

STATSFORVALTNINGEN



Til Folketingets § 71-tilsyn
Til Folketingets Ombudsmand
Til Økonomi- og Indenrigsministeriet
Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Til Justitsministeriet
Til Sundhedsstyrelsen
Til Region Hovedstadens Psykiatri
Til Region Nordjyllands Psykiatri
Til Region Midtjyllands Psykiatri
Til Region Syddanmarks Psykiatri
Til Region Sjællands Psykiatri
Til Patientombuddet / Det Psykiatriske Ankenævn

05-05-2014

**Det Psykiatriske
Patientklagenævn**

Hoslagt vedlægges Det Psykiatriske Patientklagenævns
årsberetning 2013.

Årsberetningen findes også på www.statsforvaltningen.dk
under publikationer.

Med venlig hilsen

Henning Lund-Sørensen

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

JOURNAL NR.: 2013-270/5
SAGSBEHANDLER: HELUSO
DIREKTE TELEFON:

Telefon: 7256 6880
EAN-Nr. 5798000362222
find mail-adressen på
www.statsforvaltningen.dk/mail
www.statsforvaltningen.dk

EKSPEDITIONS- OG TELEFONTIDER
findes på
www.statsforvaltningen.dk/tider



Årsberetning 2013

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	4
Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn	6
2a. Antal sager	7
2b. Sagernes fordeling på de enkelte regioner	8
2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center	9
2d. Antal afgørelser	9
3. Sagsbehandlingstiden	10
4. Antal møder, mødested m.v.	10
4a. Antal møder	10
4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte regioner	12
5. Mødedeltagelse	13
5a. Mødedeltagelse for læger	13
5b. Mødedeltagelse for patienter	14
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	14
6a. Antal afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på regioner	17
6b. Antal afgørelser, godkendelser tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på hospitaler/centre	18
6c. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb	18
6d. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb	19
7a. Det samlede antal klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	20
7b. Indbringelse for domstolene	21
7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn	21
Afsnit II: Principielle problemstillinger	23
Grænser for medicin	23
Afsnit III: Principielle afgørelser	25
A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser	25
1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse	25
2. Tvangsfiksering	29
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning	35
4. Tvangsbehandling	36
4. a. Tvangsbehandling – dosis	36
4. b. Tvangsbehandling – motivation	39
4. c. Tvangsbehandling – depot	41
4. d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger	43
4. e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning	44
4. f. ECT-behandling	45
4. g. Somatisk tvangsbehandling	46
5. Beroligende medicin	49
6. Fysisk magtanvendelse	51
7. Personlig skærmning	53
8. Døraflåsning på sikringsanstalt	55
B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger	56
C. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn	58
1. Tvangsbehandling – motivation – Ankenævnet	58
2. Tvangsbehandling – dosis – Ankenævnet	65
3. Tvangsbehandling – depot – Ankenævnet	71
4. Tvangsbehandling – hjemvisning – Ankenævnet	72

5. Indgivelse af beroligende middel med magt – mindst indgribende foranstaltning - Ankenævnet	73
6. Anvendelse af fysisk magt – ikke godtgjort, at betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2 var opfyldt - Ankenævnet.....	79
Bilag	
Bilag 1 Sagernes fordeling på hospitaler/centre	80
Bilag 2 Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger.....	81
Bilag 3 Oversigt over antallet af patientrådgivere	82
Bilag 4 Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2013	84
Bilag 5 Oversigt over nævnsformænd	86
Bilag 6 Afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på hospital/centre	87
Bilag 7a – 7e Høringssvar fra Regionerne	88

Forord

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen afgiver hermed den første årsberetning, der omfatter hele landet, jf. § 39 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Statsforvaltningen blev etableret som en enhedsforvaltning den 1. juli 2013 og består af ni afdelinger med fælles administration i Aabenraa.

Da sammenlægningen fandt sted midt i året kunne man have valgt, at de fem tidligere statsforvaltninger udarbejdede selvstændige årsberetninger for det første halvår af 2013. Sekretariatet har imidlertid besluttet at udarbejde én samlet årsberetning for hele 2013.

Behandlingen af sager i Det Psykiatriske Patientklagenævn varetages fra 1. juli 2013 af følgende syv PKN afdelinger: København, Nykøbing Falster, Odense, Ringkøbing, Aabenraa, Aalborg og Aarhus, hvor sekretariatsfunktionen for hele landet varetages af afdelingen i København.

Ordningen beror på en politisk aftale mellem regeringen, Liberal Alliance og Enhedslisten. Den politiske aftale har følgende indhold:

Patientklagenævnet

De nuværende fem regionale sekretariater for Patientklagenævnene sammenlægges til ét, der placeres i Hovedstaden.

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

Et af hovedformålene med årsberetningen er at give et samlet overblik. Sekretariatet har derfor valgt, at hovedtallene fra de fem regioner er angivet i afsnit I, mens de specifikke tal fra de enkelte hospitaler/centre er placeret i bilagsdelen.

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

Beretningen er udarbejdet i overensstemmelse med det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriums retningslinjer af 7. januar 2004 og omfatter tallene fra Nævnets arbejde i de fem regioner. Det er muligt at sammenholde tallene for årene 2011-2012 og 2013, ligesom det er muligt at få et helhedsindtryk af Nævnets samlede virksomhed i hele landet og i de fem regioner.

Årsberetningen er opdelt i tre hovedafsnit:

- | | |
|-------------|--|
| Afsnit I: | Det Psykiatriske Patientklagenævn: om Nævnets virksomhed |
| Afsnit II: | Principielle problemstillinger: om grænser for medicin |
| Afsnit III: | Principielle afgørelser fra: |
| | - afgørelser fra PKN |
| | - kritik fra PKN |
| | - afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn |


Helle Haxgart /
Direktør


Henning Lund-Sørensen
Kommitteret

Afsnit I: Det Psykiatriske Patientklagenævn

Denne beretning vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævn omfattende hele landet. Efter § 34 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) er der ved Statsforvaltningen oprettet et patientklagenævn bestående af direktøren for Statsforvaltningen 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.

Direktøren for Statsforvaltningen kan bemyndige ansatte ved Statsforvaltningen til at fungere som formand for Nævnet.

1a. Det Psykiatriske Patientklagenævns sammensætning ultimo 2013

Det Psykiatriske Patientklagenævns formand er direktør Helle Haxgart.

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

Årsberetningen er udarbejdet af kommitteret Henning Lund-Sørensen, fuldmægtig Elsebeth Brogaard, specialkonsulent Per Fønss, specialkonsulent Charlotte Galbo, fuldmægtig Lars Orthmann og stud. jur. Mette Kilsgaard.

1b. Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetenceområder og opgaver

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2013 behandlet klager over beslutninger om tvangsforanstaltninger i form af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, aflåsning af døre i afdelingen, tvangsbehandling, fysisk magt anvendelse, beroligende medicin, personlig skærmning, tvungen opfølgning efter udskrivning og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med indlæggelser på de psykiatriske hospitaler/centre i landets fem regioner.

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

Det Psykiatriske Patientklagenævns møder afholdes på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten er indlagt. I mødet deltager sædvanligvis overlægen /den behandlende læge på afdelingen, patienten og patientrådgiveren samt andre relevante medarbejdere på den pågældende psykiatriske afdeling. Efter mødet træffer Det Psy-

kiatriske Patientklagenævn sin afgørelse, der tilstræbes udsendt samme dag eller næstfølgende dag.

2. Antal sager og sagsfordeling

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

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

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

Det typiske er, at en klage over ét indgreb medfører én afgørelse, men der kan være tilfælde, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn eksempelvis vurderer, at iværksættelse af tvangsindgrebet kan godkendes, men ikke tvangsindgrebets opretholdelse, 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.

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

Med hensyn til "tilbagekaldte sager" bemærkes, at der her ofte er tale om sager, som først trækkes tilbage umiddelbart inden nævnsmødet, og hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn således allerede har brugt tid på at udsende sagen og på at forberede sagen. Det har i 2013 drejet sig om 8 % af samtlige indkomne sager.

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2011	%	2012	%	2013	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	1293	100	1365	100	1542	100
- antal tilbagekaldte sager	159	13	166	12	127	8
- antal afviste sager	51	4	41	3	40	3
= antal sager med realitetsafgørelse	1083	84	1158	85	1375	89

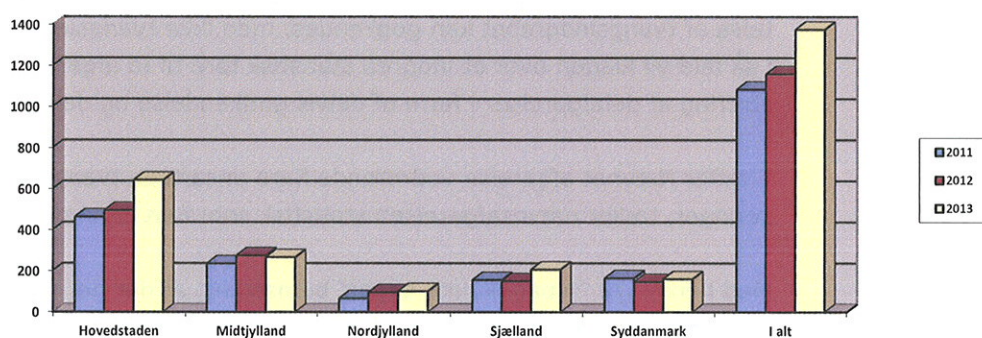
Andelen af afviste sager i perioden har stort set været på samme niveau, mens der i 2013 har været et fald på 23 % i andelen af tilbagekaldte sager i forhold til 2012.

2b. Sagernes fordeling på de enkelte regioner

Skema 2

Sagernes fordeling på de 5 regioner

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
Region	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	510	559	705	47	65	63	463	494	642
Midtjylland	275	307	296	40	33	30	235	274	266
Nordjylland	87	124	116	21	29	15	66	95	101
Sjælland	206	175	235	51	26	29	155	149	206
Syddanmark	215	200	190	51	54	30	164	146	160
I alt	1293	1365	1542	216	207	167	1083	1158	1375



	Procentvis ændring fra 2011-2013	Faktiske tal Ændring fra 2011-2013
Region		
Hovedstaden	39	179
Midtjylland	13	31
Nordjylland	53	35
Sjælland	37	51
Syddanmark	-2	-4
I alt	27	292

Over en 3-årig periode fra 2011 til 2013 er der i hele landet sket en stigning på 27 % i antallet af modtagne sager, uden at Nævnet umiddelbart har kendskab til årsagen her-til, idet der ikke er tale om en generel stigning, men en stigning med en betydelig spredning fra -2 % til +53 %.

2c. Sagernes fordeling på det enkelte hospital/center

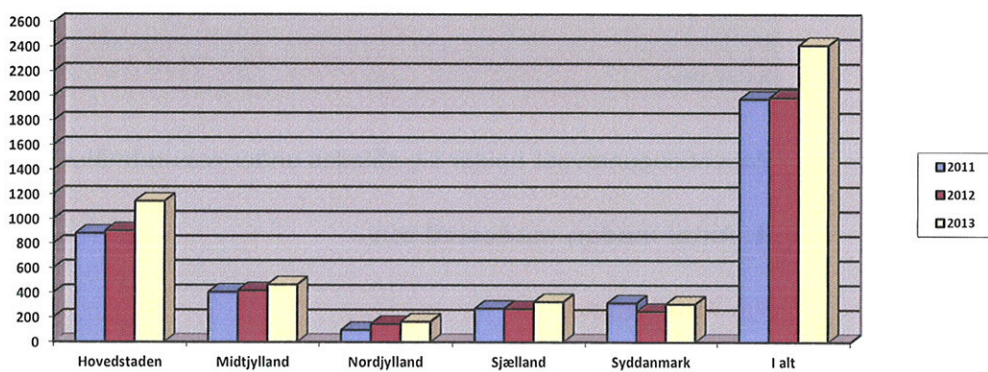
Der henvises til bilag 1.

2d. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i Nævnet de seneste tre år

Region	2011	2012	2013
Hovedstaden	882	903	1144
Midtjylland	406	418	466
Nordjylland	97	146	166
Sjælland	272	269	327
Syddanmark	317	249	309
I alt	1974	1985	2412



	Procentvis ændring fra 2011-2013	Faktiske tal Ændring fra 2011-2013
Region		
Hovedstaden	30	262
Midtjylland	15	60
Nordjylland	51	69
Sjælland	20	55
Syddanmark	-3	-8
I alt	22	438

Over en 3-årig periode fra 2011 til 2013 er der i hele landet sket en stigning på 22 % i antallet af afgørelser, hvilket skal ses i sammenhæng med stigningen i antallet af indkomne sager.

3. Sagsbehandlingstiden

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

Det Psykiatriske Patientklagenævns gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle sagstyper har i 2013 været ni dage.

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

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2011	2012	2013
Antal dage	8	8	9

Patientklagenævnet holder sig således under resultatmålet på maksimalt 14 dage.

4. Antal møder, mødested m.v.

4a. Antal møder

Skema 5

Samlet antal møder de seneste tre år

	2011	2012	2013
Antal møder	652	614	509

Som det fremgår af bemærkningerne til skema 6 nedenfor, kan tallene fra 2011 og 2012 ikke sammenlignes med tallet fra 2013.

Oversigt over Det Psykiatriske Patientklagenævns mødedage:

Det Psykiatriske Patientklagenævn	Mødedage	Psykiatrisk Center/hospital
København: ny mail adr.: pknkbenhavn@statsforvaltningen.dk	Mandage	PC Nordsjælland og B&U og PC Ballerup samt Bornholm
	Mandage	Sct. Hans, Roskilde, Holbæk og Nykøbing Sjælland
	Tirsdays	PC Hvidovre, PC Glostrup og B&U, og PC Amager
	Onsdage	PC København og B&U og PC Frederiksberg
Nykøbing Falster: ny mail adr.: pknnykobing@statsforvaltningen.dk	Tirsdays	Vordingborg, Slagelse, Dianalund, Køge og Næstved
Odense: ny mail adr.: pkn odense@statsforvaltningen.dk		Odense, Svendborg og Middelfart
Aabenraa: ny mail adr.: pkn aabenraa@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Esbjerg, Kolding, Vejle, Haderslev, Augustenborg og Hviding
Aarhus: ny mail adr.: pkn aarhus@statsforvaltningen.dk	Tirsdays	Risskov og B&U og Randers
	Onsdage	Horsens og Viborg
Ringkøbing: ny mail adr.: pkn ringkobing@statsforvaltningen.dk	Onsdage	Herning og B&U og Holstebro
Aalborg: ny mail adr.: pkn aalborg@statsforvaltningen.dk	Tirsdays	Aalborg, Brønderslev, Thy/Mors

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

Møderne i 2013 er som alt overvejende hovedregel blevet afholdt på de psykiatriske centre. Møderne finder sædvanligvis sted i et mødelokale på det pågældende psykiatriske hospital/ center. Det hænder dog, at patienter, især fra de lukkede afdelinger, ikke kan/vil give møde i mødelokalet. I så fald flyttes mødet til selve afdelingen. Der er afsat 30 - 45 minutter til hver sag. Møderne kan dog have en længere varighed, især som følge af, at patienterne kan have behov for mere indgående at redegøre for deres

situation og som følge af mange klagepunkter. Herved kan der, da der ofte er flere møder på flere hospitaler/centre, undtagelsesvis opstå forsinkelser i mødeafviklingen, eller det kan indebære, at der må afsættes mere end 30 minutter til mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i 2013 afholdt 509 møder. Nedenfor er vist antallet af møder i de seneste tre år.

4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte regioner

Skema 6

Mødernes fordeling i de fem regioner

Region	Antal møder 2011	Antal møder 2012	Antal møder 2013
Hovedstaden	188	167	189
Midtjylland	131	136	133
Nordjylland	40	46	39
Sjælland	155	149	54
Syddanmark	138	116	94
Møder i alt	652	614	509

Det bemærkes, at mødetallene fra Sjælland i 2011 og 2012 ikke er sammenlignelige med de øvrige mødetal. Sjælland udarbejdede i disse år en dagsorden for hver sag, hvilket bevirkede, at der var identitet mellem antal møder og antal sager. Normalt er "ét møde" det samme som "én mødedag", der sædvanligvis rummer flere mødesager. Når der således i Region Sjælland i 2013 er sket et fald i antallet af møder, skyldes det dels en overgang til den almindelige gældende optællingsmetode, dels at sager fra Sct. Hans, Roskilde Øst, Holbæk og Nykøbing Sjælland fra 1. juli 2013 er overtaget af PKN København.

Stedlig kompetence

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

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

1. Hvis patienten flytter til et andet hospital inden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første indlæggelsessted - afholdes nævnsmødet på det hospital, hvor patienten nu befinder sig.
2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen og klager over tvangsudøvelsen på det første hospital/center, hvor patienten var indlagt - afholdes nævnsmødet på det hospital, hvor patienten nu befinder sig.

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

Ad. 1. Hvis patienten flytter til et andet hospital inden for regionen - kommer Patientklagenævnet til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center indkaldes til møde på det hospital/center, hvor patienten nu er indlagt.

Ad. 2. Hvis patienten flytter til et andet psykiatrisk hospital/center uden for regionen - kommer det stedlige Patientklagenævn til møde på det psykiatriske hospital/center, hvor patienten nu er indlagt. Hospitalspersonalet og patientrådgiveren fra det første hospital/center indkaldes ikke til mødet. Så vidt vides, har hospitalerne/centrene aftalt at aflaste hinanden i disse tilfælde.

5. Mødedeltagelse

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

Det bemærkes, at fremmødeprocenten er udregnet som antallet af sager, hvori den pågældende gruppe har deltaget i forhold til det samlede antal sager med realitetsafgørelser. Eksempelvis har patienterne i 2013 deltaget i 1021 sager ud af de i alt 1323 sager, der har været realitetsbehandlet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvilket giver en fremmødeprocent på 77 %. På samme måde er fremmødeprocenten for patientrådgivere udregnet til i alt 84 %.

5a. Mødedeltagelse for læger

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

I 2013 har der, som i tidligere år, været lægelig deltagelse ved stort set alle nævns-møder – som regel ved deltagelse af overlægen på afdelingen.

Skema 7

Mødedeltagelse for læger i de fem regioner

Region	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	456	484	632	7	10	10	98	98	98
Midtjylland	232	274	265	3	0	1	99	100	100
Nordjylland	66	104	100	0	2	1	100	98	99
Sjælland	147	138	174	8	11	32	95	93	82
Syddanmark	164	145	157	0	1	3	100	99	98
I alt	1065	1145	1328	18	24	47	98	98	97

Det fremgår, at alle regioner har haft en høj mødedeltagelse for læger i 2011 og 2012. Den høje mødedeltagelse er fortsat i alle regioner i 2013 med undtagelse af region Sjælland, hvor deltagelsesprocenten i 2013 er faldet med 11 % i forhold til 2012, uden at faldet kan forklares. Nævnet har i den forbindelse noteret sig, at faldet i lægedeltagelsen fra 2012-2013 relaterer sig til hospitaler i et bestemt område.

5b. Mødedeltagelse for patienter

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

Patienterne deltog i 2013 i 1060 af de 1375 realitetsbehandlede sager, hvilket giver en deltagelsesprocent på 77 % (i 2012 var deltagelsesprocenten ligeledes på 77 %, mens den i 2011 var på 81 %).

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter i de fem regioner

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
Region	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	387	401	499	76	93	143	84	81	78
Midtjylland	175	192	210	60	82	56	75	70	79
Nordjylland	54	77	76	12	28	25	81	72	75
Sjælland	120	116	155	35	33	51	77	78	75
Syddanmark	138	108	120	26	38	40	84	74	75
I alt	874	894	1060	209	274	315	81	77	77

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

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

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Patientrådgiveren har i medfør af psykiatrilovens § 36, stk. 2 ret til mundtligt at forelægge sagen for Nævnet og skal så vidt muligt give møde i nævnsmødet.

I nedenstående tabel er anført antallet af sager i hver region, som patientrådgiverne/bistandsværgerne har deltaget/ikke har deltaget i.

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
Region	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	431	459	581	32	35	61	93	93	91
Midtjylland	174	210	210	61	64	56	74	77	79
Nordjylland	57	82	87	9	13	14	86	86	86
Sjælland	117	109	156	38	40	50	75	73	76
Syddanmark	127	107	121	37	39	39	77	73	76
I alt	906	967	1155	177	191	220	84	84	84

Mødedeltagelsen for patientrådgivere/bistandsværger i de fem regioner er meget forskellig. Region Hovedstaden har en meget tilfredsstillende mødeprocent på 91 %. Resultatet er særligt bemærkelsesværdigt, fordi antallet af realitetsbehandlede sager i Region Hovedstaden er steget med 39 % på et år. Det samme gør sig gældende for Nordjylland. Her er sags antallet på et år steget med 53 %, og patientrådgivere/bistandsværger har fastholdt en pæn fremmødeprocent på 86 %.

De øvrige tre regioner, Midtjylland, Sjælland og Syddanmark har en mødeprocent på under 80 %, hvilket ikke er acceptabelt.

Mere præcist drejer det sig i almindelighed om patientrådgivere/bistandsværger ved Dianalund, Herning, Holbæk, Holstebro, Horsens, Odense, Randers, Vejle, Viborg og Aalborg, der har en fremmødeprocent under 80 – og i særdeleshed om patientrådgivere/bistandsværger ved Esbjerg, Sct. Hans og Slagelse, der har en mødeprocent på under 70.

Det bemærkes at B&U: Bispebjerg, Glostrup og Nordsjælland er ét psykiatrisk center, og det skal ses under ét med en fremmødeprocent på 83.

Sekretariatet har et mål om, at fremmødeprocenten på sigt i alle fem regioner er mindst 85.

Chefen for sekretariatet, Henning Lund-Sørensen, har i efteråret afholdt møder med blandt andre patientrådgivere/bistandsværger i hver af de syv PKN afdelinger. Her blev det betonet, at en fremmødeprocent på under 80 ikke kan anses for acceptabel.

Sekretariatet vil løbende følge udviklingen i patientrådgiverenes fremmødeprocent og vil hvert kvartal fremsende en ajourført oversigt til alle patientrådgivere.

1. Sekretariatet vil skærpe praksis, når patientrådgiveren uden afbud udebliver fra nævnsmøder. Her vil patientrådgiveren modtage en anmodning om at forklare sin uvarslede udeblivelse.

2. Sekretariatet vil – indtil fremmødeprocenterne bliver acceptable – hvert kvartal udsende en statistik til samtlige patientrådgivere – for på den måde at skærpe opmærksomhed på udviklingen i fremmødeprocenterne.

3. Sekretariatet vil hvert halve år anmode patientrådgiverne om oplysning om, hvor mange beskikkelser de har haft det foregående halvår. Hermed opnår sekretariatet indblik i, om der er harmoni mellem antallet af beskikkelser og antallet af klagesager. Hvis dette ikke er tilfældet, vil sekretariatet anmode den enkelte patientrådgiver om en forklaring. Samtidig får sekretariatet en vis fornemmelse af, om der sker en turvis beskikkelse af patientrådgiverne.

4. Sekretariatet har opfordret patientrådgiverne til på frivillig basis at danne makkerpar for på den måde at være med til at sikre, at der er en patientrådgiver med patienten til nævnsmødet.

5. Sekretariatet vil årligt synliggøre problemstillingen ved i Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning at oplyse mødeprocenten for hver af de omtalte regioner.

6. Sekretariatet vil løbende synliggøre problemstillingen ved i hver enkel nævnsafgørelse at omtale, hvorvidt patientrådgiveren har været til stede.

7. Sekretariatet vil styrke patientrådgiverdeltagelsen ved hurtig udmelding til patientrådgiverne pr. mail/telefon om antal sager til det kommende nævnsmøde. Patientrådgiverne får således, fem-seks dage før nævnsmødets afholdelse, oplyst det præcise mødetidspunkt, hvilket skulle være med til at lette patientrådgivernes mulighed for at tilrettelægge deres arbejde.

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

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

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

Fremmødeprocenter fra det enkelte hospital/center fremgår af bilag 2.

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

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

Nedenstående tabeller viser antallet af afgørelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på de tvangsforanstaltninger, der i perioden 2011 til 2013 har været påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af afgørelser med realitetsbehandling.

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

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

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

Region	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	882	903	1144	749	769	968
Midtjylland	406	418	466	339	368	396
Nordjylland	97	146	166	90	133	142
Sjælland	272	269	327	201	249	278
Syddanmark	317	249	309	282	222	276
I alt	1974	1985	2412	1661	1741	2060

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenter

Region	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Hovedstaden	133	134	176	6	8	15
Midtjylland	67	50	70	16	12	15
Nordjylland	7	13	24	7	9	14
Sjælland	71	20	49	26	7	15
Syddanmark	35	27	33	11	11	11
I alt	313	244	352	19	14	15

Ovenstående tabeller har altid påkaldt sig stor interesse. Det er blevet fremhævet, at man med den store spredning i omgørelsesprocenter regionerne imellem, havde et bevis for, at sagerne blev afgjort forskelligt i de forskellige regioner. Hvis man fastholder denne tese, er der nu opnået retsenhed i landet, idet omgørelsesprocenterne nu stort set er identiske.

Sekretariatet mener ikke at denne tese er entydig. Selvom der i 2013 er samme omgørelsesprocent i de forskellige regioner, er det efter sekretariatets opfattelse ikke et entydigt udtryk for, at der nu er opnået retsenhed.

På samme måde kan forskellige omgørelsesprocenter ikke uden videre tages som udtryk for, at der ikke er retsenhed i landet idet omgørelsesprocenterne også er et udtryk for fejl eller mangler ved hospitalernes beslutninger.

Sekretariatet vil opfordre til ikke at overfortolke forskelle i omgørelsesprocenterne i relation til retsenhedsaspektet.

Det skal dog bemærkes, at Nævnets omgørelsesprocenter på regionalt plan holder sig inden for det interval på 10-15 %, som er den sædvanlige omgørelsesprocent i et klagenævn.

6b. Antal afgørelser, godkendelser tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på hospitaler/centre

Efter anmodning fra Regionerne er antallet af afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter på hospitaler/centre angivet i bilag 6.

6c. Antal afgørelser og godkendelser fordelt på tvangsindgreb

Skema 12

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Tvangsindlæggelse	300	313	412	282	296	381

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Tvangstilbageholdelse	539	538	589	477	508	551
Tilbageførsel	3	0	1	3	0	1
Tvangsfiksering	263	305	317	198	260	247
Beskyttelsesfiksering	1	2	0	1	2	0
Aflåsning af døre i afdelingen	6	2	3	5	1	2
Tvangsbehandling, medicinsk	473	455	603	369	350	468
Tvangsbehandling, ECT	4	6	0	4	5	0
Tvangsbehandling, legemlig	4	9	16	3	7	13
Fysisk magtanvendelse	35	29	47	30	23	37
Beroligende medicin	326	304	392	276	269	331
Personlig skærmning	7	5	9	5	5	8
Tvungen opfølgning	12	16	18	8	15	17
Andet	1	1	5	1	0	4
I alt	1974	1985	2412	1662	1741	2060

6d. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten fordelt på tvangsindgreb

Skema 13

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat			Omgørelsesprocent		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Tvangsindlæggelse	18	17	31	6	5	8
Tvangstilbageholdelse	62	30	38	12	6	6
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	65	45	70	25	15	22
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	1	1	1	17	50	33
Tvangsbehandling, medicinsk	104	105	135	22	23	22
Tvangsbehandling, ECT	0	1	0	0	17	0
Tvangsbehandling, legemlig	1	2	3	25	22	19
Fysisk magtanvendelse	5	6	10	14	21	21
Beroligende medicin	50	35	61	15	12	16
Personlig skærmning	2	0	1	29	0	11
Tvungen opfølgning	4	1	1	33	6	6
Andet	0	1	1	0	100	20
I alt	312	244	352	16	12	15

Generelt må det siges, at det samlede faktiske antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenterne er forholdsvis stabile set over en tre-årig periode.

7. Klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, tvungen opfølgning efter udskrivning, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen kan indbringes for byretten, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1 sammenholdt med retsplejelovens kapitel 43 a.

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

I 2013 blev 210 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser indbragt for domstolene og 108 for Det Psykiatriske Ankenævn. Ankeprocenten i 2013 var 13% sammenlignet med 2012 og 2011, hvor den var henholdsvis 16% og 19%. Afgørelser, der er påklaget til ankeinstansen, fremgår af nedenstående tabel.

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

Skema 14

Antal klager

	2011			2012			2013		
	Antal afg.	Antal anker	Anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %	Antal afg.	Antal anker	anke %
Tvangsindlæggelse	300	83	28	313	64	20	412	81	20
Tvangstilbageholdelse	539	117	22	538	123	23	589	101	17
Tilbageførsel	3	0	0	0	0	0	1	0	0
Tvangsfiksering	263	38	14	305	36	12	317	23	8
Beskyttelsesfiksering	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afd.	6	0	0	2	0	0	3	0	0
Tvangsbehandling, med.	473	78	16	455	66	15	603	89	15
Tvangsbehandling, ECT	4	0	0	6	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, legem-	4	0	0	9	0	0	16	0	0
Fysisk magtanvendelse	35	3	9	29	3	10	47	1	2
Beroligende medicin	326	59	18	304	23	8	392	17	4
Personlig skærmning	7	0	0	5	1	20	9	0	0
Tvungen opfølgning	12	1	8	16	2	13	18	5	28
Andet	1	0	0	1	0	0	5	0	0
I alt	1974	379	19	1985	318	16	2412	317	13

Ankeprocenten har gennem de seneste tre år været svagt stigende – uden at det kan siges at være påfaldende.

7b. Indbringelse for domstolene

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

I 2013 har byretterne stadfæstet 94 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. I 48 tilfælde blev sagen hævet af patienten. I de resterende 68 afgørelser har Det Psykiatriske Patientklagenævn endnu ikke modtaget rettens afgørelse.

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

Skema 15

Afgørelser fra retten

	2011	2012	2013
Stadfæstet	130	92	94
Tilsidesat	5	1	0
Frafaldet af patient	64	44	48
I alt	199	137	142

Tabellen omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2013, incl. afgørelser truffet af Nævnet før 2013.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, herunder beroligende medicin samt personlig alarm, pejlesystem, særlige dørlåse og personlig skærmning, der varer uafbrudt mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan af patienten eller de psykiatriske hospitaler/centre påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2013 har Det Psykiatriske Ankenævn stadfæstet 27 af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. 18 afgørelser er blevet ændret eller hjemvist og 4 afgørelser er frafaldet af klager. Endvidere er 19 afgørelser påklaget, men endnu ikke afgjort af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

	2011	2012	2013
Stadfæstet	37	34	27
Ændret/hjemvist	19	31	18
Frafaldet	12	4	4
I alt	68	69	49

Tabellen omfatter afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn modtaget i 2013, incl. afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn før 2013.

Det bemærkes, at de forholdsvis mange ændrede afgørelser især relaterer sig til Det Psykiatriske Ankenævns nye praksis med hensyn til motivation for hele dosisintervallet af det primære præparat samt det forhold, at der skal gives særskilt information og begrundelse for doser, der overstiger sædvanlig dosering.

Afsnit II: Principielle problemstillinger

Grænser for medicin

Patientklagenævnet hører forskellige udsagn om Patientklagenævnet. Det gennemgående tema er, at Patientklagenævnet blander sig i lægernes ordinationsret – underforstået, at Nævnet uretmæssigt blander sig i lægernes ordinationsret.

En læge finder f.eks. anledning til i journalen at skrive: "Det viser sig, at Patientklagenævnet har sat egne max. grænser for medicin der motiveres for..."

Udsagnene sigter givetvis til det forhold, at Det Psykiatriske Patientklagenævn foretager en mere intensiv prøvelse af, hvilken medicin der ordineres, hvilke doser, der ordineres og ikke mindst, hvilken maksimumsdosis, der eventuelt kan komme på tale.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden anlagde allerede i sin praksis og sin årsberetning fra 2011, side 29, en streng fortolkning af doseringsreglerne for Zyprexa, og blev mødt af kritik fra Region Hovedstadens Psykiatri, jvf bilaget til nævnte årsberetning.

Det er Det Psykiatriske Ankenævns opfattelse, at dette dog har ført til, at der nu generelt sker en meget mere tilbundsgående prøvelse af medicinordinationerne.

Det nye samlede Psykiatriske Patientklagenævn har fulgt op på denne kurs. Det er således Nævnets opgave som forvaltningsmyndighed at bringe sin praksis i overensstemmelse med den praksis, der udstikkes af ankemyndigheden.

I den forbindelse skal Det Psykiatriske Patientklagenævn henholde sig til bekendtgørelsen om forretningsordenen for Det Psykiatriske Patientklagenævn bek. nr 1339 af 2. december 2010 § 14, stk. 2, der angiver at:

"Ved klage over beslutning om tvangsbehandling kan Nævnet godkende eller tilside sætte beslutningen. Dette gælder også, hvis klagen angår det præparat eller den dosis, der er angivet i beslutningen. Det Psykiatriske Patientklagenævn kan således ikke anvise et andet præparat eller dosis."

Denne bestemmelse bygger på en forudsætning om, at Patientklagenævnet kan foretage en tilbundsgående prøvelse af præparat og dosis.

Med hensyn til indførelse af maksimumsgrænser var denne problemstilling netop relevant i forhold til ovennævnte praksis vedrørende Zyprexa, hvor Psykiatrien i en region havde udarbejdet interne retningslinjer for doser, herunder maksimal doser.

Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste kategorisk at rette sig efter de retningslinjer, der var udarbejdet af en part i sagen.

Det er Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse, at Nævnet ikke er forpligtet til at følge interne retningslinjer og slet ikke i en situation, hvor en uafhængig offentlig myndighed har udarbejdet retningslinjer for medicinering.

Pro.medicin indeholder en medicinfortegnelse, som Det Psykiatriske Patientklagenævn stedse har henholdt sig til.

Imidlertid rummer denne fortegnelse flere fortolkningsmuligheder og skaber derfor en usikkerhed om, hvordan dosis skal fortolkes for det enkelte præparat.

Det ville være hjælpsomt både for beslutningsprocessen i Det Psykiatriske Patientklagenævn og ikke mindst for den ordinerende læge, hvis medicinfortegnelsen – promedicin.dk helt konsekvent blev skrevet igennem, og man for hvert præparat angav: initialdosis, sædvanlig vedligeholdelsesdosis og maksimums dosis.

Det ville skabe forudsigelighed for den ordinerende læge, der præcis ville vide, hvor dosisgrænserne går, og det ville medvirke til at skabe en mere ensartet praksis i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Afsnit III: Principielle afgørelser

A. Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser

1. Tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse

Vedr. de afgørelser en patient kan klage til byretten over, såsom afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen.

Nævnets kompetence ved frihedsberøvelse i henhold til dom

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 8. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle klagen over tvangstilbageholdelse.

Nævnet lagde vægt på, at det følger af bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse, at psykiatrilovens § 5-11 ikke finder anvendelse for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i medfør af straffelovens § 68 eller § 69. Disse bestemmelser i straffeloven vedrører mulighed for i stedet for fængselsstraf at anbringe den dømte på hospital for sindslidende eller i institution for personer med vidtgående psykiske handicap.

Nævnet afviste derfor at behandle en klage om tvangstilbageholdelse, da det var oplyst, at patienten var indlagt i henhold til dom.

Patientklagenævnet har således ikke kompetence til at tage stilling til en frihedsberøvelse, som retten har besluttet.

§ 5, formodningsregel for psykose

En patient klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. juli 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangsindlagt den 21. juni 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte endvidere, at patienten blev tvangstilbageholdt den 26. juni 2013, og godkendte at patienten fortsat var tvangstilbageholdt. Nævnet lagde vægt på, at patienten ved den seneste revurdering fortsat var manioform med springende tankegang og løse associationer, dertil kom somatiske vrangforestillinger og privat logik, og patienten blev derfor vurderet psykotisk.

Nævnet havde dog i denne forbindelse en særlig bemærkning:

Når Nævnet nåede frem til, at patienten blev anset som psykotisk, skyldes det Nævnets praksis, der fastslår, at der er en formodning for, at en patient er psykotisk, når hospitalet vurderer at patienten er psykotisk. Hvis denne formodningsregel ikke havde været der, ville Nævnet ikke umiddelbart opfatte patienten som psykotisk, men Nævnet kunne på den anden side ikke bortse fra, at den medicin, som patienten modtog, havde haft en gavnlig effekt, og at der forelå submaniske forhold. Nævnets godkendelse af den fortsatte tvangstilbageholdelse skulle anskues i dette perspektiv.

§ 7, om indlæggelse sker frivilligt eller ej?

En patient havde klaget over tvangsindlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. juli 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt det ikke godtgjort, at der var tale om en frivillig indlæggelse. Nævnet fandt, at der reelt var tale om en tvangsindlæggelse, men tvangsindlæggelsen var ulovlig, fordi den ikke opfyldte de formelle betingelser i psykiatriloven for tvangsindlæggelse.

I denne sag skulle det vurderes, hvorvidt patienten havde accepteret frivilligt at blive indlagt på et psykiatrisk center eller ej. Der var tale om en patient, der blev indlagt efter henvisning fra OPUS på grund af paranoide forestillinger, isolationstendens, udadreagerende adfærd samt suicidale tanker.

Det fremgik af journalen, at patienten allerede ved indlæggelsessamtalen forlangte sig udskrevet, og at det psykiatriske center igennem en time havde forsøgt at finde et kompromis, således at patienten kunne acceptere indlæggelse, men at patienten ikke ønskede dette. Nævnet anså det som følge heraf ikke for godtgjort, at der forelå samtykke til indlæggelse. Nævnet fandt ikke, at den omstændighed, at patienten frivilligt var gået igennem døren til hospitalet, kunne tages som udtryk for, at patienten accepterede en frivillig indlæggelse.

§ 7, stk. 3, om kravet til lægeerklæringens aktualitet

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangsindlagt den 6. september 2013 og var frihedsberøvet til den 7. september 2013, hvor patienten blev overflyttet. Nævnet fandt dog, at tvangsindlæggelsen formelt var i strid med psykiatrilovens § 7, stk. 3, hvorefter tvangsindlæggelse af helbredsmæssige grunde skulle være foretaget inden for de seneste syv dage forud for den indlæggende læges undersøgelse.

Nævnet bemærkede, at ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation er fristen syv dage, fra lægeerklæringen er udstedt, til tvangsindlæggelsen skal realiseres, jf. psykiatriloven § 5, stk. 1.

I denne sag var de gule tvangspapirer blevet udfærdiget af den indlæggende læge fra det Opsøgende Psykoseteam, 7 dage og 2½ time før patienten ankom til Det Psykiatriske Center og blev tvangsindlagt.

Patientklagenævnet godkendte alligevel overlægens beslutning om at tvangsindlægge patienten. Nævnet fandt, at tvangsindlæggelsen formelt var i strid med psykiatrilovens § 7, stk. 3, hvorefter tvangsindlæggelse af helbredsmæssige grunde skal være foretaget inden for de seneste 7 dage forud for den indlæggende læges undersøgelse.

Nævnet lagde til grund, at gyldigheden af de gule tvangspapirer havde været konfikeret med såvel bagvagt, som klinikchef og politiets cheffjurist, der alle fandt, at de gule papirer kunne accepteres.

Nævnet var opmærksom på ordlyden i psykiatrilovens § 7, stk. 3, hvorefter fristen for tvangsindlæggelse på behandlingsindikation var 7 dage. Denne frist var overskredet med ca. 2½ time.

Når Patientklagenævnet alligevel godkendte tvangsindlæggelsen skete dette på baggrund af, dels at de materielle betingelser for tvangsindlæggelsen var opfyldt, idet patienten havde et aktuelt behov for indlæggelse og blev vurderet til at være psykotisk, dels at der var tale om en meget lille overskridelse af tidsfristen. Nævnet fandt desuden, at en mindre indgribende foranstaltning end indlæggelse ikke kunne have været anvendt i den konkrete situation.

Nævnet fandt derfor ikke, at den formelle fejl havde været af en sådan væsentlighed, at tvangsindlæggelsen havde været ugyldig, således at en ny lægeundersøgelse skulle have været foretaget, og et nyt sæt tvangsindlæggelsespapirer skulle have været udfyldt.

Nævnet bemærkede, at formålet med bestemmelsen i psykiatrilovens § 7, stk. 2, er at undgå, at tvangsindlæggelse foretages på grundlag af en lægeundersøgelse, der ikke er aktuel. En overskridelse på ca. 2½ time af tidsfristen medførte i det konkrete tilfælde ikke, at lægeundersøgelsen blev uaktuel.

Nævnets afgørelse blev stadfæstet ved byrettens dom af 28. november 2013.

§ 9, stk. 2, de materielle betingelser for tvangsindlæggelse var ikke opfyldt

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte, at patienten blev tvangsindlagt den 12. november 2013.

En patient havde i en periode på tre måneder forud for tvangsindlæggelsen ikke overholdt sin udskrivningsaftale om at tage depotmedicin.

Før patienten blev indlagt, blev patienten undersøgt af en læge. Denne læge udfyldte herefter tvangsindlæggelsespapirerne og skrev en lægeerklæring med henblik på tvangsindlæggelse på behandlingsindikation.

Overlægen på det psykiatriske center godkendte tvangsindlæggelsen, allerede før indlæggelsen blev gennemført. Nævnet tilsidesatte beslutningen om at tvangsindlægge patienten og udtalte i den forbindelse kritik af, at der ikke ved selve indlæggelsen på afdelingen var blevet taget stilling til, om betingelserne for tvangsindlæggelse var opfyldt.

På tidspunktet for indlæggelsen blev patienten beskrevet som venlig, imødekommende, men noget rystet over at blive tvangsindlagt. Patienten udviste ingen psykotiske symptomer og blev ikke vurderet suicidal. Efter indlæggelsen blev patienten fortsat beskrevet som venlig, imødekommende, rolig og uden psykotiske symptomer.

Nævnet bemærkede, at den modtagende læge på baggrund af de gule papirer samt sin egen observation af patienten skal vurdere, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og at dette ikke kunne gøres forud for en indlæggelse på baggrund af en telefonisk oplæsning af de gule papirer.

Her er det således vigtigt at sondre mellem den modtagende læge, der skal foretage en egenhændig undersøgelse af patienten, mens overlægens efterfølgende vurdering godt kan basere sin godkendelse på en telefonisk oplæsning af de gule papirer og den modtagende læges journaloptegnelser.

§ 10, lægens pligt ved patientens udskrivningsønske

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 22. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at patienten havde været ulovligt frihedsberøvet fra den 12. til 19. november 2013.

Overlægen havde ikke truffet nogen formel beslutning om at tvangstilbageholde patienten, selvom patienten havde klaget over tvangstilbageholdelsen. Det fremgår af § 10, stk. 3 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at fremsættes der anmodning om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske.

Det var nævnets opfattelse, at patientens klage over frihedsberøvelsen måtte sidestilles med et udskrivningsønske, og at overlægen snarest efter burde have vurderet, om

patienten kunne udskrives, eller om der skulle træffes beslutning om tvangstilbageholdelse. Da dette ikke var sket, var det Nævnets opfattelse, at patienten havde været ulovligt frihedsberøvet i perioden fra klagen til der blev afholdt møde i Patientklagenævnet, hvor patienten gav udtryk for, at patienten gerne ville være frivillig indlagt.

§10a, der er ikke hjemmel i psykiatriloven til, at tilbageføre en patient, der er frivillig indlagt

En patient klagede over tvangstilbageholdelse og tvangstilbageførelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt det ulovligt, at patienten var blevet tvangstilbageført den 20. februar 2013.

Nævnet bemærkede, at det følger af psykiatrilovens § 10a, at overlægen kan beslutte, at en patient, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand, hvis patienten forlader en psykiatrisk afdeling, og ikke frivilligt vender tilbage.

I denne sag fandt nævnet det ulovligt, at tilbageføre en patient ved politiets hjælp, idet patienten var frivillig indlagt, og derfor ikke opfyldte betingelsen for at blive ført tilbage til det psykiatriske hospital med politiets bistand.

§ 21, stk. 2, manglende revurdering af tvangsindlæggelse kan ikke uden udskrivningsønske erstattes af en tvangstilbageholdelse

En patient klagede over tvangsindlæggelse. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. april 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangsindlagt den 23. januar 2013. Nævnet fandt, at tvangsindlæggelsen var ulovlig opretholdt fra den 22. februar 2013 til den 21. marts 2013.

Patienten, der var blevet tvangsindlagt, havde ikke fået efterprøvet tvangsindlæggelsen efter 30 dage. Da det psykiatriske hospital opdagede fejlen, valgte de at træffe beslutning om at ophæve frihedsberøvelsen samt at træffe beslutning om tvangstilbageholdelse.

Nævnet bemærkede, at beslutningen om at ophæve frihedsberøvelsen var uden retsvirkning, og beslutningen om tvangsindlæggelse således stadigvæk var gældende. Dette blev begrundet med, at de materielle betingelser for tvangsindlæggelse stadigvæk var opfyldt, da overlægen traf beslutning om ophævelse af frihedsberøvelsen, som ifølge Nævnet måtte bero på en retsvildfarelse.

2. Tvangsfiksering

Nævnets kompetence

En patient klagede over tvangsfiksering og hygiejnemæssige forhold i tilknytning til bæltefikseringen. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. april 2013. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten i to perioder var blevet tvangsfikseret med bælte og afviste at tage stilling til patientens klage vedrørende de hygiejniske forhold under fikseringen.

Patienten havde i forbindelse med sin klage over tvangsfiksering også klaget over, at der ikke under tvangsfikseringen var mulighed for at gå i bad og på toilettet, når patienten havde lyst.

Patientklagenævnet afviste denne del af klagen med en bemærkning om, at det ikke lå inden for Nævnets kompetence at tage stilling til disse klagepunkter vedrørende hospitalets faktiske forvaltningsudøvelse og henviste patienten til at kontakte sygehusmyndigheden.

Det bemærkedes, at Nævnet således afviste en tanke om, at man ved at anse de hygiejniske forhold som en accessorisk ydelse i forhold til bæltefikseringen, kunne bringe sådanne forhold ind under Nævnets kompetence område.

Sag afvist, da der ikke var klaget over selve bæltefikseringen, men alene over personalets adfærd i forbindelse hermed, jf. forretningsordenens § 14, stk. 3.

En patient klagede over voldsom adfærd fra personalets side i forbindelse med en tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 2. februar 2013. Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle klagen.

Det fremgår af bekendtgørelse om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn, nr. 1339 af 2. december 2010 § 14, stk. 3, at hvis en patient tillige retter klagen mod den eller de sundhedsperson(er), der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, tager Det Psykiatriske Patientklagenævn stilling til, om der i den anledning er grundlag for at udtale kritik over for de(n) pågældende.

Nævnet udtalte, at Nævnet alene kan tage stilling til en klage over sundhedspersoner, såfremt der samtidig er klaget over selve tvangsendgrebet. Patientens havde i klagen oplyst, at han anså selve fikseringen som værende nødvendig, men at klagen angik personalets håndtering af bæltefikseringen. Nævnet havde derfor ikke kompetence til at realitetsbehandle klagen.

§ 4, tvangsfiksering for selvskadende adfærd, forudsætter at der foreligger en nærliggende og konkret fare – og iagttagelse af mindste middel princippet

En patient klagede over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 6. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at patienten med urette havde været fikseret med bælte i perioden fra den 18. oktober 2013, kl. 20.47 til den 19. oktober 2013 kl. 9.58.

En patient, der forud for den aktuelle tvangsfiksering, havde været fikseret 34 gange primært på grund af selvskadende adfærd, sad sammen med sin kontaktperson på gulvet i sin stue. Der var ingen optræk i situationen til selvskadende adfærd. Da et andet personalemedlem kom ind på patientens stue, vurderede denne imidlertid, at der var optræk til selvskadende adfærd, og patienten blev herpå fikseret. Patienten følte sig overrumplet og blev derfor udadreagerende.

Nævnet fandt, at fikseringen var sket med urette og lagde bl.a. vægt på, at en tvangsfiksering foretaget på farekriteriet måtte forudsætte, at der havde været tale om en

nærliggende, konkret og påviselig fare for andre eller for patienten selv. Efter Patientklagenævnets opfattelse, blev det ikke fundet tilstrækkeligt godtgjort, at der i den pågældende situation var en nærliggende, konkret og påviselig fare for, at patienten ville gøre skade på sig selv. Nævnet bemærkede, at betingelsen om, at faren skulle være nærliggende, konkret og påviselig, ikke blev fundet at være opfyldt med hospitalets henvisning til en antagelse om, at patienten muligvis ville udøve selvskadende handlinger, når patienten sad på en bestemt måde.

Mindste middels princippet i psykiatriloven § 4 betyder, at der ikke må tages mere indgribende tvangsmidler i brug end absolut nødvendigt, og at der ikke må bruges tvangsmidler, hvis der findes ikke-tvangsmæssige midler, hvormed målet kan nås. Nævnet fandt således, at den udadreagerende adfærd, der var beskrevet i journalen, var forårsaget af beslutningen om at fastholde og følge patienten til sengen, og at tvangsfikseringen kunne have været undgået, hvorfor kravet om mindst indgribende foranstaltning ikke blev fundet at være opfyldt.

§ 14, stk. 2 - krav til aktuel fare

En patient klagede over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte, at patienten havde været tvangsfikseret med bælte fra den 3. august 2013 kl. 13.30 til den 5. august 2013 kl. 12.00.

Patienten havde slået en medpatient. Patienten havde længe virket truende og var ifølge overlægen svær at rumme på afdelingen. Først fire dage efter hændelsen, blev patienten bæltefikseret.

Nævnet fandt ikke, at der ved en beskrivelse, der gik på, at patienten havde været truende og fire dage forinden tvangsfikseringen havde overfaldet en medpatient, var dokumenteret en aktuel, konkret og påviselig fare for, at andre ville være i fare for at lide skade på legeme eller helbred, hvis patienten ikke blev tvangsfikseret.

§ 14, stk. 2, må en fiksering foretages som en forebyggende foranstaltning, i forhold til mulig selvskadende adfærd?

En patient klagede over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 21. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte, at patienten havde været tvangsfikseret i perioden fra den 7. til 8. november 2013.

Efter det oplyste var fikseringen foretaget som et forebyggende indgreb, selvom patienten, der tidligere på aftenen havde givet udtryk for ønske om selvskade, nu blot lå med sine hænder under dynen.

Nævnet fandt det imidlertid ikke godtgjort, at det var nødvendigt at fikse patienten for at afværge, at patienten var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred. Nævnet bemærkede, at en tvangsfiksering foretaget på farekriteriet måtte forudsætte, at der havde været tale om en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre eller for patienten selv, og at en sådanne konkret og påviselig fare ikke var beskrevet. Samtidig opfyldte fikseringen ikke mindste middels princippet, idet der på tidspunktet for fikseringen befandt sig en fast vagt på patientens stue, og det var Nævnets opfattelse, at vagten ville have kunnet afværge en evt. selvskadende adfærd fra patientens side.

§ 15, stk. 3, plejepersonalet kan kun i særlige tilfælde beslutte at tvangsfiksere en patient

En patient klagede bl.a. over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at tvangsfikseringen med bælte og fodrem den 2. november 2013 fra kl. 8.00 til kl. 9.45 var foretaget med urette.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 1., at beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, der forinden har tilset patienten. Hvis det er uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere patienten med bælte, jf. psykiatrilovens § 15, stk. 3.

I den konkrete sag var det plejepersonalet, der havde besluttet at fiksere en patient med bælte og en fodrem. Nævnet fandt ikke, at der forelå en egentlig nødsituation, der kunne begrunde, at plejepersonalet på egen hånd traf beslutning om at fiksere patienten. Efter det i journalen oplyste, lagde Nævnet til grund, at selvom patienten var meget urolig og ville tage sit liv, forelå der ikke oplysninger om, at der skulle være tale om en akut situation. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ikke fik tilbud om at modtage beroligende medicin.

§ 21, stk. 1 & § 4, mindste middels princippet i forhold til udstrækning af perioden for tvangsfiksering

En patient klagede bl.a. over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at patienten blev tvangsfikseret med bælte og fodrem den 24. oktober 2013 kl. 21.30 men fandt, at fikseringen burde have været ophævet den 25. oktober 2013.

Nævnet bemærkede, at selvom det var rimeligt at tvangsfiksere en udadreagerende og forpint patient, der under sin indlæggelse havde været fikseret flere gange, så burde den påklagede fiksering være ophørt efter et døgn, da fikseringen efter dette tidspunkt ikke opfyldte betingelserne for tvangsfiksering.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen eller af sagen i øvrigt, at patienten efter at have været fikseret i et døgn, skulle have været så urolig, truende og udadreagerende, at fikseringen burde være opretholdt. Der blev lagt vægt på, at det af journalen efter et døgns fiksering fremgik, at patienten kun enkelte gange efter toiletbesøg havde haft svært ved at gå tilbage i bæltet, men også at patienten flere gange var gået tilbage i bæltet uden problemer. Nævnet lagde videre vægt på, at der i adskillige bæltetilsyn alene var anført "Vurderes til fortsat fiksering" uden yderligere begrundelse. Nævnet bemærkede, at det forhold, at patienten ved to af tilsynene uden yderligere begrundelse blev vurderet til fare for sig selv, efter Nævnets opfattelse ikke kunne føre til nogen anden vurdering.

På den ene side forelå en række objektive konstaterbare forhold om, at patienten var rolig. På den anden side forelå nogle subjektive vurderinger af patienten som personfarlig. Nævnet konstaterede, at for at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 om at patienten skulle udsætte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred måtte det kræves, at det var dokumenteret, at faren var aktuel, konkret og påviselig. En vurdering der gik på, at patienten var personfarlig, opfyldte ikke betingelserne om at være aktuel og konkret. Dertil kom, at der samtidig var objektive forhold i form af patientens faktiske adfærd, der talte imod.

§ 21, stk. 1 & § 4. langvarig tvangsfiksering.

En patient klagede over tvangsfiksering. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsfiksering i en periode fra den 13. august til 17. august 2013, men tilsidesatte perioden fra den 17. august 2013 til den 2. september 2013.

Patienten var tvangsfikseret over tyve dage efter at have overfaldet en medpatient.

Nævnet godkendte alene, at patienten var fikseret i fire dage ud af de tyve dage.

Nævnet lagde vægt på, at der var en række objektive konstaterbare forhold, hvor patienten var beskrevet som rolig over en længere periode, og at patienten tre dage efter overfaldet på sin medpatient blev beskrevet som stadig mere rolig. Over for dette stod, at patienten fra overlægens side kontinuerligt blev vurderet som farlig og uforudsigelig. Dette kunne dog efter Patientklagenævnets opfattelse ikke føre til en ændret vurdering.

Nævnet fandt endvidere ikke, at overlægen, som det fremgik af journalen, på forhånd kunne udtale sig om, at patienten skulle forblive i bæltet et stykke tid fremover.

Tvangsfikseringens udstrækning må altid bero på en konkret og individuel vurdering på vurderingstidspunktet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt på baggrund af ovenstående ikke, at der var dokumenteret en aktuel, konkret og beviselig fare for, at andre ville være i fare for at lide skade på legeme eller helbred, hvis patienten ikke var bæltefikseret i mere end fire dage efter overfaldet på en medpatient, da patienten på det tidspunkt i over et døgn havde fremstået rolig.

Det Psykiatriske Patientklagenævn bemærkede således, at beskrivelser der går på, at patienten fortsat var farlig og uforudsigelig ikke alene kunne begrunde en fortsat langvarig tvangsfiksering, når der på den anden side var en række objektivt konstaterbare forhold, som f.eks. at patienten senest tre dage efter overfaldet kontinuerligt fremstod rolig.

Anvendelse af remme – konkret vurdering af betydningen af overlægens godkendelse –

En patient klagede over beslutning om tvangsfiksering med bælte og remme. Tvangsfikseringen var besluttet efter farekriteriet efter psykiatrilovens § 14, stk. 2. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 22. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsfiksering med bælte og udstrækningen heraf, men tilsidesatte, at der foruden bælte havde været anvendt hånd- og fodremme under henvisning til, at det var en afdelingslæge, der havde truffet beslutning om anlæggelse af remme, og at det ikke var dokumenteret i tvangsprotokol eller journal, at overlægen havde godkendt anvendelsen af remme.

Tvangsfikseringen med bælte suppleret med hånd- og fodremme fandt sted hen over natten og om formiddagen den næste dag, som følge af at patienten modsatte sig enhver form for behandling efter at have indtaget 33 Pamolpiller i den hensigt at begå selvmord. Efter overlægens forklaring for retten var det nødvendigt med en livreddende behandling på grund af den store indtagelse af Pamolpiller, der kunne medføre døden for patienten, og det ville have været uforvarsligt ikke at iværksætte en behandling med modgift.

Det fremgik af overlægens forklaring og oplysningerne i lægejournalen, at patienten, efter at være bæltefikseret, med den ene fod forsøgte at fjerne en venflon, der var anlagt i den anden fod, hvorfor afdelingslægen besluttede at supplere bæltefikseringen med hånd- og fodremme.

Retten fandt det godtgjort, at patientens tilstand forud for bæltefikseringen opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, for tvangsfiksering, og fandt det ligeledes godtgjort, at den skete bæltefiksering opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Retten tiltrådte Patientklagenævnets vurdering af, at de formelle betingelser for at anlægge hånd- og fodremme ikke var opfyldt, da det ikke sås dokumenteret, at overlægen havde godkendt anlæggelsen af hånd- og fodremme. Efter de foreliggende oplysninger lagde retten dog til grund, at patienten var særdeles behandlingskrævende, og at afdelingslægen derfor fandt det påkrævet at anlægge hånd- og fodremme for at hindre patienten i at fjerne den nødvendige behandling i form af venflon i foden. Under disse omstændigheder og da det ikke fandtes godtgjort, at mindre indgribende foranstaltninger kunne have været anvendt for at afværge en nærliggende fare for, at patienten ville lide skade på legeme eller helbred, fandt retten ikke, at den formelle fejl havde været af en sådan væsentlighed, at anvendelse af hånd- og fodremme skulle kendes ulovlig.

Retten fandt herefter, at beslutningen om tvangsfiksering af patienten herunder anvendelse af hånd- og fodremme havde været lovlig.

Østre Landsrets dom af 30. september 2013

Nævnet traf den 19. juli 2012 en afgørelse, hvor nævnet godkendte tvangsfiksering med bælte af en patient i perioden fra den 14. juni 2012 kl. 18.20 til den 20. juni 2012 kl. 9.30.

Nævnets afgørelse blev stadfæstet af retten i Holbæk ved dom af 27. februar 2013.

Østre Landsret foretog et konkret skøn af den tidsmæssige udstrækning af en tvangsfiksering. Landsretten tilsidesatte nævnets vurdering af, at det var godtgjort at bæltefikseringen havde været nødvendig de sidste to dage, ud af samlet seks dage, hvor patienten havde været bæltefikseret.

Patienten havde forinden den i denne sag omtalte fikseret været kortvarigt fikseret fra den 13. juni 2012 10.30 til den 14. juni 2012 kl. 10.00, senere samme dag ca. kl. 17.00, blev patienten atter opkørt, og begyndte at råbe ukvemsord og spyttede efter personalet. Efter han var forsøgt lagt i bælte, blev patienten voldsom, og kastede rundt med inventaret.

Landsretten gik ind i en konkret vurdering af den tidsmæssige udstrækning af bæltefikserings længde, og tilsidesatte Patientklagenævnets afgørelse for en del af den periode, hvor patienten havde været bæltefikseret. "Efter den 18. juni 2012, kl. 21.13 ses det ikke anført, at patienten var vurderet til fortsat fare for sine omgivelser, under disse omstændigheder og under hensyn til denne bæltefikserings lange varighed finder landsretten det ikke godtgjort, at bæltefiksering efter den 18. juni 2012 kort før midnat havde været fornøden."

Det fremgår af journalen, at patienten to gange den 18. juni 2012 havde været løsnet i tidsrummet fra kl. 17-17.10 og fra 20.15 til 20.30. Begge gange havde patienten samarbejdet og alt foregik uden problemer, og patienten var selv gået tilbage i bæltet. Patientens henvendelse til personalet var foregået i en venligt og omgængeligt toneleje, men det blev også beskrevet, at patienten var uden sygdomsindsigt og ikke havde nogen erkendelse af sin andel i bæltefikseringen.

Det fremgår af journaloplysningerne fra den 18. juni 2012 kl. 21.14, at patienten fortsat var fikseret, men havde været løsnet et par gange, hvilket var forløbet upåklageligt. Det blev samtidig oplyst, at patienten fortsat havde ringe sygdomsindsigt, og lægen vurderede, at patienten fortsat var til fare for sine omgivelser.

Det Landsretten lagde vægt på, i vurderingen af den tidsmæssige udstrækning må have været, at patienten flere gange havde været løsnet af bæltet, og dette var gået fint, samt at patienten ikke havde fremsat trusler men virkede venlig. At patienten ikke havde sygdomsindsigt eller kunne erkende, hvorfor han blev lagt i bælte, ses ikke at være tillagt betydning.

Desuden blev lægens vurdering af, at patienten fortsat måtte anses for at være til fare for sine omgivelser, ikke tillagt afgørende vægt, når dette ikke blev støttet af iagttagelser omkring patientens adfærd.

3. Tvungen opfølgning efter udskrivning

Tvungen opfølgning – betingelserne var

En patient klagede over tvungen opfølgning efter udskrivning. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at der kunne foretages tvungen opfølgning efter udskrivning.

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

Af psykiatrilovens § 13 d fremgår det, at hvis der er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at en patient efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred og velbefinde, kan der under opfyldelse af visse betingelser ske tvungen opfølgning.

Nævnet lagde i den konkrete sag til grund, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse havde været tvangsindlagt mindst tre gange, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde havde undladt at følge den behandling, der var anført i udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen, og at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt, samt at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men at patienten havde undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Nævnets afgørelse blev stadfæstet ved byrettens dom af 20. december 2013.

Betingelserne for videreførelse af tvungen opfølgning var opfyldt, selvom der var indtrådt en bedring i tilstanden, og der var negative bivirkninger ved medicinen

En patient klagede over videreførelsen af tvungen opfølgning efter udskrivning. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 22. januar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at der kunne ske forlængelse i yderligere tre måneder af den tvungne opfølgning efter udskrivning.

I denne sag blev det godkendt, at den tvungne opfølgning blev forlænget i yderligere tre måneder. Selvom patienten oplevede en bedring i sin tilstand, og patienten ikke selv mente at være psykotisk, blev det fra Nævnets side vurderet, at patienten ikke var i stand til at samarbejde omkring en frivillig ambulant behandling. Det fremgik samtidig af afgørelsen, at overlægen vurderede, at medicinen sløvede patienten, der selv mente, at det nedsatte patientens sociale kompetencer. Nævnet bemærkede, at patienten var helt uden sygdomserkendelse og uden forståelse for, at en kontinuerlig medicinsk behandling ville have en positiv effekt på patientens sygdom.

4. Tvangsbehandling

4. a. Tvangsbehandling – dosis

Tvangsbehandling tilsidesat – 2 behandlingssæt i én beslutning – høj dosis Zyprexa til 1. gangs behandling – ej motiveret for dosis interval alle dage

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. juni 2013.

Det Psykiatrisk Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om tvangsbehandling med to behandlingssæt bestående af primær og subsidær behandling. Således både primær behandling med tablet Abilify og subsidært injektion Abilify – og med mulighed for skift til primær behandling med tablet Zyprexa og subsidært injektion Zyprexa.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle kriterier for behandlingen var opfyldt.

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

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at der konkret var tale om beslutning om tvangsbehandling med to forskellige behandlingsforløb og med mulighed for at skifte imellem præparater, hvilket ikke opfyldte betingelsen om, at der skal træffes beslutning om en konkret behandling.

Patientklagenævnet bemærkede, at nævnet kun kan godkende ét behandlingsforløb til tvangsbehandling. Patientklagenævnet bemærkede i den forbindelse, at dersom der efter iværksættelse af et behandlingsforløb ses at være behov for skift af præparat, vil der være mulighed for at indlede ny motivationsfase for præparatskifte og eventuelt træffe ny beslutning om tvangsbehandling, og patienten havde i så fald mulighed for at påklage den nye beslutning om tvangsbehandling.

Patientklagenævnet lagde også vægt op, at patienten ifølge journaloplysningerne kun var delvist motiveret for dosisintervallet for behandlingen med Abilify.

Patientklagenævnet bemærkede, at en patient har krav på en passende betænkningstid på højst 3 dage. I denne betænkningstid skal patienten dagligt motiveres for behandlingen, herunder det påtænkte dosisinterval.

Endelig lagde Patientklagenævnet vægt på, at den besluttede dosis af Zyprexa overskred den anbefalede sædvanlige dosering i henhold til pro.medicin.dk, dog var patienten ikke gjort opmærksom på dette. Det fremgik heller ikke, hvad der var begrundelsen for en dosis ud over sædvanlig dosering.

Dosering – overlægens rettelse i beslutningen om tvangsbehandling blev konkret godkendt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. juli 2013.

Det Psykiatrisk Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling, dog forudsat at overlægens fejl ved angivelse af dosis for det subsidære præparat injektion Serenase blev tilrettet.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandlingen var opfyldt, herunder at patienten havde været motiveret og forsøgt informeret om medicinen.

Patientklagenævnet bemærkede, at den maksimale dosisangivelse i beslutningen om tvangsbehandlingen for det sekundære behandlingspræparat injektion Serenase lå ud over sædvanlig dosering.

Patientklagenævnet fandt imidlertid ud fra en konkret og samlet vurdering, at dette angik en formel fejl som følge af opslag i en udateret medicinhåndbog – en fejl som overlægen var opmærksom på og ville tilrette. Patientklagenævnet godkendte derfor beslutningen om tvangsbehandling, forudsat at dosis blev tilrettet, sådan at dette tydeligt fremgik i journalen og tvangsprotokollen.

Patientklagenævnet fandt således ikke grundlag for, at en sådan formel fejl skulle være årsag til, at patientens behandling blev udsat unødigt.

Patientklagenævnet lagde i den forbindelse afgørende vægt på, at personalet havde motiveret og forsøgt at forklare patienten om medicinen forud for beslutningen om tvangsbehandling. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at patienten fuldstændig afviste medicinsk behandling og frabad sig enhver form for information om medicinsk behandling. Patientklagenævnet lagde herefter til grund, at det ikke havde været muligt for personalet at forklare patienten om formålet med behandlingen eller motivere patienten til at overveje sit eventuelle informerede samtykke til behandlingen.

Patientklagenævnet lagde også til grund, at det havde været overlægens hensigt at dosere inden for det, der er angivet som sædvanlig dosering i medicinhåndbogen, og at det således beroede på en fejl og en udateret medicinhåndbog, at doseringen af injektion Serenase var anført op til max 30 mg, i stedet for 20 mg.

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen især vægt på, at patienten ikke ønskede information om den konkrete behandling, men kun havde forholdt sig overordnet til spørgsmålet om medicinsk behandling, og fandt derfor ikke grundlag for at antage, at patienten ville modtage behandlingen frivilligt, hvis personalet forsøgte at forklare patienten om doseringsfejlen, og at der rettelig var tale om behandling med det sekundære præparat injektion Serenase op til maksimalt 20 mg dagligt, i stedet for 30 mg dagligt.

Patientklagenævnet lagde også afgørende vægt på, at patienten var blevet tiltagende dårlig og fremstod med et udtalt behandlingsbehov, om end dette ikke var karakteriseret som værende akut.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin med god effekt på sin tilstand.

Dosering over sædvanligt dosisinterval godkendt, da den høje dosis var velbegrundet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte efter en konkret vurdering tvangsbehandlingen med tablet Zyprexa i en dosis op til højest 40 mg.

Patientklagenævnet henviste til at anbefalingerne i pro.medicin for behandling med tablet Zyprexa sædvanligt er med dosering i intervallet 5-20 mg dagligt, men at det efter en klinisk vurdering kan være nødvendigt og forsvarligt at øge dosis op til højest 40 mg dagligt.

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der var foretaget en lægefaglig vurdering af såvel præparat som dosis, og at begrundelsen for den høje dosis var anført i patientens journal: "Sværhedsgraden af symptomerne og tidligere erfaringer med, at du har behov for højere doser i akutfasen".

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at patienten tidligere havde været behandlet med Zyprexa op til 40 mg dagligt, at patienten forud for behandlingen var motiveret for hele dosisintervallet, og at patienten var orienteret om eventuel dosisøgning op til højest 40 mg og om begrundelsen herfor.

Godkendelse af dosering over sædvanligt dosisinterval til ældre, da den høje dosis var velbegrundet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte efter en konkret vurdering tvangsbehandlingen med tablet Olanzapin 10 mg dagligt stigende til 20 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg i.m. dagligt stigende til 10 mg i.m. dagligt i tre dage og herefter mere subsidiært injektion Serenase 5 mg i.m. stigende til 10 mg i.m.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandlingen var opfyldt.

Patientklagenævnet fandt ligeledes, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Patientklagenævnet fandt også, at den medicin, patienten skulle behandles med, opfyldte kravet om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patientklagenævnet bemærkede, at den besluttede dosis oversteg anbefalingerne for ældre i medicinfortegnelsen.

Patientklagenævnet lagde imidlertid vægt op, at det var oplyst i journalen, at patienten ved tidligere indlæggelse havde haft gavn af en højere dosis i form af 10 mg Olanzapin, og at patienten havde tålt medicinen godt i denne dosis, samt at det dengang blev vurderet, at patienten ikke var tilstrækkeligt behandlet på denne dosis.

Det var endvidere den lægefaglige vurdering, at den høje dosis ikke indebar fare for patientens somatiske helbred.

Dosering over sædvanligt dosisinterval tilsidesat, da den høje dosis ikke var begrundet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 4. december 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify stigende til max 30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. max 3 gange dagligt.

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

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ikke var tale om sædvanlig dosering, idet den besluttede maksimale dosis ikke var almindelig og gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at det ikke fremgik af journalen med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis, og at det heller ikke fremgik, at patienten var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Patientklagenævnet bemærkede, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men at en sådan begrundelse ikke var dokumenteret i patientens journal.

4. b. Tvangsbehandling – motivation

Tvangsbehandlingen tilsidesat og kritiseret - mangelfuld motivation og manglende opfyldelse af mindste middels princippet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. januar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling og godkendte heller ikke, at behandlingen var begyndt, inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen. Patientklagenævnet fandt det særligt kritisabelt, at der ikke hurtigere var blevet fulgt op på patientens klage. Ifølge Patientklagenævnets faste praksis har overlægen højst fem hverdage til at udfærdige en lægeerklæring.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandlingen var opfyldt, men at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen vægt på flere forhold, herunder at der ikke fuldt ud var identitet mellem den dosis, patienten var motiveret for og den besluttede dosis, at der ikke løbende var motiveret for en eventuel dosisøgning, og at der var to dages ophold i motivationen forud for beslutningen om tvangsbehandlingen.

Patientklagenævnet fandt det ydermere ikke godgjort, at det var nødvendigt at påbegynde behandlingen, inden der var truffet afgørelse i sagen. Patientklagenævnet kritiserede i den forbindelse, at der var gået mere end tre uger fra patienten klagede over tvangsbehandlingen, til Patientklagenævnet modtog klagen. Patientklagenævnet bemærkede, at klagen burde have været fremsendt inden for maksimalt fem hverdage.

Uoverensstemmelse mellem dosisintervallet i motivationen og dosisintervallet i beslutningen om tvangsbehandling

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling, da der var uoverensstemmelse mellem dosisintervallet i motivationen og dosisintervallet i beslutningen om tvangsbehandling.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var gjort tilstrækkelig for at opnå patientens frivillige samtykke til behandlingen, idet det ikke kunne udelukkes, at patienten var villig til at acceptere en behandling med lavere dosis.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at den besluttede maksimale dosis på det primære præparat var mindre, end den dosis patienten var forsøgt motiveret for.

Mangelfuld motivation – reelt kun motiveret én dag for den konkrete behandling

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling, da patienten blev motiveret med forskelligt dosisinterval og kun blev motiveret én dag for det dosisinterval, der blev truffet beslutning om.

Patientklagenævnet fandt, at kravet om mindste middels princippet ikke var opfyldt, da der ikke var gjort tilstrækkelig for at opnå patientens frivillige medvirken til behandlingen.

Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at de forskellige dosisangivelser kunne have skabt en usikkerhed hos patienten omkring det dosisinterval, som tvangsbehandlingen faktisk indebar. Det var således Patientklagenævnets opfattelse, at patienten ikke havde haft en passende betænkningstid, hvor patienten havde haft lejlighed til at overveje sit samtykke til den tvangsbehandling, der blev truffet beslutning om.

Patientklagenævnet bemærkede, at motivationsperioden burde have været forlænget, således at patienten i tre dage forud for beslutningen om tvangsbehandling var blevet tilbudt den konkrete behandling i form af det præparat og den dosis, som tvangsbehandlingen indebar.

Der skal motiveres for hele dosisintervallet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 6. august 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling, da der ikke var motiveret for en konkret behandling med dosisinterval for præparatet.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandling var opfyldt, men at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten var blevet motiveret for frivillig behandling med injektion Clopixol 400 mg. hver 14. dag, men at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Clopixol 400 mg hver 14. dag, evt. stigende til 500 mg. hver 14. dag.

Det bemærkedes, at motivationen forudsætter, at patienten får mulighed for at tage stilling til en konkret behandling med et bestemt præparat og dosis, og at det dermed kræves, at der motiveres konkret for samme dosisinterval, som det dosisinterval, der efterfølgende træffes beslutning om.

Patientklagenævnet tilsidesatte således beslutningen om tvangsbehandling, da patienten ikke var blevet motiveret for samme dosisinterval, som der efterfølgende blev truffet beslutning om, men alene for startdosis.

Motivationens længde – lovens udgangspunkt er 3 dage

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 11. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling, da patienten ikke havde fået en passende betænkningstid til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen, førend beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandling var opfyldt, men at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patientklagenævnet henviste til Psykiatrilovens § 12, stk. 5, hvoraf det fremgår, at: "Patienten, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst 3 dage".

Patientklagenævnet henviste endvidere til lovens bemærkninger, hvoraf det fremgår, at: "Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Patienten har krav på højst 3 dages betænkningstid. Ved vurderingen af betænkningstidens varighed skal overlægen blandt andet lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang, samt patientens forpinthed m.v. I betænkningstiden skal patienten daglig tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres".

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten kun havde haft to døgn til at overveje frivillig behandling, selvom der ikke forelå en akut situation. Patientklagenævnet lagde også vægt på, at der ikke i øvrigt var oplysninger om særlige omstændigheder, der kunne begrunde en kortere motivationstid end tre dage. Derimod fremgik det af sagen, at patienten kun havde været indlagt i fem dage, inden behandlingen blev ordineret, at patienten ikke tidligere havde været indlagt, at patienten ikke tidligere havde været i antipsykotisk behandling, samt at der på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling kun forelå en foreløbig antagelse om, at patienten led af paranoid skizofreni.

4. c. Tvangsbehandling – depot

Depotbehandling godkendt for at undgå svingdørspatient

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 21. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotinjektion Xeplion.

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

Patientklagenævnet henviste endvidere til, at mindste middels princippet indebærer, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling, samt at det er Patientklagenævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt anses for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skal være særlige grunde for at vælge denne behandlingsform.

Patientklagenævnet fandt imidlertid ud fra en konkret vurdering, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at det var væsentligt, at patienten kom i en stabil antipsykotisk behandling med henblik på at undgå svingninger i sin tilstand, fornyet medicinsvigt og svær psykose med genindlæggelse til følge.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med depotpræparat.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at patienten talrige gange havde været genindlagt i psykotisk tilstand efter at være ophørt med at tage antipsykotisk medicin efter udskrivelse.

Depotbehandling godkendt, da det reelt ikke var muligt at gennemføre behandling med tablet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om behandling med depotinjektion Serenase hver 14. dag.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandling var opfyldt, og at beslutningen om depotbehandling efter en konkret vurdering opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten blev behandlet med samme præparat, men med en ineffektiv dosis, hvilket betød, at patienten fortsat var psykotisk.

Patientklagenævnet fandt endvidere - uanset at behandling med depotmedicin som udgangspunkt anses for den mest indgribende behandlingsform - at behandlingen konkret kunne godkendes.

Patientklagenævnet lagde herved vægt på en flerhed af forhold, herunder at patienten talrige gange havde været genindlagt på grund af medicinsvigt, at patienten var aggressiv og fysisk truende uden relevant behandling og fornyligt havde fået en behandlingsdom, samt at det ikke var muligt at samarbejde med patienten om relevant tabletbehandling, og depotbehandling derfor måtte anses som den mest effektive behandling af patienten. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at patienten tidligere var blevet behandlet med depotmedicin med god effekt, herunder aktuelt med injektion Serenase, dog i en for lav dosis.

Depotbehandling – skifte i depotpræparat med henblik på færre indgivelser uden forudgående tabletbehandling blev konkret godkendt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotinjektion Xeplion.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandlingen var opfyldt. Patientklagenævnet godkendte således behandlingen og godkendte, at behandlingen med et nyt depotpræparat startede uden forudgående prøvelse med tabletbehandling.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin i form af depot Rispolept Consta med god effekt, men at patienten ikke kunne kooperere til at komme hver 2. uge for at få sin depotmedicin, hvorfor det var nødvendigt at skifte depotpræparat til Xeplion, der gives en gang om måneden. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at Xeplion er meget lignende Risperdal, og at der derfor ikke var behov for at afprøve Invega som tablet.

Depotbehandling tilsidesat da muligheden for behandling i tabletform ikke var udtømt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotinjektioner Xeplion, subsidiært injektion Zyprexa.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandling var opfyldt, men at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Det var således Patientklagenævnets vurdering, at muligheden for medicinsk behandling i tabletform ikke var udtømt. Patientklagenævnet fandt endvidere, at dosis for det subsidiære præparat var udover sædvanlig dosering.

Det bemærkedes, at mindste middels princippet indebærer, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som mere indgribende middel end peroral behandling, samt at behandling med depotmedicin som udgangspunkt må anses for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skal være særlige grunde for at vælge denne behandlingsform.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten i forbindelse med to tidligere beslutninger om tvangsbehandling havde taget antipsykotisk medicin i tabletform, når patienten blev stillet overfor alternativet at få medicin ved indsprøjtning.

Patientklagenævnet bemærkede også, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behandling med Zyprexa i injektionsform er, at der senest efter 3 dage skiftes til oral behandling.

4. d. Tvangsbehandling – alvorlige bivirkninger

Tvangsbehandling ophørt, så snart en sjælden bivirkning var konstateret og identificeret

En patient klagede over, at tvangsbehandling med Serenase var fortsat, efter patienten havde fået bivirkninger ved behandlingen. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling, herunder at behandlingen ikke var ophørt på et tidligere tidspunkt.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandlingen var opfyldt. Patientklagenævnet fandt endvidere, at lægerne havde observeret bivirkninger ved behandlingen og forsøgt at modvirke de konstaterede bivirkninger.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at tvangsbehandlingen med Serenase ophørte, så snart lægerne havde fået mistanke om, at behandlingen var årsag til en meget sjælden bivirkning, malignt neuroleptikasyndrom.

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at oplysninger om bivirkninger ved behandlingen først var fremkommet få dage forinden behandlingen ophørte, samt at bivirkningssymptomerne til at starte med virkede af mere almen karakter, hvilket lægerne forsøgte at modvirke ved behandling med bivirkningsmedicin Lysantin.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at behandlingen med Serenase blev pauseret, så snart det viste sig, at bivirkningsmedicinen ikke havde en effekt, og at bivirkningerne ved behandlingen af Serenase var forværret. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at behandlingen med Serenase ophørte, da lægerne næste dag fik mistanke om, at patienten havde udviklet en meget sjælden bivirkning, malignt neuroleptikasyndrom.

Patientklagenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen og udstrækningen af behandlingen var i overensstemmelse med princippet om mindste middels princippet, idet forekomsten af bivirkninger blev observeret og var forsøgt modvirket bedst muligt, så snart de blev konstateret.

Tvangsbehandling med Leronex godkendt efter konkret vurdering

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. august 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling, herunder at der blev foretaget præparatskifte til behandling med tablet Leronex, og at der som led i behandlingen blev taget ugentlige blodprøver til kontrol af hvide blodlegemer, eventuelt med magt.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for tvangsbehandlingen var opfyldt. Patientklagenævnet fandt det også velbegrunder at foretage et præparatskifte til behandling med tablet Leronex. Patientklagenævnet fandt endvidere, at blodprøvetagning var en nødvendig forudsætning for og dermed et nødvendigt element ved gennemførelse af tvangsbehandling med Leronex.

For så vidt angik behandlingen med Leronex bemærkede Patientklagenævnet, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin i form af Zyprexa, Risperdal og senest Cisordinol, og selvom Cisordinol havde nogen effekt på patientens psykotiske symptomer, havde patienten svære bivirkninger ved præparatet.

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

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten havde været i behandling med flere andre antipsykotika, og at dette ikke havde haft tilstrækkelig effekt. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på patientens symptomatiske tilstand, at der havde været tale om en allerede længerevarende behandling uden tilstrækkelig effekt, samt at patienten i sin svært psykotiske tilstand udgjorde en aktuel og nærliggende fare for andre.

4. e. Tvangsbehandling – klagens opsættende virkning

Patientens klage skulle være tillagt opsættende virkning, da der ikke var begrundelse for andet

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling, men godkendte ikke at behandlingen var begyndt, inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Patientklagenævnet fandt, at det ikke havde været nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det var oplyst, at patienten ikke havde været i akut livsfare, men at begrundelsen for at starte behandlingen var, at patienten erfaringsmæssigt havde god effekt af behandlingen og tidligere havde været i stand til at fortsætte behandlingen i ambulant behandling.

Mistanke om delir – det var nødvendigt at starte behandlingen omgående

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 10. april 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling, og at behandlingen var begyndt, inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Patientklagenævnet fandt, at det var nødvendigt at træffe beslutningen og gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patientens liv eller helbred ellers ville være i væsentlig fare, uanset at patienten kun var blevet motiveret for behandlingen i én dag.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at patientens tilstand var så dårlig, at der var mistanke om, at patienten var på vej i delir grundet manglende søvn.

Patientens klage skulle være tillagt opsættende virkning, også selvom patienten først klagede efter behandlingen var begyndt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. august 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandlingen men godkendte ikke, at behandlingen var fortsat, efter patienten havde klaget, og inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Det fremgik af sagen, at patienten havde samtykket til frivillig behandling men med en dosis der havde utilstrækkelig virkning på patientens tilstand. Da det ikke lykkedes at motivere patienten til at fortsætte behandlingen med en højere dosis, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med det hidtidige præparat, dog med en højere maksimaldosis. Patienten tog medicinen første dag efter beslutningen om tvangsbehandling og gav ikke umiddelbart udtryk for et ønske om at klage. Dagen efter klagede patienten imidlertid over tvangsbehandlingen og ønskede ikke længere medicinen. Det var noteret i patientens journal, at klagen ikke skulle gives opsættende virkning.

Patientklagenævnet fandt, at patientens klage burde have givet opsættende virkning, og at tvangsbehandlingen skulle have været pauseret, indtil Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Patientklagenævnet henviste til, at en klage over tvangsbehandling som udgangspunkt har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at der ikke i journalen var beskrevet forhold, der indikerede, at patientens liv eller helbred var i fare, såfremt behandlingen blev udskudt til efter Patientklagenævnets afgørelse.

4. f. ECT-behandling

Tvangsbehandling med ECT godkendt

En patient klagede over tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte tvangsbehandlingen med ECT og godkendte, at tvangsbehandlingen begyndte, inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandling med elektrostimulation var opfyldt, idet patienten var tvangstilbageholdelig og befandt sig i en aktuell potentiel livstruende tilstand.

Patientklagenævnet lagde særligt lagt vægt på, at patienten forud for behandlingen var svært depressivt præget med psykotiske symptomer og svært forpint af tilstanden, og at det var den lægefaglige vurdering, at patienten var i en potentielt livstruende tilstand på baggrund af svær uro og yderst sparsom søvn.

4. g. Somatisk tvangsbehandling

Tvangsbehandling - sondeernæring uden opsættende virkning

En patient klagede over tvangsbehandling med sondeernæring. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. juni 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med ernæring og vitaminer, herunder nødvendig sondeanlæggelse og somatiske undersøgelser. Patientklagenævnet godkendte også, at behandlingen var begyndt, inden Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen.

Det følger af § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Patientklagenævnet fandt konkret, at patienten var i akut livsfare på grund af afmagring. Patientens BMI var 13, og patienten havde unormal lav hjerterytme. Det var endvidere vurderingen, at patienten var helt uden forståelse for alvoren i tilstanden. Patientklagenævnet fandt det endvidere retmæssigt, at behandlingen var startet, før end Patientklagenævnet havde truffet afgørelse i sagen, idet patienten var i akut livsfare.

Tvangsbehandling - sondeernæring

En patient klagede over tvangsbehandling med sondeernæring. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 24. oktober 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutning om tvangsernæring med sonde.

Patientklagenævnet fandt, at tvangsernæringen var foretaget med urette, da patienten havde en vægt, herunder havde haft vægtøgning i de forestående måneder, og patienten derfor ikke var akut truet på sit liv eller helbred.

Patientklagenævnet bemærkede, at tvangsernæring kun kunne gennemføres over for patienter, der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og hvor tvangsernæring er egnet til at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens helbred.

Patientklagenævnet henviste til § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, hvoraf det fremgår, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at personalet havde glemt at give patienten sin vanlige medicin, og at patienten derfor befandt sig i affekt på tidspunktet for tvangsbehandlingen. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at det ikke kunne afvises, at patienten kunne motiveres til at indtage mad og drikke, når medicinen var begyndt at virke, og patienten var ude af sit affektanfald.

Patientklagenævnet påtalte i øvrigt, at det ikke var overlægen, der traf beslutning om tvangsbehandlingen, og at der ikke forinden beslutningen blev truffet, var foretaget en egentlig motivation for frivillig behandling.

Somatisk tvangsbehandling – kirurgisk indgreb

En patient klagede over somatisk tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om somatisk tvangsbehandling i form af røntgenundersøgelse, gastroskopi og kirurgisk indgreb.

Det fremgår af sagen, at tvangsindgrebet var med henblik på at afklare patientens påstand om at have slugt en halv tandbørste og i så fald at fjerne denne. Patienten havde diagnosen Borderline og var tvangstilbageholdt med henblik på psykiatrisk behandling.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandlingen var opfyldt, idet patienten var i potentiel livsfare, da der var fare for, at den halve tandbørste ville perforere tarmen.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på patientens tilstand, og at patienten på ingen måde ønskede at samarbejde til udredning og behandling. Patientklagenævnet lagde også vægt på, at patienten havde været opereret flere gange tidligere efter at have slugt diverse effekter, herunder akut i forbindelse med at en genstand havde perforeret tarmen.

Patientklagenævnet bemærkede, at mindste middels princippet var iagttaget, idet patienten var forsøgt forklaret behovet for udredning og behandling og motiveret for frivillig behandling, førend beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Patientklagenævnet påså, at beslutningen om somatisk behandling med tvang blev truffet af både en psykiatrisk og en somatisk overlæge.

Somatisk tvangsbehandling – MR scanning af hjernen

En patient klagede over somatisk tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 8. maj 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om, at der skulle foretages en MR scanning af patientens cerebrum, og at der i den forbindelse kunne anvendes magt i form af fastholdelse og om nødvendigt generel anæstesi.

Patientklagenævnet fandt, at patienten var i potentiel livsfare, idet der var konkret mistanke om og fare for, at patienten led af en akut psykose i form af en hjerneorganisk lidelse, eksempelvis en hjernetumor.

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at patienten havde været svær at diagnosticere, og at det således var nødvendigt at foretage en MR scanning af hjernen for at afklare diagnosen. Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at patienten potentielt befandt sig i en tilstand, der udsatte patientens liv og helbred for væsentlig fare.

Patientklagenævnet bemærkede, at patienten var forsøgt motiveret forud for beslutningen om tvang.

Patientklagenævnet påså, at de øvrige betingelser for tvangsbehandling efter Psykiatrilovens § 13 var opfyldt.

Tvangsbehandling – ingen hjemmel til blodprøvetagning med tvang

En patient klagede over tvangsbehandling, og at der var taget blodprøver med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 17. januar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte overlægens beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke forud for beslutningen om tvangsbehandling var gjort forsøg på at motivere patienten til frivillig behandling.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at blodprøvetagning var foretaget med urette, da der på tidspunktet for blodprøvetagningerne ikke var truffet beslutning om tvangsbehandling.

Patientklagenævnet henviste til, at der ifølge praksis er hjemmel til at tage blodprøve med tvang, hvis blodprøvetagningen er en nødvendig forudsætning, og dermed kan betragtes som et nødvendigt element for gennemførelse af tvangsbehandlingen.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at patienten på tidspunktet for de tvangsmæssige blodprøvetagninger var i frivillig behandling – og at der altså ikke var truffet beslutning om tvangsbehandling. Patientklagenævnet fandt herefter ikke, at betingelserne for blodprøvetagning med tvang var opfyldt.

Tvangsbehandling – tilladt at tage blodprøve og EKG med tvang

En patient klagede over tvangsbehandling med depotpræparatet Leponex, herunder at der skulle tages blodprøver og EKG med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med depotpræparatet Leponex og godkendte, at patienten skulle have taget blodprøver og EKG som et nødvendigt element i gennemførelsen af behandlingen.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandlingen var opfyldt, og at blodprøvetagning og EKG kunne foretages med rette.

Patientklagenævnet lagde vægt på den lægefaglige vurdering, hvorefter blodprøver og EKG er at karakterisere som almindelige og nødvendige kontrolmålinger ved behandling med depotpræparatet Leponex, da behandlingen kan påvirke patientens levertal, antallet af blodlegemer og hjertet.

5. Beroligende medicin

Beroligende medicin – det skal dokumenteres, at betingelserne er opfyldt og mindste middels princippet er iagttaget

En patient klagede over at have fået beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 31. juli 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at indgivelse af beroligende medicin var foretaget med urette.

Patientklagenævnet fandt det ikke tilstrækkeligt dokumenteret, at betingelserne for at give det beroligende middel med tvang var opfyldt. Patientklagenævnet fandt heller ikke, at mindste middels princippet var anvendt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det ikke var dokumenteret, at der forud for indgivelse af beroligende medicin med tvang havde været gjort forsøg på at skærme patienten, tale patienten til ro eller at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Patientklagenævnet fandt ikke at kunne lægge afgørende vægt på, at en sygeplejeske fra afdelingen, der ikke havde været til stede ved tvangsanvendelsen, havde udtalt under patientklagenævnsmødet, at der havde været gjort forsøg ud fra mindste middels princippet, da dette ikke fremgik af patientens journal.

Beroligende medicin - præparat tilbudt til frivilligt indtag, var forskelligt fra det præparat, der blev givet med tvang

En patient klagede over at have fået beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at indgivelse af beroligende medicin var foretaget med urette.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke betingelsen om mindst indgribende foranstaltning for opfyldt ved indgivelse af beroligende medicin med tvang.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at der ikke var gjort tilstrækkeligt for at forsøge at berolige og korrigere patienten, herunder at patienten ikke havde fået tilbudt det beroligende middel, som senere blev givet med tvang.

Patientklagenævnet bemærkede, at patienten blev tilbudt patientens sædvanlige medicin i form af tablet Rivortril 0,5 mg, men fik injektion Abilify 9,75 mg i.m. samt injektion Stesolid 10 mg i.m med tvang, og at der således var stor forskel i såvel præparat og dosis for den medicin, patienten blev tilbudt, i forhold til den medicin patienten fik med tvang.

Beroligende medicin – det skal dokumenteres, at det konkrete præparat og den konkrete dosis er tilbudt patienten til frivilligt indtag

En patient klagede over at have fået beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at de materielle betingelser for at give beroligende medicin med tvang var opfyldt. Patientklagenævnet fandt imidlertid ikke, at betingelsen om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det ikke i journalen var dokumenteret, at patienten forud for indgivelsen af det beroligende middel med tvang var blevet tilbudt medicinen til frivillig indtagelse. Patientklagenævnet anførte i den forbindelse, at det forhold, at det er noteret i journalen, at patienten er informeret om sine rettigheder og om tvangsbehandling, ikke er tilstrækkelig dokumentation for, at patienten også er informeret om den konkrete behandling, inden beslutningen om indgivelse af det beroligende middel blev truffet.

Patientklagenævnet bemærkede, at patienten forud for tvangsanvendelse skal tilbydes samme præparat og dosis til frivillig indtagelse, således at patienten har haft mulighed for at overveje sin frivillige medvirken til det konkrete tiltag.

Beroligende medicin – det skal dokumenteres, at det konkrete præparat og den konkrete dosis er tilbudt patienten til frivilligt indtag

En patient klagede over at have fået beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke anvendelsen af det beroligende middel. Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for at give beroligende medicin med tvang var opfyldt. Patientklagenævnet fandt imidlertid, at betingelsen om mindst indgribende foranstaltning kun var opfyldt i et vist omfang.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at hospitalet forinden indgivelsen havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitet og tilbudt patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse. Det fremgik imidlertid ikke af journalen, at man forinden også havde forsøgt at tale patienten til ro. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke fremgik med sikkerhed, at der var identitet mellem den beroligende medicin, patienten blev tilbudt, og den beroligende medicin, der faktisk blev givet.

Patientklagenævnet bemærkede, at det ikke i journalen var anført noget om, hvilken medicin og hvilken dosis patienten blev tilbudt.

Beroligende medicin blev ikke godkendt, da der var tale om anvendelse af et i den henseende usædvanligt præparat og dosis uden nærmere begrundelse

En patient klagede over at have fået beroligende medicin med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 11. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke anvendelsen af Midazolam 15 mg i.m. som beroligende middel.

Patientklagenævnet fandt, at de materielle betingelser for at give beroligende medicin med tvang og betingelsen om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at der ved anvendelse af Midazolam 15 mg i.m. var tale om et ikke sædvanligt præparat i sædvanlig dosering.

Patientklagenævnet bemærkede, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, "at der generelt ikke benyttes Midazolam i beroligende øjemed på grund af vejrtrækningsproblemer. Bruges det i enkelte tilfælde ved "akut beroligende medicinering" er det "off label". Man kan behandle "off label" med Midazolam, men så skal patienten observeres intenst, så der ikke er risiko for, at patienten lider skade"

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at der ikke i journalen var angivet en specifik grund til anvendelse af præparat og dosis, og at der ikke i journalen var oplysninger om efterfølgende observation af patienten.

6. Fysisk magtanvendelse

Manglende dokumentation for nødvendigheden i at anvende fysisk magt – og beroligende medicin

En patient klagede over, at der havde været udøvet fysisk magt over for patienten ved overførelse til lukket afdeling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. juli 2013.

Patientklagenævnet fandt ud fra sagens samlede oplysninger, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke havde været opfyldt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patientens oplysninger om hændelsesforløbet var uimodsagt, herunder oplysninger om at patienten trak sig og gik tilbage til sin stue. Patientklagenævnet lagde også vægt på, at der ikke i journalen var en beskrivelse af, hvordan situationen udviklede sig. Patientklagenævnet bemærkede, at det således ikke var godtgjort, at patienten på tidspunktet for magtanvendelsen udgjorde en nærliggende konkret og påviselig fare for andre, selvom patienten umiddelbart før magtanvendelse fremstod affektpræget, virkede anspændt, sitrende og rystende. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at det heller ikke var godtgjort, at en mindre indgribende foranstaltning konkret ikke kunne have været anvendt, således at det ikke var nødvendigt at fastholde patienten og føre denne til lukket afdeling.

Da det ikke fremgik af journalen, at der var gjort forsøg på at berolige patienten ved mindre indgribende foranstaltninger tilsidesatte Patientklagenævnet også, at der kort tid efter den fysiske magtanvendelse blev givet et beroligende middel med tvang.

Fysisk magtanvendelse blev godkendt uanset manglende tvangsprotokol

En patient klagede over, at der havde været udøvet fysisk magt over for patienten. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 5. juli 2013.

Patientklagenævnet fandt, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt havde været opfyldt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det konkret var nødvendigt at fastholde patienten og fravriste patienten sin telefon for at undgå, at patienten indgik handler og kompromitterede sig, samt for at få patienten til at falde til ro. Patientklagenævnet lagde hertil vægt på, at patienten igennem flere timer havde talt i telefon med forskellige personer, bl.a. en ejendomsmægler.

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at personalet forinden havde forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger uden held, samt at der kun blev anvendt fysisk magt i ganske få minutter, og at tvangen ophørte, straks personalet havde taget patientens telefon. Patientklagenævnet vurderede, at der ikke ved tvangsindgrebet blev anvendt unødigt magt.

Patientklagenævnet fandt det ikke udslagsgivende for den foreliggende konkrete afgørelse, at der ikke forelå en tvangsprotokol vedrørende den fysiske magtanvendelse, og fandt således ikke, at dette kunne føre til et andet resultat.

Fysisk magtanvendelse foretaget med urette

En patient klagede over, at der havde været udøvet fysisk magt over for patienten. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse i sagen den 18. juli 2013.

Patientklagenævnet godkendte ikke anvendelsen af fysisk magt.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten havde sparket mod døren og herefter var gået ind på sin stue og dermed efterkom en anmodning fra personalet om at gå ind på sin stue.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at det implicerede personale efterfølgende havde erkendt, at fastholdelsen kunne være undgået, dersom personalet havde trukket sig fra patienten, da der i situationen ikke forelå en nærliggende fare for nogen. Patientklagenævnet vurderede på denne baggrund, at der havde været mulighed for at gøre brug af mindre indgribende foranstaltninger med henblik på at dæmpe konflikten.

7. Personlig skærmning

Beslutninger om udgang og besøg er at betragte som indgreb på grundlag af anstaltsforhold

En patient klagede over at have været personligt skærmet. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 28. maj 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle patientens klage over personlig skærmning, idet Patientklagenævnet ikke fandt, at patientens ophold eller skærmning på egen stue eller fratagelse af muligheden for udgang og besøg var personlig skærmning i Psykiatrilovens forstand.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at patienten ikke havde haft fast vagt i den forstand, at personale konstant havde opholdt sig i umiddelbar nærhed af patienten. Patientklagenævnet henviste til Psykiatrilovens § 35.

Klage over personlig skærmning afvist – da der ikke var tale om konstant opsyn

En patient klagede over at have været personligt skærmet. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. september 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle patientens klage over personlig skærmning, idet Patientklagenævnet fandt, at den skærmning, patienten havde oplevet, ikke var personlig skærmning i psykiatrilovens forstand.

Patientklagenævnet lagde ved afgørelsen vægt på oplysninger om, at personalet ikke havde befundet sig i umiddelbar nærhed af patienten konstant men efter skøn havde trukket sig, ligesom patienten ikke havde været under opsyn ved f.eks. toiletbesøg eller badning.

Om sondringen mellem tvangsindgreb efter psykiatriloven og indgreb på grundlag af anstaltsforhold

En patient klagede over at have været personligt skærmet. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. november 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at der var tale om en skærmning i Psykiatrilovens forstand. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte endvidere skærmningen igennem ca. 5 uger.

Det fremgik af sagen, at patienten forud for skærmningen havde været bæltefikseret i mere end 14 dage efter hårdhændet at have overfaldet en medpatient. Det fremgik af lægeerklæringen i sagen, at det var overlægens opfattelse, at der havde været tale om en skærmning på grundlag af anstaltsforhold, og at der derfor ikke var truffet beslutning om personlig skærmning.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at der ud fra en konkret formålsfortolkning af skærmning i psykiatrien var tale om en personlig skærmning i psykiatrilovens forstand.

Patientklagenævnet bemærkede, at formålet med bestemmelsen i psykiatrilovens § 18d om personlig skærmning netop er, at patienten skulle have mulighed for at klage, dersom personale vedvarende befinder sig i patientens nærhed, og patientens selvbestemmelse over længere tid blev begrænset som følge af skærmningen.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at overlægen havde besluttet, at to personalemedlemmer konstant skulle befinde sig i umiddelbar nærhed af patienten for at afholde patienten fra at gøre skade på andre. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at personalet opholdt sig umiddelbart uden for patientens stue, og at døren primært skulle stå åben. Det var efter Patientklagenævnets vurdering uden betydning, om personalet havde været udenfor eller inde på patientens stue. Patientklagenævnet tillagde det derimod afgørende vægt, at personalet i medfør af skærmningen havde mulighed for hurtigt at reagere på patientens adfærd.

8. Døraflåsning på sikringsanstalt

Aflåsning på grundlag af behandlings- og sikkerhedsmæssige forhold godkendt

En patient klagede over, at der var foretaget døraflåsning. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. oktober 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte aflåsning af patientstue, dels for at etablere de nødvendige faste rammer i behandlingen, dels for at skærme patienten mod for mange stimuli, og dels fordi patienten udgjorde en nærliggende fare for sig selv eller andre for at lide skade på legeme og helbred.

Patientklagenævnet lagde afgørende vægt på, at patienten havde talt om overfald på personalet og havde virket latent aggressiv og konfliktsøgende samt direkte truende. Patientklagenævnet lagde også vægt på, at patienten var tiltagende psykotisk og svært paranoidt tolkende, uberegnelig og uden indsigt i egen reaktionsmåde.

Patientklagenævnet bemærkede, at kravet om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt, da personalet havde forsøgt men uden held at afværge situationen på anden vis.

B. Det Psykiatriske Patientklagenævns kritiske bemærkninger

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

De kritiske bemærkninger er nedenfor søgt rubriceret i nogle hovedkategorier.

Ofte forekommende kritisk bemærkning:

Mangelfuld journalføring

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

Langsommelig fremsendelse af patienters klage.

Nævnet har i flere sager måtte udtale kritik af, at sygehuset ikke snarest muligt efter at have modtaget en klage videresender denne til nævnet med de fornødne akter. Ifølge Nævnets faste praksis har sygehuset maksimalt fem hverdage til at udarbejde en lægeerklæring og fremsende sagens akter til Det Psykiatriske Patientklagenævn. I sager, hvor der klages over tvangsbehandling med opsættende virkning eller tvungen opfølgning efter udskrivning, kan det forekomme, at indsendelsesfristen afkortes for at efterkomme de givne indsendelsesfrister.

Nævnet har således kritiseret, at klagen først indkom til Det Psykiatriske Patientklagenævn 10 dage efter, at den var fremsat.

I en anden sag kritiserede Nævnet, at der gik tre uger fra klagen var modtaget, til overlægen udfærdigede en lægeerklæring.

De psykiatriske centre har pligt til at underrette patientrådgiveren, når der udøves tvangsindgreb

Nævnet fandt det kritisabelt, at patientrådgiveren ikke var blevet orienteret om tvangstilbageholdelse af sin patient, jf. psykiatrilovens § 24, stk. 1.

Kritiske bemærkninger i forbindelse med tvangsbehandling

Nævnet har påtalt, at det ikke fremgik af journalen, at beslutningen om at tvangsbehandle patienten var truffet en anden dag, end det fremgik af tvangsprotokollen.

Nævnet tog til efterretning, at der var tale om en fejl, og anså datoen i tvangsprotokollen som beslutningsdatoen.

Nævnet har endvidere påtalt, at dato og lægeunderskrift ikke fremgik af motivationsskemaet for behandling med antipsykotisk medicin.

Kritiske bemærkninger i forbindelse med tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Nævnet har udtalt kritik af, at tvangsprotokollen måtte være ført forkert, idet det i tvangsprotokollen var oplyst, at revurderingen på 10. dagen var gennemført på en anden dag, end den som fremgik af journalen.

Nævnet har adskillige gange udtalt kritik i form af at erklære en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse for ulovlig i en periode, fordi de lovbestemte revurderinger ikke var foretaget på de i psykiatriloven fastsatte tidspunkter.

Kritiske bemærkninger ved tvangsfikseringer

Nævnet har udtalt kritik af, at der ikke havde været foretaget fire daglige tilsyn i forbindelse med en tvangsfiksering.

Nævnet har desuden bemærket, at mindste middels princippet burde have været inddraget mere i overvejelserne. Principielt burde hvert tilsyn indeholde overvejelser omkring mindste middels princippet. Men som en begyndelse på en skærpet praksis for dette område har Nævnet krævet, at i hvert fald den eksterne 48-timers/uge revurdering indeholder fyldestgørende stillingtagen til, hvor vidt mindste middels princippet har været iagttaget.

I forbindelse med revurdering af tvangsfiksering, kan det ikke være den ansvarshavende overlæge på afdelingen, der forestår 48 timers tilsynet, da dette ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 21, stk. 5. Tilsynet skal udføres af en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, og denne uvildige læge skal foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering.

Mangelfuld journalføring om patientens adfærd før tvangsfikseringen har givet anledning til direkte – og ikke mindst indirekte kritik ved, at Nævnet simpelthen ikke har kunnet godkende tvangsfikseringen. Der er et udtalt behov for, at der fra hospitalets/centrets side strammes op på beskrivelserne af situationen, der ligger op til tvangsfikseringens iværksættelse.

C. Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn

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

Ankenævnet har ændret flere af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser og har herunder bl.a. slået fast, at motivation skal foretages forud og op til beslutningen om tvangsbehandling, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, der starter forfra, når patienten igen afviser behandling, at der skal motive-res for hele den primære behandling, der senere træffes beslutning om, herunder eventuelt dosisinterval, at patienten skal informeres, hvis dosis går ud over sædvanlig dosis, og at dette skal journalføres. Ankenævnet har i flere afgørelser understreget, at hele tvangsbeslutningen inkluderende det subsidiaire præparat skal fremgå af tvangsprotokollen, og der skal være henvisning i journalen til tvangsprotokollen. Ankenævnet har også påpeget, at tvangsprotokollen for den påklagede tvangsbehandling er nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvang opfylder psykiatrilovens betingelser herfor, da det er ved udfyldelse af tvangsprotokollen, at der bliver taget endelig stilling til den samlede beslutning om tvangsbehandling.

1. Tvangsbehandling – motivation – Ankenævnet

Motivation skal foretages forud for og op til beslutningen om tvangsbehandling

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 23. maj 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 29. august 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var tilbudt behandling med Risperdal 1 mg med mulig øgning til 6 mg fra den 30. april til den 3. maj 2013. Det fremgik imidlertid ikke af journalen, at patienten blev motiveret den 4. og den 5. maj 2013, inden beslutningen blev truffet den 6. maj 2013.

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

Det var endvidere Ankenævnets opfattelse, at der ikke af journalen fremgik forhold, der kunne medføre, at den 4. og 5. maj 2013 kunne betragtes som betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 6. maj 2013, idet der eksempelvis ikke fremgik oplysninger om, at patienten på anden vis blev orienteret om, at der fortsat var behov for antipsykotisk behandling.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke forelå en situation med nærliggende fare for patientens liv eller helbred, at behandlingen kunne iværksættes akut og således uden motivation i dagen op til beslutningen om tvangsbehandling af patienten.

Der skal motiveres op til beslutningen – vigtigt, at tvangsprotokol udfyldes korrekt

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 9. oktober 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Zypadhera depot 300 mg/14. dag intramuskulært, eventuelt faldende.

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

Det fremgik af tvangsprotokollen, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med "injektion Zypadhera depot 300 mg/14. dag intramuskulært eventuelt ..."

Ankenævnet bemærkede, at tvangsprotokollen ikke var dateret eller signeret af en overlæge.

Ankenævnet oplyste, at tvangsprotokollen skulle være dateret og signeret af en overlæge.

Det fremgik af lægeerklæringen, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Zypadhera depot 300 mg/14. dag intramuskulært eventuelt faldende.

Det fremgik af journalen, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Zypadhera depot 300 mg/14. dag intramuskulært, eventuelt faldende.

Ankenævnet fandt det kritisabelt, at tvangsprotokollen ikke var dateret og signeret af en overlæge.

Det fremgik af journalen, at patienten fik tilbudt behandling med injektion Zypadhera 300 mg hver 14. dag fra den 26. til den 28. september 2013, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 30. september 2013.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret for behandlingen op til beslutningen om tvangsbehandling den 30. september 2013.

Betænkningstid på 2 dage godkendes - tvangsprotokol skal udfyldes korrekt, og der skal henvises til tvangsprotokollen i journalen

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 30. oktober 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt, at patienten havde fået en passende betænkningstid, idet patienten var blevet motiveret for frivillig behandling i to dage, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet bemærkede, at tvangsprotokollen ikke var dateret, og at der ikke var henvisning til tvangsprotokollen i journalen. Der var endvidere ikke anført dato for overlægens stillingtagen eller ordinerende læges navn eller en begrundelse for ordinationen.

Ankenævnet kritiserede derfor, at tvangsprotokollen var mangelfuld og præciserede, at journalen også skal indeholde en henvisning til tvangsprotokollen, samt at tvangsprotokollen skal indeholde dato for beslutning, dato for overlægens stillingtagen, den ordinerende læges navn og begrundelse for ordinationen.

Ankenævnet fandt i den konkrete sag, at det kunne lægges til grund, at beslutningen om tvangsbehandling blev truffet af overlægen med den begrundelse, som var anført af overlægen i journalen.

Frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, således at den tidligere motivation ikke medregnes

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 4. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 3. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Det fremgik af journalen, at patienten den 20. februar 2013 fik tilbudt behandling med tablet Seroquel 50 mg med stigning op til 200 mg afhængig af effekt og bivirkninger.

Den 21. februar 2013 var det noteret i journalen, at der blev tilbudt tablet Seroquel i de tidligere angivne doser, uden at det fremgik konkret, hvad der blev motiveret for.

Det var ankenævnets opfattelse, at en patient skulle tilbydes en konkret behandling, og at det skulle fremgå af journalen, at der var motiveret for hele dosisintervallet.

Den 22. februar 2013 blev patienten tilbudt behandling med tablet Seroquel 50 mg med stigning op til 200 mg afhængig af effekt og bivirkninger.

Den 23. februar 2013 kl. 10.20 blev patienten motiveret for behandling med tablet Seroquel 50 mg med stigning op til 200 mg afhængig af effekt og bivirkninger, hvilket patienten afviste. Herefter blev der straks truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen for den 23. februar 2013, at patienten den 22. februar 2013 havde indtaget Seroquel 50 mg frivilligt kl. 16.10, men at dette ikke var blevet journalført.

Det var Ankenævnets opfattelse, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbrød motivationen, således at den tidligere motivation ikke medregnedes, såfremt patienten på ny afviste at modtage medicin.

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at da patienten igen afviste motivation for behandling med Seroquel den 23. februar 2013 kl. 10.20, blev motivationen startet på ny, hvorfor patienten alene blev motiveret den 23. februar 2013, inden der den 23. februar 2013 blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Motivationsfase afbrydes, når patienten tager medicin frivilligt og starter forfra, når patienten igen afviser

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 15. oktober 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Beslutning om tvangsbehandling blev truffet med tablet Seroquel 50 mg stigende til 800 x 1 dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg x 1, max x 3 dagligt, begge præparater stigende efter effekt og bivirkninger.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen med tablet Seroquel 50 mg stigende til 800 x 1 dagligt fra den 4. til den 7. oktober 2013, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 8. oktober 2013.

Ankenævnet bemærkede, at patienten modtog behandling med Seroquel 50 mg frivilligt fra den 4. til den 6. oktober 2013, og at patienten tog imod behandling med tablet Seroquel 25. mg den 8. oktober 2013.

Det fremgik af motivationsskemaet, at patienten den 7. oktober 2013 kl. 22.00 afviste motivation for tablet Seroquel 50 mg stigende til 800 x 1.

Ankenævnet oplyste, at motivationsfasen afbrydes, når en patient modtog behandlingen frivilligt. Motivationsfasen startede forfra, når patienten igen afviste motivationen. Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at patienten alene blev motiveret for behandlingen med tablet Seroquel 50 mg stigende til 800 x 1 den 7. oktober 2013 kl. 22.00, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet den 8. oktober 2013 kl. 11.00. Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at patienten blev motiveret under et døgn. Ankenævnet fandt derfor, at patienten ikke fik en passende betænkningstid.

Motivation skal ske uden afbrydelse

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 27. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 3. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Det fremgik af journalen, at patienten fik tilbudt behandling med tablet Seroquel gennem 0 dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for tablet Seroquel 100 mg i stigende dosering til max 800 mg den 16. og 17. marts 2013. Ankenævnet bemærkede videre, at det fremgik af journalen, at der blev talt med patienten den 18. marts 2013.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten i betænkningstiden dagligt skulle tilbydes medicin til frivillig indtagelse i op til tre sammenhængende dage uden afbrydelse, og at den fosøgte motivation skulle journalføres.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik, at patienten blev motiveret for tablet Seroquel den 18. marts 2013.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen den 18. marts 2013, at motivationen og lægesamtalerne var forvirrende for patienten.

Der skal motiveres for hele dosisintervallet

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 9. oktober 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 3. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten var tilbudt behandling med Cisordinol depot 100 mg, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid Cisordinol Depot 100 mg x 1 hver 7. dag justeret efter effekt og bivirkninger.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om.

Ankenævnet bemærkede, at patienten blev motiveret fra den 6. til den 8. oktober 2012, men da der ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet, kunne dette ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 9. oktober 2012.

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten burde have haft en passende betænkningstid i forhold til, om patienten ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der

var tale om behandling med Cisordinol depot 100 mg x 1 hver 7. dag justeret efter effekt og bivirkninger i stedet for Cisordinol depot 100 mg.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret for den dosis, som beslutningen vedrørte.

Beslutning om dosis, der er mindre end den dosis, der er motiveret for, indebærer, at der skal gives patienten en passende kort betænkningstid med henblik på frivillighed – krav om identitet

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 8. januar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. maj 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten havde fået tilbudt behandling med tablet Abilify 10 mg eventuelt stigende op til 20 mg afhængig af effekt og bivirkninger i tre dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tvangsbehandling med tablet Abilify 10 mg x 1.

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

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten burde have haft en passende kort betænkningstid i forhold til, om patienten ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der var tale om behandling med tablet Abilify 10 mg x 1, i stedet for tablet Abilify 10 mg eventuelt stigende op til 20 mg afhængig af effekt og bivirkninger.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret for den lavere dosis, som beslutningen vedrørte.

Der skal være identitet mellem motivering og beslutning

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 6. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 24. juni 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten havde fået tilbudt behandling med Olanzapin 10 mg stigende til max 20 mg i perioden fra den 25. til og med den 28. februar 2013, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 28. februar 2013. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid Olanzapin 10 mg.

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

Det var Ankenævnets opfattelse, at patienten burde have haft en passende kort betænkningstid i forhold til, om patienten ønskede at modtage behandlingen frivilligt, når der var tale om behandling med Olanzapin 10 mg i stedet for Olanzapin 10 til 20 mg. Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der alene var forsøgt motiveret for den lavere dosis på 10 mg.

Der skal motiveres for det fulde dosisinterval, der træffes beslutning om

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 11. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify 10 mg justeret efter virkninger og bivirkninger inden for dosisinterval, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m.

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

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for 10 mg Abilify, og at der samtidig blev informeret om et dosisinterval på 5 mg stigende til max 30 mg.

Patienten havde således fået tilbudt behandling med tablet Abilify 10 mg med oplysning om mulighed for ændringer ned til 5 mg og op til max 30 mg dagligt fra den 25. til den 28. februar 2013, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 1. marts 2013. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Abilify 10 mg stigende til 30 mg og ikke det fulde dosisinterval, der var motiveret for (5-30 mg). Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte.

Der skal motiveres for hele dosisintervallet og ikke kun for startdosis

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 16. maj 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 25. juni 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten havde fået tilbudt behandling med Zyprexa 7,5 mg i mere end tre dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Zyprexa 7,5 mg til 20 mg.

Ankenævnet fandt herefter, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 2. maj 2012.

Ankenævnet bemærkede, at patienten blev motiveret i mere end tre dage, men da der ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet, kunne dette ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 2. maj 2012.

Ankenævnet bemærkede videre, at patienten på dagen for beslutningen om tvangsbehandling blev orienteret om, at øgning ud over 7,5 mg kunne blive nødvendigt.

Det var således Ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet patienten burde have været motiveret for hele dosisintervallet for det primære præparat i motivationsperioden, samt at det ikke var tilstrækkeligt at orientere patienten om en yderligere stigning fra 7,5 mg til 20 mg på dagen for beslutningen om tvangsbehandling.

Motivation skal være ensartet hver dag helt op til beslutningen

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 23. maj 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 4. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Patienten havde fået tilbudt behandling med Cisordinol dråber 10 mg med mulighed for stigning til 20 mg den 10. og 11. maj 2013, samt Cisordinol 10 mg den 12. maj 2013, inden der den 13. maj 2013 blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte Cisordinol 10 mg med mulighed for øgning til 20 mg.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der havde været givet en ensartet motivation i dagene op til beslutningen om tvangsbehandling, samt at der dagen inden beslutningen om tvangsbehandling alene blev motiveret for startdosis.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at der var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene var motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 13. maj 2013.

Ankenævnet bemærkede, at patienten var blevet motiveret den 8. maj 2013 samt fra den 10. til den 12. maj 2013, men da der ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet hver dag, kunne dette ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 13. maj 2013.

Motivering skal være tilstrækkelig klar og entydig

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. maj 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel 50 mg én gang dagligt stigende til 750 mg fordelt på to doser afhængig af virkninger og bivirkninger. Subsidiært injektion Zyprexa 10 mg én gang dagligt med øgning til to gange dagligt afhængig af virkning og bivirkninger.

På mødet med Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste patienten at være orienteret om dosisintervallet i forbindelse med motivationen, og at patienten således var klar over, at beslutningen omfattede doser fra 50-750 mg dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at det først fremgik af journalen den 3. maj 2013, at der var tale om op til 800 mg.

Ankenævnet bemærkede videre, at det fremgik af både motivationsarket og journalnotet af 6. maj 2013, at patienten var motiveret for Seroquel 50 mg i fire dage.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at det ikke kunne lægges til grund, at patienten dagligt i perioden fra den 3. til den 6. maj 2013 blev motiveret på en tilstrækkelig klar og entydig måde for tablet Seroquel i dosisintervallet 50 til 750 mg, uanset at han ved Det Psykiatriske Patientklagenævns møde oplyste, at han var orienteret om dosisintervallet og var klar over, at beslutningen omfattede doser fra 50 til 750 mg dagligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at journalen blev udfærdiget i umiddelbar tilknytning til behandlingen, og at det derfor kunne lægges til grund, at oplysningerne i journalen var udtryk for, hvad der var givet af information i forbindelse med motivationen.

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

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

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

Det var Ankenævnets opfattelse, 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 50-750 mg i stedet for 50-800 mg.

Ankenævnet fandt således, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret for en lavere maksimal dosis.

2. Tvangsbehandling – dosis – Ankenævnet

Overskridelse af begyndelsesdosis godkendt – det, der var noteret i journal og lægeerklæring, gik forud for tvangsprotokol – hele beslutningen skal fremgå af journal og af tvangsprotokollen – tvangsprotokollen er nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvangsbehandling opfylder psykiatrilovens betingelser for tvangsbehandling – begrundelse for depot

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 20. februar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet tiltrådte ved afgørelse af 27. juni 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde fået en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at han fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen med injektion Serenase Dekanoat 100-300 mg i.m. hver tredje uge justeret efter effekt og bivirkninger, initialt mixtur Serenase 10-30 mg i den første uge fra den 12. til den 14. februar 2013, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 14. februar 2013.

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

Ankenævnet bemærkede, at der var uoverensstemmelse mellem journalen og tvangsprotokollen om indholdet af tvangsbeslutningen den 14. februar 2013.

Det fremgik af tvangsprotokollen, at der blev truffet beslutning om behandling med injektion Serenase Dekanoat 100-300 mg i.m. hver tredje uge justeret efter effekt og bivirkninger, initialt mixtur Serenase 10-30 mg i den første uge fra den 12 til den 14. februar 2013.

Det fremgik dog af journalen den 14. februar 2013 samt lægeerklæringen, at der blev besluttet injektion Serenase Dekanoat 100-300 mg i.m. hver tredje uge justeret efter effekt og bivirkninger, initialt mixtur Serenase 10-30 mg i den første uge, subsidiært injektion Serenase 7,5 - 15 mg i.m. x 1 indtil depotet blev frigivet og dermed virkede. Det fremgik videre, at patienten blev informeret om det subsidiære præparat.

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Serenase Dekanoat 100-300 mg i.m. hver tredje uge justeret efter effekt og bivirkninger, initialt mixtur Serenase 10-30 mg i den første uge, subsidi-

diært injektion Serenase 7,5 - 15 mg i.m. x 1 indtil depotet blev frigivet og dermed virkede, uanset at dette ikke fremgik af tvangsprotokollen.

Ankenævnet understregede, at hele tvangsbeslutningen inkluderende det subsidære præparat med dosisinterval skulle fremgå af tvangsprotokollen.

Det var Ankenævnets opfattelse, at tvangsprotokollen for den påklagede tvangsbehandling var nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvang opfyldte psykiatrilovens betingelser herfor, da det var ved udfyldelse af tvangsprotokollen, at der blev taget endelig stilling til den samlede beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet præciserede, at den subsidære behandling initieret med injektion Serenase 7,5- 15 mg i.m. x 1 burde have fremgået af journalen.

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

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at dosis ved behandling med injektion Serenase Dekanoat er individuel i området 50-300 mg i.m. hver 3.-4. uge.

Ankenævnet bemærkede, at der blev besluttet tvangsbehandling med initialt mixtur Serenase 10 til 30 mg x 1, subsidært injektion Serenase 7,5 til 15 mg i den første uge, hvilket indebar en fravigelse af den administration af præparaterne, som fremgår af pro.medicin.dk, hvor dosis ved tablet/mikstur behandling med Serenase var 2-10 mg tre gange dagligt og halvdelen af den påtænkte orale dosis ved injektion.

Ankenævnet havde dog konkret lagt vægt på, at det fremgik af oplysningerne i journalen, at patienten var svært sindssyg og tidligere havde været velbehandlet på store doser af antipsykotisk medicin.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Serenase samt Serenase Dekanoat er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, og at de besluttede doseringer lå inden for den på medicinoversigten angivne dagsdosis.

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

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Serenase i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet havde i den forbindelse lagt vægt på, at patienten ifølge journalen tidligere var forsøgt behandlet med peroral medicin gentagne gange, men ikke havde kunnet samarbejde om det.

Ankenævnet har i 2013 i en række tilfælde taget stilling til spørgsmålet om dosering over sædvanligt dosisinterval, herunder slået fast, at dosering over sædvanligt dosisinterval kræver særlig begrundelse og information af patienten.

Patienten skal orienteres om, at en beslutning omfatter dosis ud over sædvanligt dosisinterval, og dette skal journalføres

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. februar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 27. maj 2013 det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte tablet Abilify 5 mg justeret efter effekt og bivirkninger til maksimalt 30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur Abilify sædvanligvis er 10-15 mg én gang dagligt og vedligeholdelsesdosis 15 mg én gang dagligt. Maksimalt 30 mg dagligt. Dosis ved injektionsbehandling er 9,75 mg dybt i.m. Dosis kunne gentages efter behov efter mindst to timer. Der kan højst gives tre injektioner dagligt.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at Abilify er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering ikke er almindelig og går ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

Det var Ankenævnets opfattelse, at det skulle begrundes konkret i journalen, såfremt der blev ordineret en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering, som angivet på pro.medicin.dk., og at patienten skulle informeres om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk., at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur Abilify sædvanligvis er 10-15 mg en gang dagligt og vedligeholdelsesdosis 15 mg en gang dagligt, men at der blev besluttet en dosis på 30 mg.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at det i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis, som angivet på pro.medicin.dk.

Ankenævnet fandt derefter ikke, at det af journalen konkret fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligeledes fremgik det ikke, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet nævnte, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men at en sådan eventuel begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Kravet om information til patienten om højere dosis samt begrundelse herfor gælder også ved initial dosis

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 4. juli 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 21. november 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal 2 mg x 1 dagligt med mulighed for at øge op til 6 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg x 1 i.m. dagligt.

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

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

Nævnet lagde vægt på, at Risperdal samt Abilify er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at den besluttede dosering af Risperdal gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig initial dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at der i journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige initiale dosis, som angivet på pro.medicin.dk.

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

Ankenævnet nævnte, at en højere startdosis end den sædvanlige kunne være velbegrundet, men at en sådan eventuel begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Begrundelse i journal for tabletbehandling med Zyprexa ud over sædvanlig dosis, men inden for maksimal dosis, begrunder ikke behandling med Zyprexa i injektionsform i dosis 30 mg stigende til 40 mg, der svarer til en fordobling af sædvanlig dosis.

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 1. maj 2012

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 27. maj 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Beslutningen om tvangsbehandling indebar behandling med Zyprexa 30 mg dagligt som efter effekt og bivirkninger kunne øges til max 40 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 30 mg dagligt.

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

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

Ankenævnet bemærkede, at doseringen af tablet Zyprexa gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis.

Ankenævnet fandt imidlertid, at det i journalen var konkret begrundet, at der var behov for højere tabletbehandling, da det var anført, at patienten havde modtaget behandling med 25 mg Zyprexa dagligt, hvilket patienten havde tålt godt, men som havde haft en utilstrækkelig virkning på hende.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af sædvanlig dosering i forhold til injektionsbehandlingen, da der blev ordineret 30 mg op til 40 mg, medens sædvanlig injektionsdosis i henhold til pro.medicin.dk er 10 mg to gange dagligt.

Ankenævnet lagde hertil vægt på, at der ikke i journalen var beskrevet særlige forhold i form af overhængende fare for patienten eller andre eller manglende tolerans af andre præparater, som i konkrete tilfælde ville kunne begrunde en dosis ud over det sædvanlige.

Det var hertil Ankenævnets opfattelse, at begrundelsen i journalen for at beslutte en tabletbehandling ud over sædvanlig dosis, men inden for maksimal angivet dosis, ikke

var tilstrækkelig til at begrunde en subsidær behandling med injektion Zyprexa 30 mg stigende til max 40 mg, svarende til en dosis på op til en fordobling af sædvanlig dosis i henhold til pro.medicin.dk.

To dages betænkningstid blev anset som passende – den høje dosis var ikke begrundet, og patienten var ikke orienteret om, at beslutningen omfattede dosis ud over sædvanligt dosisinterval

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 22. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 3. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt, at patienten havde fået en passende betænkningstid, da det var dokumenteret i journalen, at han fik lejlighed til at overveje sit samtykke til behandlingen med tablet Olanzapin fra den 16. til den 17. marts 2013, før beslutning om tvangsmedicinering med tablet Zyprexa 10 + 20 mg dagligt stigende til max 40 mg dagligt med dosisjustering efter klinisk effekt, bivirkninger og serumværdi blev truffet den 18. marts 2013. Alternativt injektion Zyprexa 10 mg i.m. stigende til max døgndosis 20 mg med dosisjustering efter klinisk effekt, bivirkninger og serumværdi.

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

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Olanzapin/Zyprexa er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at de besluttede doseringer går ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering.

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

Det var således Ankenævnets opfattelse, at det ikke af journalen klart fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på

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

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget 40 mg Zyprexa, og bemærkede, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men at en sådan begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Dosis for det subsidære præparat må ikke overstige sædvanlig dosis, som angivet i pro.medicin.dk uden særlig forklaring

Patienten klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 6. september 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 21. februar 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med dråber Cisordinol 20 mg, subsidiært injektion Serenase 7,5 mg samt injektion Akineton 2,5 mg mod bivirkninger.

Ankenævnet oplyste, for så vidt angik Serenase, at det af medicinoversigten på pro.medicin.dk fremgår, at Serenase bliver givet i doseringen 2-10 mg tre gange daglig. Injektioner bliver givet i halvdelen af den påtænkte orale dosis.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Cisordinol, Serenase og Akineton er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at de besluttede doseringer af Serenase går ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

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

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

Ankenævnet var opmærksom på, at patienten tidligere havde modtaget 40 mg Zyprexa, og bemærkede, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

Dosis over tablet 400 mg Amisulprid (Solian) skal fordeles på 2 doser – injektion Zyprexa 20 mg i.m. skal fordeles på 2 doser

Patienten klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. juni 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 17. december 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Der var truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Amisulprid 400 mg, dosisinterval 400-800 mg x 1, alternativt injektion Zyprexa 10 mg, dosisinterval 10-20 mg x 1, samt anført en uddybende begrundelse i form af: "Patienten er svært produktivt psykotisk".

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis ved Amisulprid er 400-800 mg dagligt. Dosis kan øges til 1200 mg dagligt. Døgndoser over 400 mg bør fordeles på to doser.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en døgndosis på 400-800 mg var sædvanlig, men at døgndoser over 400 mg skulle fordeles på to doser.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis ved i.m. behandling med Zyprexa var 5-10 mg i.m. Dosis kan gentages efter to timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter tre dage bør der skiftes til oral behandling.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der kunne gives en dagsdosis på 20 mg Zyprexa, men at denne skulle være fordelt på to separate injektioner á 10 mg ad gangen og med to timers mellemrum.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at selvom den samlede døgndosis for Amisulprid var inden for sædvanlig dosis, var det ikke sædvanligt at ordinere dette som én samlet dosis, da

der var tale om en dosis ud over 400 mg dagligt. Dette gjaldt ligeledes for injektion Zyprexa.

Det var ankenævnets opfattelse, at det, at patienten var svært produktivt psykotisk, ikke var tilstrækkelig begrundelse for at overskride maksimal dosering for én injektion.

3. Tvangsbehandling – depot – Ankenævnet

Ankenævnet har i 2013 i flere tilfælde godkendt behandling med depotmedicin og konkret begrundet godkendelsen

Zypadhera som mindst indgribende foranstaltning

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med depotpræparatet Zypadhera. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 24. juni 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte den 4. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at mindste middels princippet indebar, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt måtte betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det var Ankenævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt ansås for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skulle være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet lagde vægt på, at patienten, ifølge journalen, havde haft medicinsvigt og flere gange havde kastet medicinen op, når den var givet i tabletform, hvorfor Ankenævnet fandt det godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller mikstur ville være umulig. Videre lagde Ankenævnet vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zyprexa med effekt på tilstanden.

Zypadhera som mindst indgribende foranstaltning

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med depotpræparatet Zypadhera. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. januar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte den 29. august 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at mindste middels princippet indebar, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt måtte betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det var Ankenævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt ansås for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skulle være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde stoppet behandlingen jævnlige og i den forbindelse havde modtaget behandling med depotmedicin i form af Cisordinol som tvungen opfølgning, men at effekten heraf ikke havde været tilstrækkelig.

Zypadhera som mindst indgribende foranstaltning

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling med depotpræparatet Zypadhera. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 19. juni 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte den 21. november 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at mindste middels princippet indebar, at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt måtte betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det var Ankenævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt ansås for den mest indgribende behandlingsform, hvorfor der skulle være særlige grunde til stede for at vælge denne behandlingsform.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zypadhera depot med god effekt på tilstanden og med et minimum af bivirkninger. Ankenævnet lagde også vægt på, at patienten tidligere havde haft mangfoldige genindlæggelser som følge af medicinsvigt, hvilket måtte formodes at kunne forebygges ved depotbehandling.

4. Tvangsbehandling – hjemvisning - Ankenævnet

Sagen hjemvist, da der ikke havde foreligget tvangsprotokol ved Patientklagenævnets møde

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 3. december 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet hjemviste den 25. juni 2013 afgørelsen til fornyet behandling.

Ankenævnet udtalte, at det fremgik af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, at Patientklagenævnet godkendte overlægens beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg dagligt eventuelt stigende til max 40 mg dagligt, og hvis det ikke var muligt injektion Zyprexa 10 mg dagligt eventuelt stigende til max 20 mg, og at dosis kunne justeres afhængig af effekt og bivirkninger indenfor de anførte dosisområder.

Det fremgik af journalen, at der den 19. november 2012 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 10 mg én gang dagligt med stigning til 40 mg dagligt, alternativt Olanzapin injektion 10 mg i.m. med stigning til 20 mg dagligt.

Ankenævnet fik oversendt anken fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, men modtog i den forbindelse ikke tvangsprotokollen. Ankenævnet indhentede derfor tvangsprotokollen fra Det Psykiatriske Center.

Det fremgik af den udaterede tvangsprotokol, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 5 mg med stigning op til 40 mg / 25 mg Olanzapin i.m. med stigning til max 10 mg to gange dagligt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste, at Nævnet ikke havde indhentet tvangsprotokollen vedrørende tvangsbehandling forud for afgørelsen.

Det var Ankenævnets opfattelse, at tvangsprotokollen for den påklagede tvangsbehandling var nødvendig for vurderingen af, om den besluttede tvangsbehandling opfyldte psykiatrilovens betingelser herfor, da det var ved udfyldelse af tvangsprotokollen, at der blev taget endeligt stilling til beslutningen om tvangsbehandling.

Det var på denne baggrund Ankenævnets vurdering, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse var truffet på et utilstrækkeligt grundlag.

Ankenævnet bemærkede, at Det Psykiatriske Patientklagenævns godkendelse ikke var i overensstemmelse med den beslutning om tvangsmedicinering, der var anført i tvangsprotokollen.

Der skal altid tages stilling til, om patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling - dette indebærer, at "allerede fordi" afgørelser ikke må træffes

En patient klagede over beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. august 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ikke beslutningen om tvangsbehandling. Ankenævnet hjemviste den 21. november 2013 afgørelsen til fornyet behandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke godkendt beslutningen om tvangsbehandling, idet betingelserne i psykiatrilovens § 12, stk. 5 ikke var opfyldt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten ikke var motiveret for den samme medicinske behandling, som der blev truffet beslutning om, samt at beslutningen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, og at beslutningen burde have været tillagt opsættende virkning.

Det fremgik imidlertid ikke af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse af 12. august 2013, hvorvidt der blev taget stilling til, om patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling.

Det var Ankenævnets opfattelse, at der var tale om en så grundlæggende betingelse for beslutningen om tvangsbehandling, at Ankenævnet ikke kunne berigtige afgørelsen ved alene selv at træffe en ny afgørelse herom.

Ankenævnet lagde vægt på, at dette ville fratage parterne muligheden for, at få sagen behandlet ved to instanser.

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

Der skal være identitet mellem det tilbudte og det besluttede præparat.

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 12. februar 2013.

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

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 27. maj 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev tilbudt medicin i form af tablet Oxazepam 15 mg, men at beroligende medicin med magt blev givet i form af injektion Abilify 9,75 mg.

Det var herefter Ankenævnets opfattelse, at den tilbudte medicin ikke kunne betragtes som beroligende medicin til frivillig indtagelse i forbindelse med indgivelsen af beroligende medicin med magt.

Patienten skal være forsøgt talt til ro, korrigeret og have fået tilbud om medicin til frivillig indtagelse, før beslutning træffes. Dosis skal som udgangspunkt være initial dosis, og tidsintervallet mellem medicingivning i pro.medicin.dk skal være overholdt

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 16. februar 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte afgørelsen om indgivelse af beroligende middel med magt. Der var tale om seks forhold.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 23. april 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i de seks forhold.

Ankenævnet begrundede hvert forhold konkret, og lagde herunder vægt på:

at det ikke fremgik af journalen, at patienten havde fået tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse

at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger. Det var ikke begrundet konkret i journalen, hvorfor der ikke blev givet initial dosis – i alle seks tilfælde blev der givet injektion Zeldox 20 mg i.m.

at der allerede tidligere samme dag var givet beroligende medicin i injektionsform med samme præparat

at der var indgivet injektion Zeldox 20 mg én time efter seneste injektion, men at det fremgik på pro.medicin.dk, at initial dosis ved injektionsbehandling med Zeldox var 10 mg i.m. efter behov med mindst to timers mellemrum. I særlige tilfælde initialt 20 mg i.m., eventuel efterfulgt af yderligere 10 mg mindst fire timer efter, og at der højst måtte gives 40 mg dagligt

at det ikke fremgik af journalen, at det også blev forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt forsøgt at tale patienten til ro.

Det var ikke forsøgt at tale patienten til ro og tilbud om frivillig indtagelse af beroligende medicin var ikke givet. Der forelå heller ikke et egentligt journalnotat

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 13. juni 2013.

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

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 29. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt, at indgivelse af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik, at man havde forsøgt at tale patienten til ro og tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke var et egentligt journalnotat for behandlingen, men alene en tvangsprotokol indsat i journalen på det pågældende tidspunkt. Tvangsprotokollen var indsat i samme notat, som en tvangsprotokol vedrørende bæltefiksering. Det fremgik ikke tydeligt, om der var tale om bæltefiksering og dernæst beroligende middel med magt eller omvendt. Det fremgik endvidere ikke klart, om det beroligende middel blev givet "uden" eller "under" fastholdelse, da der stod "unden fastholdelse" i journalen.

Begrundelse skal gives, hvis højere dosis end sædvanligt, ligesom begrundelse skal gives for at supplere med et andet præparat

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 16. januar 2013.

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

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 29. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af pro.medicin.dk, at initial dosis ved injektionsbehandling med Zeldox var 10 mg i.m. efter behov med mindst to timers mellemrum. I særlige tilfælde initialt 20 mg i.m., eventuel efterfulgt af yderligere 10 mg mindst fire timer efter. Højest 40 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgik af medicinoversigten, at sædvanlig dosis Stesolid ved injektionsbehandling var 10-20 mg langsomt i.v. Det fremgik endvidere, at den sederende virkning af Stesolid forstærkedes af antipsykotika.

Ankenævnet fandt ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Stesolid og Zeldox var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at der blev ordineret en dosis Zeldox ud over det sædvanlige i kombination med den højeste sædvanlige dosis Stesolid.

Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering, som angivet på pr.medicin.dk. Ankenævnet lagde også vægt på, at der ikke af journalen fremgik en begrundelse for ud over Zeldox at supplere behandlingen med 20 mg Stesolid.

Ankenævnet oplyste, at den høje dosis i sig selv kunne være velbegrundet, men at en sådan begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

Konkret begrundelse for at mindst indgribende foranstaltning var opfyldt - beslutning ikke identisk med tilbud - Cisordinol Acutard sætter først ind efter 2-6 timer og bør derfor gives i kombination med et hurtigtvirkende og mindre potent præparat

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 25. juli 2012.

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

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 27. maj 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse for så vidt angik to forhold om indgivelse af beroligende medicin med magt og tiltrådte tre forhold.

Ankenævnet fandt konkret i to af de tiltrådte forhold, at kravet om mindst indgribende foranstaltning var opfyldt, selv om det ikke tydeligt fremgik af journalen, om patienten blev forsøgt korrigeret, henholdsvis talt til ro eller tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde vægt på (trods manglende korrektion), at patienten havde siddet tilbagetrukket uden at have talt med nogen, hvorefter patienten havde smidt en bakke med aftensmad efter plejepersonalet, samt at patienten ikke havde ønsket at tale med lægen, og at patienten sad med hænderne pillende omkring neglene og havde et forpint ansigtsudtryk med blikket i jorden.

Ankenævnet lagde vægt på (trods manglende forsøg på at tale patienten til ro og manglende tilbud om beroligende medicin til frivillig indtagelse), at patienten på tidspunktet for behandlingen var så truende og afvisende i sin adfærd, at det var fundet nødvendigt at bæltefikse ham, samt han ikke havde fremvist evne for at samarbejde i den konkrete situation.

Ankenævnet fandt i ét af de tilsidesatte tilfælde ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at der blev tilbudt Zyprexa smelt 5 mg, men at det blev besluttet injektion Zyprexa 10 mg, som var mere end det dobbelte af de 5 mg, der oprindeligt blev vurderet som tilstrækkeligt.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patientens tilstand forværredes under forsøget på at tilbyde frivillig behandling, eller at man efterfølgende ændrede sin oprindelige vurdering af patientens tilstand i øvrigt.

Ankenævnet fandt i det andet af de tilsidesatte forhold, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt ikke var opfyldt.

Ankenævnet bemærkede, at patienten var opkørt, verbalt truende, råbende og fremkom med trusler.

Ankenævnet lagde imidlertid vægt på, at det besluttede præparat var Cisordinol Acutard 50 mg/ml 1 ml, samt at virkningen af dette præparat ifølge pro.medicin.dk først sætter ind efter 2-6 timer. Ankenævnet lagde videre vægt på, at det ikke blev besluttet at behandle patienten med et hurtigtvirkende og mindre potent præparat samtidig, som kunne imødegå den sent indsættende effekt af Cisordinol Acutard.

På denne baggrund var det Ankenævnets opfattelse, at det måtte lægges til grund, at overlægen ikke vurderede, at der var et behov for akut beroligende medicin, og at der derfor ikke var grundlag for at give beroligende middel med magt.

Indgivelse af beroligende medicin – anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger - Ankenævnet

Den samlede dagsdosis medicin er afgørende for, hvilken dosis der konkret kan godkendes.

En patient klagede over beslutning om indgivelse af et beroligende middel med tvang. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 26. marts 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte afgørelsen om indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 29. august 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet bemærkede, at patienten fik tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af injektion Stesolid 10 mg.

Ankenævnet bemærkede, at Stesolid var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom den besluttede dosering almindeligvis var 10-20 mg.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at patienten kort tid forinden injektionen med Stesolid 10 mg havde fået 30 mg Stesolid samt 200 mg Seroquel.

Ankenævnet fandt derfor konkret, at indgivelsen af beroligende middel med magt i form af injektion med Stesolid 10 mg ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Indgivelse af beroligende middel med magt – hjemvisning - Ankenævnet

Der skal tages stilling til det samlede tvangsindgreb, når der klages over både indgivelse af beroligende middel med magt og fysisk magtanvendelse. Når patienten er fremmedsproget skal det også fremgå, hvorvidt information og samtale foregår på et for patienten forståeligt sprog.

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt og anvendelse af fysisk magt ved indgivelsen. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 10. april 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om indgivelse af beroligende middel.

Ankenævnet hjemviste den 25. juni 2013 afgørelsen til Det Psykiatriske Patientklagenævn til fornyet behandling.

Patienten forstod ikke dansk.

Ankenævnet lagde vægt på, at Patientklagenævnet ikke havde taget stilling til anvendelsen af fysisk magt i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt eller på hvilket sprog, informationen og samtalen blev ført på.

Det var Ankenævnets opfattelse, at såfremt der blev anvendt fysisk magt til brug for indgivelse af beroligende middel med magt, skulle der ved klage herover tages stilling til det samlede tvangsindgreb.

Det var ikke muligt for Ankenævnet at konstatere, om der ved afgørelsen af sagen havde været inddraget spørgsmålet om, hvorvidt informationen og samtalen med patienten foregik på et for patienten forståeligt sprog, ligesom det ikke fremgik af afgørelsen eller bemærkningerne, om der blev anvendt fysisk magt og i så fald, om denne blev udført i overensstemmelse med reglerne herfor.

Der skal tages stilling til hele beslutningen

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende medicin med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 10. september 2012.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet hjemviste den 19. februar 2013 afgørelsen til Det Psykiatriske Patientklagenævn til fornyet behandling.

Det fremgik af journalen, at patienten havde fået indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Cisordinol Acutard 150 mg i.m. samt Akineton.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ved sin afgørelse af 10. september 2012 allerede taget stilling til indgivelse af beroligende middel med magt i form af injektion Cisordinol Acutard 150 mg i.m. Det var Ankenævnets opfattelse, at idet der var truffet beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt i form af injektion Cisordinol Acutard 150 mg i.m. samt Akineton, var der tale om en samlet beslutning, der skulle vurderes i sin helhed.

Indgivelse af beroligende middel med magt – hjemvisning - Ankenævnet

Sagen hjemvist til stillingtagen til formandens eventuelle inhabilitet

En patient klagede over beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 18. december 2012.

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

Ankenævnet hjemviste den 21. november 2013 afgørelsen til fornyet behandling.

I klagen til Ankenævnet var det bl.a. anført, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn havde været inhabil ved afgørelsen af 18. december 2012, da formanden havde været involveret i en samværssag om patientens børn.

Det fremgik, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde været involveret i samværssagen, men havde taget stilling til en klage over sagsbehandlingen i Statsforvaltningen omhandlende en samværssag og havde fundet, at sagen var blevet behandlet korrekt af sagsbehandlerne.

Det var Ankenævnets opfattelse, at klagen over inhabilitet i forbindelse med Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse af 18. december 2012 vedrørende indgivelse af beroligende middel med magt først skulle afgøres af Det Psykiatriske Patientklagenævn og uden deltagelse af den pågældende formand., jf. forvaltningslovens § 6, hvorefter "spørgsmålet om, hvorvidt en person er inhabil, afgøres af den kollegiale myndighed. Vedkommende må ikke selv deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om inhabilitet.

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

En patient klagede over beslutning om anvendelse af fysisk magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse den 14. februar 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om anvendelse af fysisk magt.

Ankenævnet ændrede ved afgørelse af 4. oktober 2013 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten ikke var opfyldt, idet der ikke af sagen fremgik oplysning om, at der var nærliggende fare for, at patienten selv ville lide skade på legeme eller helbred, at patienten forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede medpatienter eller, at patienten udøvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Nævnet lagde herved vægt på, at der var tale om en situation, hvor patienten ikke ønskede at forlade samtalerummet, samt at baggrunden for at ville flytte patienten var, at man ønskede at give patienten et beroligende middel med magt.

Skema 17

Sagernes fordeling på hospitaler

	Sager i alt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
Hospital	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Amager	58	62	73	8	6	4	50	56	69
Augustenborg	29	9	16	11	2	4	18	7	12
Ballerup	68	74	85	5	8	15	63	66	70
Bispebjerg Ung	3	7	5	0	0	1	3	7	4
Brønderslev	26	49	59	5	11	4	20	37	55
Dianalund	10	5	17	1	1	5	9	4	12
Esbjerg	26	28	19	8	6	1	18	22	18
Frederiksberg	43	39	52	5	4	3	38	35	49
Glostrup - Ung	4	2	7	0	0	1	4	2	6
Glostrup - Voksen	34	40	59	4	3	3	30	37	56
Haderslev	10	17	11	0	3	5	10	14	6
Herning	27	46	18	4	1	2	23	45	16
Holbæk	8	5	8	1	1	-	7	4	8
Holstebro	32	20	19	7	0	1	25	20	18
Horsens	9	29	33	2	4	-	7	25	33
Hvidovre	83	71	104	5	5	10	78	66	94
Kolding	19	32	13	3	12	3	16	20	10
København	138	186	201	17	28	16	121	158	185
Køge	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Middelfart	15	22	19	4	7	5	11	15	14
Nordsjælland - Ung	1	2	2	0	0	-	1	2	2
Nordsjælland - V	75	73	102	4	10	7	71	63	95
Nykøbing Sj.	15	15	15	3	-	1	12	15	14
Odense	73	72	81	13	22	11	60	50	70
Randers	21	28	32	0	4	6	21	24	26
Ribe	4	1	1	3	0	-	1	1	1
Risskov	134	141	153	21	20	18	120	121	135
Risskov B&U	5	8	6	0	1	-	5	7	6
Roskilde	26	40	62	1	6	11	25	34	51
Sct. Hans	22	11	15	5	0	3	17	11	12
Slagelse	42	46	59	2	6	3	40	40	56
Svendborg	22	10	15	5	0	-	17	10	15
Vejle	15	9	16	2	2	1	13	7	15
Viborg	40	35	34	6	3	3	34	32	31
Vordingborg	47	52	73	6	8	9	41	44	64
Aalborg	61	75	57	16	18	11	45	57	46

Skema 18

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
Hospital	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Amager	47	52	69	3	4	-	94	93	100
Augustenborg	17	5	10	1	2	2	95	71	83
Ballerup	62	65	62	1	1	8	98	98	89
Bispebjerg Ung	3	7	3	0	0	1	100	100	75
Brønderslev	19	36	51	1	4	4	95	90	92
Dianalund	6	2	9	3	2	3	67	50	75
Esbjerg	9	16	8	9	6	10	50	73	44
Frederiksberg	35	33	46	3	2	3	92	94	94
Glostrup - Ung	4	2	6	0	0	-	100	100	100
Glostrup - Voksen	30	36	49	0	1	7	100	97	83
Haderslev	9	8	6	1	6	-	90	57	100
Herning	18	30	12	5	9	4	78	77	75
Holbæk	5	4	6	2	0	2	71	100	75
Holstebro	19	13	14	6	7	4	76	65	78
Horsens	5	22	26	2	3	7	71	88	79
Hvidovre	75	63	89	3	3	5	96	95	95
Kolding	6	12	9	10	8	1	38	60	90
København	108	147	163	13	11	22	89	93	88
Køge	-	-	0	-	-	1	-	-	0
Middelfart	8	13	11	3	2	3	73	87	79
Nordsjælland - U	1	2	1	0	0	1	100	100	50
Nordsjælland - V	62	50	83	9	13	12	87	79	87
Nykøbing Sj.	13	9	12	2	3	2	87	75	86
Odense	50	37	53	10	13	17	83	74	76
Randers	15	17	19	6	7	7	71	71	73
Ribe	1	1	0	0	0	1	100	100	0
Risskov	89	92	108	31	29	27	74	76	80
Risskov B&U	5	7	5	0	0	1	100	100	83
Roskilde	21	24	46	4	10	5	84	71	90
Sct. Hans	7	5	7	10	6	5	41	45	58
Slagelse	31	30	34	9	10	22	78	75	61
Svendborg	16	9	14	1	1	1	94	90	93
Vejle	11	6	11	2	1	4	85	86	73
Viborg	23	24	23	11	8	8	68	75	74
Vordingborg	33	35	53	8	9	11	80	80	83
Aalborg	38	57	40	10	9	6	79	85	70

Oversigt over antallet af patientrådgivere

De psykiatriske hospitaler/centre har i alt 191 patientrådgiverstillinger, fordelt på 171 patientrådgivere. Der er således 20 patientrådgivere, der har mere en én stilling. De 191 stillinger fordeler sig således:

Region	Antal
Hovedstaden	52
Midtjylland	49
Nordjylland	16
Sjælland	30
Syddanmark	44
I alt	191

Hospital	Antal
Amager	5
Augustenborg	7
Ballerup	8
Bornholm	4
Brønderslev	6
Dianalund	2
Esbjerg	7
Frederiksberg	3
Glostrup	5
Haderslev	6
Herning	9
Holstebro	7
Holbæk	6
Horsens	3
Hvidovre	4
Kolding	3
København	9
Middelfart	7
Nordsjælland	10
Nykøbing Sj.	6
Odense	5
Randers	3
Risskov	16
Risskov B&U	3
Roskilde	8
Sct. Hans	4
Slagelse	2
Svendborg	4
Vejle	4
Viborg	8
Vordingborg	6
Aabenraa	1
Aalborg	10
I alt	191

Oversigt over nævnsmedlemmer/stedfortrædere ultimo december 2013

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Jan	Christensen	København	Lægeforeningen
Grethe	Auken	København	Lægeforeningen
Nanna	Juul Martiny	København	Lægeforeningen
Annette	Frölich	København	Lægeforeningen
Marianne	Schröder	København	Lægeforeningen
Preben	Bredesgaard	København	Lægeforeningen
Nils	Engelbrecht	København	Lægeforeningen
Helena	Galina-Nielsen	København	Lægeforeningen
Simon	Abrahamsen	København	SIND
Stephen	Mortensen	København	SIND
Jacques	Gauguin	København og Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Bodil	Norvang Roved	Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Kirsten	Petersen	Nykøbing Falster	Lægeforeningen
Niels Erik	Petersen	Odense	Lægeforeningen
Marianne	Schönemann	Odense	Lægeforeningen
Martin	Markvardsen	Odense	Lægeforeningen
Lars	Tougaard	Odense	Lægeforeningen
Henriette	Lillelund Hansen	Odense og Aabenraa	Lægeforeningen
Torsten	Sørensen	Odense og Aabenraa	Lægeforeningen
Claus	Toftgaard	Odense og Aabenraa	Lægeforeningen
Marina	Loussoupowa Wind	Odense og Aabenraa	Lægeforeningen
Bodil	Nielsen	Ringkøbing	Lægeforeningen
Karen	Rosendahl	Aabenraa	Lægeforeningen
Lars Peter	Gudbjerg	Aalborg	Lægeforeningen
Jens	Holm-Pedersen	Aalborg	Lægeforeningen
Frede	Nørgaard	Aalborg	Lægeforeningen
Poul	Hvass Hansen	Aalborg	Lægeforeningen
Ulla	Jacobsen	Aarhus	Lægeforeningen
Lisbeth	Uhrskov Sørensen	Aarhus	Lægeforeningen
Peer	Lisberg	Aarhus	Lægeforeningen
Bodil	Back	Aarhus	Lægeforeningen
Christian	Bjerre Høyer	Aarhus	Lægeforeningen
Jacob	Græsbøll Svane- borg	Aarhus og Ring- købing	Lægeforeningen

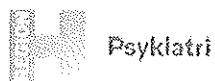
Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Liselotte	Lassen	København	SIND
Arnfinn	Thorsteinsson	København	SIND
Kirsten	Falster	København	SIND
Anne Rebecca	Zenner	København	SIND
Vibeke	Boolsen	København	SIND
Johannes	Nymark	København	SIND
Zinaida	Baban	København	SIND
Lisbeth	Dilling	København	SIND
Ditte	Damsgaard	København	SIND
Bjørn	Helstrup	København	SIND
Arne	Ramskov Hansen	København	SIND
Leni	Grundtvig Nielsen	København	SIND
Ingelise	Svendsen	Nykøbing Falster	SIND
Birthe	Bonde Bendixen	Nykøbing Falster	SIND
Mogens	Nielsen	Nykøbing Falster	SIND
Carl	Krebs	Nykøbing Falster	SIND
Kate	Arndal	Odense	SIND
Anita	Fjerbæk	Odense	SIND
Helle	Johansson	Odense	SIND
Birthe	Christiansen	Ringkøbing	SIND
Jeppe	Bruun-Pedersen	Aabenraa	SIND
Anne	Hvidberg Jørgensen	Aabenraa	SIND
Else	Nissen	Aabenraa	SIND
Andy	Pedersen	Aabenraa	SIND
Claus	Peters	Aabenraa	SIND
Thorbjørn	Halvorsen	Aabenraa	SIND
Jens	Ibsen	Aalborg	SIND
Dorthe	Rold	Aalborg	SIND
Erik	Christoffersen	Aalborg	SIND
Hanne	Madsen	Aarhus	SIND
Marianne	Van Der Pol	Aarhus	SIND
Lilli	Tobiasen	Aarhus	SIND
Tove	Tolstrup	Aarhus	SIND
Kim	Rattenborg	Aarhus	SIND
Frederik	Grønbæk	Aarhus	SIND

Oversigt over nævnsformænd:

Fornavn	Efternavn	PKN-afdeling	Hverv
Henning	Lund-Sørensen	København	Kommitteret
Charlotte	Galbo	København	Specialkonsulent
Per	Fønss	København	Specialkonsulent
Elsebeth	Brogaard	København	Fuldmægtig
Lars	Orthmann	København	Fuldmægtig
Trine	Frydkjær Paulsen	Nykøbing Falster	Specialkonsulent
Birgitte	Storberg	Nykøbing Falster	Fuldmægtig
Trine	Brønsgaard	Nykøbing Falster	Fuldmægtig
Helle	Gaardsvig Madsen	Odense	Fuldmægtig
Marianne	Iversen	Odense	Fuldmægtig
Marianne	Samuelsson	Odense	Kontorchef
Christian	Geisler	Odense	Fuldmægtig
Marianne	Gorrissen	Aabenraa	Fuldmægtig
Henrik	Simonsen	Aabenraa	Fuldmægtig
Caroline	Pinnerup	Aabenraa	Specialkonsulent
Malene	Kleist	Ringkøbing	Fuldmægtig
Lisbeth	Bisgaard	Ringkøbing	Specialkonsulent
Stefan	Ottesen	Ringkøbing	Fuldmægtig
Kirsten	Jensen	Aalborg	Fuldmægtig
Ole	Kirkegaard	Aalborg	Specialkonsulent
Lena	Bodum	Aarhus	Fuldmægtig
Susanne	Eldrup	Aarhus	Fuldmægtig

Afgørelser, godkendelser, tilsidesættelser og omgørelsesprocenter fordelt på hospital/centre

	Antal afgørelser	Godkendelser	Tilsidesat	Omgørelsesprocent
Hospital				
Amager	100	88	12	12
Augustenborg	22	21	1	5
Ballerup	112	99	13	12
Bispebjerg Ung	12	8	4	33
Brønderslev	86	75	11	13
Dianalund	12	8	4	33
Esbjerg	31	28	3	10
Frederiksberg	74	65	9	12
Glostrup - Ung	10	8	2	20
Glostrup - Voksen	94	75	19	20
Haderslev	6	3	3	50
Herning	23	21	2	9
Holbæk	12	10	2	17
Holstebro	32	27	5	16
Horsens	61	49	12	20
Hvidovre	234	194	40	17
Kolding	20	18	2	10
København	304	264	40	13
Køge	1	1	0	0
Middelfart	40	35	5	13
Nordsjælland - U	3	3	0	0
Nordsjælland - V	185	150	35	19
Nykøbing Sj.	33	30	3	9
Odense	134	121	13	10
Randers	46	39	7	15
Ribe	1	1	0	0
Risskov	243	208	35	14
Risskov B&U	16	15	1	6
Roskilde	86	71	15	17
Sct. Hans	16	14	2	13
Slagelse	103	91	12	12
Svendborg	26	21	5	19
Vejle	29	28	1	3
Viborg	45	37	8	16
Vordingborg	80	67	13	16
Aalborg	80	67	13	16



Statsforvaltningen
Store Torv 10
6200 Aabenraa

Direktionen

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 3864 0000
Direkte 3864 0002
Fax 3864 0007
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 28 APR. 2014

Kære Henning Lund-Sørensen

Tak for det tilsendte udkast til Det Psykiatriske Patientklagenævns årsberetning for 2013.

Du beder om eventuelle bemærkninger til beretningen.

I Region Hovedstadens Psykiatri finder vi, at årsberetningen er en grundig og velskrevet rapport, som kan bidrage til læring. Vi har herudover ingen bemærkninger til årsberetningen.

Med venlig hilsen

Martin Lund
Direktør



Det Psykiatriske Patientklagenævn

Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Bemærkninger fra Region Nordjylland til årsberetning 2013

Vi fremsender hermed fra Psykiatrien i Region Nordjylland, - på Region Nordjyllands vegne – følgende bemærkninger til udkast til årsberetning 2013:

Den foreliggende årsberetning fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen er den første årsberetning omfattende hele landet. Årsberetningen tegner dermed et billede af klager over tvang på landsplan, men er samtidig mindre lokal og dermed ikke helt så anvendelig til brug for det enkelte sygehus/ sengeafsnits refleksion – herunder fx. de under afsnit 3 refererede afgørelser.

Statistikskema 2: Sagernes fordeling på de enkelte regioner og skema 3: Antal afgørelser i Nævnet i de seneste tre år ser på udviklingen af tvang, men siger ikke noget om niveauet for tvang. Samtidig kan det give et misvisende og skævt billede af udviklingen, hvis udgangspunktet for beregning af procentvis ændring er lavt.

For at kunne vurdere niveauet for klager over tvang bør antal sættes i forhold til befolkningsunderlaget. Samtidig er der ingen statistik over, hvor mange patienter, hvor der anvendes tvang i henhold til psykiatriloven, som vælger at klage over tvangsbehandlingen.

Skemaerne 12, 13, 14, 15 og 16 er ikke opdelt på region/sygehusniveau, hvilket anbefales optaget i årsberetningen, eventuelt som bilag.

Med venlig hilsen

Ingrid Schmidt Nielsen
Juridisk specialkonsulent

Psykiatridelen

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

Direkte:

Ref.: MK/iss

Sagsnummer:

22. april 2014



REGION NORDJYLLAND

Udkast til årsberetning fra Det Psykiatriske Patientklagenævn 2013

Kristine Brodam Lorentzen <Kristine.Lorentzen@STAB.rm.dk>

Opfølgning. Start 7. april 2014. Forfalder senest 7. april 2014.

Sendt: to 27-03-2014 10:59

Til: Mette Kilsgaard

Cc: Helle Odde Poulsen; Maria Benner; Lone Düring; Marianne Bengtson; Margit Ulmer; Mie Dahl Jakobsen

Meddelelse
Att direktør Anne Jastrup.pdf (132 KB)
image001.png (7 KB)
Region Midtjylland, Psykiatri og Social.pdf (65 KB)
Årsberetning 2013.pdf (2 MB)

Til Mette Kilsgaard

Jeg skal hermed kvittere for modtagelsen af udkast til årsberetning fra Det Psykiatriske Patientklagenævn 2013 og oplyse, at vi fra Region Midtjyllands side ikke har bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Kristine Brodam
AC- Fuldmægtig

Tel. +45 7841 0142
knlor@rm.dk

Regionssekretariatet • Region Midtjylland
Skottenborg • DK-8800 Viborg

midt
regionmidtjylland

14101096266C60758

Det Psykiatriske Patientklagenævn
Statsforvaltningen
Storetorv 10
6200 Aabenraa

Att: Henning Lund-Sørensen



Region Syddanmark
Psykiatri- og Socialstaben
Kontaktperson: Signe Vestergaard Duedal
Signe.Vestergaard.Duedal@rsyd.dk

Direkte tlf. 7663 1012

10. april 2014
Journal nr. 13/622
Side 1 / 1

Kære Henning Lund-Sørensen,

Psykiatrien i Region Syddanmark har med stor interesse gennemgået udkast til årsberetning 2013 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Patientklagenævnet gennemgår i årsberetningen en række principielle afgørelser, og herunder fastslås det, at det er Nævnets praksis, at der er en formodning for, at en patient er psykotisk, når hospitalet vurderer dette.

Psykiatrien i Region Syddanmark skal til dette anføre, at Patientklagenævnet bør uddybe Nævnets praksis vedr. psykiatrilovens § 5 yderligere. Dette er set i lyset af Patientklagenævnets afgørelse af 6. januar 2014 vedrørende [redacted] hvor der var enighed om, at afgørelsen ikke var i overensstemmelse med Patientklagenævnets praksis på området. Afgørelsen gav som bekendt anledning til, at Psykiatrien i Region Syddanmark stævnte det Psykiatriske Patientklagenævn, samt at Patientklagenævnet efterfølgende fremsendte en præcisering af Nævnets praksis i udtalelsen af 5. marts 2014.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fremkommer i årsberetningen med en række kritiske bemærkninger. Psykiatrien i Region Syddanmark har taget disse til efterretning, og der vil således blive draget læring heraf.

Venlig hilsen

Jacob Stengaard Madsen
Psykiatri- og socialdirektør

Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000
<http://www.regionssyddanmark.dk>

Storetorv 10
6200 Aabenraa

statsforvaltningen@statsforvaltningen.dk
www.statsforvaltningen.dk

Statsforvaltningens
INFO-center
Telefon 7256 7000

