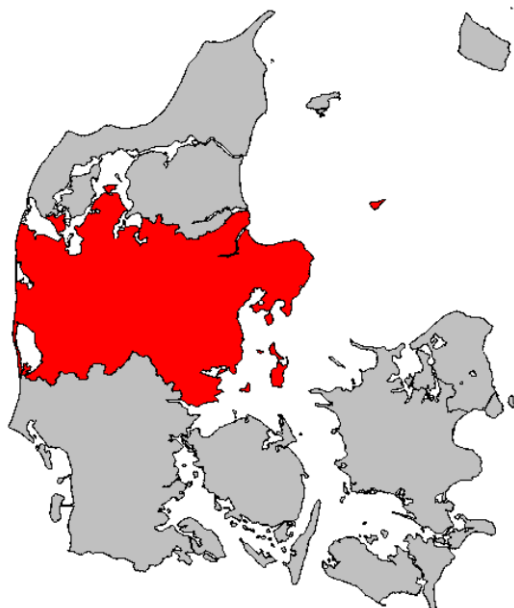


Årsberetning 2011

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	2
Afsnit 1	4
1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland.....	4
1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2011	4
1.b. Patientklagenævnets kompetencer og områder.	6
2. Antal sager og sagsfordeling	7
2a. Antal sager	7
2b. Sagernes fordeling på de enkelte hospitaler i regionen	7
2c. Antal afgørelser	8
3. Sagsbehandlingstiden	9
4. Antal møder, mødested m.v.....	10
4a. Antal møder	10
4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte psykiatriske hospitaler	10
5. Mødedeltagelse	12
5a. Mødedeltagelse for læger.....	12
5b. Mødedeltagelse for patienter	12
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	13
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.....	14
6a. Antal afgørelser og godkendelser	14
6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	15
7a. Antal klager	17
7b. Indbringelse for domstolene.....	18
7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn.....	18
Afsnit 2	19
Principielle problemstillinger m.v.	19
Afsnit 3	26
Principielle afgørelser.....	26
Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	26
Tvangsfiksering	29
Tvangsbehandling	33
Døraflåsning	36
Afsnit 4	38
4a. Anvendelsen af tvang i Region Midtjylland	38
4b. Psykiatriens Hus i Silkeborg	42
4c. "EN AF OS" – indsatsen.....	44
Bilag 1	45
Bilag 2	50
Skemaoversigt	54



Forord

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

Beretningen vedrører 2011, og den er udarbejdet i samarbejde med Region Midtjylland.

Beretningen tjener til formidling af viden om nævnets arbejde både til en bredere offentlighed og mere specifikt til de implicerede psykiatriske afdelinger. Det er Statsforvaltningen Midtjyllands indtryk, at årsberetningerne hidtil er indgået i arbejdet på de psykiatriske afdelinger og bliver anvendt i bestræbelserne på at leve op til lovens krav.

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

De nævnte retningslinier fremgår af bilag 1 til årsberetningen. I det omfang, der i årsberetningen skal medtages andre oplysninger end dem, der følger af retningslinierne, er der enighed om, at disse skal medtages under et selvstændigt afsnit 4. Statsforvaltningen har i 2011 valgt at medtage en opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien i Region Midtjylland for perioden 2009-2011. I afsnit 4 b er projektet "Psykiatriens Hus" i Silkeborg omtalt, og i afsnit 4 c er omtalt "EN AF OS"-indsatsen.

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

Vestafdelingen har sekretariatsbetjening fra hovedkontoret i Ringkøbing og har i 2011 behandlet sager fra

- Regionspsykiatrien Vest, Herning
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Herning
- Regionspsykiatrien Vest, Holstebro
- Regionspsykiatrien Viborg
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Viborg

Østafdelingen har sekretariatsbetjening fra afdelingskontoret i Aarhus og har i 2011 behandlet sager fra

- Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Aarhus universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov
- Regionspsykiatrien Horsens
- Regionspsykiatrien Randers

Med virkning fra 1. februar 2012 betjenes Regionspsykiatrien Viborg fra afdelingskontoret i Aarhus.

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

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

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

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

April 2012

Torben Sørensen
direktør

Afsnit 1

1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland

1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2011

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

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

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

I 2011 har nævnets sammensætning været således:

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

Som formand har fungeret fuldmægtig Lena Bodum, fuldmægtig Susanne Eldrup og fuldmægtig Jens Søndergaard Poulsen.

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

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

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

Nævnsmemberne ved Regionspsykiatrien Horsens:

Som formand har fungeret fuldmægtig Lena Bodum, fuldmægtig Susanne Eldrup og fuldmægtig Jens Søndergaard Poulsen.

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

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

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

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

Som formand har fungeret specialkonsulent Finn Hansen og fuldmægtig Ulla Jakobsen.

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

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

Stedfortræder for Birthe Christiansen har været Tove Jensen, Karin Marie Bærendtsen og Frede Budolfson.

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

Som formand har fungeret specialkonsulent Finn Hansen og fuldmægtig Ulla Jakobsen.

Nævnets 2 andre medlemmer har været læge Micael Christensen, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Tove Jensen, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for læge Micael Christensen har været læge Bodil Bach.

Stedfortræder for Tove Jensen har været Hanne Madsen.

Nævnets sekretariat er Statsforvaltningen Midtjylland.

Sekretærer for nævnet har i 2011 været specialkonsulent Finn Hansen, fuldmægtig Ulla Jakobsen, fuldmægtig Kåre Haubro Hansen, fuldmægtig Jane Lindskov Munk, fuldmægtig Jonas Bjerregaard, fuldmægtig Marie-Louise Mejlbj Jensen, fuldmægtig Lena Bodum, fuldmægtig Birte Brynning, fuldmægtig Jens Søndergård Poulsen, fuldmægtig Susanne Eldrup og fuldmægtig Sidsel Rune Bernhard.

1.b. Patientklagenævnets kompetencer og områder.

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

Med virkning fra den 1. oktober 2010 ændredes psykiatriloven, idet der ved indsættelse af § 13 d, blev mulighed for at træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Endvidere indførtes en ny bestemmelse i § 12, stk. 5, om fastsættelse af betænkningstid på højst 3 dage forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling. Samtidig indførtes en bestemmelse i § 21, stk. 6, om ugentligt tilsyn ved ekstern overlæge ved bæltfikseringer. Disse indgreb kan ligeledes påklages til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

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

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

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

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

Sager fra Regionspsykiatrien Horsens behandles fast om onsdagen.

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

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

Næsten alle sager modtages på fax, og mødeindkaldelse og dagsorden sendes som hovedregel samme dag, som klagen modtages eller dagen efter.

2. Antal sager og sagsfordeling

2a. Antal sager

Skema 1

Antal sager

	2009	%	2010	%	2011	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	237	100	225	100	275	100
+ antal sager modtaget, men ej behandlet i foregående kalenderår	2	1	2	0,8	0	0
- antal tilbagekaldte sager	23	10	28	12,4	30	11
- antal afviste sager	18	7,6	11	4,8	10	3,6
- antal sager modtaget men ej behandlet i kalenderåret	1	0,4	0	0	0	0
= antal sager med realitetsafgørelse	197	83	188	83,5	235	85,4

2b. Sagens fordeling på de enkelte hospitaler i regionen

Skema 2

Sagens fordeling på hospitaler

Hospital	Sager ialt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Risskov	109	131	141	18	20	21	91	111	120
Børn & Unge, Risskov	5	2	5	0	0	0	5	2	5
Randers	16	17	21	4	2	0	12	15	21
Silkeborg	3	-	-	0	-	-	3	-	-
Horsens	17	25	9	5	8	2	12	17	7
Herning	21	20	27	2	6	4	19	14	23
Børn & Unge, Herning	3	0	0	2	0	0	1	0	0
Holstebro	26	16	32	3	1	7	23	15	25
Viborg	38	16	40	7	2	6	31	14	34
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ialt	238	227	275	41	39	40	197	188	235

2c. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i nævnet

2009	2010	2011
305	311	406

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

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

Der tælles mindst én afgørelse for hvert enkelt påklaget tvangsindgreb.

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

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

3. Sagsbehandlingstiden

Det bemærkes, at sagsbehandlingstiden udregnes automatisk af sagsstyringsprogrammet, således at sagsbehandlingstiden beregnes fra det tidspunkt, hvor sekretariatet modtager klagen, og indtil sekretariatet afsender afgørelsen til patienten.

Der er i sagsbehandlingstiderne medregnet lørdage, søndage og helligdage.

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

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2009	2010	2011
Antal dage	6,3	5,4	6,3

4. Antal møder, mødested m.v.

4a. Antal møder

Skema 5

Samlet antal møder

	2009	2010	2011
Antal møder	130	118	131

4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte psykiatriske hospitaler

Skema 6

Mødernes fordeling på hospitaler

Hospital	Antal møder 2009	Antal møder 2010	Antal møder 2011
Risskov	38	41	43
Børn & Unge, Risskov	5	2	5
Randers	12	13	15
Silkeborg	3	-	-
Horsens	12	17	7
Herning	16	15	19
Børn & Unge, Herning	1	0	-
Holstebro	18	16	21
Viborg	25	14	21
Børn & Unge, Viborg	0	0	-
Møder ialt	130	118	131

Stedlig kompetence

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

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

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

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

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

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

5. Mødedeltagelse

5a. Mødedeltagelse for læger

Skema 7

Mødedeltagelse for læger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Hospital									
Risskov	91	111	120	0	0	0	100	100	100
Børn & Unge, Risskov	5	2	5	0	0	0	100	100	100
Randers	12	15	21	0	0	0	100	100	100
Silkeborg	3	-	-	0	-	-	100	-	-
Horsens	13	17	7	0	0	0	100	100	100
Herning	19	14	20	0	0	3	100	100	87
Børn & Unge, Herning	1	0	0	0	0	0	100	100	100
Holstebro	23	15	25	0	0	0	100	100	100
Viborg	30	14	34	1	0	0	96,7	100	100
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	0	0	0	0	0	100
I alt	197	188	232	1	0	3	99,5	100	98,7

5b. Mødedeltagelse for patienter

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Hospital									
Risskov	70	78	86	21	33	34	76,9	70,3	71,6
Børn & Unge, Risskov	4	2	5	1	0	0	80	100	100
Randers	10	10	15	2	5	6	83,3	66,6	71,4
Silkeborg	3	-	-	0	-	-	100	-	-
Horsens	7	10	7	5	7	0	58,3	58,8	100
Herning	11	13	16	8	1	7	58	92,8	69,5
Børn & Unge, Herning	1	0	-	0	0	-	100	-	-
Holstebro	12	11	20	11	4	5	52	73,3	80
Viborg	28	11	26	3	3	8	90	78,5	76,4
Børn & Unge, Viborg	0	0	-	0	0	-	-	-	-
I alt	146	135	175	51	53	60	74	71,8	74,5

Alle patienter får en skriftlig indkaldelse til at deltage i mødet.

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværgere

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværgere

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Hospitaler									
Risskov	67	93	89	24	18	31	73,6	83,8	74,2
Børn & Unge, Risskov	3	2	5	2	0	0	60	100	100
Randers	5	7	15	7	8	6	41,6	46,6	71,4
Silkeborg	3	-	-	0	-	-	100	-	-
Horsens	9	14	5	3	3	2	75	82,4	71,4
Herning	18	14	18	1	0	5	95	100	78,2
Børn & Unge, Herning	1	0	-	0	0	-	100	-	-
Holstebro	11	11	19	12	4	6	47,8	73,3	76
Viborg	22	11	23	9	3	11	71	78,5	67,6
Børn & Unge, Viborg	0	0	0	-	-	-	-	-	-
I alt	139	152	174	58	36	61	70,5	80,5	74

Hvor Nævnet i 2010 kunne glæde sig over en pæn stigning i fremmødeprocenten, må vi desværre konstatere et markant fald i patientrådgiveres/bistandsværgers fremmødeprocent. Nævnet har til stadighed fokus på dette område, idet det er af væsentlig betydning for patienten, at patientrådgiveren/bistandsværgen møder sammen med patienten. Nævnet vil fortsat varsle patientrådgiveren ved e-mail så snart tidspunktet for sagens behandling i Nævnet kendes, i håb om at dette giver patientrådgiveren/bistandsværgen bedre mulighed for planlægning i forhold til erhvervsarbejde. Nævnet vil på baggrund af den faldende fremmødeprocent være opmærksom på patientrådgivere, der i højere grad end andre melder afbud til møderne med henblik på at afklare baggrunden for afbuddet. Nævnet opfordrer til stadighed patientrådgivere/bistandsværgere til at prioritere deres hverv, samt til at overveje, om hvervet kan kombineres med deres erhvervsarbejde/øvrige opgaver.

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

6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten

Bortset fra to afgørelser er alle nævnets afgørelser truffet ved enstemmighed.

6a. Antal afgørelser og godkendelser

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Tvangsindlæggelse	39	59	61	35	54	58
Tvangstilbageholdelse	88	106	128	81	93	111
Tilbageførsel	1	0	2	1	0	2
Tvangsfiksering	59	31	57	35	26	43
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	1	0	3	1	0	2
Tvangsbehandling, medicinsk	66	62	103	56	52	75
Tvangsbehandling, ECT	1	3	0	1	3	0
Tvangsbehandling, legemlig	3	2	1	1	1	1
Fysisk magtanvendelse	5	3	10	5	3	10
Beroligende medicin	38	43	34	36	43	31
Personlig skærmning	0	1	2	0	1	2
Tvungen opfølgning, iværks.	-	-	3	-	-	2
Tvungen opfølgning, afhent. v/ politi	-	-	1	-	-	1
Andet (tvangsernæring)	4	1	1	2	1	1
I alt	305	311	406	254	277	339

6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesat/helt eller delvis ulovlig			Omgørelsesprocent		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Tvangsindlæggelse	4	5	3*	10	8,4	5
Tvangstilbageholdelse	7	13	17*	8	12,2	13,3
Tilbageførelse	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	24	5	14*	40,6	16,1	24,5
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	1	0	0	33
Tvangsbehandling, medicinsk	10	10	28	15	16,4	27,2
Tvangsbehandling, ECT	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	2	1	0	66,6	50	0
Fysisk magtanvendelse	0	0	0	0	0	0
Beroligende medicin	2	0	3	5,2	0	8,8
Personlig skærmning	0	0	0	0	0	0
Tvungen opfølgning, iværks.	-	-	1	-	-	33
Tvungen opf., afh. v/ politi	-	-	0	-	-	0
Andet (tv. Ernæring)	2	0	0	50	0	0
I alt	51	34	67	16,7	10,9	16,5

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

Nævnets omgørelsesprocent er steget i 2011, især vedrørende tvangsindgrebene tvangsfiksering og tvangsbehandling. Endvidere er 1 ud af 3 afgørelser vedrørende tvungen opfølgning tilsidesat, hvilket medfører en omgørelsesprocent på 33.

I relation til tvangsfiksering gøres der opmærksom på, at antallet af tilsidesættelser også omfatter tilsidesættelser af varigheden af fikseringer og tilsidesættelser af anvendelse af hånd- eller fodremme. Således er der blot 5 afgørelser, hvor bæltefikseringen i sin helhed er blevet tilsidesat med henvisning til, at betingelserne for fikseringen ikke vurderedes opfyldt. I 4 sager er bæltefikseringens varighed blevet tilsidesat, idet der ikke forelå tilstrækkelig dokumentation for, at opretholdelse af fikseringen var berettiget. Nævnet skal i denne forbindelse gøre opmærksom på, at en bæltefikseret patient skal tilses 4 gange i døgnet, og såfremt fikseringen opretholdes, skal baggrunden herfor fremgå af journalen. Det er således ikke tilstrækkeligt, at det fremgår, at patienten er tilset, og fikseringen opretholdes. Det er ofte manglende dokumentation, der er begrundelsen for disse tilsidesættelser. Endelig er der 5 sager, hvor anvendelse af hånd- eller fodremme er blevet tilsidesat. I disse sager har det gjort sig gældende, at overlægens godkendelse af anvendelsen af remmen ikke er dokumenteret. Såfremt alene "rene" tilsidesættelser af bæltefiksering skal tælle med, ville omgørelsesprocenten vedrørende tvangsfikseringer være 8,7. Nævnet finder imidlertid, at det ville give et misvisende billede, såfremt tilsidesættelser af varigheden af fikseringer og tilsidesættelser af anvendelse af hånd- og fodremme ikke tages med i opgørelsen.

I relation til tvangsbehandling gør det sig gældende, at kravene er skærpet til dokumentation for motivering for frivillig behandling og til information om behandlingen, jf. afsnit 2. På trods af lovændringen vedrørende kortere motivationsperiode har hospitalerne i mange sager vanskeligt ved at opfylde kravene til dokumentation. Dette kan formentlig for en stor dels vedkommende tilskrives travlhed hos lægerne, men der må erindres om, at de skærpede krav til dokumentationen er udtryk for et ønske om at tilgodese patientens retssikkerhed i forhold til det betydelige tvangsindgreb, som en tvangsbehandling må betragtes som. Nævnet vil gerne tilstræbe at nedbringe antallet af tilsidesættelser, og har derfor i 2011 til hospitalerne udarbejdet en vejledning til klagers fremsendelse til Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvor bl.a. kravene til dokumentationen er skitseret.

7. Klager over Patientklagenævnets afgørelser

7a. Antal klager

Skema 12

Antal klager

	2009			2010			2011		
	Antal afg.	Antal Klager	Klage %	Antal afg.	Antal Klager	Klage %	Antal afg.	Antal Klager	Klage %
Tvangsindlæggelse	39	13	33,3	59	11	18,6	61	13	21,3
Tvangstilbageholdelse	88	20	22,7	106	17	16	128	21	16,4
Tilbageførsel	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Tvangsfiksering	59	4	6,7	31	6	19,3	57	10	17,5
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	1	0	0	0	0	0	3	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	66	12	18	62	8	12,9	103	14	13,6
Tvangsbehandling, ECT	1	0	0	3	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	3	0	0	2	0	0	1	0	0
Fysisk magtanvendelse	5	0	0	3	0	0	10	0	0
Beroligende medicin	38	12	31,5	43	3	7	34	7	20,6
Personlig skærmning	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Tvungen opfølgning	-	-	-	-	-	-	3	1	33
Tvungen opf., afh. v/politi	-	-	-	-	-	-	1	0	0
Andet (bl.a. tv. ernæring)	4	0	0	1	0	0	1	0	0
I alt	305	61	20	311	45	14,5	405	66	16,3

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

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

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

7b. Indbringelse for domstolene

Skema 13

Afgørelser fra retten

	2009	2010	2011
Stadfæstet	21	20	35
Tilsidesat/hjemvist	1	0	3
Frafaldet af patient	13	8	10
Afventer dom	-	6	0
I alt	35	34	48

Tabellen omfatter afgørelser fra retten modtaget i 2011, incl. afgørelser truffet af nævnet før 2011.

Ad de 3 ændrede afgørelser er der tale om to sager:

- 1) Afgørelse om tvangsfiksering – godkendt af Det psykiatriske Patientklagenævn – ændret af retten, idet retten fandt fikseringen ulovlig. Retten lagde vægt på forklaring fra vidne, der havde været vagt forud for fikseringen. Forklaring fra vidne forelå ikke ved Nævnets behandling af sagen.
- 2) Afgørelse om 3 tvangsfikseringer – alle tilsidesat af Det Psykiatriske Patientklagenævn – retten fandt to af fikseringerne lovlige, og den 3. ulovlig. Dommen er omtalt på s. 30.

7c. Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

Skema 14

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn

	2009	2010	2011
Stadfæstet	16	8	9
Tilsidesat/hjemvist	3	2	3
Frafaldet	0	0	1
Afventer afgørelse	5	1	7
I alt	19	11	20

Tabellen omfatter afgørelser fra Psykiatrisk Ankenævn modtaget i 2011, incl. afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn før 2011.

Ad de 3 ændrede afgørelser vedrører disse 3 sager, hvor der er truffet afgørelse af Det Psykiatriske Patientklagenævn om godkendelse af tvangsbehandling hhv. den 6. januar, den 13. januar og den 3. marts 2011. Det Psykiatriske Ankenævn ændrede Nævnets afgørelser med henvisning til den ændrede praksis, der blev annonceret ved Patientombudets Nyhedsbrev af 3. marts 2011. Ifølge denne praksis skal patienten være informeret om virkning og bivirkninger ved alle præparater omfattet af beslutning om behandling, dvs. også de subsidiære præparater. Der henvises til afsnit 2 i beretningen.

Afsnit 2

Principielle problemstillinger m.v.

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

Pligt til at informere patienten om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang inden beslutningen træffes.

Det Psykiatriske Ankenævn har den 1. marts 2011 afgjort en sag, som repræsenterer en ny praksis indenfor tvangsbehandling. Patientombuddet udsendte den 3. marts 2011 et nyhedsbrev herom.

Ankenævnet ændrede en afgørelse fra det psykiatriske patientklagenævn vedrørende tvangsmedicinering, idet Ankenævnet fandt, at patienten også skulle have været informeret om virkning og bivirkning ved det/de præparat(er) som ellers måtte indgå i beslutningen om tvangsbehandling udover det primære præparat.

Nyhedsbrevet er vedlagt som bilag til årsberetningen.

Ankenævnet har i konsekvens af den ændrede praksis ændret tre af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, som er truffet forud for modtagelsen af Nyhedsbrevet, henholdsvis den 6. januar 2011, den 13. januar og den 3. marts 2011.

Ankenævnet anførte i alle tre sager, at det fremgår af § 4, stk. 1, i psykiatriloven, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at der ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det er ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, både for så vidt angår det primære og det/de subsidiære præparat(er), idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med et subsidiært præparat. Det er imidlertid ikke dokumenteret, om patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved det/de subsidiære præparat(er).

Ankenævnet bemærkede, at den information, man i en situation som den aktuelle er forpligtet til at give vedrørende behandlingen med det subsidiære præparat, kan være relativt enkel. Det er således tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund de tre afgørelser, således at Ankenævnet ikke kunne godkende beslutningerne om tvangsbehandling.

Afgørelser vedrørende tvungen opfølgning

Bestemmelserne om tvungen opfølgning trådte i kraft med virkning fra 1. oktober 2010 og er indsat som §§ 13 d og 13 e i psykiatriloven. Herudover er der indsat en række konsekvensbestemmelser i psykiatriloven.

Med de nye bestemmelser er det muligt at fastholde meget syge patienter i medicinsk behandling efter udskrivelse. Det drejer sig om en lille gruppe af patienter, som, når de udskrives fra psykiatrisk afdeling, konsekvent holder op med at tage den ordinerede medicin, hvorefter de får det så dårligt, at de må indlægges igen, evt. under tvang.

Det er forudsat, at patienter der udskrives til tvungen opfølgning efter udskrivning er i et stabilt behandlingsforløb, samt at beslutningen om at etablere tvungen opfølgning efter udskrivning ikke må føre til, at patienten udskrives tidligere end patienten ville være blevet, såfremt muligheden for at etablere tvungen opfølgning efter udskrivning ikke var til stede.

Nævnet har siden vedtagelsen af bestemmelsen truffet 3 afgørelser vedrørende tvungen opfølgning, hvoraf de to er godkendelser, og den tredje er en tilsidesættelse. Nævnet har endvidere truffet afgørelse om godkendelse af beslutning om afhentning ved politi.

I den sag, hvor beslutning om tvungen opfølgning blev tilsidesat, var der lagt vægt på, at det ikke var dokumenteret, at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatri-team, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 4.

Nævnet lagde i denne forbindelse vægt på, at der ikke var etableret et udgående psykiatriteam til varetagelse af opgaverne i forbindelse med medicinering på bopælen af den persongruppe, som patienten tilhørte – personer der har ophold på institution.

Endvidere lagde Nævnet ved afgørelsen vægt på, at patienten ikke var blevet tilbudt den ordinerede medicin - inj. Zypadhera 405 mg hver 4. uge im - dagligt gennem 3 dage, før der blev truffet beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Patienten var ikke under indlæggelsen blevet behandlet med hverken Zyprexa eller Zypadhera, men med Abilify.

Umiddelbart kunne man have forventet, at nævnet ville have modtaget flere klager over beslutning om tvungen opfølgning, idet bestemmelsen formodes at kunne modvirke gentagne indlæggelser med kort interval. Om det lave antal klager skyldes, at der bliver truffet relativt få beslutninger om tvungen opfølgning – eventuelt fordi de i loven opstillede betingelser ikke er opfyldt – eller om det skyldes, at patienterne ikke klager over beslutningerne, er vanskeligt at vurdere.

Afgørelser vedrørende personlig skærmning

Det fremgår af psykiatrilovens § 18 c, at personlig skærmning, som varer mere end 24 timer, og som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt, for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Personlig skærmning defineres i psykiatrilovens § 18 c som foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det fremgår af § 46, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger og af forarbejderne til loven, at der ved "umiddelbar nærhed" skal forstås således, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Personlig skærmning som juridisk begreb, som det nu er defineret i § 18 c, har således ikke nødvendigvis det samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge.

Lavere grader af observation/overvågning er ikke omfattet af bestemmelsen, og eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning kan derfor fastsættes af sygehusmyndigheden.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 18 c blev indsat i forbindelse med ændringen af psykiatriloven, som trådte i kraft den 1. januar 2007. I den tidligere psykiatrilov fandtes skærmningsbegrebet ikke, men begrebet blev i stigende omfang anvendt på de psykiatriske afdelinger som udtryk for en behandlingsmetode, uden at der dog eksisterede en entydig definition af begrebet. Skærmning blev således anvendt i situationer, hvor der var brug for, at patienten blev skærmet fra omgivelserne. Dette kunne skyldes hensynet til patienten selv, men det kunne også være af hensyn til det generelle miljø i afdelingen. Skærmning kunne foregå som personlig skærmning i form af forskellige grader af relationelle og observationsmæssige foranstaltninger i forhold til patienten, spændende fra samtaler og øget opsyn til konstant følgeskab af et personalemedlem, ligesom der kunne være tale om fysisk skærmning, hvor patienten fysisk blev afsondret fra omgivelserne.

Med indførelse af psykiatrilovens § 18 c blev adgangen til at iværksætte personlig skærmning synliggjort ved veldefinerede kriterier, og det fremgår af psykiatrilovens § 20, at beslutning om personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, skal tilføres tvangsprotokollen.

Det fremgår desuden af ovenstående bekendtgørelse § 28, stk. 3, at beslutningen om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten, og at beslutningen skal noteres i patientens journal, jf. § 21 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Patienten har ifølge psykiatrilovens § 35 mulighed for at indbringe klager over personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen. De psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende personlig skærmning kan i henhold til psykiatrilovens § 38 ankes til Det Psykiatriske Ankenævn.

De situationer, hvor det kan være relevant at iværksætte personlig skærmning i henhold til psykiatrilovens § 18 c, kan være tilfælde, hvor patienter er omkringfarende og ikke kan falde til ro, og hvor adfærden over for andre kan være præget af indblanding og forulempen, f.eks. maniske patienter, der forgriber sig på andres ejendele, er seksuelt grænseoverskridende m.v. Der kan også være tale om patienter, der lider af f.eks. nervøs spisevægring.

Nævnet har i 2011 behandlet 5 sager om personlig skærmning, hvoraf nævnet godkendte skærmningen i to af sagerne og afviste at behandle tre klager. De tre afviste klager refereres nedenfor:

Betingelser for personlig skærmning ikke opfyldt:

En patient klagede over skærmning. Nævnet traf afgørelse den 10. februar 2011. På mødet oplyste den mødte læge, at patienten havde psykomotorisk højt tempo, talepres og mange ideer og projekter, som han både talte med personalet og medpatienter om. Medpatienter følte sig generede af hans adfærd, og man skærmede ham for at afskære ham fra stimuli samt for at afværge, at han forulempede medpatienter. Patienten havde endvidere haft truende adfærd over for personalet.

Patienten oplyste, at han havde sit eget værelse. Han havde en vagt på, men denne vagt befandt sig ind imellem også uden for hans stue, hvor døren til stuen var lukket. Vagten tilså også andre patienter. Der var ikke tilsyn med patienten under toiletbesøg og badning. Patienten oplevede et behov for at tale med andre, og manglede personale at tale med. Patienten oplevede, at personalet var stresset, men han havde brug for deres støtte, idet han var manisk og i følelsesmæssigt kaos.

Nævnet afviste at behandle klagen, idet en forudsætning for at skærmningen kan anses for at være omfattet af dets kompetence er, at patienten skal have været under konstant opsyn, også ved bad og toiletbesøg.

En patient klagede over skærmning. Nævnet traf afgørelse den 8. december 2011. På mødet blev det oplyst, at når patienten var på stuen, så sad personalet lige uden for med døren på klem. Personalet fulgte patienten overalt på afdelingen, og når han var ude. De kunne til stadighed se patienten. Når patienten var på toilettet eller i bad, var døren lukket til badeværelset, og patienten havde 15 minutter til badning. Personalet opholdt sig uden for døren ved bad og toiletbesøg.

Nævnet afviste ligeledes her at behandle sagen, idet patienten ikke havde været under konstant opsyn, idet døren til badeværelset var lukket under bad og toiletbesøg.

En patient klagede over skærmning. Nævnet traf afgørelse den 10. november 2011. Nævnet afviste at behandle klagen, idet skærmningen ikke havde været mere end 24 timer, hvorfor tvangsindgrebet ikke var omfattet af psykiatriloven.

.....

Der er ikke tale om et stort statistisk materiale, men der er anledning til at gøre opmærksom på, at betingelserne for at en skærmning anses for at være omfattet af nævnets kompetence synes at være forholdsvis restriktive. Når henses til at en patient kan blive skærmet (have fast fodfølge) hele døgnet, findes det restriktivt, at bad og toiletbesøg bag lukkede døre kan bringe indgrebet udenfor Nævnets kompetence. Nævnets mulighed for at behandle klagen udgør en retssikkerhed for patienten, og den manglende kompetence stiller derfor patienten ringere.

Psykiatrilovens anvendelse for mindreårige

I årsberetning for 2010 for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er notat af 28. september 2010 fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet om samtykke til behandling af mindreårige psykiatriske patienter optrykt.

Notatet har givet anledning til følgende kronik i Ugeskrift For Læger den 17. januar 2011 af Anne Marie Råberg Christensen, overlæge Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg:

”Menneskerettigheder, mindreårige og behandling efter psykiatrilov

Notat fra Sundhedsministeriet fjerner klageretten fra børn, der er indlagt på psykiatrisk afdeling.

I 1983 var Danmark tæt på at blive dømt i Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol i Strasbourg for at overse menneskerettighederne for Jon, en 12 år gammel dreng. Jon var 12 år gammel, da han i 1983 blev indlagt på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling i fem en halv måned. Forinden havde han havde levet en omtumlet tilværelse. Hans forældre havde i mange år kæmpet om, hvem der skulle have forældremyndigheden over ham. Forældrene havde ikke været gift, og da Jon var to år gammel gik de fra hinanden. Jons mor fik forældremyndigheden. Med tiden blev Jons forhold til faren tættere, og da han var otte år, ville han ikke bo hos sin mor mere. Faren gik under jorden med sin søn, og det lykkedes dem at skjule sig for myndighederne og Jons mor i tre et halvt år. Da Jon blev fundet, blev han anbragt på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling; det var hans mors ønske og var blevet anbefalet hende af blandt andet hospitalsafdelingens leder.

Jon klagede først og fremmest over, at han blev berøvet sin frihed i de fem en halv måned, han var indlagt. Døren til hospitalsafdelingen var låst, og han var under næsten konstant opsyn. Jon kunne ikke klage til en dansk domstol over indlæggelsen, fordi det var hans mor og ikke myndighederne, der havde taget beslutningen om at indlægge ham. Jons mor havde forældremyndigheden, og hun mente, at det var bedst, at Jon blev indlagt. Ved Domstolen blev Danmark anklaget for ikke at have grebet ind i Jons mors måde at udøve sin forældremyndighed på. De danske myndigheder burde have lyttet til Jons protester over indlæggelsen, eftersom han var tolv år og gammel nok til at forstå, hvad der foregik omkring ham. Domstolens flertal mente imidlertid ikke, at børn i elleve-tolvårs-alderen er i stand til at tage stilling til en indlæggelse. Dommerne besluttede at lade morens forældremyndighed veje tungere end hensynet til Jons selvbestemmelsesret. Den danske stat blev derfor frikendt for sit medansvar for indlæggelsen.

KONKURRERENDE RETTIGHEDER

Jon-sagen rejste spørgsmålet om, hvilke rettigheder børn har i forhold til staten og deres forældre. Sagen viste, hvordan to forskellige menneskerettigheder kan støde sammen. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol afvejede Konventionens artikel 5 og 8 i forhold til hinanden. På den ene side giver Konventionen alle, inklusive børn, ret til frihed og personlig sikkerhed (artikel 5). På den anden side betyder retten til familieliv, at forældre har en vis ret til at bestemme over deres børn (artikel 8). Sagen skabte debat i den danske offentlighed og satte spørgsmålstegn ved, om retsbeskyttelsen af børn var god nok. I 1989 kom den danske lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, der med diverse justeringer har været gældende siden. Heri er ikke sat nogen nedre aldersgrænse for børn og unges frihedsrettigheder, hvorfor også børn helt ned til 12 år - så snart, de kunne forstå, hvad frihedsrettigheder betød - har fået tildelt patientrådgiver og haft klageret til det psykiatriske patientklagenævnsystem. Her kunne barnet eller den unge klage, hvis de ikke ønskede at være indlagt, var vrede over en fastholdelse eller ikke ville tage medicin eller få ernæring i en sonde. Patientrådgiverne har på bedste vis forsøgt at rådgive og vejlede børnene og de unge om deres rettigheder, og afdelingerne har indrettet deres praksis efter afgørelserne i det psykiatriske patientklagenævn. Nævnet og klagevejene var indrettet efter voksne patienters behov og kunne indimellem fremtræde uforståelige eller lidt frygtindgydende for børnene og de unge; men disse blev dog hørt.

NOTAT FJERNER RETTIGHED

Et notat fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet dateret september 2010 gør pludselig op med denne praksis. (Notat om samtykke til behandling af mindreårige, psykiatriske patienter. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 28. september 2010). I notatet står, at foræl-

dremyndighedsindehavergodt kan give samtykke til behandling - også tvangsbehandling. Børnenes retssikkerhed varetages ved forældrene, som derfor også har klageretten. »Psykiatriloven kan ikke anvendes i forhold til patienter, der er under 15 år eller i forhold til 15-17-årige patienter, der er for umodne til at varetage deres egne interesser, når der foreligger et informeret samtykke til behandlingen/foranstaltningen fra forældremyndighedens indehaver.

Dermed kan psykiatrilovens retssikkerhedsgarantier heller ikke finde anvendelse i forhold til mindreårige patienter i disse situationer. Børnenes retssikkerhed er varetaget ved, at deres forældre har pligt til at varetage deres interesser og behov og dermed også til at vurdere, om der skal gives samtykke til behandling (eller om psykiatriloven skal finde anvendelse), og om der skal klages m.v. "

Denne tolkning kan undre, da forældreansvarsloven i andre sammenhænge angående børn og anbringelse angiver, at også børn under 12 år skal have ret til at udtale sig om egen situation og at unge over 15 år har ret til at klage over myndighedernes afgørelser. Den sidste lov omhandlende, hvem der kan beslutte for børn og unge, er serviceloven. Lov om social service fra 2005 vægter omsorgsaspektet for barnet og § 50 pålægger således kommunalbestyrelsen at undersøge børn og unge ved mistanke om behov for særlig støtte, herunder nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. §51 foreskriver, at barnet ved åbenlys risiko for skade på sundhed eller udvikling kan undersøges ved ophold på institution eller indlæggelse på sygehus. Indlæggelser i henhold til denne paragraf har på de børne- ungdomspsykiatriske lukkede afsnit været underlagt lov om tvang i psykiatrien, hvorfor barnet kun kunne indlægges mod sin vilje, såfremt det var psykotisk eller i en tilstand der ganske kunne sidestilles hermed. Men dette gælder så ikke længere.

MAN HAR GLEMT HISTORIEN

Det er, som om man helt har glemt historien. For hvor er menneskerettighederne for børn blevet af? Hvem har spurgt eller debatteret, hvad der er bedst for børnene og de unge? Og er det ikke underligt med så stor en ændring på baggrund af et internt notat i ministeriet?

I Norge har man valgt at vægte børns og unges egen mening mere og givet både børn og pårørende ret til at klage til det psykiatriske patientklagesystem. Løsningsforslaget i Danmark kunne være det samme og med en mindre lovjustering kunne der oprettes et særligt patientklagenævn for børn og unge. Et sådant ville give den fordel, at parterne havde mulighed for at specialisere sig i at forstå børn og unges tankegang og derfor bedre kunne vejlede og beslutte til gavn for barnet. Et patientklagenævn for børn og unge kunne bestå af fire personer; en fra hver interessent: retssystemet med en børnesagkyndig jurist, socialforvaltning med psykolog eller sagsbehandler, en repræsentant fra en pårørende forening, samt en uvildig børne-ungdomspsykiater, der ikke var involveret i behandlingen. I dette specielle børne-unge-patientklagenævn kunne barnet/den unge så forklare sit problem, hvad enten det var, at vedkommende ikke ønskede at være indlagt, var vred over en fastholdelse, ikke ville tage medicin mod sin vilje eller få ernæring i en sonde. Med børn og unges menneskerettigheder i tankerne opfordres til at lave en særlov eller tilføjelse til lov om tvang i psykiatrien vedr. børn og unge med psykisk lidelse og at indrette et børne-unge-patientklagenævn, der kan varetage denne gruppes specielle behov."

* * *

Der henvises endvidere til vejledning nr. 9427 af 20/01 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, afsnit 9, der har følgende ordlyd:

9. Særligt vedrørende børn.

Det fremgår af psykiatriloven, at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Det følger af sundhedsloven, at forældremyndighedens indehaver kan give informeret samtykke til behandling for patienter under 15 år samt for 15-17-årige patienter, der ikke besidder den fornødne modenhed til at varetage sine egne interesser. Den behandlingsansvarlige overlæge skal sørge for, at mindreårige patienter informeres og inddrages i drøftelserne om behandling, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Den mindreåriges tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

Såfremt lægen vælger at ordinere en behandling som barnet modsætter sig, skal lægen, selvom forældrene samtykker, altid opveje fordele og ulemper og vælge den til enhver tid for barnet mest skånsomme løsning. Mindste middels princip skal altid følges. Ligeledes må overvejelser om forholdet mellem forældre og barn inddrages i lægens beslutning. Forældremyndighedens indehaver skal informeres om, at denne har mulighed for at frasi-ge sig stillingtagen til anvendelse af magt over for den mindreårige. Såfremt forældre- myndighedens indehaver ikke ønsker at tage stilling, vil den mindreårige være omfattet af psykiatriloven, hvis de øvrige betingelser for anvendelse af de enkelte tvangsforanstalt- ninger er opfyldt. Dette indebærer beskikkelse af patientrådgiver og klagemuligheder m.v.

Psykiatrisk behandling, herunder andre foranstaltninger omfattet af psykiatriloven, af pa- tienter under 15 år og umodne 15-17-årige patienter, der iværksættes med forældre- myndighedens samtykke, betragtes således ikke i psykiatrilovens forstand som tvang. Der er derfor ikke krav om registrering af denne behandling i afdelingens tvangsprotokol, men patientens tilkendegivelser, herunder modstand i forhold til behandlingen, skal regi- streres i patientens journal, jf. journalføringsreglerne. Med henblik på at få belyst, hvor mange foranstaltninger der foretages over for mindreårige med samtykke fra forældre- myndighedens indehaver, men mod den mindreåriges vilje, skal Sundhedsstyrelsen hen- stille til, at dette registreres i afdelingens tvangsprotokol og indberettes til Sundhedssty- relsen. Sundhedsstyrelsen har således i de elektroniske tvangsprotokoller givet mulighed for at registrere foranstaltninger, som anvendes mod den mindreåriges vilje, og hvor der ville have været tale om tvang i henhold til psykiatriloven, såfremt der ikke forelå et sam- tykke fra forældremyndighedens indehaver.

Psykiatrisk behandling af patienter under 15 år og umodne 15-17-årige, som iværksættes uden informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver, skal derimod altid ske inden for rammerne af psykiatriloven og registreres m.v.

Afsnit 3

Principielle afgørelser

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

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

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt at en tvangstilbageholdelse havde været ulovligt opretholdt i perioden fra den 30. januar 2011 til den 27. februar 2011, da en obligatorisk revurdering var blevet foretaget for tidligt

En patient klagede over, at han fortsat var tvangstilbageholdt. Nævnet traf afgørelse den 17. marts 2011.

Nævnet lagde vægt på, at patienten siden nævnets afgørelse af 16. december 2010, hvor nævnet godkendte tvangstilbageholdelsen af 3. december 2010, fortsat var psykotisk og behøvede behandling, fordi han ikke havde nogen erkendelse af at være syg eller behov for at være indlagt og modtage medicinsk behandling.

Det fremgår af psykiatrilovens § 21, stk. 2, at overlægen som led i efterprøvelse af frihedsberøvelse henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen er iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, skal påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen.

Det fremgår af tvangsprotokollen, at patienten blev tvangstilbageholdt den 3. december 2010, at der var sket efterprøvelse den 6., 13. og 23. december 2010 og den 2. januar 2011, henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter iværksættelsen. Det fremgår videre, at der var sket efterprøvelse den 28. januar og 27. februar 2011.

Efterprøvelsen 4 uger efter vurderingen på 30. dagen for iværksættelsen, skulle imidlertid have været foretaget den 30. januar 2011 og ikke allerede som sket den 28. januar 2011. Den mødte overlæge oplyste, at man fremrykkede efterprøvelsen, idet den 30. januar 2011 var en søndag, og idet man ikke syntes, at det var hensigtsmæssigt, at det var weekendvagten, der foretog efterprøvelsen.

Det er nævnets opfattelse, at hospitalet ikke kan fremrykke datoen for efterprøvelse med den virkning, at pligt til at foretage efterprøvelse på den korrekte dato bortfalder. Nævnet fandt herefter, at frihedsberøvelsen havde været ulovligt opretholdt fra den manglende efterprøvelse den 30. januar 2011 frem til næste rettidige efterprøvelse den 27. februar 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at en tvangstilbageholdelse havde været ulovligt opretholdt i perioden 22. april – 26. april 2011, på grund af for sen overlægegodkendelse af en revurdering

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 5. maj 2011. Nævnet lagde vægt på, at patienten på det tidspunkt, hvor han blev tvangsindlagt, var psykotisk og behøvede behandling, fordi han var tiltagende forpint og styret af paranoide forestillinger, hvorfor han ikke turde spise og drikke, tabte sig, var tiltagende træt og havde svært ved at gå.

Det fremgår af sagen, at revurderingen på 10. dagen ifølge reglerne herom blev foretaget af en reservelæge den 22. april 2011, men at godkendelse af overlægen først er sket den 26. april 2011.

Det fremgår af lovens § 21, stk. 2, at overlægen som led i efterprøvelse af frihedsberøvelsen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen er iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, skal påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen.

I henhold til lovens § 4 a er bestemmelsen om overlægens kompetence i henhold til ovennævnte bestemmelse ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Det blev oplyst, at der havde været en overlæge til stede på hospitalet, og der forelå ikke oplysninger om, at det ikke havde været muligt at få denne overlæge til at godkende revurderingen den 22. april 2011.

Nævnet fandt under disse omstændigheder, at frihedsberøvelsen har været ulovligt opretholdt fra den 22. april til den 26. april 2011.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 5. maj 2011. Beslutning om tvangstilbageholdelse blev foretaget af en reservelæge den 23. april 2011, men godkendelsen af overlægen fandt først sted den 26. april 2011.

Det blev oplyst, at der altid er en overlæge til stede på hospitalet, og der forelå ikke oplysninger om, at det ikke havde været muligt at få denne overlæge til at godkende revurderingen den 23. april 2011.

Nævnet fandt under disse omstændigheder, at en overlæge burde have godkendt tvangstilbageholdelsen den 23. april 2011, og at frihedsberøvelsen havde været ulovligt opretholdt fra den 23. april til den 26. april 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at en tvangstilbageholdelse var ulovligt opretholdt fra den 22. april til den 23. april og igen fra den 29. april til den 6. maj 2011, idet iværksættelse af tvangstilbageholdelserne den 23. april og 6. maj 2011 var udtryk for en retsvildfarelse, hvorfor disse beslutninger ikke har retsvirkning.

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 12. maj 2011.

En patient blev tvangstilbageholdt den 19. april 2011. Det fremgår af sagen, at efterprøvelsen på 3. dagen ikke blev foretaget den 22. april 2011, hvorfor hospitalet, da fejlen blev opdaget den 23. april 2011, valgte at ophæve frihedsberøvelsen og træffe ny beslutning om tvangstilbageholdelse. Denne tvangstilbageholdelse blev efterprøvet på 3. dagen den 26. april 2011 og opretholdt, men ved en forglemmelse ikke revurderet på 10. dagen den 3. maj 2011, hvorfor hospitalet, da fejlen blev opdaget den 6. maj 2011, på ny traf beslutning om tvangstilbageholdelse.

Det fremgår af psykiatrilovens § 21, stk. 2, at overlægen, som led i efterprøvelsen af frihedsberøvelsen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, skal påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt.

Nævnet fandt, at beslutningerne om tvangstilbageholdelse den 23. april og den 6. maj 2011 var uden retsvirkning. Beslutningen om tvangstilbageholdelse den 19. april 2011 var således fortsat gældende. Dette begrundes i, at de materielle betingelser for tvangstilbageholdelse fortsat var opfyldt ved beslutningerne om tvangstilbageholdelse den 23. april og den 6. maj 2011. Beslutningerne af 23. april og 6. maj 2011 beroede således på en retsvildfarelse.

Nævnet bemærkede, at frihedsberøvelsen grundet ovennævnte retsvildfarelse fra hospitalets side i perioder under forløbet efter tvangstilbageholdelsen den 19. april 2011 havde været ulovlig på grund af manglende revurdering på grund af datoforskydningerne, nærmere bestemt fra den 22. april til den 23. april 2011 og igen fra den 29. april til den 6. maj 2011. Der var senest revurderet den 9. maj 2011. Næste revurdering skulle således finde sted den 19. maj 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at en tvangstilbageholdelse var ulovligt opretholdt fra den 17. til den 18. november på grund af for sen revurdering. Nævnet bemærkede, at ophævelse af frihedsberøvelsen den 21. november anses at være uden retsvirkning, idet den alene var begrundet i for sen revurdering og beroede på en retsvildfarelse.

En patient klagede over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 2. december 2011.

En patient blev tvangsindlagt den 14. november. Revurdering af frihedsberøvelsen blev foretaget den 18. november. På grund af for sen revurdering ophævede hospitalet frihedsberøvelsen den 21. november, og traf samtidig beslutning om tvangstilbageholdelse, da patienten havde begæret sig udskrevet. Revurdering af denne tvangstilbageholdelse blev foretaget den 24. november.

Nævnet godkendte tvangsindlæggelsen den 14. november og tvangstilbageholdelsen den 21. november, men fandt frihedsberøvelsen ulovligt opretholdt fra den 17. til den 18. november på grund af for sen revurdering. Beslutningen om ophør af frihedsberøvelsen den 21. november 2011 fandt nævnet uden retsvirkning, da den beroede på en retsvildfarelse, idet betingelserne for tvangsindlæggelse fortsat var opfyldt.

Nævnets afgørelse er stadfæstet af byretten uden bemærkninger.

Nævnet bemærker i anledning af disse afgørelser, at i tilfælde af at hospitalet undlader at revurdere eller revurderer frihedsberøvelsen for sent, skal hospitalet blot revurdere frihedsberøvelsen på det tidspunkt, hospitalet bliver opmærksom herpå. Hospitalet skal så-

ledes ikke ophæve frihedsberøvelsen, medmindre hospitalet er af den opfattelse, at betingelserne for at frihedsberøve patienten ikke længere er opfyldt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt at en frihedsberøvelse havde været ulovligt opretholdt i tidsrummet fra den 17. juni 2011 til den 1. juli 2011 uanset revurderinger foretaget den 18., 25. og 30. juni 2011, idet der først blev truffet formel beslutning om tvangstilbageholdelse den 1. juli 2011 på trods af massive udskrivningskrav i hele perioden

En patient klagede over tvangstilbageholdelse. Nævnet traf afgørelse den 4. juli 2011. Nævnet havde kontrolleret, at overlægen havde vurderet patientens frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse) efter 3, 10 og 20 dage, senest den 30. juni 2011. Frihedsberøvelsen blev revurderet på 10. dagen den 25. juni 2011 in absentia og igen den 30. juni 2011, hvor patienten var tilbage i afdelingen.

Nævnet fandt imidlertid, at frihedsberøvelsen var ulovlig fra den 17. juni 2011 til den 1. juli 2011. Det fremgår af journalen den 1. juli 2011, at der først blev truffet formel beslutning om tvangstilbageholdelse denne dag, og at patienten aldrig havde været formelt tvangstilbageholdt, men blot fået revurderet frihedsberøvelsen (tvangsindlæggelsen) til trods for massive udskrivningskrav igennem hele forløbet.

Det kan oplyses, at modtageren (den vagthavende læge) af en udskrivningsanmodning har en ubetinget pligt til straks at tage stilling til denne, hvilket tilsyneladende ikke var sket. Først den 1. juli 2011 blev afdelingen opmærksom på, at der ikke formelt var taget stilling til patientens anmodninger om udskrivning. Fristbestemmelsen i psykiatrilovens § 10, stk. 3, var således ikke overholdt, og frihedsberøvelsen i tidsrummet fra den 17. juni 2011 til den 1. juli 2011 var således ulovlig uanset revurderingerne den 18., 25., og 30. juni 2011.

Såfremt en patient begærer sig udskrevet inden for det første døgn efter en tvangsindlæggelse skal overlægen i henhold til psykiatrilovens § 10, stk. 3, snarest muligt og inden 48 timer meddele patienten, om denne kan udskrives eller om tvangstilbageholdelse kan ske. Det blev lagt til grund som oplyst af hospitalet, at patienten umiddelbart efter indlæggelsen fremsatte udskrivningsønske.

Vedrørende denne problemstilling henvises i øvrigt til dom omtalt i Nævnets beretning for 2010 s. 20.

Tvangsfiksering

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte en tvangsfiksering fra den 30. marts til den 6. april 2011, idet betingelserne herfor ikke var opfyldt

En patient klagede over en tvangsfiksering. Nævnet traf afgørelse den 14. april 2011. Nævnet vurderede, at det ikke var nødvendigt at bæltefikser patienten for at afværge, at han eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at det i journalen var anført, at patienten blev tvangsfikseret, fordi han tidligere var absenteret fra afdelingen. Det fremgik ikke af journalen, at patienten var farlig for sig selv eller andre. På mødet havde overlægen oplyst, at patienten havde været truende. Dette fremgik imidlertid ikke af journalen. Nævnet fandt herefter ikke, at det i tilstrækkeligt omfang var dokumenteret, at patienten eller andre forud for fikseringen var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

For at opfylde betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 1 om at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred kræves, at det er dokumenteret, at faren er aktuel, konkret og påviselig. En vurdering der går på, at patienten før en tidligere fiksering fra den 22. marts til den 26. marts 2011 havde været udadreagerende, havde smadret et vindue i et forsøg på at flygte, havde spyttet efter personalet og været truende overfor personalet, opfyldte ikke betingelserne om at være konkret og aktuel.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte en fiksering fra den 28. september 2011 fra kl. 8.55 til kl. 16.00

En patient klagede over en tvangsfiksering. Nævnet traf afgørelse den 10. november 2011 og fandt, at bæltefikseringen havde været foretaget med urette.

En tvangsfiksering foretaget på farekriteriet må forudsætte, at der har været tale om en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre eller for patienten selv. Efter Patientklagenævnets opfattelse fandtes det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at patienten på daværende tidspunkt var til fare for sig selv eller for andre. Der blev lagt vægt på, at det ikke fandtes tilstrækkeligt dokumenteret, at patienten umiddelbart forud for bæltefikseringen var til fare for sine omgivelser. Nævnet fandt således, at det, at patienten ikke frivilligt ville gå til fysioterapirummet, at patienten vred sig ud af personalets hænder, og at patienten råbte ukvemsord efter personalet, ikke i sig selv kunne begrunde en bæltefiksering. Det blev således oplyst på mødet, at der ikke var egentlige fysiske udfald imod personalet, og at patienten ikke var truende, men blot råbte ukvemsord efter personalet. Det blev endvidere oplyst, at patienten selv lagde sig op på sengen uden modstand for at blive fikseret. Nævnet fandt ej heller at mindste middels princip havde været overholdt, idet det ikke fandtes godtgjort, at en skærmning til fysioterapirummet ikke kunne have været tilstrækkeligt til at berolige patienten.

Nævnet fandt anledning til at kritisere, at Aarhus Universitetshospital Risskov ikke havde fremsendt patientens klage på et tidligere tidspunkt. Klagen er dateret den 29. september 2011, men først modtaget i sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn den 31. oktober 2011.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte, at en patient havde været bæltefikseret, men fandt dog, at anlæggelse af håndremme var blevet uretmæssigt opretholdt, efter at patienten var undersøgt for glasskår

En patient klagede over tvangsfiksering. Nævnet traf afgørelse den 14. april 2011. Nævnet vurderede, at det var nødvendigt at bæltefikserer patienten for at afværge, at hun eller andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten forinden fikseringen knuste et glas mod gulvet, at hun forsøgte at skære i sig selv med glasskår, og at hun ved personalets forsøg på at forhindre hende i at skade sig selv var affektpræget og udadreagerende, idet hun sparkede i sit forsøg på at komme fri.

Nævnet fandt, at anlæggelsen af håndremmene kl. 12.30 var nødvendig, idet patienten efter anlæggelsen af bælte ikke samarbejdede med personalet, således at de kunne undersøge hende for glasskår.

Nævnet fandt dog, at anlæggelse af håndremmene var uretmæssigt opretholdt, efter patienten var blevet undersøgt for glasskår. Nævnet har ved afgørelsen heraf lagt vægt på, at håndremmene først blev løsnet kl. 21.00, og at det fremgår af journalen, at patienten var rolig det meste af eftermiddagen og aftenen.

Patientklagenævnet fandt således, at tvangsfikseringen for så vidt angår udstrækning af anlæg af håndremme ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Afgørelse fra retten – ændring af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende tvangsfiksering

Ved dom afsagt af Retten i Aarhus den 8. november 2011 har retten delvist ændret Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse af 20. februar 2009 vedrørende tre bæltefikseringer samt tvangstilbageholdelse.

Nævnet godkendte frihedsberøvelsen, men tilsidesatte de tre fikseringer. Den første med denne begrundelse:

”Nævnet har ved vurderingen heraf lagt vægt på, at NN ifølge de foreliggende oplysninger har været opkørt, truende og højtråbende, hvorimod der ikke foreligger oplysninger om, at NN har været voldelig eller har haft anden udadreagerende adfærd overfor personalet eller andre umiddelbart forud for fikseringen. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at hospitalet efter nævnets opfattelse, ikke i tilstrækkeligt omfang har dokumenteret, at NN på anden måde havde en sådan truende adfærd, at NN umiddelbart udgjorde en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre umiddelbart forud for fikseringen.”

Den anden med følgende begrundelse:

”Nævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at NN ifølge de foreliggende oplysninger har smidt med stole i rygerummet, hvorimod der ikke foreligger oplysninger om, at NN har været voldelig eller haft anden udadreagerende adfærd overfor personalet eller andre umiddelbart forud for fikseringen. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at hospitalet efter nævnets opfattelse, ikke i tilstrækkeligt omfang har dokumenteret, at NN på anden måde havde en sådan truende adfærd, at NN umiddelbart udgjorde en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre umiddelbart forud for fikseringen.

Endelig har nævnet yderligere særligt lagt vægt på, at det ikke af sagen fremgår, at det i den givne situation ikke var muligt at anvende en mindre indgribende foranstaltning.”

Den tredje med følgende begrundelse:

”En tvangsfiksering foretaget på farekriteriet må forudsætte, at der har været tale om en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre eller for patienten selv. Efter Patientklagenævnets opfattelse findes det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at NN den 30. december 2008 var til fare for sig selv eller for andre i et omfang, der kunne begrunde en tvangsfiksering.

Nævnet har ved vurderingen heraf lagt vægt på, at NN ifølge de foreliggende oplysninger har haft svært ved at overholde skærmning, og da NN anmodes om at gå til sin stue, gik han tæt på personale og virkede latent aggressiv. Han var ukorrigerbar samt fremsatte trusler. Der foreligger imidlertid ikke oplysninger om, at NN har været voldelig eller har haft anden udadreagerende adfærd overfor personalet eller andre umiddelbart forud for fikseringen. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at hospitalet efter nævnets opfattelse, ikke i tilstrækkeligt omfang har dokumenteret, at NN på anden måde havde en sådan tru-

ende adfærd, at han umiddelbart udgjorde en nærliggende, konkret og påviselig fare for andre umiddelbart forud for fikseringen.

Endelig har nævnet yderligere særligt lagt vægt på, at det ikke af sagen fremgår, at det i den givne situation ikke var muligt at anvende en mindre indgribende foranstaltning."

Patienten indbragte afgørelsen for retten og nedlagde påstand om, at tvangstilbageholdelsen både materielt og formelt var ulovlig. Endvidere nedlagdes påstand om stadfæstelse af Nævnets afgørelse vedrørende tvangsfikseringerne.

Sygehusmyndigheden nedlagde påstand om stadfæstelse af Nævnets afgørelse om tvangstilbageholdelse, samt påstand om, at de tre tvangsfikseringer var foretaget med rette.

Patienten tog forbehold for at kræve erstatning.

Retten stadfæstede Nævnets afgørelse om tvangstilbageholdelse samt afgørelsen om tilsidesættelse af den ene fiksering. De to øvrige bæltefikseringer fandt retten var foretaget med rette og dermed lovlige.

Sagen var forelagt retslægerrådet. For så vidt angår fiksering af 24.12.2008 fandt retten følgende:

"Umiddelbart forud for tvangsfikseringen den 24. december 2008 med bælte og rem har NN efter det oplyste været opkørt, manisk, højtråbende og truende. Der er ikke oplysninger om, at NN på dette tidspunkt har udøvet vold, og der er ikke i journalen beskrevet konkrete trusler. På baggrund af det oplyste om NN's svært psykotiske tilstand og beskrivelserne i sygeplejekardex af hans vrede, uefterrettelige og truende adfærd over for personalet, finder retten ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte hospitalets skønsmæssige vurdering af, at tvangsfiksering med bælte og rem af NN og opretholdelsen heraf på grund af fortsat truende adfærd var nødvendig for at afværge, at han udsatte personalet, medpatienter eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, jf. lov om tvang i psykiatrien § 14, stk. 2, nr. 1."

Vedrørende bæltefikseringen den 30. december anførte retten følgende:

"Ifølge journalen var NN truende og latent aggressiv forud for denne tvangsfiksering med bælte og rem, idet han blandt andet gik "tæt" på personale, medpatienter og vagthavende læge. På baggrund heraf og henset til den generelle beskrivelse af NN's svært psykotiske tilstand gengivet i retslægerrådets indledende svar på spørgsmål 2 finder retten ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte hospitalets skønsmæssige vurdering af, at tvangsfikseringen af NN med bælte og rem var nødvendig efter § 14, stk. 2, nr. 1."

Umiddelbart giver dommen anledning til at bemærke, at grundlaget for rettens afgørelser ofte er et andet end det det psykiatriske patientklagenævn træffer afgørelse på, hvilket kan give anledning til en ændret vurdering.

Dommen rejser endvidere spørgsmålet om sygehusmyndighedens adgang til at indbringe patientklagenævnets afgørelser for retten.

I henhold til psykiatrilovens § 37 skal det psykiatriske patientklagenævn efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold

til § 13 d, aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Følgende fremgår af bemærkningerne til § 37:

”Går patientklagenævnets afgørelse sygehusmyndigheden imod, kan sygehusmyndigheden ikke indbringe sagen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at sygehusmyndigheden er afskåret fra at få prøvet patientklagenævnets afgørelse ved domstolene. Sygehusmyndigheden har således allerede efter de nugældende regler mulighed for at udtage stævning mod vedkommende patientklagenævn efter retsplejelovens regler herom, jf. grundlovens § 63. ”

Det giver anledning til overvejelse om den pågældende dom må tages til udtryk for, at sygehusmyndigheden også efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a kan få prøvet afgørelser, der går sygehusmyndigheden imod, når sagen er indbragt for retten af patienten.

Tvangsbehandling

Patientklagenævnet har fra den 1. oktober 2010 som forudsætning for godkendelse af en beslutning om tvangsbehandling stillet krav om, at der for hver dag, patienten motiveres, skal noteres i journalen, hvilket præparat, patienten er motiveret for, og i hvilken dosis, samt oplysning om, at patienten har afvist behandling, og at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har i en række sager tilsidesat overlægens beslutning om tvangsbehandling, når der ikke i journalen forelå den nødvendige dokumentation for, at patienten var blevet tilbudt den konkrete behandling og at personalet havde forklaret patienten, at denne havde behov for medicin. Før den 1. oktober 2010 fandtes en passende motivationstid at være en til to uger. På grund af den væsentlig kortere betænkningstid, der blev vedtaget ved lovændringen den 1. oktober 2010 – psykiatrilovens § 12, stk. 5 sidste punktum – ”betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage” - har Det Psykiatriske Patientklagenævn efter den 1. oktober 2010 stillet krav om, at det for hver dag, der motiveres, skal noteres i journalen, hvilket præparat, patienten er motiveret for, og i hvilken dosis, oplysning om, at patienten har afvist behandlingen, samt at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger. Det har således efter den 1. oktober 2010 været en forudsætning for, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt en beslutning om tvangsbehandling, at disse fire elementer er dokumenteret i journalen, hver dag motiveringen er foregået.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling, hvor der manglede identitet mellem den dosis, der i betænkningstiden var motiveret for, og den dosis der blev truffet beslutning om

En patient klagede over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 7. juli 2011. Nævnet lagde vægt på, at patienten, på det tidspunkt hvor der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, var psykotisk og behøvede behandling, fordi han vurderedes garderet og paranoid psykotisk. Patienten havde desuden fremtrådt aggressivt og havde ingen sygdomsindsigt eller erkendelse af behov for behandling.

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

Nævnet lagde herved vægt på, at det ikke var noteret i journalen eller på anden måde tilstrækkeligt dokumenteret, at patienten var blevet motiveret for medicinsk behandling med Risperdal Consta 37½ mg i.m. hver 14. dag. Det fremgik derimod, at patienten var motiveret for medicinsk behandling med Zyprexa 20 mg.

Det er Nævnets opfattelse, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som skal finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Derfor er det en betingelse, at der motiveres for en konkret behandling.

Nævnet kunne til orientering oplyse, at Det Psykiatriske Ankenævn (tidligere Sundheds- væsnets Patientklagenævn) i en konkret afgørelse af 1. marts 2011 har tilkendegivet, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt, idet det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten forinden beslutning om tvangsbehandling var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater, som indgik i beslutningen om tvang, dvs. at der tillige skal informeres om de(t) subsidiære præparat(er).

For hver dag der motiveres, skal det i journalen fremgå, hvilket præparat det drejer sig om, og hvilken dosis der motiveres for, oplysning om at patienten er blevet tilbudt ovennævnte og har nægtet indtagelse, og oplysning om at patienten er fuldt orienteret om behandlingens formål, virkning og mulige bivirkninger ved samtlige de præparater, som måtte indgå i behandlingen.

Forudsætningen for at Nævnet godkender en tvangsbehandling er, at disse 4 elementer er dokumenteret i journalen, hver dag motiveringen foregår.

Endvidere er det en betingelse, at det præparat og den dosis, der motiveres for, skal være identisk med det præparat og den dosis, der træffes beslutning om.

Det Psykiatriske Patientklagenævn kunne ikke godkende beslutning om tvangsbehandling, da det ikke kunne dokumenteres, at der var motiveret for medicinsk behandling med det præparat, der var truffet beslutning om

En patient klagede over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 26. maj 2011. Nævnet vurderede, at det på det tidspunkt, hvor overlægen besluttede at tvangsbehandle ham, ville have været uforsvarligt ikke at behandle ham, fordi han var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge, og fordi udsigten til, at patienten blev helbredt eller fik det betydeligt og afgørende bedre, ellers ville blive væsentligt forringet.

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

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at det ikke var noteret i journalen eller på anden måde tilstrækkeligt var dokumenteret, at patienten var blevet motiveret for medicinsk behandling med Risperdal 2 x 1 mg. dagligt forud for beslutningen om tvangsmedicinering den 23. maj 2011.

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

En patient klagede over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 1. september 2011. Nævnet lagde lagt vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af vrangforestillinger. Der blev endvidere lagt vægt på, at patienten var uden sygdomsindsigt og uden erkendelse af behov for behandling.

Nævnet oplyste, at det fremgår af § 12, stk. 5, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at patienten, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst 3 dage.

Nævnet oplyste videre, at det fremgår af bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Patienten har krav på højst 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 forpintethed m.v. I betænkningstiden skal patienten dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Det var på denne baggrund nævnets opfattelse, at en patient har krav på højst tre dages betænkningstid, medmindre der foreligger en akut situation. Det er videre nævnets opfattelse, at dette ikke forhindrer overlægen i at give patienten en længere betænkningstid. I betænkningstiden skal det dog dagligt journalføres, om patienten har fået tilbudt medicinen, også når betænkningstiden udstrækkes ud over 3 dage. Som minimum skal motivationen dagligt være dokumenteret i de sidste tre dage op til beslutningen om tvangsbehandling bliver truffet.

Der forelå journalnotat af den 19. august, hvor det fremgik, at man havde forsøgt at motivere patienten til genoptagelse af depotbehandlingen. Der forelå tillige journalnotat af den 22. august, hvoraf det fremgik, at patienten fortsat afviste behandling. Beslutning blev truffet den 22. august. Af journalnotat af 31. august fremgik, at patienten tillige den 18. august blev tilbudt lægesamtale vedr. medicinering, men der forelå ikke journalnotat af den 18. august. Patienten var ikke forsøgt motiveret for behandlingen den 20. og 21. august.

Nævnet fandt på den baggrund, at beslutningen om tvangsbehandling ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Der blev lagt vægt på, at beslutningen blev truffet, efter at patienten samme dag var blevet motiveret for behandlingen, og at patienten således ikke var forsøgt motiveret for behandlingen i 3 dage op til det tidspunkt, hvor beslutningen blev truffet. Nævnet fandt, at der ikke forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville medføre fare for patientens liv eller helbred. Der blev lagt vægt på, at der forelå oplysninger om, at patienten var psykotisk og forpint af vrangforestillinger, men ikke oplysninger om, at der var fare for patientens liv eller helbred. Det bemærkedes, at der ikke forelå journalnotater for perioden 15. juli – 19. august 2011. Det bemærkedes tillige, at den medicin, man ville behandle patienten med, var depotmedicin, der først har virkning på patientens tilstand efter ca. 1 uge.

Nævnet fandt i øvrigt, at der ikke forelå oplysninger om sådanne særlige omstændigheder, der kunne begrunde en kortere motivationstid end 3 dage.

Det Psykiatriske Patientklagenævn kunne ikke godkende beslutning om tvangsbehandling, da der ikke forelå dokumentation for, at patienten havde modtaget oplysning om virkning og bivirkninger ved det besluttede præparat

En patient klagede over tvangsbehandling. Nævnet traf afgørelse den 31. marts 2011. Nævnet lagde vægt på, at patienten led af skizofreni, og at han under aktuelle indlæggelse var fundet hallucineret på hørelse, paranoidt tolkende og udvisende dårlig emotionel kontakt, samt at han udviste særdeles ringe sygdomsindsigt og afviste at modtage medicinsk behandling.

Nævnet fandt imidlertid, at kravet om dokumentation for vejledning om virkning og bivirkning ved behandlingen ikke var opfyldt, idet det ikke fremgik af journal eller lignende, at dette var sket.

Nævnet oplyste, at det ifølge § 3, stk. 6, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger forudsættes, at patienten og patientrådgiveren, bortset fra akutte farlige situationer, er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Nævnet fandt, at der skulle foreligge dokumentation for, at patienten var informeret om virkninger og bivirkninger ved de præparater, som der blev truffet beslutning om. Patientklagenævnet fandt i øvrigt, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn har tilsidesat en beslutning om tvangsbehandling med injektion depot Zypadhera 300 mg hver 2. uge, da Nævnet vurderede, at det var muligt at behandle patienten uden tvang

En patient klagede over tvangsbehandling med depot Zypadhera 300 mg hver anden uge. Nævnet traf afgørelse den 15. december 2011, hvor beslutningen ikke blev godkendt. Nævnet lagde vægt på, at patienten led af paranoid skizofreni, og at han var psykotisk. Der blev lagt vægt på, at patienten var ude af stand til at varetage egenomsorg, at patienten var forpint af sin tilstand, og at patienten var uden sygdomserkendelse og uden erkendelse af behov for behandling. Der blev lagt vægt på, at nuværende behandling med tablet Risperdal 6 mg dagligt havde vist sig at være utilstrækkelig, og at der var sket en forværring af hans tilstand, idet han i tiltagende grad isolerede sig og havde et betydeligt nedsat funktionsniveau. Der blev endelig lagt vægt på, at det ikke havde været muligt at fastholde patienten i en behandling.

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

Nævnet lagde vægt på, at patienten ikke tidligere var forsøgt behandlet med Zyprexa tablet, og at man derfor ikke kendte effekten af dette præparat på ham. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten havde oplyst, at han gerne ville tage Zyprexa smelttablet.

Nævnet fandt derfor, at behandling med Zyprexa smelttablet burde forsøges iværksat før der blev truffet beslutning om behandling med depot Zypadhera, idet tabletbehandling anses som det mindst indgribende middel.

Døraflåsning

En patient klagede over døraflåsning. Nævnet traf afgørelse den 12. maj 2011.

I henhold til psykiatrilovens § 18 f kan lægen beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen overfor patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og overfor patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Da patienten ikke var frihedsberøvet, kunne døraflåsning i forhold til ham alene ske, såfremt der var risiko for, at han utilsigtet ville udsætte sig selv for væsentlig fare, jf. § 18. Bestemmelsen omfatter som udgangspunkt personer, der lider af senil demens, men også personer der er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand. Farekriteriet er således ikke det sædvanlige farekriterium efter psykiatrilovens § 5 nr. 2.

Nævnet fandt det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at denne betingelse var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at der forelå oplysninger om, at patienten var manisk med konstant aktivitetsniveau, og at det havde været nødvendigt at skærme ham fra impulser. Nævnet fandt det imidlertid på de foreliggende oplysninger ikke tilstrækkeligt godtgjort, at der havde været risiko for, at patienten ville udsætte sig selv for væsentlig fare, såfremt der ikke foretoges døraflåsning.

Afsnit 4

4a. Anvendelsen af tvang i Region Midtjylland

Statsforvaltningen Midtjylland har fra Region Midtjylland modtaget nedenstående opgørelse af anvendelse af tvang i Psykiatrien for perioden 2009-2011.

Nedenfor præsenteres data trukket fra Sundhedsstyrelses dataportal eSundhed vedr. tvang. Data er gengivet ved to forskellige opgørelsesmetoder:

- o antal personer berørt af tvangsforanstaltninger
- o antal tvangsforanstaltninger

Data dækker både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Der henvises i øvrigt til læsevejledningen nederst i dokumentet. Data for 2011 er endnu ikke endeligt valideret af Sundhedsstyrelsen.

Antal personer berørt af tvang (tabel 1)

Tabel 1 viser antal personer, der én eller flere gange har været omfattet af tvang i de enkelte år. Hver enkel person er kun talt med én gang uanset antallet af tvangsforanstaltninger. Tabellen viser, at antallet af personer berørt af tvang i Region Midtjylland ligger forholdsvis stabilt fra 2009 - 2011. Der ses dog en stigning i antallet af personer berørt af tvangsbehandlinger på 10 %. Der ses et fald i antallet af personer, berørt af beskyttelsesforanstaltninger på 35 %.

Tabel 1. Udviklingen i antal personer der en eller flere gange har været berørt af en tvangsforanstaltning i Region Midtjylland

	RM		
	2009	2010	2011
Antal frihedsberøvede personer	845	840	860
Tvangsindlæggelser	516	523	523
Tvangstilbageholdelser	400	404	436
Antal tvangsbehandlede personer	183	209	202
Medicinering	95	106	108
ECT	21	29	19
Ernæring	5	6	11
Behandling af legemlig lidelse	82	90	91
Antal personer berørt af fysisk magtanvendelser	759	725	750
Fiksering m. bælte	443	390	453
Fiksering m. remme	292	257	289

	RM		
Fastholden	233	242	204
Beroligende medicin	386	370	378
Døraflåsning	217	225	271
Personlig skærmning	27	22	19
Fiksering m. handsker	2	1	0
Antal personer berørt af beskyttelsesforanstaltninger	48	39	31
Personlig alarm	0	0	0
Særlige dørlåse	15	17	10
Aflåsning af yderdør	0	0	0
Stofbælte eller lign.	39	22	20
Andet	6	6	5

Kilde: 1) Dataudtræk fra Sundhedsstyrelsens dataportal eSundhed december 2011 og marts 2012. Data for 2011 er ikke endeligt valideret af Sundhedsstyrelsen. "Anvendelsen af tvang i Psykiatrien 2010", Sundhedsstyrelsen okt. 2011.

Udviklingen i antal tvangsforanstaltninger (tabel 2)

Nedenstående tabel 2 viser udviklingen i antallet af tvangsforanstaltninger i Region Midtjylland fra 2009 til 2011.

Tabellen viser en række tendenser i anvendelsen af tvangsforanstaltninger i Region Midtjylland fra 2009 til 2011. Der ses blandt andet et fald i antallet af fysiske magtanvendelser på 11 % i perioden. Anvendelsen af beroligende medicin er i samme periode steget 3 %, mens antallet af fastholdelser er steget 4 %. Om der er tale om tilfældig variation eller en reel ændring, er for tidligt at konkludere.

Tabel 2. Udviklingen i antal tvangsforanstaltninger i Region Midtjylland

	RM		
	2009	2010	2011
Antal frihedsberøvelser	1.141	1.174	1.218
Tvangsindlæggelser	638	685	665
Tvangstilbageholdelser	509	489	553
Antal tvangsbehandlingsforløb	280	295	304
Medicinering	130	139	146
ECT	26	33	20

	RM		
Ernæring	12	10	18
Behandling af legemlig lidelse	112	113	116
Antallet af fysiske magtanvendelse	5.038	4.448	4.530
Fiksering m. bælte	1.911	1.420	1.345
Fiksering m. remme	836	849	777
Fastholden	599	598	620
Beroligende medicin	1.363	1.268	1.398
Døraflåsning	299	289	369
Personlig skærmning	28	22	21
Fiksering m. handsker	2	2	0
Antallet af beskyttelsesforanstaltninger	69	55	41
Personlig alarm	0	0	0
Særlige dørlåse	17	19	11
Aflåsning af yderdør	0	0	0
Stofbælte eller lign.	46	30	25
Andet	6	6	5

Kilde: 1) Dataudtræk fra Sundhedsstyrelsens dataportal eSundhed december 2011 og marts 2012. Data for 2011 er ikke endeligt valideret af Sundhedsstyrelsen.

Udviklingen i antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (tabel 3)

Tabel 3 indikerer en stor stigning i antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i Region Midtjylland. Region Midtjylland udarbejder en forholdsvis stor del af de aftaler og planer, som udarbejdes i Danmark.

Tabel 3. Udviklingen i antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i Region Midtjylland og Danmark.

	RM			DK	RM-DK
	2009	2010	2011	2010	RM's andel af DK i 2010
Antal aftaler og planer i alt	106	223	305	536	42 %
Udskrivningsaftaler	74	153	172	385	40 %
Koordinationsplaner	32	70	133	151	46 %

Umiddelbart giver ovenstående opgørelser anledning til at bemærke, at antallet af behandlingsforløb fra 2009 til 2011 er steget fra 280 til 304, dvs. en stigning på 8,5 %, og antallet af bæltefikseringer fra 2009 til 2011 er faldet fra 1911 til 1345, dvs. en reduktion på knap 30%. Ud af de 1345 bæltefikseringer er alene 57 påklaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn, heraf er de 14 tilsidesat helt eller delvist.

4b. Psykiatriens Hus i Silkeborg

Regionsrådet har i forbindelse med nedlæggelse af det psykiatriske sengeafsnit i Silkeborg samtidig anerkendt, at der er behov for at vurdere de samlede psykiatriske behandlingstilbud i Silkeborg Kommune.

Fremtidens psykiatriske tilbud i Silkeborg – Psykiatriens Hus – er kendetegnet ved at være et nytænkende og visionært projekt, hvor nye organisatoriske rammer og samarbejdsformer afprøves.

Den overordnede vision med etableringen af Psykiatriens Hus er at forbedre indsatsen over for sindslidende og tilbyde borgerne i Silkeborg Kommune nogle specialiserede og komplementære ambulante tilbud i brugernes sociale miljø. Det skal blandt andet opnås gennem særlig fokus på følgende 4 områder: En tidlig indsats, øget specialisering, et tættere samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien samt udbygning af de ambulante tilbud.

Silkeborg Kommunes tilbud i Psykiatriens Hus vil være: Den kommunale bostøtte, midlertidigt ophold og kost/motion og bevægelse.

Region Midtjyllands tilbud i Psykiatriens Hus vil være: Klinik for angst- og tvangslidelser og Team for personlige forstyrrelser. Der vil desuden være et daghospital, et lokalpsykiatrisk center, døgndækkende hjemmebehandling og mulighed for et midlertidigt ophold. Der kan læses mere i det oplæg om den fremtidige psykiatri i Silkeborg, som er udarbejdet af Silkeborg Kommune og Region Midtjylland.

Mens arbejdet med at etablere Psykiatriens Hus pr. foråret 2012 er i fuld gang, vokser samarbejdet mellem Silkeborg kommune og region Midtjylland sig stærkere.

En nylig opfølgning på samarbejdet, lavet af MidtLab, viser et klart billede af, at samarbejdet mellem tilbuddene og på tværs af kommune og region har båret frugt. Således er antallet af genindlæggelser for borgere i Silkeborg Kommune faldet væsentlig, nemlig fra 115 til 50 fra 2007 til 2010.

Elin Sonne, formand for Socialudvalget udtaler: "Det er en rigtig positiv og god oplevelse at følge samarbejdet mellem region og kommunen. Det hidtil mest konkrete eksempel er de to gange seks psykiatriske akutpladser oprettet af henholdsvis Region Midtjylland og Silkeborg kommune i forbindelse med Sygehuset i Silkeborg. Her har samarbejdet om opgavefordelingen virkelig båret frugt."

De seks kommunale og seks regionale pladser er ikke kun en succes for et tættere kommunalt-regionalt samarbejde. I tilgift er den gennemsnitlige udnyttelsesgrad for Silkeborg Kommunes seks pladser i 1. halvår af 2010 helt oppe på 78 %. Den akutte døgntelefon spiller i den sammenhæng en vigtig rolle. Den bliver brugt flittigt, og borgerne udtrykker stor tilfredshed med den. Elin Sonne uddyber: "Jeg hører fra fagkredse, at der ingen tvivl er om, at døgntelefonen ofte forebygger, at der bliver behov for mere indgribende foranstaltninger."

Dorte Eastwood, handicap- og psykiatrichef i Silkeborg Kommune ser meget frem til den egentlige fysiske etablering af Psykiatriens Hus og udtaler: "Psykiatriens Hus – det tegner til at blive et flagskib indenfor det psykiatriske område. Dels er det unikt i Danmark og udråbt til et modeprojekt, og dels får det allerede nu, også inden det første spadestik her

den 28. september (2011) stor opmærksomhed fra fx Socialministeriet og Sundhedsministeriet, pga. de mange eksempler på det gode samarbejde mellem region og kommune og mellem forskellige faggrupper.

Kilde: wwwpsykiatrienshus.silkeborgkommune.dk

4c. "EN AF OS" – indsatsen

Psykiatri og Social i Region Midtjylland vil fra 2011 og fem år frem på aktivt ind i den fælles landsdækkende indsats, der retter sig mod at afstigmatisere psykisk sygdom. Indsatsen hedder: "EN AF OS. Væk med tavshed, tvivl og tabu om psykisk sygdom."

Region Midtjylland henviser til, at erfaringer fra udenlandske kampagner viser, at længevarende, brede indsatser og fælles "branding" er nødvendig for at skabe langsigtede og vedvarende holdnings- og adfærdsændringer.

Regionen henviser videre til, at man allerede gør en stor indsats for at afstigmatisere psykisk sygdom. Der afholdes blandt andet lokale temaaftener, som henvender sig til den brede befolkning, og psykoedukation for brugere og pårørende, hvor der undervises i diagnoser, herunder symptomer, behandlingsmuligheder og mestringsstrategier.

EN AF OS – kampagnen skal understøtte de igangværende aktiviteter, men også udvikle nye initiativer inden for indsatsområderne: sundhedsprofessionelle, arbejdspladser, unge, brugere og pårørende og medierne.

Kilde: www.rm.dk/psykiatri

Bilag 1

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

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

Retningslinier for udarbejdelse af årsberetninger for det psykiatriske patientklagenævn

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

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

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

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

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

Endvidere skal årsberetningerne kunne tjene som informations- og oplysningsgrundlag for andre offentlige myndigheder – først og fremmest Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71,

Folketingets Ombudsmand, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet som ressortministerium for psykiatriloven.

Årsberetningerne skal således tjene en flerhed af formål.

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

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

A. Sagsbegrebet – en "sag"

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

Det ovenfor beskrevne kan i skemaform opstilles således:

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

Antal sager med realitetsafgørelse **xx**

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

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

B. Afgørelsesbegrebet – en "afgørelse"

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

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

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

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

Som typiske – men ikke udtømmende - eksempler herpå kan nævnes

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

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

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

- godkendelse af tvangstilbageholdelse (og dens opretholdelse)
- godkendelse af tvangsbehandling og godkendelse af depotmedicin
- godkendelse af tvangsbehandling og godkendelse af, at klagen ikke er tillagt opsættende virkning
- godkendelse af almindelig tvangsbehandling og godkendelse af ECT-behandling
- godkendelse af tvangsfiksering og godkendelse af anvendelse af en eller flere hånd/fodremme
- tilsidesættelse af tvangsbehandling (og tilsidesættelse af, at klagen ikke er tillagt opsættende virkning)

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

- tvangsindgrebets gennemførelse
- manglende fast vagt ved tvangsfiksering
- manglende eller ikke rettidig efterprøvelse af frihedsberøvelsen
- tvangsprotokollens førelse (fejl eller mangler)
- lægeerklæringens indhold/udformning (fejl eller mangler)

- manglende eller for sen udlevering af sagsmateriale til patienten
- andre forhold, f. eks. om klagepunkter, der falder uden for nævnets kompetence (aktindsigt, personalets optræden generelt, terrænfrihed, udgangstilladelse mv.).

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

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

Afsnit I

1) Patientklagenævnets sammensætning

2) Sagsantal

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

3) Sagsbehandlingstid

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

4) Møder

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

5) Deltagelse i møder

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

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

6) Afgørelsernes udfald – omgørelsesprocent

Afsnittet indledes med den ovenfor under B nævnte definition. Herefter anføres i skemaform for hver type tvangsindgreb og totalt: Antallet af afgørelser, antallet af godkendelser, antallet af tilsidesættelser og omgørelsesprocenten. I den forbindelse oplyses, at omgørelsesprocenten er beregnet som antallet af tilsidesættelser i forhold til antallet af realitetsafgørelser.

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

7) Klager over nævnsafgørelser

Her anføres antallet af nævnsafgørelser, der er påklaget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og antallet af nævnsafgørelser, der er tilsidesat af Sundhedsvæsenets

Patientklagenævn. Tilsvarende anføres antallet af nævnsafgørelser, der er indbragt for domstolene, og udfaldet heraf.

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

Afsnit II

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

Afsnit III

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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen

Steffen Egesborg Hansen



Nyhedsbrev af 3. marts 2011

Pligt til at informere patienten om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang inden beslutningen træffes.

Det Psykiatriske Ankenævn har den 1. marts 2011 afgjort en sag, som repræsenterer en **ny praksis** indenfor tvangsbehandling.

Ankenævnet ændrede en afgørelse fra et Psykiatrisk Patientklagenævn vedrørende tvangsmedicinering, idet Ankenævnet fandt, at patienten også skal informeres om virkning og bivirkning ved det/de præparat(er) som ellers måtte indgå i beslutningen om tvangsbehandling udover det primære præparat.

Baggrund

Den 3. juni 2010 vedtog Folketinget [lov nr. 706 af 25. juni 2010](#) om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Som følge heraf er Sundhedsvæsenets Patientklagenævn nedlagt pr. 1. januar 2011, og i stedet er der oprettet et ankenævn, der har overtaget Patientklagenævnets kompetence til at træffe afgørelser i klager over visse af de psykiatriske patientklagenævns afgørelser.

Det Psykiatriske Ankenævn er ankeinstans i forhold til de Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende beslutning om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning der varer mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue, og kan således alene træffe afgørelse vedrørende de klagepunkter, som de Psykiatriske Patientklagenævn har behandlet i deres afgørelse.

Informeret samtykke

Ved lov nr. 534 af 8. juni 2006 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, blev tvangsdefinitionen i psykiatriloven ændret til at omfatte foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven. Samtykkebegrebet blev dermed bragt i overensstemmelse med den dagældende patientretsstillingslovs (nu sundhedslovens) samtykkebegreb.

Det følger af sundhedslovens § 15, stk. 1, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19, der omhandler patienter, der er varigt eller midlertidigt inhabile samt mindreårige.

Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. sundhedslovens § 15, stk. 3. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, jf. sundhedslovens § 16. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Oplysninger om helbredstilstand og behandlingsmuligheder omfatter alle for patienten relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer, herunder senfølger, mulighed for pleje osv. Sundhedspersonen skal informere om eventuelle andre fagligt ligeværdige behandlingsmuligheder, jf. kapitel 3.2 i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Tvangsmedicinering forudsætter, bortset fra de i stk. 1 nævnte akutte farlige situationer, at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, jf. § 3, stk. 6, i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ved tvangsbehandling skal patienten endvidere vejledes om udsigten til en bedring af helbredstilstanden og behandlingens virkninger og mulige bivirkninger, jf. § 6, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1343 af 2. december 2010 om underretning og klagevejledning i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien.

Tidligere praksis

Det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis at stille krav om, at patienten var informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, så snart der var mulighed for dette under hensyntagen til patientens tilstand. Det var nævnets praksis, at patienten ved ordinationen af den medicinske behandling (og opstarten af motivationen for frivillig behandling) skulle informeres om *det ordinerede* præparats virkning og bivirkning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har ikke haft anledning til at træffe afgørelse om, hvorvidt patienten skal informeres om virkning og bivirkning ved det/de præparat(er) som ellers måtte indgå i beslutningen om tvangsbehandling udover det primære præparat.

Ny konkret afgørelse

Det Psykiatriske Ankenævn tilkendegav i nedenstående afgørelse, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte, idet det ikke var dokumenteret i journalen, at patienten forinden beslutning om tvangsbehandling blev informeret om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater, som ville indgå i beslutningen om tvang.

Det var nævnets opfattelse, at det ikke var i overensstemmelse med reglerne om indhentelse af informeret samtykke, hvis ikke patienten tillige informeres om virkning og bivirk-

ninger ved de præparater, som ellers måtte indgå i beslutningen om tvangsbehandling som sekundære og eventuelt tertiære præparater.

Klage over beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel, subsidiært injektion Zyprexa, tertiært injektion Serenase

En overlæge traf den 7. oktober 2010 beslutning om tvangsbehandling af en 24-årig mand med tablet Seroquel 200 mg i stigende dosering afhængig af virkning og bivirkninger, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg i.m. i højst tre dage, herefter injektion Serenase 5 mg i.m., ligeledes i stigende dosering afhængig af virkning og bivirkninger.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved sin afgørelse beslutningen om tvangsbehandling.

-

Det Psykiatriske Ankenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af hørelsesshallucinationer. Han blev observeret højtaltende med imaginære personer, var ofte umotiveret grinende, og foreholdt, at han talte med sig selv var hans svar, at han ikke var nogen plante. Han var desuden uden sygdomsindsigt.

Ankenævnet oplyste, at psykiatrilovens § 12, stk. 5, blev ændret ved lov nr. 708 af 25. juni 2010. Ændringen trådte i kraft den 1. oktober 2010. Det fremgår af den nye bestemmelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage.

Af bemærkningerne til ændringsloven fremgår det, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Patienten har krav på højst tre dages betænkningstid. Ved vurderingen af betænkningstidens varighed skal overlægen blandt andet lægge vægt på sygdommens 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 dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Det var på denne baggrund Ankenævnets opfattelse, at en patient har krav på højst tre dages betænkningstid, inden der træffes beslutning om tvangsbehandling, medmindre der foreligger en akut situation. Det var videre Ankenævnets opfattelse, at dette ikke forhindrer overlægen i at give patienten en længere betænkningstid. I betænkningstiden skal det dog dagligt journalføres, om patienten har fået tilbudt medicinen, også når betænkningstiden udstrækkes ud over tre dage.

I sygeplejefjournalen var det dagligt dokumenteret, at patienten blev tilbudt behandling med tablet Seroquel Prolong 200 mg igennem 6 dage, fra den 1. til den 7. oktober 2010, hvorfor der var motiveret i tilstrækkeligt omfang.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 4, stk. 1, i psykiatriloven, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Af sundhedslovens § 15, stk. 3, fremgår det, at der ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det var Ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, både for så vidt angår det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten blev informeret om virkning og bivirkninger, primært i form af svimmelhed og træthed, ved behandling med tablet Seroquel Prolong.

Det var imidlertid ikke dokumenteret, om patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved de subsidiære præparater, Zyprexa og Serenase.

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

Ankenævnet bemærkede, at den information, man i en situation som den aktuelle var forpligtet til at give vedrørende behandlingen med det subsidiære præparat, kunne være relativ enkel. Det ville således tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet.

Ankenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn, således at Ankenævnet ikke kunne godkende den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 7. oktober 2010.

Skemaoversigt

Skema 1.	Antal sager	7
Skema 2.	Sagernes fordeling på hospitaler	7
Skema 3.	Antal afgørelser i nævnet	8
Skema 4.	Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid	9
Skema 5.	Samlet antal møder	10
Skema 6.	Mødernes fordeling på hospitaler	10
Skema 7.	Mødedeltagelse for læger	12
Skema 8.	Mødedeltagelse for patienter.....	12
Skema 9.	Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	13
Skema 10.	Afgørelser og godkendelser	14
Skema 11.	Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	15
Skema 12.	Antal klager	17
Skema 13.	Indbringelse for domstolene	18
Skema 14.	Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	18



Statsforvaltningen

Midtjylland

St. Blichers Vej 6

Postboks 151

6950 Ringkøbing

Tel 7256 8300

midtjylland@statsforvaltning.dk

www.statsforvaltning.dk