsberetning men inden årsmødet, der næste gang bliver afholdt mandag den 19. april 2010 kl. 14-17.

Det blev stillet i udsigt, at Det Psykiatriske Patientklagenævn vil modtage kopi af de retningslinjer, der er udarbejdet på de enkelte psykiatriske centre om aflevering og modtagelse af klager.

Kommitteret for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstadens Henning Lund-Sørensen (HLS) gennemgik herefter 4 eksempler på afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvis praksis Det Psykiatriske Patientklagenævn herefter er forpligtet til at følge.

1. Vedr. blodprøvetagning

Spørgsmålet om, hvorvidt en blodprøvetagning er en nødvendig forudsætning i forbindelse med tvangsbehandling, har ikke tidligere hørt under Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Ministeriet har imidlertid udtalt, at nævnet ved tvangsbehandling med Leponex er kompetente til at udtale sig om, hvorvidt blodprøvetagning konkret har været en nødvendig forudsætning for tvangsbehandlingen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har nu tilsluttet sig Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstadens godkendelse af blodprøvetagning i en sag med Risperdal, hvor der var en god lægefaglig argumentation for at anvende Risperdal, da næste skridt ville være Leponex.

Det blev i den forbindelse drøftet, hvad ministeriet konkret havde taget stilling til, da der var stor interesse i, om det ud over ved tvangsbehandling også kan være berettiget med blodprøvetagning ved diagnostisk udredning.

2. Vedr. motivationstid ved tvangsbehandling

Det blev understreget, at selvom der er krav om, at motivationstiden skal være 1-2 uger, skal der være tale om en konkret skøn ved vurdering af længden af motivations-tiden. Ved en førstegangsindlagt vil det nærmere skulle være 2 uger end 1 uge, og har patienten været indlagt flere gange, vil det være muligt at bevæge sig ned mod 1 uge. Selvom det er udtrykket "passende betænkningstid", der er udgangspunktet, skal praksis på 1-2 uger udmeldt af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn følges. Det Psykiatriske Patientklagenævn har i særligt konkrete tilfælde forsøgt at godkende kortere motivationstid, hvilket imidlertid er blevet underkendt af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. På trods af argumenter om uhensigtsmæssigheden af den lange periode, patienten således kan komme til at gå ubehandlet i, er Det Psykiatriske Patientklagenævn enig i at følge praksis fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, fordi frivillighed altid bør have prioritet, og tvangsbehandling er en falliterklæring både på den korte og den lange bane. Det kræver en praksisændring derfra eller en lovændring, førend længden af motivationstid på kortere en 1-2 uger godkendes.

I den forbindelse blev der stillet spørgsmål vedr. dokumentation af motivation i journal. Kravet er dokumentation i journal næsten dagligt. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har valgt at acceptere en udskrift af EPM som dokumentation for motivation, men eftersom dette er en tidskrævende og omfattende proces at udskrive fra EPM, vil det stadig være mest hensigtsmæssig med dokumentation i journalen. Hensigtsmæssigheden i medicinering frem for samtaleterapi blev herefter drøftet.

3. Pligt til at orientere patientrådgiver om tvangsmedicinering

Der er tale om en sag af lidt ældre dato, hvor Sundhedsvæsenets Patientklagenævn underkendte en tvangsmedicinering, da patientrådgiveren ikke på forhånd var blevet informeret om den påtænkte tvangsmedicinering samt formål, virkning og eventuel bivirkning deraf. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har foretaget fornyet behandling af sagen, da der var tale om en bistandsværge, men resultatet af afgørelsen blev det samme. Konklusionen er altså, at det ikke er tilstrækkeligt at drøfte tvangsmediciner-

ring med patientrådgiver eller bistandsværge på nævnsmødet, men at der skal ske orientering på forhånd.

4. Præparatskifte – motivation

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn underkendte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedr. tvangsbehandling med Zyprexa med injektion/tabletform. Nævnet havde i den konkrete sag desuden godkendt behandling med Serenase ved manglende effekt af Zyprexa. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn underkendte denne afgørelse med den begrundelse, at der var tale om præparatskifte, og patienten skulle derfor have været motiveret selvstændigt for Serenase.

5. Til orientering

Det Psykiatriske Patientklagenævn diskuterer selv, om der skal angives præcis maksimum-angivelse på dosis inden for konventionel doseringsmængde ved motivation for tvangsbehandling. Et andet psykiatrisk patientklagenævn godkender kun beslutningen, hvis der er angivet præcis maksimumdosis, mens Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er enig i, at præcis angivelse af maksimumdosis ville være at foretrække, men accepterer et dosisinterval inden for de grænser, der fremgår af lægemiddeldataloget. Området er ikke lovreguleret, og emnet er heller ikke blevet behandlet i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvorfor der ikke foreligger nogen præcedens, og praksis vil indtil sådan foreligger fortsætte som nu.

4. Drøftelse af principielle problemstillinger

Følgende temaer blev drøftet:

1. Medicinering af bæltefikserede

Det Psykiatriske Patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er enige om, at det ikke er muligt at argumentere sig til at springe motivationstid over i forbindelse med tvangsmedicinering af bæltefikserede. Det er alene muligt at afkorte eller springe motivationstiden helt over, såfremt patienten er til fare for sig selv, og dette vurderes patienten normalt ikke at være, når denne er bæltefikseret. At patienten er til fare for andre end sig selv, kan derfor ikke anvendes som argument for at afkorte/fjerne motivationstid, men det vil være muligt at anvende beroligende midler i akutte situationer. En patient skal således altid søges motiveret i 1-2 uger, med mindre patienten er til fare for sig selv.

2. Motivationstid ved tvangsbehandling

Se drøftelsen under pkt. 3.

3. Vurdering af patientens tilstand

Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering af patientens tilstand under nævns-mødet contra den lægefaglige helhedsvurdering af patienten blev drøftet. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det meget ofte ikke er den, der har udarbejdet selve lægeerklæringen, der repræsenterer centret til nævnsmødet. Dette betyder, at der ikke kan ske uddybning af lægeerklæringen, hvilket der ofte er brug for. Der var enighed om, at der bør ske en opstramning på dette område, både hvad angår fremmøde og kvaliteten af lægeerklæringerne. Psykiatriens udarbejdelse af en skabelon for lægeerklæring med tilhørende tjekliste bør afhjælpe problemet, og nævnet udtalte i den forbindelse, at der bør være mere fokus på konkrete elementer i lægeerklæringen, som bør være mere beskrivende og ikke konkluderende.

5. Evt.

Der var ingen kommentarer til eventuelt, og AG hævede mødet og takkede for de konstruktive drøftelser. Region Hovedstadens Psykiatri indkalder fremover til sådanne møder årligt.”

Afsnit III: Principielle afgørelser

Dette afsnit indeholder resumé af de afgørelser, som nævnet har truffet i 2009, og som nævnet finder har en principiel betydning, f.eks. i form af en konkret fortolkning af psykiatrilovens enkelte bestemmelser

Afsnittet indeholder også afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvor Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har ændret nævnets afgørelser, da disse afgørelser altid betragtes som principielle. Der er kun i et enkelt tilfælde medtaget en afgørelse fra retterne, da alle øvrige nævnsafgørelser, der er blevet påklaget til retten, er blevet tiltrådt.

1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

Nævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsindlæggelse samt den fortsatte frihedsberøvelse indtil udskrivelse 4 dage senere.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ved indlæggelsen blev fundet psykotisk og behandlingskrævende, idet patienten husede paranoide forestillinger. Med hensyn til perioden indtil udskrivelse lagde nævnet bl.a. vægt på, at patienten fortsat blev vurderet paranoidt tolkende med læderet realitetstestning.

Patienten var indlagt på "gule papirer" af egen læge, der i lægeerklæringen bl.a. havde anført: "Formoder kronisk psykose med forværring, muligvis aktuelt tillige cannabispsykose. Patienten er overdrevet mistænksom og vred. Har været tiltagende råbende ud af vinduerne og har banket i væggene og i gulvet de sidste par uger. Virker forpint og latent aggressiv, råbende og udskældende. Mener han bliver forfulgt og udspioneret af folk, der vil trænge ind i hans lejlighed. Patienten er ude af stand til at samle eller modtage information. ...

Er mig bekendt ikke kendt i det psykiatriske system."

Patientens læge måtte stå på trappen og blev ikke lukket ind. Lægen vurderede, at patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed.

Ved indlæggelsen fortalte patienten om chikanerier fra omkringboende naboer, og det blev lægeligt vurderet, at det kunne dreje sig om en mangeårig kronisk psykose, eventuelt hashudløst. Dagen efter indlæggelsen var den objektive psykiske vurdering ifølge journalnotat: "Vågen, klar og orienteret. Formel kontakt rimelig. Emotionel kontakt læderet. Stemningslejet neutralt. Psykomotorisk tempo lettere forhøjet. God øjenkontakt. Fremstår noget anspændt. Indimellem vred. Rejser flere gange brat under samtalen. Giver udtryk for paranoide forestillinger. Virker under samtalen ikke hallucineret. Fremstår tidvis noget usamlet. Forlader til sidst samtalerummet brat og udskældende. Vurderes ikke suicidaltruet." På 3. indlæggelsesdag fremgår det af journalen bl.a., at patienten intet sikkert psykotisk har frembudt, men det vurderes fortsat, at patienten er paranoidt tolkende med læderet realitetstestning, og at det fortsat er indiceret med observation for psykotiske symptomer. På 4. dagen blev frihedsberøvelsen ophævet.

Sagen blev indbragt for retten med påstand om, at overlægens beslutning om tvangsindlæggelse og opretholdelsen heraf var ulovlig, samt påstand om erstatning.

Byretten underkendte nævnets afgørelse.

Retten lagde ved afgørelsen til grund, at det psykiatriske center i forbindelse med frihedsberøvelsen lagde patientens oplysninger om, at han hørte stemmer samt støj i form af råben og banken m.v. fra underboer i betragtning ved vurderingen af patientens tilstand og fandt, at han var psykotisk og husede paranoide forestillinger. Uagtet at der også var indgået yderligere momenter i sagen, herunder udtalelser om hændelser på Christiania, kunne retten ikke udelukke, at patientens oplysninger om forholdene på hans bopæl har haft betydning i forbindelse med diagnosen.

Efter den foretagne bevisførelse, hvorefter underboen havde fået en påtale på grund af støjgener, kunne retten ikke bortse fra, at patienten havde været udsat for sådanne gener, og at generne således ikke var et resultat af paranoide forestillinger. Herefter kunne retten ikke med fornøden sikkerhed lægge til grund, at patienten var psykotisk på indlæggelsestidspunktet, og den skete tvangsindlæggelse og efterfølgende frihedsberøvelse fandt retten derfor havde været ulovlige.

Retten føjede til, det der ikke ved beslutningen om indlæggelse fandtes at være begået et ansvarspådragende forhold under hensyn til, at afgørelse om frihedsberøvelsen blandt andet var truffet på grundlag af egen læges oplysninger om generne på bopælen. Påstanden om erstatning blev derfor ikke taget til følge.

Sagen er bemærkelsesværdig af flere grunde. Dels foretager retten en indgående bevismæssig vurdering af psykosebegrebet, som Patientklagenævnet normalt afholder sig fra at foretage. Dels tager retten stilling til erstatningsspørgsmålet, uagtet at retsplejelovens kapitel 43 a alene angår frihedsberøvelsen og ikke det civilprocesretlige spørgsmål om erstatning.

2. Tvangsfiksering

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden har besluttet at give problemstillinger i relation til tvangsfiksering særlig opmærksomhed i denne årsberetning.

Det drejer sig om følgende problemstillinger:

1. Betingelserne for tvangsfiksering
2. Mindstemiddelsprincippet i relation til tvangsfiksering
3. Tvangsfikseringens tidsmæssige udstrækning
4. Anlæggelse af remme
5. Revurderingen mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt
6. 48-timers-revurdering
7. Tvangsfiksering og frihedsberøvelse

Sædvanligvis nævnes i dette afsnit nogle få udvalgte sager, der dækker flere af ovennævnte aspekter.

Patientklagenævnet har i denne årsrapport valgt at uddrage ovennævnte problemstillinger fra udvalgte afgørelser. Der vil således ikke være en gennemgang af nogle få udvalgte afgørelser, men i stedet udvalgte citater fra flere afgørelser, hvor ovennævnte problemstillinger er beskrevet.

Det overordnede formål med dette afsnit er at skabe større bevidsthed i dagligdagen omkring disse problemstillinger og således være med til at sikre, at nævnet ikke fremover kommer ud for tilfælde med gentagne identiske fejl og mangler.

Det altoverskyggende problem er den manglende dokumentation. Uden at nævnet på nogen måde skal blande sig i centrenes praksis, kunne der ligge en forbedringsmulighed i, at overlægen/lægen dagen efter tvangsfikseringen gennemgår journalen for at sikre sig, at bæltefikseringen var tilstrækkeligt beskrevet, og i benægtende fald tog initiativ til at det implicerede personale afgav uddybende forklaring.

Bevismæssigt vil udsagn i tæt tidsmæssig forbindelse til selve episoden stå stærkere end udsagn, der fremkommer, efter at der er indledt en klagesag.

Endvidere vil det alt andet lige være hensigtsmæssigt, om en eller flere af det i bæltefikseringen involverede personale kunne deltage i nævnsmødet.

Ad 1 - Betingelserne for tvangsfiksering

A. I det følgende er nævnt en række nævnsbegrundelser for ikke at anse betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 for opfyldte:

"Nævnet har lagt vægt på, at det af journalen alene fremgår, at du var "svært udadreagerende og affektspændt med mulig fare for dig selv og andre". Dette udsagn ses dog ikke hverken uddybet eller dokumenteret".

"Nævnet har lagt vægt på, at det alene fremgår, at du vurderedes at være til fare for dig selv og andre, "idet du fremstod truende og aggressiv", men at din fremtræden ikke er nærmere beskrevet i journalen. Nævnet anser det herefter ikke for godtgjort, at der forelå en situation, der opfylder betingelserne for tvangsfiksering efter psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1. Dertil kommer, at nævnet normalt ikke godkender tvangsfiksering i forebyggende øjemed".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Det fremgår af sagen, at der i dagene op til tvangsindgrebet den 20. og den 21. oktober 2009 var to episoder, hvor du brugte fysisk vold mod personalet. Du tog ikke afstand for overgrebene, men du fastholdt, at du ville udøve fornyede vold, hvis det blev nødvendigt.

Nævnet har lagt vægt på, at personalet den 22. oktober 2009 om morgenen drøftede din voldelige adfærd med dig, og hvor du gav udtryk for, at du mente, at du var i din gode ret til at slå, når personalet ikke var efterretteligt. Uanset at du ikke tog afstand

fra din voldelige adfærd og ligeledes fortsat fremkom med trusler, således at du muligvis var potentielt farlig, er det imidlertid også beskrevet i journalen, at du var relativ rolig om morgenen den 22. oktober 2009 uden fysiske udfald mod personalet. Selve fikseringen foregik også roligt. Nævnet har således ikke fundet at der på det konkrete tidspunkt, hvor du blev tvangsfikseret, var tale om en nærliggende fare for dig selv eller andre. Faren har således ikke på det pågældende tidspunkt været konkret, aktuel og påviselig.

En tvangsfiksering kan således ikke uden særlige holdepunkter begrundes i forhold, der fandt sted dagen forinden eller tidligere.

Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det i journalen alene er beskrevet, at du op til episoden var verbalt truende, og at du sparkede på en dør. Du blev efterfølgende fulgt tilbage til din stue. Der var ikke tale om en fastholden, da du gik med af dig selv. På stuen fik du en beroligende middel. Du fortsatte dog med hånlige, nedsættende og udfordrende udfald mod personalet, og du talte om, at du ville smadre afdelingen. Du var ophidset og verbalt truende, og du slog ud i luften med knyttede næver. Det fremgår også, at da personalet forsøgte at nærme sig dig, rykkede du dig tilbage, og du virkede rædselsslagen.

Uanset din urolige adfærd og dine verbale trusler har nævnet imidlertid ikke fundet, at beskrivelsen af det passerede op til tvangsindgrebet dokumenterer kravet om, at der skal være tale om en nærliggende fare for dig selv eller andre, og at faren skal være konkret, aktuel og påviselig.

Ud fra konteksten i journalen anser nævnet ikke dine knyttede næver og slag ud i luften som direkte aggressive, idet du, da personalet rykkede tættere på, valgte at rykke bagud, og du fremstod mere rædselsslagen".

"Nævnet bemærker, at det forhold, at du bliver indlagt af politiet i håndjern, ikke i sig selv kan begrunde en tvangsfiksering.

Nævnet har lagt vægt på, at oplysningerne fra det psykiatriske center omkring den konkrete bæltefiksering er så ukonkrete, at nævnet ikke finder det muligt at vurdere, hvorvidt du var i en tilstand, hvor det var nødvendigt at bæltefikse dig for at afværge, at du udsatte dig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred jf. psykiatrilovens § 14 stk. 2, nr. 1.

Udsagnene om at du var "stærkt ubehagelig" og "truende", "irritabel", "latent aggressiv" og "udadreagerende" er vurderinger, som nævnet ikke kan forholde sig til uden, at det præcis fremgår på hvilken måde, du var "stærkt ubehagelig, truende mv."

På denne baggrund anses det ikke for godtgjort, fra det psykiatriske centers side, at betingelserne for tvangsfikseringen har været opfyldt".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Nævnet finder det således ikke godtgjort, at din tilstand, som den er beskrevet i lægeerklæringen, i journalen og på mødet, forud for tvangsindgrebet var af en sådan karakter, at det var nødvendigt ved tvangsfiksering at afværge, at du eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet har lagt vægt på, at det ikke fremgår af sagen, hvordan du konkret skulle være til fare for dig selv eller andre på tidspunktet for tvangsfikseringen. Det fremgår alene af journalen for den 2. juni 2009, at du "fortsat var udadreagerende", da du ankom til den psykiatriske skadestue. Denne angivelse kan ikke anses som tilstrækkeligt konkretiseret".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Nævnet har således ikke fundet, at din tilstand, som den er beskrevet i journalen, forud for tvangsindgrebet var af en sådan karakter, at det var nødvendigt at afværge, at du eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen er anført, at du var "aggressiv". Det er ikke nærmere uddybet, på hvilken måde, du var aggressiv, og hvilken indflydelse dette havde på din adfærd. Der er her anført hospitalets vurdering af situationen, og nævnet har således ikke mulighed for at bedømme denne vurdering, med mindre præmisserne for bedømmelsen er anført.

På denne baggrund anses det ikke for godtgjort, at betingelserne for tvang har været opfyldt i dette tilfælde".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Nævnet har således ikke fundet, at din tilstand, som den er beskrevet i journalen, forud for tvangsindgrebet var af en sådan karakter, at det var nødvendigt at afværge, at du eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er anført, at du var "tiltagende anspændt", at du gik tæt på din kontaktperson, der følte sig truet, at "du virkede desperat", og at "du kørte medpatienter op".

Der er her anført hospitalets vurdering af situationen. Nævnet har således ikke mulighed for at bedømme denne vurdering, med mindre præmisserne for bedømmelsen er anført.

På denne baggrund anses det ikke for godtgjort, at betingelserne for tvang har været opfyldt i dette tilfælde".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Nævnet har således ikke fundet, at din tilstand, således som den er beskrevet i journalen, forud for tvangsindgrebet var af en sådan karakter, at det var nødvendigt at afværge, at du eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet har lagt vægt på, at det i sagens akter er anført, at "du var ved at køre op", og at "du gik amok", men at der intet er anført om, på hvilken måde, du "kørte op" og gik amok på.

Der er her anført hospitalets vurdering af situationen. Nævnet har således ikke mulighed for at bedømme denne vurdering, med mindre præmisserne for bedømmelsen er anført.

På denne baggrund anses det ikke for godtgjort, at betingelserne for tvang har været opfyldt i dette tilfælde.

Det forhold, at der stod 10 personer til at holde dig nede på gulvet, kan ikke føre til nogen anden vurdering".

"Nævnet har lagt vægt på, at der ved bedømmelsen af, om en patient udgør en nærliggende fare for sig selv eller andre, må lægges vægt på, om patienten frembyder en konkret, aktuel og påviselig fare. På tidspunktet for fikseringen ses det ikke dokumenteret, at du var udadreagerende. Det fremgår af journalen, at du ikke er til at kommunikere med, men at du lægger dig nogenlunde roligt over i sengen. Man vælger "under omstændighederne" at lægge dig i bælte.

Nævnet er opmærksom på, at du ved ankomsten ligger med hænderne bundet sammen, da selve indbringelsen har været voldsom og involveret brug af peberspray. Det er anført i journalen den 28. juni 2009, at du ved indlæggelsen farer op, hvilket dog ikke ses dokumenteret yderligere.

Den omstændighed, at du er latent aggressiv, vredladet og ikke til at lave aftaler med mht. medicin, er efter nævnets praksis ikke tilstrækkelig til at foretage en tvangsfiksering, idet du ikke frembyder en konkret, aktuel og påviselig fare".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven ikke var opfyldt.

Nævnet har lagt til grund, at der ved bedømmelsen af, om en patient udgør en nærliggende fare for sig selv og andre, må lægges afgørende vægt på patientens aktuelle tilstand og at andre midler skal have vist sig utilstrækkelige eller uigennemførlige som følge af patientens tilstand.

Nævnet har lagt vægt på, at du forud for tvangsfikseringen efter det oplyste gik anspændt, svært psykotisk, kontaktafvisende, dysforisk og mut rundt på afdelingen, men at du var stilfærdig og ikke udadreagerende.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at tvangsfikseringen er begrundet i en formodning om, at du ville kunne reagere uberegneligt og voldsomt.

Nævnet har således vurderet, at du ikke forud for tvangsfikseringen frembød en konkret, aktuel og påviselig fare.

Nævnet finder herefter, at det i den konkrete situation ikke var nødvendigt at fiksere dig for at afværge, at du udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet har desuden bemærket, at tvangsfikseringen gennemførtes med afdelingens eget personale, hvilket forløb ukompliceret, samt at du accepterede at genoptage behandlingen med depotmedicinering".

"Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, nr. 1, i psykiatriloven har været opfyldt.

Uanset at nævnet ud fra konteksten i journalen kan fornemme, at din tilstand, således som den er beskrevet i journalen og lægeerklæringen, forud for tvangsindgrebet måske synes at være af en sådan karakter, at det kunne have været nødvendigt at afværge, at du eller andre var udsat for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, idet det er anført, at du var råbende, aggressiv, vred og truende, har nævnet imidlertid ikke fundet, at betingelserne for tvang har været opfyldt.

Hospitalet har en forpligtelse til at godtgøre, at der forelå en konkret, aktuel og påviselig fare.

Idet der alene er anført hospitalets vurdering af situationen, har nævnet således ikke mulighed for at bedømme denne vurdering, med mindre præmisserne for bedømmelsen også er anført, og det nærmere er godtgjort på hvilken måde du var aggressiv, vred og truende.

På denne baggrund anses det ikke for godtgjort, at betingelserne for tvang har været opfyldt i dette tilfælde".

"Nævnet har lagt vægt på, at du ifølge journalen og din egen forklaring var råbende ude på gangen, at du var i underbukser og kastede dig på gulvet.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 2 fremgår, at tvangsfiksering kan anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter.

Nævnet kan videre oplyse, at det fremgår af forarbejderne til psykiatriloven, at støjende og urolig adfærd ikke er tilstrækkelig til at iværksætte en tvangsfiksering. Der kræves noget mere end de gener, der normalt er forbundet med at være indlagt på en psykiatrisk afdeling, og der skal være tale om en grov forulempelse af bestemte medpatienter.

Nævnet finder ikke, at du ved din adfærd var groft forulempende over for bestemte medpatienter".

"Nævnet har lagt til grund, at du var stærkt opkørt, urolig og modstandspræget ved ankomsten til Psykiatrisk skadestue, hvor du ankommer i håndjern og fodremme med politiets assistance.

Nævnet har imidlertid lagt vægt på, at det psykiatriske center inden tvangsfikseringen alene lægger politiets vurdering til grund og ikke foretager en selvstændig vurdering af, hvorvidt du udgør en konkret, aktuel og påviselig fare.

Som sagen er oplyst i journalen finder nævnet ikke, at det er godtgjort, at du udgjorde en konkret, aktuel og påviselig fare for dig selv eller andre og kan på den baggrund ikke godkende tvangsfikseringen og således heller ikke anvendelsen af hånd- og fodremme".

"Nævnet har lagt vægt på, at du ved din frivillige indlæggelse den 9. marts 2009 havde det skidt som følge af posttraumatisk stresssyndrom. Du havde på indlæggelsestidspunktet behov for trygge rammer, idet du var angstpræget og derhjemme havde gået med forestillinger om forfølgelse.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at du dagen efter indlæggelsen - ifølge sygeplejekardek - vurderedes relevant og klar. Du fortalte om din situation og ønskede hjælp. Du blev herefter hyperventilerende, og da personalet ville hjælpe dig med vejrtrækningsteknik, rejste du dig umotiveret op og smækkede døren ud til gangen, og stillede dig foran denne med knyttede hænder. Personalet formåede dog at komme ud af rummet og tilkalde yderligere personale.

Nævnet har også lagt vægt på dine beskrivelser af forløbet ved mødet den 26. marts 2009. Du oplyste, at en sygeplejerskestuderende i forbindelse med en samtale rykkede helt op i hovedet på dig, hvorefter du blev bange, og følte, at du blev gået fysisk for nær. I forløbet umiddelbart efter mødte 4 mand op på din stue og trængte dig op mod hjørnet. Du bad dem om at gå væk og give dig plads til at håndtere din hyperventilation og angst. Efterfølgende kom endnu flere personer ind og pressede dig op i et hjørne, og du forsøgte at flygte mod døren, idet du nu var meget angst. Du blev herefter tvangsfikseret med bælte og hånd- og fodremme, ligesom du fik beroligende injektion.

Nævnet har på baggrund af en samlet vurdering af oplysningerne, herunder oplysningerne om din diagnose, som det Psykiatriske Center var bekendt med, sammenholdt med oplysningen om, at du henvendte dig i skadestuen med angstsymptomer som følge af PTSD og udviklingen af den konkrete hændelse, fundet, at personalets håndtering af den pågældende situation var stærkt angstprovokerende for dig og var en direkte årsag til den af dig udviste adfærd, der førte til beslutningen om at tvangsfiksere dig med bælte samt med hånd- og fodremme og give dig en akut beroligende injektion.

Nævnet bemærker i øvrigt, at det ikke hverken i journal eller lægeerklæring findes tilstrækkeligt dokumenteret, at der forelå en konkret og påviselig fare. Det forhold, at du

havde skubbet kontaktpersonen ud af stuen, og stod med knyttede hænder foran ansigtet, jf. journalen for den 10. marts 2009 kl. 09.45 må vurderes som en isoleret angstreaktion på situationen, og ikke et udtryk for, at du ved handling ville forvolde konkret fare på andre".

"Nævnet har lagt vægt på, at det af journalen alene fremgår, at du hamrede på ruden og skreg og var meget urolig – uden at det er nærmere beskrevet på hvilken måde du var meget urolig.

Det forhold at du hamrede på ruden og skreg er ikke i sig selv nok til at tvangsfiksere dig".

"Nævnet har lagt vægt på, at det af journalen alene fremgår, at du forsøgte at gribe ud efter personalets nøgler og gentagne gange fik fat i personalets tøj. Du puffede til personalets arme med dit hoved, og du forsøgte at slikke på personalet. Ingen af disse forhold kan hverken enkeltvis eller tilsammen anses for at udgøre en nærliggende fare for andre for at lide skade på legeme eller helbred, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Nævnet godkender derfor ikke denne tvangsfiksering med bælte og anlæggelse af remme".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i lægeerklæringen alene er oplyst, at du var skrøbelig og virkede mere urolig – uden at det nærmere er anført på hvilken måde. Det forhold at det i lægeerklæringen er anført, at du kradsede alle sårskorper af i selvmutilerende øjemed kan ikke føre til nogen anden vurdering".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du var meget urolig og udadreagerende – uden at det nærmere er oplyst på hvilken måde. Det forhold at det i lægeerklæringen er oplyst, at du trak en plante med dig, som du væltede og rev bladene af, samt at du ruskede og sparkede på døren, kan ikke som anført i tvangsprotokollen anses for forhold, der udsætter dig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 3, der forudsætter, at det udøvede hærværk er af ikke ubetydeligt omfang. Det forhold, at det i lægeerklæringen er oplyst, at du opfordrede personalet til at give dig en kniv, så du over for personalet kunne bevise, at du ville dø, kan ikke føre til en anden vurdering".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du styrtede ud på gangen, råbende og skrigende, samt at din adfærd eskalerer yderligere – uden at det nærmere er angivet på hvilken måde".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du var voldsomt råbende og i forbindelse med fastholdelse ydede stor modstand – uden at det nærmere er beskrevet på hvilken måde. Det forhold, at du under fastholdelsen slikkede på personalets hænder kan – som anført – ikke føre til anden vurdering".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du var fysisk udadreagerende – uden at måden er angivet. Det forhold, at du løb skrigende rundt på gangen, er ikke tilstrækkeligt til, at situationen er omfattet af psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 2, som ifølge forarbejderne forudsætter, at det drejer sig om en forulempelse af bestemte personer".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du efter undervisningen løb og ville ud fra afsnittet".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du pludselig løb ud på gangen".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du efter at være hoppet af cyklen løb mod døren og var råbende og skrigende".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen alene er oplyst, at du ikke var i stand til at indgå aftaler, og at du var urolig og udadreagerende – uden at det er angivet på hvilken måde".

B. I det følgende er nævnt en række nævnsbegrundelser for at anse betingelserne i psykiatrilovens § 14, st. 2 for opfyldte:

"Nævnet har lagt vægt på, at du ved ankomsten i modtagelsen på psykiatrisk afdeling, hvor du var indbragt i håndjern, var svært aggressiv og truende. Du truede med at brække næsen på den medfølgende politibetjent, og du var nedladende og højtråbende over for vagtlægen. Da du blev ført til din stue, var du fortsat meget højtråbende, og du truede med at udøve vold mod personalet. Du fik herefter tilbudt beroligende medicin, og i den forbindelse slog du pludselig fysisk hårdt ud mod medicinen og ramte et personalemedlem på hånden med stor kraft.

Som følge af dine konkrete og generelle trusler og din meget urolige og aggressive tilstand, hvor du pludselig – bevidst eller ubevidst – rammer et personalemedlem, må nævnet herefter anse bæltefikseringen for berettiget".

"Nævnet har lagt vægt på, at du umiddelbart forud for tvangsindgrebet var meget urolig, højtråbende og voldsom udadreagerende. Du smed diverse tøjdele ud på gangen, og du var verbalt meget truende og endvidere stærkt truende i din attitude. Du slog også ud med armene. Du gik endvidere tæt på et personalemedlem, da denne forsøgte at ledsage dig til dit værelse, og endvidere rakte du en truende hånd direkte mod et personalemedlem, hvor du sagde "du er færdig". Du tog derudover kvælertag på din kontaktperson, således at denne ikke kunne få luft og fik forvredet nakkemuskulaturen. Da der blev slået alarm, og flere personalemedlemmer kom til, blev der en voldsom kamp, hvor et antal af personalet mere eller mindre kom til skade, efterhånden

som de kom tililende. Der måtte 8 til 10 personalemedlemmer til at pacificere dig og efterfølgende tvangsfiksere dig".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen for den 21. september 2009 kl. 11.30 bl.a. er beskrevet, at du forud for beslutningen om tvangsfiksering var voldsomt opkørt og aggressiv, du havde skåret dig med en skrue i håndleddet, og du forsøgte på alle måder at gøre skade på dig selv, herunder slog du dig selv i hovedet. Du kunne ikke beroliges og tog fat i alle ting på stuen. Du blev fastholdt, men du var fortsat voldsomt udadreagerende, sparkede og forsøgte at slå dig selv".

"Nævnet har lagt vægt på, at du forud for tvangsindgrebet havde været meget udadreagerende og voldelig. Du havde således umiddelbart op til indlæggelsen overfaldt lufthavns personale og politi. Du havde slået en betjent, som efterfølgende måtte behandles herfor. Du var fortsat anspændt og aggressiv ved selve indlæggelsen. Du truede personalet med, at du ville smadre og skyde alle samt slå alle ihjel. Henset til din meget voldelige adfærd og dine uvarslede angreb blev du anset for særdeles farlig. Som følge af din meget urolige og aggressive tilstand, vurderedes det endvidere nødvendigt at anvende hånd- og fodremme".

"Nævnet har lagt vægt på, at du reagerede meget voldsomt over at skulle flyttes til en lukket afdeling, og at du sparkede og forsøgte at nikke en skalle og bide. Der skulle 10 mand til at holde dig, og det blev vurderet nødvendigt at tilkalde politiet".

"Nævnet har lagt vægt på, at du op til episoden, hvor du blev bæltefikseret, havde været provokerende og haft en truende adfærd, og hvor du var tæt på at komme op at slås. Da overlægen lidt senere kom til din stue, blev du voldsom vred og kastede dig mod overlægen med knyttet næve for at slå. Du blev vurderet som farlig for dine omgivelser, og umiddelbart efter bæltefikseringen fortsatte du med at være truende, og hvor du til overlægen sagde "du er en død mand"".

"Nævnet har lagt vægt på, at du var truende overfor medpatienter. Du blev forsøgt skærmet og beroliget af to personalemedlemmer, men du kørte mere og mere op. Du tog på et tidspunkt en stol og kylede den mod væggen. Derefter nikkede du det ene personalemedlem en skalle".

"Nævnet har lagt vægt på, at det i journalen for den 16. november 2009 står " Patienten er blevet bæltefikseret kl. 13.50, da han ikke kunne overholde sin skærmning.

Nævnet har også lagt vægt på, at det lige inden du blev lagt i bælte blev vurderet, at du havde behov for skærmning og ro, at du "vurderes til fare for sig selv, idet en delirøs tilstand på baggrund af en mani kan udvikle sig". Du kunne ikke tales til ro og trods anvisninger om, at blive på stuen, fortsatte du med at forlade stuen.

Nævnet finder det således tilstrækkeligt godtgjort, at du i den konkrete situation udsatte dig selv for en nærliggende fare for at udvikle en delirøs tilstand og derved fare for at lide skade på legemet og at tvangsfikseringen var nødvendig for at afværge denne fare.

Som det fremgår har nævnet ikke lagt vægt på oplysningerne i lægereklæringen og journalen om, at du var truende overfor personale og forulempede medpatienter, idet disse oplysninger ikke er konkretiseret".

"Nævnet har lagt vægt på, at der var tale om en akut situation, hvor du havde indtaget en overdosis smertestillende medicin, og hvor det var af afgørende betydning for dit helbred, at du fik lagt NAC-drop. Nævnet har desuden lagt vægt på, at du løb ud af den psykiatriske skadestue, og at du søgte væk fra lægen, således at du gav indtryk af, at du ikke ville medvirke frivilligt til at få lagt NAC-drop".

"Nævnet har lagt vægt på, at du var blevet tiltagende aggressiv, havde smadret et billede i fællesarealet og truede personalet med knyttet næve".

"Nævnet har lagt vægt på, at du i forbindelse med overflytningen satte dig verbalt og fysisk til modværge, spytter og rev både politi og personale".

"Nævnet har lagt vægt på, at det af sagens akter fremgår, at du forud for tvangsindgrebet havde været tiltagende urolig, opkørt og hurtigkørende. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at du var fysisk aggressiv. Du slog således ud efter og bed efter personalet, du spyttede og ramte lægen, og du spyttede endvidere efter det øvrige personale".

"Nævnet har lagt vægt på, at du pludselig gik amok på et personalemedlem og slog ham flere gange i ansigtet med knytnæveslag, mens du holdte hans hoved fast i armen".

"Nævnet har lagt vægt på, at du var råbende, og at du tog fat i en stol og truede personalet, da de ville korrigere dig og at personalet pga. deres frygt for din trusler anså det for nødvendigt at tilkalde politiet".

Ad 2 - Mindste middelprincippet i relation til tvangsfiksering

A. Patientklagenævnet har i nedenstående tilfælde ikke fundet, at tvangsfikseringerne opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet har anvendt følgende begrundelser:

"Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det hverken af journalen eller lægereklæringen ses, at hospitalet inden tvangsfikseringen eksempelvis har forsøgt at skærme og berolige dig eller har tilbudt dig beroligende medicin".

"Nævnet har endvidere noteret sig, at det psykiatriske center ikke, inden tvangsfikseringen fandt sted, ud fra det beskrevne i journalen ses at have forsøgt at anvende et mindre indgribende middel, således at tvangsfikseringssituationen kunne have været forsøgt undgået".

"Nævnet har imidlertid fundet, at tvangsfikseringen ikke opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det fremgår af journalen, at du ved ankomsten er stærkt medicinplæderende, idet dine bivirkninger fra den antipsykotiske medicin gav dig stor uro og mange gener. Uanset at du gav udtryk for et ønske om at få medicin frivilligt, vælger man at lægge dig i bælte, idet du findes opkørt, råbende og smidende med ting.

Nævnet finder, at man forud for fikseringen burde have lyttet til dig og tilbudt dig medicin, således at du kunne finde den ro, som du havde brug for. Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at du godt kunne forklare, at bivirkningerne var skyld i din adfærd, men at dette ikke blev taget til efterretning. Det er nævnets opfattelse, at indtagelse af beroligende medicin inden tvangsfikseringen, formentlig ville have overflødiggjort brugen af tvang".

"Det er nævnets opfattelse, at de anvendte tvangsindgreb ikke opfylder mindste middel princippet i psykiatrilovens § 4. Nævnet har herved lagt vægt på, at du bad personalet om at gå ud og give dig plads og ro til at håndtere dit angstanfald og dit hyperventilerende åndedræt.

Det er således nævnets opfattelse, at tvangsfikseringen og indgivelsen af beroligende medicin kunne have være undgået, såfremt personalet havde håndteret situationen ud fra kendskabet til, at du lider af PTSD, og ved at lytte til dig og tale med dig på baggrund af denne viden".

B. Patientklagenævnet har i nedenstående tilfælde fundet, at tvangsfikseringerne opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet har anvendt følgende begrundelser:

"Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det psykiatriske center inden tvangsfikseringen, forgæves havde forsøgt at skærme og berolige dig, samt med tvang havde givet dig beroligende medicin. Du blev endvidere ledsaget til din stue, hvor du blev søgt beroliget ved samtale".

"Nævnet har fundet, at tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det psykiatriske center inden tvangsfikseringen, forgæves havde forsøgt at berolige dig samt tilbudt dig beroligende medicin".

"Nævnet har fundet, at tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det psykiatriske center inden tvangsfikseringen forgæves havde forsøgt at skærme og berolige dig".

Ad 3 - Tvangsfikseringens tidsmæssige udstrækning

A. Patientklagenævnet har i nedenstående tilfælde ikke fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringerne opfyldte kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning. Nævnet har anvendt følgende begrundelser:

"Nævnet har ikke fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har lagt vægt på, at du sov ved tilsynet den 21. september kl. 15.10, og at din tilstand ikke nærmere er beskrevet i journalnotat for tilsynet kl. 17.10, ud over, at "du er træt og nu ønsker at sove" samt, "at du formentlig kan løsnes i aften". Det er således ikke godtgjort, at betingelserne for fortsat at tvangsfiksere dig er opfyldt.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at den sidste hånd/fodrem blev løsnet kl. 16.30, og finder på denne baggrund, at tvangsfikseringen med bælte også burde have været ophævet fra dette tidspunkt.

Med hensyn til det lægelige tilsyn kl. 15.10, hvor det fremgår, at du sov, skal der gøres opmærksom på, at "et sovende tilsyn" ikke kan gøre det ud for et reelt tilsyn efter psykiatrilovens § 21, stk. 4. Således skal der foretages fornyet lægeligt tilsyn, når en patient igen er i vågen tilstand".

"Nævnet har endvidere fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen fra den 20. november 2009 kl. 11.25 og til den 22. november 2009 kl. 10.20 opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har lagt vægt på at du ved de vågne tilsyn fortsat var højtråbende og truende.

Nævnet finder derimod ikke, at tvangsfikseringen fra den 22. november 2009 fra kl. 10.20 og til kl. 15.25, hvor du blev løsnet af bæltet, opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at du ved tilsynet dagen forinden, den 21. november 2009 kl. 23.59, og ved tilsynet om morgenen den 22. november 2009 kl. 08.42. var sovende. Ved det første vågne tilsyn herefter den 22. november 2009 kl. 10.20, fremstod du ifølge journalen rolig, og du var venlig og imødekommende, da du bliver tilset. Det er endvidere under nævnsmødet oplyst, at det på dette tidspunkt blev besluttet, at du snarlig skulle løsnes af bæltet, og at det derfor var unødvendigt med 48 timers tilsynet. Som følge af travlhed i afdelingen blev du imidlertid først løsnet af bæltet kl. 15.25 samme dag".

"Nævnet finder imidlertid, at du burde have været løsnet fra bæltet, da du var blevet rolig og senest, da NAC-droppet blev fjernet, hvilket ifølge dig skete efter en time.

Nævnet har lagt vægt på, at der ud fra oplysningerne i journalen ikke er beskrevet sådanne forhold, der kan danne baggrund for at udstrække tvangsfikseringen i 8½ time.

Nævnet har endvidere lagt vægt på dine oplysninger i klagen og på mødet om, at du accepterede at få anlagt NAC-drop, efter at du var blevet tvangsfikseret, og at du ikke prøvede at tage droppet ud, ligesom du forholdt dig rolig under hele bæltefikseringen.

Nævnet godkender således ikke udstrækningen af tvangsfikseringen".

I nedenfor nævnte tilfælde har nævnet ikke godkendt tvangsfikseringen efter de anførte tidspunkter. Nævnet begrundede tilsidesættelsen af den fortsatte tvangsfiksering med:

at, det ved tilsynet den 27. september 2008 kl. 19.50 i journalen alene er anført, at "bælte og remme tilses. Begge dele er ok".

at, det ved tilsynet den 18. juli 2008 kl. 20.35 i journalen alene er anført, "at du var ved at blive puttet til natten af din mor og din far, og var rolig og afslappet".

at, det på det pågældende tidspunkt i journalen alene er anført, "at du sad i sengen og fik massage af din mor og i øvrigt var rolig".

at, det ved tilsynet den 17. august 2008 kl. 18.30 i journalen alene er anført, "at du var angst og klynkende".

at, det ved tilsynet den 8. oktober 2008 kl. 21.15 i journalen alene er anført, "at du trods smerter i skulderen lå roligt i bælte og remme".

B. Patientklagenævnet har i nedenstående tilfælde fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringerne opfyldte kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning. Nævnet har anvendt følgende begrundelser:

"Nævnet har lagt vægt på, at du ved de vågne tilsyn er beskrevet som fortsat udadreagerende, truende og urolig, og at du fortsat var i affektspændt med en meget svingende tilstand".

"Nævnet har endvidere fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har lagt vægt på, at du ved tilsynene under bæltefikseringen fortsat var aggressiv og udadreagerende med en truende adfærd. Du truede med at "hive hovedet" af lægen, og du udtalte, at du ville "smadre lægens kranium". Du truede også med at slå de andre medpatienter ned. Du fandtes således meget psykisk svingende med en utilregnelig og uforudsigelig adfærd".

"Nævnet har lagt vægt på, at du blev tilset kl. 20.30, kl. 22.45 samt kl. 02.00, og at du, på trods af indgivelse af beroligende medicin, fortsat var urolig og råbende".

"Nævnet har endvidere fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har i den forbindelse fundet, at uagtet at du sov ved tilsynene den 25. juni 2009 kl. 21.50 og den 26. juni 2009 kl. 01.30, havde du i perioder mellem tilsynene været urolig og råbende / skrigende og psykotisk, og du havde talt med dig selv. Du sov endvidere ved tilsynet den 26. juni 2009 kl. 07.40, men du havde ligeledes i løbet af natten været psykotisk. Du blev således løsnet fra bæltet, da du var faldet til ro".

"Nævnet har endvidere fundet, at den tidsmæssige udstrækning af tvangsfikseringen opfylder kravet om mindst mulig indgribende foranstaltning.

Nævnet har lagt vægt på, at du under hele tvangsfikseringen var urolig, voldsomt verbalt aggressiv, uberegnelig og truende. Der er desuden lagt vægt på, at du indimellem blev løsnet for at gå på toilettet, men at det var svært at få dig i seng igen, og at de derfor måtte slå alarm. Dertil kommer, at du igennem hele forløbet blev intensivt medicineret bl.a. for at afkorte bæltefikseringens længde. Du blev løsnet efter at være faldet til ro, og da det viste sig, at du formåede at være uden for bæltet uden problemer".

Ad 4 – Anlæggelse af remme

A. Patientklagenævnet har anvendt følgende begrundelse for ikke at godkende anlæggelse af remme:

"Nævnet bemærker i forbindelse med anlæggelsen af fodremme, at det ses af journalen for den 6. juni 2009, at overlægen ikke har kunnet godkende anlæggelsen af remme. Beslutning om anvendelse af remme skal i medfør af psykiatrilovens § 15, stk. 2 træffes af overlægen. Uden overlægens godkendelse er anvendelse af remme ulovlig".

"Vedrørende anvendelse af fodremme har nævnet endvidere ikke fundet, at betingelserne efter psykiatrilovens § 14, er opfyldt. Som begrundelse for anlæggelse af fodremme er alene anført, at *"dette var absolut nødvendigt"*. Nævnet finder således ikke, at der er anført en selvstændig begrundelse for anlæggelse af remme".

"Nævnet godkender ikke anvendelsen af fodremme i perioden fra den 28. maj 2009 til overførslen den 10. juni 2009.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at du ikke var motorisk urolig samt at remmene alene blev anlagt af hensyn til bekvemmelighed".

B. Patientklagenævnet har anvendt følgende begrundelse for at godkende anlæggelse af remme:

"Vedrørende anvendelse af hånd- og fodremme har nævnet lagt vægt på beskrivelsen af din meget voldsomme adfærd, og at du på trods af bæltefikseringen fortsat var voldsom udadreagerende og truende, og hvor du slog og sparkede".

"Nævnet har for så vidt angår anlæggelsen af hånd- og fodremme lagt vægt på, at du slog dig selv og sparkede, hvorfor det også var nødvendigt at anlægge hånd- og fodremme for, at du ikke skulle skade dig selv yderligere".

"Nævnet har lagt vægt på, at det fandtes påkrævet med anvendelsen af fodrem, da du to gange kom ud af bæltet".

"Vedrørende anlæggelse af fodrem og håndrem har nævnet lagt vægt på, at det pga. din kropsbygning var nødvendigt at anlægge fodrem for at undgå, at du kunne komme ud af bæltet".

"Vedrørende anvendelsen af hånd- og fodremme har nævnet lagt vægt på, at du slog og sparkede og forsøgte at komme ud af bæltet.

Nævnet har også lagt vægt på, at du uvarslet, efter at du var blevet tvangsfikseret med bælte gav et personalemedlem to knytnæveslag".

Ad 5 – Revurderingen mindst fire gange i døgnet jævnt fordelt

"Ifølge psykiatrilovens § 21 stk. 4 skal der ske fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt. Nævnet finder det kritisabelt, at ikke alle tilsyn fremgår af journalnotaterne men alene af tvangsprotokolskemaet. Det fremgår endvidere af tvangsprotokolskemaet, at der ikke altid er foretaget tilsyn mindst 4 gange i døgnet, hvilket ligeledes er kritisabelt".

Ad 6 – 48-timers-revurdering

"Nævnet har konstateret, at der ifølge journalen er foretaget en ekstern vurdering efter 48 timers bæltefiksering jf. psykiatrilovens § 21 stk. 5. Nævnet skal dog bemærke, at hospitalet ikke som påkrævet har noteret dette til tvangsprotokolskema 3".

Ad 7 – Tvangsfiksering og frihedsberøvelse

"Flertallet af nævnet har lagt vægt på, at tvangsfikseringen var af en sådan længde at den udgjorde en frihedsberøvelse, men flertallet af nævnet finder ikke, at betingelserne for frihedsberøvelsen (tvangstilbageholdelse), jf. psykiatrilovens § 5, har været opfyldt.

Flertallet har herved lagt vægt på, at du har diagnosen infantil autisme, men ikke er beskrevet som psykotisk. Det fremgår af journalnotatet af 30. juni 2009 kl. 16.25, at "aktuelt finder jeg ikke, at pt. har en indlæggelseskrævende lidelse", og i journalnotat af 9. juli 2009 kl. 12.15, er det bl.a. anført, at du "tydeligvis er forkert anbragt under hospitalsindlæggelse".

Flertallet har i den forbindelse lagt vægt på, at tvangstilbageholdelse alene kan ske, hvis du er sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan sidestilles hermed, og at det vil

være uforsvarligt ikke at frihedsberøve dig med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig eller afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet eller du frembyder en nærliggende eller væsentlig fare for dig selv eller andre jf. psykiatrilovens § 5.

Det er nævnets praksis, at tvangsfiksering, der varer længere end 5 timer udgør en frihedsberøvelse”.

”Nævnet har tillige fundet, at tvangsfikseringen var af en sådan længde, at den udgjorde en frihedsberøvelse, hvorfor det er en betingelse, at patienten er tilbageholdelig efter psykiatrilovens § 10, jf. § 5. Efter at have gennemgået sagen og de afgivne forklaringer har Patientklagenævnet ikke fundet, at betingelserne for tvangstilbageholdelse efter psykiatrilovens § 10, jf. § 5, er opfyldt.

Nævnet har lagt vægt på, at du på tidspunktet for tvangstilbageholdelse ikke af hospitalet blev fundet psykotisk”.

4. Tvangsbehandling

4.1 Tvangsbehandling af gravid kvinde med Trilafon og Serenase

Kvinden, der var kendt i psykiatrisk regi med diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, blev indlagt via distriktspsykiatrien, idet hun var paranoid, muligvis stress- og følelsesmæssigt betinget af hendes graviditet.

Nævnet tilsidesatte beslutningen om tvangsmedicinering med tablet Trilafon 4 mg to gange dagligt, dosis afpasset i forhold til effekt og bivirkninger, alternativt injektion Serenase 2,5 mg, ved manglende effekt eller bivirkninger skift til Serenase dråber 2 mg, dosis tilpasset efter effekt og bivirkninger.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at dosis af Trilafon var for høj, og at Serenase ikke bør gives til gravide, jf. oplysningerne i medicin håndbogen.

I samme sag kritiserede nævnet, at kvinden i 18 dage var blevet motiveret for Cisordinol, som efter medicin håndbogen ikke bør anvendes, da data er utilstrækkelige.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen og oplyste, at Trilafon og Serenase ikke er forbundet med en væsentlig overhyppighed af uønsket fosterpåvirkning. Risikoen ved ikke at behandle en psykotisk tilstand vil i mange tilfælde overstige de potentielle skader som lægemidler vil kunne medføre hos et foster.

Nævnet bemærker, at det følger af medicin håndbogen, at dosering af Trilafon tablet til voksne er 4-8 mg dgl., i nogle tilfælde op til 64 mg fordelt på flere doser. Kan anvendes ved graviditet. Der er data for ca. 500 eksponerede uden tegn på overhyppighed af uønsket fosterpåvirkning. I praksis er perphenazin det antipsykotikum, hvor der foreligger flest betryggende data ved en relevant dosis. Den begrænsede datamængde tillader ikke at udelukke en øget risiko. Plasmakoncentrationen bør bestemmes, og dosis bør korrigeres til den lavest mulige.

Dosering af Serenase er efter medicin håndbogen oralt 2-10 mg 3 gange dgl., evt. i.m. i doser af halvdelen af den påtænkte orale dosis. Bør ikke anvendes ved graviditet, utilstrækkelige data. Der er data for ca. 250 1. trimester-eksponerede uden tegn på overhyppighed af uønsket fosterpåvirkning. Den begrænsede datamængde tillader ikke at udelukke en øget risiko.

Oplysningerne i medicin håndbogen indgår altid som et væsentligt moment i nævnets vurdering af, hvorvidt mindste middels princippet i psykiatrilovens § 4 er opfyldt, for så vidt angår valg af præparat og dosis. Nævnet vil således generelt være meget restriktiv i forhold til at fravige anbefalingerne i medicin håndbogen, medmindre der fra overlægens side foreligger en meget god begrundelse for ikke at anvende et andet præparat/dosis men netop det valgte præparat i den valgte dosis til denne patient, herunder eventuelt en grundig forklaring på den alternative situation uden medicinering.

Nævnet vil i en tilsvarende sag fremover formentlig fortsat være meget tilbageholdende med at godkende en tvangsbehandling med et præparat, hvor der i følge medicin håndbogen ikke kan udelukkes en øget risiko for den pågældende patient, og særligt i

tilfælde hvor overlægens beslutning er en begyndelsesdosis, der er højere end anbefalingerne i medicinhåndbogen.

4.2 Dokumentation for daglig eller næsten daglig motivation

Nævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med smelt tablet Risperdal 2 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt i.m. Nævnet fandt, at patienten havde fået en passende betænkningstid, inden beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Ifølge lægeerklæringen var patienten motiveret dagligt i 11 dage for frivillig behandling med Risperdal 2 mg dagligt, inden beslutning om tvangsbehandling med primært Risperdal 2 mg dagligt blev truffet. Motivation for behandling med Risperdal fremgik af 4 datoer i journalen, herunder var motivation for behandling noteret på 1. dagen og på beslutningsdatoen. I journalnotat på 8. dagen og på 11. dagen præciseredes det, at patienten dagligt siden 1. motivationsdag var motivet for Risperdal 2 mg dagligt. Patienten havde 14 gange tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling, og var under den aktuelle indlæggelse fuldstændig uden sygdomsindsigt og totalt afvisende over for medicinsk behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det af sagen (formentlig journal + kardeks) kun gennem 11 dage blev forsøgt motiveret for frivillig behandling 4 gange før beslutningen om tvangsmedicinering blev truffet.

Det bemærkes, at overlægen har søgt sagen genoptaget hos Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, da det i EPM er noteret, at patienten dagligt er søgt motiveret for tablet Risperdal 2 mg i 11 dage, før beslutning om tvangsbehandling hermed blev truffet. Imidlertid har det ikke været muligt at udprinte data fra EPM.

Afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indskærper i øvrigt, at der dagligt eller næsten dagligt skal foreligge skriftlig dokumentation for motivationen for frivillig behandling. Det er således ikke tilstrækkeligt, at det i et journalnotat er noteret, at der i de forudgående dage også er motiveret for det præparat i den dosis, som en eventuel tvangsbehandling vil blive besluttet med. Nævnets praksis er i øvrigt sammen med overlægen på mødet at se, hvad der står om behandling/motivation i EPM, da det fortsat giver problemer at printe ud fra dette system.

4.3 Motivering med konkret præparat i konkret dosis dagligt eller næsten dagligt

Sag 1

Nævnet havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Serenase 10 mg 2 gange dagligt subsidiært injektion Serenase 10 mg 2 gange. Patienten, der var kendt i det psykiatriske system vurderedes akut behandlingskrævende. Patienten var meget forpint, paranoid og fik tiltagende bizar og paranoid adfærd. Patienten var uden sygdomsindsigt og fuldstændig afvisende over for medicinsk behandling. Vanlig medicin var Serenase, og patienten blev igennem 8 dage motiveret for Serenase 5-10 mg dagligt samt tilbudt Lysantin efter behov 3 gange. Patienten, der var uden sygdomsindsigt, nægtede at tage medicin.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen, da beslutningen om tvangsbehandling indeholdt en anden/højere dosis Serenase, end den dosis, der var blevet motiveret for.

Nævnet bemærker, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse illustrerer en endda overordentlig fast praksis vedrørende mindste middels princip i psykiatrilovens § 4 set i forhold til praksis om, at en patient skal kunne forholde sig til ikke alene præparat men også præcis angivelse af hvilken dosis, der vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling.

Af retssikkerhedsmæssige grunde for patienten indebærer dette, at tvangsbehandling som udgangspunkt skal iværksættes ikke alene med det præparat men også i den dosis, der er motiveret for, medmindre der foreligger helt særlige omstændigheder. Dette kræver i givet fald en virkelig god begrundelse, og hovedreglen må her være, at en ændret dosis kræver en kortere passende betænkningstid.

Der kan stilles spørgsmålstegn ved retssikkerheden for patienten, idet praksis alene vedrører motivation for den primære behandling. Imidlertid er virkeligheden ofte en anden, idet patienten ofte bliver medicineret med den subsidiære behandlingsform ved injektion, da det ikke er muligt at indgive patienten den primære behandling med tablet/mikstur. Patienten motiveres ikke for den subsidiære behandling, hvilket nævnet betragter som retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, men forståeligt, da det kan være vanskeligt at forholde sig til virkning og bivirkninger af flere præparater. Imidlertid er det nævnets opfattelse, at såfremt retssikkerheden for patienten skal indfries på tilstrækkelig måde, så burde en beslutning om tvangsbehandling enten alene indeholde den primære behandling, der er motiveret for, eller også må motivationen udstrækkes til også at gælde den subsidiære behandling.

Sag 2

Nævnet havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Cisordinol 10 mg dagligt stigende til max. 16 mg dagligt. Ved afgørelsen lagde nævnet vægt på oplysning om, at patienten fra den 4. november 2008 var motiveret for frivillig medicinsk behandling med tablet Cisordinol 10 mg dagligt før beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 11. november 2008.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen, da patienten ikke fandtes motiveret for et konkret præparat og en konkret dosis.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det af journalen for den 5. november 2008 fremgik, at patienten samme dag og dagen forinden var forsøgt overtalt til behandling med Cisordinol eller Serenase. Den 10 november blev patienten forsøgt overtalt til at indtage den ordinerede medicindosis uden held. Endvidere blev hun forsøgt overtalt til behandling med Cisordinol. Af sygeplejefjournalen fremgik, at patienten den 4., 5. og 6. november 2008 fik tilbudt sin medicin, men nægtede at tage den. Det fremgik ikke, hvilken medicin hun fik tilbudt.

Nævnet bemærker, at nævnets afgørelse er fra 2008, og at den i Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse lagte praksis er i overensstemmelse med nævnets praksis om, at en patient løbende – dagligt eller næsten dagligt – i en passende periode

skal motiveres for en konkret behandling i form af præparat og dosis, inden beslutning om tvangsbehandling iværksættes med det valgte præparat i den tilbudte dosis.

Såfremt oplysninger om daglig eller næsten daglig motivation samt om præparat og dosis ikke på tilfredsstillende vis fremgår af det skriftlige mødemateriale, herunder journal og sygeplejekardeks vil nævnet i dag forud for sin beslutning påse, at oplysningerne foreligger i den elektroniske patientjournal.

4.4 Motivering med højere dosis end beslutning

Nævnet havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa initialt 10 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg dagligt. Patienten var i en periode på 13 dage motiveret for frivillig behandling med tablet Zyprexa 10 mg 2 gange dagligt, hvilket han afviste bortset fra enkelte usammenhængende dage midt i perioden.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundede afgørelsen med, at patienten burde have haft en passende kort betænkningstid i forhold til, om han ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der var tale om behandling med Zyprexa 10 mg i stedet for 20 mg. Der var således ikke gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kan afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var søgt motiveret for en lavere dosis.

Nævnet bemærker, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse præciserer, at en patient skal kunne forholde sig til, hvilken præcis dosis for det valgte præparat, der vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Mindste middels princip i psykiatrilovens § 4 indebærer således, at en beslutning om en mindre dosis end den der er motiveret for, kræver en yderligere betænkningstid for at se, om det er muligt, at opnå patientens frivillige medvirken til behandling med den mindre dosis.

4.5 Tvangsbehandling, hvor beslutningen indeholder et skift til en anden behandling

Nævnet havde godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 20 mg, alternativt injektion Zyprexa 10 mg, hvor dosis afpasses efter effekt og bivirkninger. Ved manglende effekt/bivirkninger skift til tablet Serenase 5 mg, alternativt injektion Serenase 5 mg, hvor dosis ligeledes afpasses efter effekt og bivirkninger. Patienten var løbende motiveret for behandling med tablet Zyprexa 20 mg gennem 10 dage.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundede afgørelsen med, at der ved beslutningen om skift til en anden behandling reelt var tale om en ny beslutning om tvangsbehandling. Den trufne beslutning om tvangsbehandling fratog patienten muligheden for at få en passende betænkningstid og mulighed for at klage med eventuel opsæt-

tende virkning, såfremt der skulle ske skift til behandling med dråber Serenase 5 mg dagligt alternativt injektion Serenase 5 mg dagligt.

4.6 Tvangsbehandling med Risperdal og blodprøvetagning

I nævnets årsberetning for 2008 omtaltes en sag, hvor et flertal af nævnets medlemmer havde godkendt overlægens beslutning om, at patienten efter behov skulle have taget blodprøver i forbindelse med tvangsbehandling med Risperdal.

Flertallets begrundelse for at godkende tvangsmæssig blodprøvetagning lå i, at hvis Risperdal behandlingen ikke viste tilstrækkelig effekt, ville næste præparat være Leronex, hvor der ville være mulighed for tvangsmæssig blodprøvetagning. For at søge at undgå Leronex behandling og at undgå, at Risperdal blev givet i for høj dosis med alvorlige bivirkninger til følge, mente flertallet, at der i den konkrete situation var grund til behandlingsmæssigt at analogisere fra Leronex behandlingssituationen. Alternativet var ingen behandling eller en behandling forbundet med betydelig risiko for alvorlige bivirkninger, hvortil kom, at blodprøver ud fra en generel betragtning måtte anses som et accessorisk element i Risperdal behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsmæssig blodprøvetagning og udtalte følgende:

”Der er ikke i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien specifikt taget stilling til, hvilke tiltag tvangsbehandling omfatter, og blodprøvetagning ved tvang er ikke nævnt specifikt i loven eller dennes forarbejder.

Det er imidlertid nævnets opfattelse, at såfremt der er truffet beslutning om tvangsbehandling, kan der gennemføres blodprøvetagning ved tvang, hvis blodprøvetagning er en nødvendig forudsætning for og dermed kan betragtes som et nødvendigt element i gennemførelse af tvangsbehandlingen.”

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn begrundede afgørelsen i den konkrete sag med, at blodprøvetagningen var en nødvendig forudsætning for gennemførelsen af den besluttede tvangsbehandling, idet der tidligere i behandlingsforløbet havde været mistanke om, at patienten ikke tog den ordinerede medicin, men at dette ikke kunne verificeres, idet han nægtede at medvirke til en blodprøve. Blodprøvetagning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da patienten ellers kunne blive udsat for unødigt insufficient behandling.

4.7 Tvangsernæring

Nævnet tilsidesatte overlægens beslutning om, at patienten skulle tvangsernæres med sondemad.

Nævnet vurderede ikke, at der var tale om en livstruende situation, eller at undladelse af behandling ville medføre en alvorlig risiko for patientens helbred. Nævnet lagde vægt på, at patienten under indlæggelsen havde taget på, og at der fortsat var tale om en meget svag vægtøgning, samt at der ud fra de foreliggende blodprøver ikke vurderedes at være tale om en helbredsrisiko.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at tvangsernæring var nødvendig, da patientens legemlige helbred samt hans intellekt og psyke var truet på grund af den lave vægt (BMI på 11,3), som kan medføre påvirkning af organer, herunder hjertet, leveren og nyrerne, ligesom det på baggrund af de 8 tidligere indlæggelser ikke fandtes sandsynligt, at patienten selv ville være i stand til at holde vægten holdbart op.

Det bemærkes, at nævnet 3 uger efter den 1. afgørelse godkendte overlægens nye beslutning om tvangsernæring med supplerende sondeernæring til superkost.

Nævnet lagde vægt på, at der fortsat ikke var samarbejdsvilje fra patientens side vedrørende den udarbejdede kostplan, at patienten var massivt undernæret og uden vægtøgning og var ved at udvikle en potentiel livstruende tilstand. Der var ligeledes oplyst risiko for varige helbredsskader i form af kardiomyopati, pludselig hjertedød, spontane knoglefrakturer som følge af osteoporose og cerebral atrofi.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse i den 1. sag forelå 9 måneder efter nævnets afgørelse af sag nr. 2.

5. Personlig skærmning

Som nævnt i årsberetningen 2008 har Sundhedsvæsenets Patientklagenævn valgt en fortolkning af psykiatrilovens bestemmelse om skærmning, der indebærer, at de lokale patientklagenævn i en lang række tilfælde af skærmning ikke er kompetente og derfor ikke kan yde patienten den retsbeskyttelse, der ligger i en uvildig nævnsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn henviser i disse tilfælde patienten til at klage til hospitalsledelsen.

6. Fysisk magtanvendelse

Ingen nævneværdige afgørelser.

7. Beroligende medicin med tvang

Ingen nævneværdige afgørelser.

8. Formelle fejl og mangler/kritik

I årsberetning 2008 under punkt 8 blev det omtalt, at nævnet i en række sager havde fundet anledning til at udtale kritik af, at de psykiatriske centre havde overtrådt retsfor skrifter, uden at dette i sig selv havde kunnet medføre en tilsidesættelse af den anvendte tvang.

Ved en gennemgang af klagesagerne i 2009 har det kunnet konstateres, at nævnet også i 2009 i adskillige sager har fundet anledning til at påpege og kritisere formelle fejl og mangler. De kritiserede forhold har i det væsentlige været de samme, som blev nævnt i årsberetning 2008.

Således er der i flere sager i 2009 udtalt kritik af, at klagen, herunder lægeerklæring og øvrige relevante akter er modtaget i nævnet mere end 5 dage efter, at klagen er

modtaget på afdelingen. 5-dages fristen er fastsat ud fra psykiatrilovens grundlæggende princip om "hurtig sagsbehandling" og på baggrund af punkt 11 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr.122 af 14. december 2006 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, eftersamtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. Det fremgår af denne bestemmelse bl.a., at lægeerklæringen til brug for behandlingen af klagesager skal fremsendes hurtigst muligt. Ligeledes fremgår det af bestemmelsen (som af psykiatrilovens § 36), at lægeerklæringen skal være underskrevet af den behandlingsansvarlige overlæge. Nævnet har udtalt kritik, når lægeerklæringen ikke er udfærdiget af overlægen eller efter dennes bemyndigelse.

I 2009 har nævnet – som i 2008 – udtalt kritik af meget sen udlevering af mødematerialet til en patient. Det er efter nævnets opfattelse af afgørende betydning, at afdelingen straks ved modtagelsen afleverer mødeindkaldelse og mødemateriale til patienten, således at patienten har mulighed for at sætte sig ind i materialet og helst også får drøftet dette med patientrådgiveren inden nævnsmødet.

I en hel del sager har nævnet i 2009 konstateret, at udfyldelsen af tvangsprotokoller har været mangelfuld, og har herunder påtalt forsømmelser med hensyn til at notere datoen for den besluttede tvangsforanstaltning/revurdering af frihedsberøvelse, forglemmelse af at påtegne tvangsprotokollen om overlægens godkendelse af tvangsforanstaltningen/ revurdering af frihedsberøvelse samt datoen herfor. Tilsvarende har nævnet også i flere sager måttet kritisere, at journalføringen har været mangelfuld, idet beslutning om en tvangsforanstaltning/revurdering af en frihedsberøvelse ikke er blevet noteret i journalen, og/eller overlægens godkendelse af beslutningen/ revurdering af frihedsberøvelse ikke fremgår af journalen.

I forbindelse med kravet i psykiatrilovens § 4a, om at overlægen "snarest muligt" skal tage stilling til et tvangsindgreb besluttet i overlægens fravær, har nævnet i adskillige sager kritiseret, at godkendelsen er sket for sent. "For sent" er efter nævnets praksis maksimalt 2 dage efter, at beslutningen er truffet. I de sager (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse), hvor det ikke har kunnet konstateres, at overlægens godkendelse rent faktisk har fundet sted, har nævnet fundet, at tvangsforanstaltningen var ulovlig, indtil der forelå en af overlægen godkendt revurdering.

Hovedparten af kritikken har rent faktisk vedrørt manglende overholdelse af den obligatoriske efterprøvelse af frihedsberøvelse, som er beskrevet i psykiatrilovens § 21, stk. 2. De tidsintervaller, der er fastsat i denne bestemmelse er ufravigelige, og har derfor medført, at en frihedsberøvelse er kendt ulovlig i en periode, hvis revurderingen er sket for sent i forhold til de obligatoriske dage. Situationen kan også være, at en revurdering er sket en dag for tidligt f.eks. på 2. dagen i stedet for på 3. dagen for frihedsberøvelsen, og uden, at der er foretaget den obligatoriske efterprøvelse på 3. dagen. Dette har også medført, at frihedsberøvelsen er kendt ulovlig i en periode. Det samme er tilfældet i en del sager, hvor tvangsprotokollen fejlagtigt er anført en forkert dato for iværksættelsen af frihedsberøvelsen, hvilket har medført, at de efterfølgende revurderinger ikke er foretaget i overensstemmelse med psykiatrilovens § 21, stk. 2.

I en enkelt sag havde overlægen ophævet en tvangstilbageholdelse, da fristreglerne for efterprøvelse i psykiatrilovens § 21, stk. 2 ikke var overholdt. Overlægen havde derefter på ny truffet beslutning om tvangstilbageholdelse af patienten. Nævnet kend-

te frihedsberøvelsen for ulovlig i den pågældende periode og bemærkede, at overlægen formelt ikke skulle have ophævet tvangstilbageholdelsen og besluttet en ny tvangstilbageholdelse, men blot skulle have anført i tvangsprotokolskemaet, at revurderingen var sket for sent.

I nogle ganske få sager har nævnet ud fra journalen kunnet konstatere, at en patient har fremsat et udskrivningsønske, uden at dette har medført en vurdering efter psykiatrilovens § 5, jf. § 10. I de pågældende sager har patienten været frihedsberøvet, og betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse har været opfyldt, hvorfor undladelsen alene har givet anledning til kritik.

Såfremt der ikke er givet klagevejledning efter psykiatrilovens § 32 har nævnet kritiseret dette. I disse sager har der ikke været rejst særskilt klage til centerledelsen over den manglende vejledning.

Skemaoversigt

Antal sager.....	5
Sagernes fordeling i 2007, 2008 og 2009 på de psykiatriske centre.....	5
Ændringer i optageområder pr. 1. februar 2008.....	5
Ændringer i optageområder pr. 1. oktober 2008.....	6
Antal af sager i nævnet de seneste fire år.....	6
Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid de seneste tre år.....	6
Samlet antal møder i de seneste fire år.....	8
Mødernes fordeling i 2007, 2008 og 2009.....	8
Mødedeltagelse for læger.....	9
Mødedeltagelse for patienter.....	10
Mødedeltagelse for patientrådgivere / bistandsværger.....	11
Afgørelsernes udfald	13
Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.....	13
Klager over Patientklagenævnets afgørelser.....	14
Anke til domstolene.....	15
Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.....	15



Vedr. udkast til årsberetning 2009 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden

Kære Henning Lund-Sørensen.

Region Hovedstadens Psykiatri har modtaget og læst udkast til årsberetning 2009 med stor interesse. Som nævnt i brev af 25. marts 2010 finder Region Hovedstadens Psykiatri, at beretningen er velskrevet og gennemarbejdet, og at form og indhold afspejler den konstruktive dialog, der har været mellem Det Psykiatriske Patientklagenævn og Region Hovedstadens Psykiatri gennem det sidste år. Beretningen for 2009 giver derfor ikke anledning til principielle bemærkninger.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at Region Hovedstadens Psykiatri på baggrund af Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2008 har igangsat en lang række initiativer med henblik på kvalitetsudvikling af anvendt tvang, herunder kvalitetssikring af dokumentation i forbindelse med anvendelse af tvang og undervisning af personalet.

Helt konkret har Region Hovedstadens Psykiatri følgende bemærkninger til udkast til årsberetning 2009:

Tilbagekaldte sager

I udkast til årsberetning 2009 anføres det i forbindelse med tilbagekaldte sager nederst side tre i afsnit to, at "der er tale om et betydeligt antal tilbagekaldte sager, som kan være udtryk for patientens ambivalens". Det er Region Hovedstadens Psykiatri holdning, at denne udtalelse er for snæver, når der alene er nævnt patientens eventuelle ambivalens som forklaring.

Lægers deltagelse i nævns-møder

I afsnittet om deltagelse i Patientklagenævnets møder på side 7 lyder de sidste to linjer i afsnit 5a om læger således: " Det er imidlertid ikke altid lykkedes at formå

lægerne på det første center til at møde op på det center, hvor patienten aktuelt er indlagt". Region Hovedstadens Psykiatri anerkender, at det er lægens pligt at møde op, men af logistiske årsager kan det desværre være vanskeligt for læger at give fremmøde på et andet center, hvorfor formuleringen er uheldig.

Afgørelser med dissens

Udkast til årsberetning 2009 indeholder på side 12 en oversigt over afgørelsernes udfald, og omfanget af flertalsafgørelser anføres i den forbindelse som værende tre pct. for 2009. Hvis dette skal forstås således, at der er i dissens i 97 pct. af sagerne, finder Region Hovedstadens Psykiatri dette interessant, og en analyse heraf efterlyses.

Patientrådgivermøder

Under punkt 8 på side 14 vedrørende Patientklagenævnets aktiviteter i øvrigt skal det tilføjes, at Psykiatrisk Center Hvidovre i 2009 har afholdt to patientrådgivermøde, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn deltog i det ene af møderne.

Bæltefiksering som behandling

Under afsnittet om Nævnets generelle udtalelser på side 17 anføres det under punkt tre, at bæltefiksering aldrig kan være en behandling. Region Hovedstadens Psykiatri må her tilføje, at bæltefiksering kan være et livsreddende element i behandlingen af delirium tremens, hvor patienten ellers vil være til fare til sig selv, jfr. hjemlen i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1.

Medicinering som mindste middel

Under punkt 11 på side 19 bemærkes det, at "det kun er akut beroligende medicin, der har betydning i relation til efterlevelse af mindstemiddels-princippet, når det angår tvangsfikseringer". Region Hovedstadens Psykiatri finder denne udtalelse noget unuanceret. Det forekommer ofte, at en patient ikke vil tage den faste medicin som ordineret. I denne situation vil det mindste middel typisk være at tilstræbe fortsættelse af indtagelsen af den faste medicin og ikke betjene sig af akut beroligende medicin.

Formulering af forløbsbeskrivelse

Under afsnittet om 24/48 timers-reglerne i psykiatrilovens § 10, stk. 3 på side 20 bør ordet "fortsat" af hensyn til forståelse af teksten både tilføjes i afsnit C, linje fire fra neden efter "han/hun", og i linje 2 fra neden før "frivillig". Ordene "fra indlæggelsen" i linje to fra neden foreslås af samme årsag ligeledes slettet.

Tvangsbehandling

I referatet fra temamødet hos Region Hovedstadens Psykiatri er Patientklagenævnets udtalelse om, at tvangsbehandling er en falliterklæring, refereret under punkt 2 på side 27. For en god ordens skyld skal det her understreges, at det refererede er Det Psykiatriske Patientklagenævns holdning til tvangsbehandling. Region Hovedstadens Psykiatri er enig i, at frivillighed er det foretrukne udgangspunkt. Udtalelsen findes dog at være noget unuanceret, og det er Region Hovedstadens Psykiatris vurdering, at tvangsbehandling i visse situationer vil være uomgængeligt, og der vil være tale om decideret professionssvigt, såfremt tvangsbehandling undlades i tilfælde, hvor samtykke hos en meget forpint behandlingskrævende patient ikke kan opnås.

Tvangsmedicinering af bæltefikserede

Under drøftelse af principielle problemstillinger side 28 punkt 1 udtalte nævnet, at det ikke er muligt at argumentere sig til at springe motivationstiden over i forbindelse med tvangsmedicinering af bæltefikserede. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at enhver bæltefiksering principielt er helbredstruende først og fremmest på grund af risiko for blodpropper i benenes dybe vener med sekundær risiko for livstruende blodpropper i lungen, mens risikoen i øvrigt afhænger af patientens lægelige helbredsstatus. Region Hovedstadens Psykiatri er af den holdning, at der må ske en nuancering under hensyntagen til den legemlige helbredsrisiko, hvilket er en lægelig vurdering. Det vil således kunne være velbegrunderet at tvangsmedicinere en bæltefikseret patient uden opsættende virkning af klage med henblik på at reducere varigheden af fikseringen under henvisning til et legemligt farlighedsmoment.

Lægefaglig vurdering i forhold til bæltefiksering

Udkast til årsberetning 2009 giver en lang række eksempler på indklagede tvangsfikseringsforløb, hvor betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 ifølge Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke anses for opfyldte. Nævnet finder, at hovedproblemet er utilstrækkelig dokumentation vedrørende den af behandlingsmiljøet påståede fare, der kræves dokumenteret som værende konkret, aktuel og påviselig. Nævnet kritik synes ud fra det refererede velbegrunderet i en del tilfælde, men i andre tilfælde synes nævnet at nedtone betydningen af bestemmelsens centrale ord "afværge". Region Hovedstadens Psykiatri er enig i, at et tvangsfikseringsforløb skal være tilstrækkeligt dokumenteret, men finder dog at der også må gives plads til et vist lægefagligt skøn, hvor patientens tidligere handlinger må være tungtvejende med henblik på at afværge en fare. Disse overvejelser skal naturligvis fremgå af journalen.

Beskrivelse af lukket afsnit

I afsnittet om betingelser for tvangsfiksering citeres det fra forarbejderne til psykiatriloven, at "det kræver noget mere end de gener, der normalt er forbundet med at være indlagt på en psykiatrisk afdeling...". Denne vurderingsbaserede opfattelse er formuleret for over 20 år siden, og miljøpræget i de lukkede sengeafsnit har siden ændret sig til det bedre, hvad angår større forudsigelighed samt ro og trykthed for de indlagte. Dermed er også tærsklen for personalets indgriben over for patienter med afvigende adfærd faldet, og forulempningskriteriet bør således ikke ses som noget statisk. Region Hovedstadens Psykiatri finder på baggrund heraf formuleringen for unødigt stigmatiserende.

Lægens stillingtagen til udskrivningsønsker

Under afsnittet om formelle fejl og mangler/kritik nævnes på side 55 en sag med en patient, der har fremsat et udskrivningsønske, uden at dette har medført en vurdering efter psykiatrilovens § 5, jfr. § 10. Det skal i denne forbindelse påpeges, at nogle frihedsberøvede anmoder om udskrivning flere gange i timen i mange dage i træk. Da disse patienter typisk vil være entydigt psykotiske, er det Region Hovedstadens Psykiatri vurdering, at daglig stillingtagen til frihedsberøvelse bør være tilstrækkeligt og ikke bør udløse Det Psykiatriske Patientklagenævns kritik.

Afsluttende bemærkninger

Årsberetningerne fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er altid en velkommen opdateret gennemgang af en række vanskelige behandlingssituationer, hvor den optimale løsning kan være vanskelig at opnå. Dette bekræfter behovet den tilbagevendende kontakt mellem Det Psykiatriske Patientklagenævn og Region Hovedstadens Psykiatri, hvorfor Region Hovedstadens Psykiatri her skal ud-

trykke sin glæde over Det Psykiatriske Patientklagenævns deltagelse i temamødet i november, der vil blive en årligt tilbagevendende begivenhed. Til temamødet i 2010 vil Sundhedsvæsenets Patientklagenævn også blive inviteret, således at der også her bliver god lejlighed til at drøfte konkrete sager og praksis.

Det er vigtigt at bemærke, at nærværende bemærkninger er fremkommet på baggrund af drøftelser med de 14 psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri, der henhører under Statsforvaltningen Hovedstaden. Region Hovedstadens Psykiatri ser frem til at deltage i årsmødet 2010 den 19. april 2009 og herefter til at modtage den endelige årsberetning for 2009.

Med venlig hilsen

Martin Lund
Direktør

Statsforvaltningen

Hovedstaden

Borups Allé 177, blok D-E

2400 København NV

Tlf. 7256 7000

hovedstaden@statsforvaltning.dk

www.statsforvaltning.dk

