



Årsberetning 2010

Det Psykiatriske Patientklagenævn

Indhold

Forord	2
Afsnit 1	4
1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland.....	4
1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2010	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.....	11
5a. Mødedeltagelse for læger.....	11
5b. Mødedeltagelse for patienter	11
5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	12
6. Afgørelsernes udfald og omgørelsesprocenten.....	13
6a. Antal afgørelser og godkendelser	13
6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	14
7a. Antal klager.....	15
7b. Indbringelse for domstolene.....	15
7c. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	16
Afsnit 2	17
Principielle problemstillinger m.v.	17
Afsnit 3	19
Principielle afgørelser	19
Tvangsindlæggelse	19
Tvangstilbageholdelse	20
Tvangsfiksering	22
Tvangsbehandling.....	24
Afsnit 4	26
4.a. Ændring af patientklagesystemet	26
4.b Ændringer i psykiatriloven	27
Tvungen opfølgning	27
Motivationsperiodens længde.....	28
4.c Ny organisering af Århus Universitetshospital, Risskov	30
4.d. Omlægning af psykiatriske skadestuer	31
Bilag 1.....	32
Skemaoversigt.....	38



Forord

Hermed afgiver Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland sin fjerde beretning om nævnets virksomhed, jfr. § 39 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006).

Beretningen vedrører 2010, 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 2010 fundet det relevant i det afsnit at omtale ændringer i psykiatriloven, ændring af patientklagesystemet samt organisatoriske ændringer på Århus Universitetshospital, Risskov.

På grund af de store geografiske afstande mellem Statsforvaltningens hovedkontor i Ringkøbing og de psykiatriske afdelinger i øst, ikke mindst antallet af klager fra Århus 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 behandler sager fra

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

Østafdelingen har sekretariatsbetjening fra afdelingskontoret i Århus og behandler sager fra

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

Vi kan fortsat konstatere, at tilrettelæggelsen af arbejdet med en vest- og en østafdeling fungerer ganske tilfredsstillende, hvilket også underbygges af, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for 2010 er 5,4 dage, hvilket er en yderligere reducereing i forhold til 2009.

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

Årsberetningen er sendt til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71, Folketingets Ombudsmand, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, de øvrige statsforvaltninger, den lokale presse samt til øvrige samarbejdspartnere.

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

April 2011

Torben Sørensen
direktør

Afsnit 1

1. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland

1a. Patientklagenævnets sammensætning i 2010

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

Indenrigs- og Sundhedsministeren 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 2010 har nævnets sammensætning været således:

Nævnsmedlemmerne ved Århus Universitetshospital, Risskov, Århus 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 overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen.

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

Nævnsmedlemmerne 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, og psykiater Peer Liisberg.

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

Nævnsmedlemmerne ved Regionspsykiatrien, Herning, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Herning, og Regionspsykiatrien 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 Michael Christensen, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og Tove Jensen, beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Stedfortræder for læge Michael Christensen har været læge Bodil Bach.

Stedfortræder for Tove Jensen har været Hanne Madsen og Ib Hansen.

Nævnets sekretariat er Statsforvaltningen Midtjylland.

Sekretærer for nævnet har i 2010 været specialkonsulent Finn Hansen, fuldmægtig Ulla Jakobsen, fuldmægtig Kåre Haubro Hansen, fuldmægtig Jane Olesen Vang, 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.

Klagerne 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 Århus Universitetshospital, Risskov, Århus 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

	2008	%	2009	%	2010	%
Antal indkomne sager i kalenderåret	250	100	237	100	225	100
+ antal sager modtaget, men ej behandlet i foregående kalenderår	4	1,6	2	1	2	0,8
- antal tilbagekaldte sager	28	11,2	23	10	28	12,4
- antal afviste sager	7	2,8	18	7,6	11	4,8
- antal sager modtaget men ej behandlet i kalenderåret	2	0,8	1	0,4	0	0
= antal sager med realitetsafgørelse	217	86,8	197	83	188	83,5

2b. Sagernes fordeling på de enkelte hospitaler i regionen

Skema 2

Sagernes fordeling på hospitaler

	Sager ialt			Tilbagekaldte/afviste			Realitetsbehandlede		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Hospital	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Risskov	130	109	131	20	18	20	110	91	111
Børn & Unge, Risskov	5	5	2	0	0	0	5	5	2
Randers	12	16	17	0	4	2	12	12	15
Horsens	24	17	25	3	5	8	21	12	17
Silkeborg	10	3	-	1	0	-	9	3	-
Herning	15	21	20	2	2	6	13	19	14
Børn & Unge, Herning	0	3	0	0	2	0	0	1	0
Holstebro	21	26	16	5	3	1	16	23	15
Viborg	34	38	16	4	7	2	30	31	14
Børn & Unge, Viborg	1	0	0	1	0	0	4	0	0
Ialt	252	238	227	35	41	39	217	197	188

2c. Antal afgørelser

Skema 3

Antal afgørelser i nævnet

2008	2009	2010
400	305	311

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

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

Der tælles mindst en 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

Der anvendes de sagsbehandlingstider, som fremgår af Scanjour (statsforvaltningernes journalsystem).

Sagsbehandlingstiden regnes fra sagens modtagelse i Statsforvaltningen til sagens afsendelse fra statsforvaltningen.

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.

Samtlige klagesager vedrørende tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, er behandlet inden for 7 hverdage.

Skema 4

Patientklagenævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid

	2008	2009	2010
Antal dage	6,6	6,3	5,4

4. Antal møder, mødested m.v.

4a. Antal møder

Skema 5

Samlet antal møder

	2008	2009	2010
Antal møder	127	130	118

4b. Mødernes fordeling mellem de enkelte psykiatriske hospitaler

Skema 6

Mødernes fordeling på hospitaler

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

5. Mødedeltagelse

5a. Mødedeltagelse for læger

Skema 7

Mødedeltagelse for læger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Hospital									
Risskov	110	91	111	0	0	0	100	100	100
Børn & Unge, Risskov	5	5	2	0	0	0	100	100	100
Randers	12	12	15	0	0	0	100	100	100
Silkeborg	9	3	-	0	0	-	100	100	-
Horsens	21	12	17	0	0	0	100	100	100
Herning	13	19	14	0	0	0	100	100	100
Børn & Unge, Herning	0	1	0	0	0	0	100	100	100
Holstebro	16	23	15	0	0	0	100	100	100
Viborg	30	30	14	0	1	0	100	96,7	100
Børn & Unge, Viborg	1	0	0	0	0	0	100	-	-
I alt	217	196	188	0	1	1	100	99,5	100

5b. Mødedeltagelse for patienter

Skema 8

Mødedeltagelse for patienter

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Hospital									
Risskov	87	70	78	23	21	33	79	76,9	70,3
Børn & Unge, Risskov	4	4	2	1	1	0	80	80	100
Randers	9	10	10	3	2	5	75	83,3	66,6
Silkeborg	7	3	-	2	0	-	77,7	100	-
Horsens	16	7	10	5	5	7	76,2	58,3	58,8
Herning	12	11	13	1	8	1	92,3	58	92,8
Børn & Unge, Herning	0	1	0	0	0	0	-	100	-
Holstebro	13	12	11	3	11	4	81,2	52	73,3
Viborg	29	28	11	1	3	3	96,6	90	78,5
Børn & Unge, Viborg	1	0	0	0	0	0	100	-	-
I alt	178	146	135	39	51	53	82	74	71,8

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

5c. Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

Skema 9

Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger

	Deltaget			Ikke deltaget			Deltagelsesprocent		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Hospitaler									
Risskov	79	67	93	31	24	18	71,8	73,6	83,8
Børn & Unge, Risskov	5	3	2	0	2	0	100	60	100
Randers	9	5	7	3	7	8	75	41,6	46,6
Silkeborg	9	3	-	0	0	-	100	100	-
Horsens	14	9	14	7	3	3	66,6	75	82,4
Herning	12	18	14	1	1	0	92,3	95	100
Børn & Unge, Herning	0	1	0	0	0	0	-	100	-
Holstebro	9	11	11	7	12	4	56,2	47,8	73,3
Viborg	26	22	11	4	9	3	86,6	71	78,5
Børn & Unge, Viborg	1	0	0	0	-	-	100	-	-
I alt	164	139	152	53	58	36	75,5	70,5	80,8

Der er en markant stigning i fremmødeprocenten for patientrådgivere/bistandsværger, hvilket er meget positivt. På grund af de tidligere års faldende fremmødeprocent har sekretariatet forsøgt gennem øget dialog og hurtig varsling af patientrådgiverne at forbedre denne, hvilket har givet det positive resultat. Nævnet vil fortsat have fokus på dette punkt, da det er af væsentlig betydning for patienten, at patientrådgiveren møder.

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 en enkelt afgørelse er alle nævnets afgørelser truffet ved enstemmighed.

6a. Antal afgørelser og godkendelser

Skema 10

Afgørelser og godkendelser

	Antal afgørelser			Godkendelser		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Tvangsindlæggelse	68	39	59	63	35	54
Tvangstilbageholdelse	112	88	106	101	81	93
Tilbageførsel	0	1	0	0	1	0
Tvangsfiksering	70	59	31	52	35	26
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	1	1	0	1	1	0
Tvangsbehandling, medicinsk	75	66	62	67	56	52
Tvangsbehandling, ECT	8	1	3	6	1	3
Tvangsbehandling, legemlig	7	3	2	6	1	1
Fysisk magtanvendelse	5	5	3	5	5	3
Beroligende medicin	52	38	43	49	36	43
Personlig skærmning	2	0	1	2	0	1
Andet (tvangsernæring)	0	4	1	0	2	1
I alt	400	305	311	352	254	277

6b. Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

Skema 11

Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten

	Tilsidesættelser			Omgørelsesprocent		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Tvangsindlæggelse	5	4	5	7,3	10	8,4
Tvangstilbageholdelse	11	7	13	9,8	8	12,2
Tilbageførsel	0	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	18	24	5	25,7	40,6	16,1
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	0	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	8	10	10	10,6	15	16,4
Tvangsbehandling, ECT	2	0	0	25	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	1	2	1	14,2	66,6	50
Fysisk magtanvendelse	0	0	0	0	0	0
Beroligende medicin	3	2	0	5,7	5,2	0
Personlig skærmning	0	0	0	0	0	0
Andet	0	2	0	0	50	0
I alt	48	51	34	12	16,7	10,9

Nævnets samlede omgørelsesprocent er faldet væsentligt i 2010, hvilket har forskellige årsager. I relation til tvangsfiksering var omgørelsesprocenten i 2009 steget væsentligt, hvilket i stor udstrækning beroede på, at hospitalerne ikke i tilstrækkeligt omfang havde dokumenteret behovet for fikseringen. Dette medførte, at nævnet indledte en øget dialog med hospitalerne omkring kravet til dokumentation ved en tvangsfiksering, hvilket har haft en betydelig effekt. Således er alene 5 ud af 31 beslutninger om tvangsfiksering tilsidesat. Det bemærkes i denne forbindelse, at antallet af påklagede tvangsfikseringer også er faldet betydeligt, fra 59 til 31.

Derudover var ændringsprocenten for "Andet" i 2009 på 50, men der var tale om 4 afgørelser, hvorfor det er vanskeligt at udlede noget heraf. I 2010 har der alene været 1 afgørelse under "Andet", og denne er godkendt, hvilket giver en ændringsprocent på 0.

Omgørelse af tvangstilbageholdelse er fra 2009 til 2010 steget fra 8 til 12,2 %. Det skal bemærkes, at delvise tilsidesættelser også medregnes som en tilsidesættelse, dvs. såfremt tvangstilbageholdelsen er godkendt, men udstrækningen heraf ikke er godkendt. Stigningen skyldes hovedsageligt en manglende eller for sen revurdering af frihedsberøvelsen. Disse tilsidesættelser er omtalt i afsnit 3.

7. Klager over Patientklagenævnets afgørelser

7a. Antal klager

Skema 12

Antal klager

	2008			2009			2010		
	Antal afg.	Antal klager	Klage %	Antal afg.	Antal klager	Klage %	Antal afg.	Antal klager	Klage %
Tvangsindlæggelse	68	15	22	39	13	33,3	59	11	18,6
Tvangstilbageholdelse	112	28	25	88	20	22,7	106	17	16
Tilbageførsel	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tvangsfiksering	70	7	10	59	4	6,7	31	6	19,3
Beskyttelsesfiksering	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aflåsning af døre i afdelingen	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Tvangsbehandling, medicinsk	75	10	13,3	66	12	18	62	8	12,9
Tvangsbehandling, ECT	8	1	12,5	1	0	0	3	0	0
Tvangsbehandling, legemlig	7	0	0	3	0	0	2	0	0
Fysisk magtanvendelse	5	4	80	5	0	0	3	0	0
Beroligende medicin	52	1	2	38	12	31,5	43	3	7
Personlig skærmning	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Andet	0	0	0	4	0	0	1	0	0
I alt	400	66	16,5	305	61	20	311	45	14,5

7b. Indbringelse for domstolene

Skema 13

Indbringelse for domstolene

	2008	2009	2010
Stadfæstet	24	21	20
Tilsidesat/hjemvist	0	1	0
Frafaldet af patient	20	13	8
Afventer dom	-	-	6
I alt	44	35	34

7c. Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Skema 14

Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

	2008	2009	2010
Stadfæstet	6	16	8
Tilsidesat/hjemvist	6	3	2
Frafaldet	0	0	0
Afventer afgørelse	-	5	1
I alt	12	19	11

I den ene sag, der er afgjort før 1. oktober 2010, dvs. i henhold til de dagældende regler vedrørende motivering, ændrede Sundhedsvæsenets Patientklagenævn Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om godkendelse af tvangsbehandling af 57-årig kvinde, da tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Dette begrundet i, at patienten alene var søgt motiveret for behandling med præparatet Zyprexa fire gange på fem dage, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at patienten burde have haft mere betænkningstid, før der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ved dets afgørelse fundet yderligere motivering udsigtsløs; det fremgik, at patienten havde været indlagt utallige gange, 13 gange inden for det seneste år, og tidligere forsøg på motivering til frivillig behandling havde været forgæves. Patienten var psykotisk manifesteret, råbende, vred og forpint og skabte utryghed blandt medpatienter. Overlægen havde i erklæringen anført, at "det er velkendt, at tilstanden vil forværres med tiden, at yderligere motivering til medicin ikke har nogen virkning, tværtimod vil [NN] blive tiltagende dårlig gående mod en delirøs tilstand, og det bliver tiltagende vanskeligt at få [NN] til at indtage væske".

Under hensyn til, at loven efterfølgende er ændret og patientens betænkningstid forud for beslutning om tvangsbehandling er ændret til højst 3 dage, har afgørelsen ikke aktuel betydning.

I den anden sag tilsidesatte nævnet hospitalets beslutning om tvangsbehandling, idet nævnet efter et konkret skøn ikke fandt det tilstrækkelig godtgjort, at patienten var psykotisk. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen, og lagde til grund, at patienten var psykotisk.

Afsnit 2

Principielle problemstillinger m.v.

I dette afsnit omtales principielle problemstillinger m.v. 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.

Pligt til at informere psykiatriske patienter om virkning og bivirkning ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang inden denne træffes.

Det Psykiatriske Ankenævn har den 1. marts 2011 afgjort en sag, som repræsenterer en ny praksis indenfor tvangsbehandling. På trods af at afgørelsen er truffet i 2011 er den alligevel medtaget i denne beretning, da der er tale om en praksisændring, der har betydning for alle afgørelser vedrørende tvangsbehandling truffet efter den 1. marts 2011.

Det var det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis at stille krav om, at patienten blev 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 opstarten af motivationen for frivillig behandling skulle informeres om det ordinerede præparats virkning og bivirkning.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede en afgørelse fra et Psykiatrisk Patientklagenævn vedrørende tvangsmedicinering, idet Ankenævnet fandt, at patienten foruden information om det primære præparat også skal informeres om virkning og bivirkning ved det/de sekundære præparat(er) som typisk indgår i beslutningen udover det primære præparat.

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.

Det fremgår af Sundhedslovens kapitel 5, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre patienten varigt mangler evnen til at give informeret samtykke til behandling.

Ved informeret samtykke forstås et samtykke givet på grundlag af fyldestgørende information vedrørende relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, og om der er andre lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt konsekvenser ved at undlade behandling. Som patient har man ret til at få information om sin helbredstilstand, om behandlingsmuligheder, herunder om risici, komplikationer og bivirkninger.

Der skal altid gives en mundtlig information. Skriftlig information kan supplere, men ikke stå alene.

En patient, som er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal dog altid informeres og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Tvangsmedicinering forudsætter, bortset fra akutte farlige situationer, at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirk-

ninger, 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 ovennævnte bekendtgørelse.

Ankenævnet tilkendegav i afgørelsen, 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 indgik i beslutningen om tvang. Det er således Ankenævnets opfattelse, at det ikke er i overensstemmelse med reglerne om informeret samtykke, hvis ikke patienten tillige informeres om virkning og bivirkninger ved det/de subsidiær(e) præparat(er), som ellers måtte indgå i beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet bemærkede, at den information man er forpligtet til at give med det/de subsidiære præparat(er) kan være relativ enkel. Det er således tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet. Der henvises til Patientombuddets nyhedsbrev af 3. marts 2011.

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 Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, 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

Overlægegodkendelse af tvangsindlæggelse:

Nævnet har i en sag fundet, at tvangsindlæggelsen har været ulovlig, idet reglerne om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser ikke var fulgt.

Af lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006, § 9, stk. 2, fremgår, at overlægen træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

I henhold til lovens § 4 a er bestemmelsen om overlægens kompetence til at træffe beslutning om tvangsindlæggelse 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.

Nævnet finder imidlertid, at lovens § 4 a skal fortolkes indskrænkende og kun skal tages i anvendelse i situationer, der er uopsættelige, eksempelvis fordi patienten bliver bragt til sygehuset om natten med henblik på tvangsindlæggelse, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet telefonisk for overlægen.

Nævnet fandt ikke, at lovens krav om, at overlægen "snarest" skal godkende indlæggelsen, var opfyldt, idet en overlæge på dagen for indlæggelsen den 17. marts 2010 burde have godkendt indlæggelsen, henset til at patienten kom til hospitalet midt på dagen. Nævnet har herved lagt vægt på, at det var inden for almindelig arbejdstid, og at overlægen på patientklagenævnets møde oplyste, at tvangsindlæggelsen kunne have været godkendt af en overlæge samme dag, som den havde fundet sted.

Lægeundersøgelse i forbindelse med indlæggelse:

Nævnet har i en sag fundet, at tvangsindlæggelsen har været ulovlig, idet reglerne om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser ikke var fulgt.

I henhold til psykiatrilovens § 13, stk. 1, jf. § 9, stk. 2, er det den psykiatriske overlæge, der på baggrund af en erklæring fra indlæggende læge, træffer beslutning om tvangsindlæggelse af en patient, der er indlagt på en somatisk afdeling. Denne beslutning skal træffes efter undersøgelse af patienten. På trods af at der næppe kan stilles større krav til denne undersøgelse, fandt nævnet ikke, at betingelsen om en undersøgelse var opfyldt, idet lægen alene så patienten i sovende tilstand.

Nævnet fandt på denne baggrund, at der var svigtet en retsgaranti. Nævnet lagde tillige vægt på, at tvang alene må anvendes, såfremt dette er nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 4 og fandt derfor, at vurderingen af, om det var nødvendigt at anvende tvang, burde have været taget, efter at patienten var vågnet.

Politidirektørens medvirken til tvangsindlæggelse:

Nævnet har i en sag fundet, at reglerne om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser ikke var overholdt.

I henhold til psykiatrilovens § 7 træffer politiet bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse og yder bistand hertil.

Ifølge § 6 i bekendtgørelse om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser træffer politidirektøren, eller den som politidirektøren bemyndiger hertil, bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse.

Under hensyn til at anmodning om indlæggelse ikke er underskrevet af politidirektøren, eller en der af politidirektøren er bemyndiget hertil, er det ikke godtgjort, at det er politidirektøren, der har truffet beslutning om tvangsindlæggelsens iværksættelse.

Det er på baggrund heraf nævnets opfattelse, at der herved er svigtet en sådan retssikkerhedsgaranti, at indlæggelsen må anses for ulovlig, uanset at patienten opfyldte de helbredsmæssige betingelser for at blive tvangsindlagt.

Tvangstilbageholdelse

Dom - manglende stillingtagen til anmodning om udskrivning:

Patientklagenævnet godkendte en tvangsindlæggelse som blev foretaget den 17. juni 2010, og en tvangstilbageholdelse som blev foretaget den 2. juli 2010 samt opretholdelsen heraf. Der blev lagt vægt på, at patienten led af en bipolar sindslidelse, at patienten var manisk med psykotiske symptomer, var hurtigtkørende, springende i tale og tankegang, samt havde hallucineret adfærd.

Nævnets afgørelse blev indbragt for retten, som tiltrådte, at tvangsindlæggelsen den 17. juni 2010 samt tvangstilbageholdelsen den 2. juli 2010 var lovlige efter psykiatrilovens § 10, stk. 1, jf. § 5, stk. 1., men fandt at tvangstilbageholdelsen af patienten fra den 22. juni 2010 til og med den 1. juli 2010 var ulovlig.

Retten lagde vægt på, at patienten i brev af 21. juni 2010 klart og tydeligt anmodede om udskrivning. Brevet var efter det oplyste modtaget den 22. juni 2010 kl. 22.30 af en plejer eller en sygeplejerske. Modtageren må antages at have en ubetinget pligt til straks at videregive udskrivningsanmodningen til den vagthavende læge, hvilket tilsyneladende ikke skete. Først i forbindelse med patientens nye klage den 1. juli 2010 over tvangstilbageholdelsen blev hun den 2. juli 2010 orienteret om en den samme dag truffet beslutning om tvangstilbageholdelse. Fristbestemmelsen i § 10, stk. 3 var således ikke overholdt, og frihedsberøvelse i tidsrummet fra den 22. juni 2010 til den 2. juli 2010 var således ulovlig uanset revurderingerne den 20. juni 2010 og den 27. juni 2010.

Overlægegodkendelse af tvangstilbageholdelse

Der kan henvises til det anførte under "Overlægegodkendelse af tvangsindlæggelse".

Patienten blev tvangstilbageholdt den 30. januar 2010 (lørdag). Beslutning herom blev truffet af en reservelæge. Tvangstilbageholdelsen blev først godkendt af overlægen den

1. februar 2010 (mandag). På patientklagenævnets møde oplyste den mødende overlæge, at det ville have været muligt at komme i telefonisk kontakt med en overlæge, selv om tvangstilbageholdelsen blev foretaget en lørdag. Under henvisning hertil fandt nævnet, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig i perioden fra den 30. januar 2010 til den 1. februar 2010.

Revurdering ikke godkendt af overlæge

Nævnet har i en sag fundet, at reglerne om fremgangsmåden ved revurdering af en tvangstilbageholdelse ikke var overholdt.

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 blev 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 sagen, at revurderingen på 20. dagen den 27. juni 2010 blev foretaget af en reservelæge og efterfølgende godkendt af en afdelingslæge, som ifølge det oplyste ikke er overlæge.

Nævnet fandt derfor, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig i perioden fra den 27. juni 2010 til den 5. juli 2010, hvor næste revurdering fandt sted.

Sagen blev indbragt for retten, som tiltrådte patientklagenævnets afgørelse. Retten lagde vægt på, at det ikke fremgik af tvangsprotokollen, at efterprøvelsen af frihedsberøvelsen den 27. juni 2010 var godkendt af en overlæge, og da overlægen i retten forklarede, at han mente, at en overlæge i overensstemmelse med sædvanlig praksis havde godkendt den fortsatte frihedsberøvelse den 29. juni 2010, fandt retten, at det ikke med tilstrækkelig sikkerhed kunne lægges fast, at afdelingslægens revurdering efterfølgende var godkendt af en overlæge. Retten tiltrådte derfor, at frihedsberøvelsen havde været ulovlig i perioden fra den 27. juni 2010 til den 5. juli 2010.

Tvangstilbageholdelse med henblik på gennemførelse af medicinering

Nævnet har i en sag fundet, at frihedsberøvelsen skulle have været bragt til ophør på et tidligere tidspunkt end sket. Patienten var tvangstilbageholdt fra den 16. december 2009 til den 30. december 2009.

Det fremgår af sagen, at patienten havde haft en del indlæggelser under diagnosen paranoid skizofreni. Udenfor indlæggelser har patienten været forsøgt behandlet ambulant, men det har været vanskeligt at etablere en stabil og sufficient behandlingskontakt. Patienten havde mange gange afbrudt den medicinske antipsykotiske behandling (depotinjektion) ved at undlade at møde frem. Hospitalet ønskede derfor, at patienten under indlæggelsen tog til Sundhedscentret for at få depotmedicinen, for derved at etablere en procedure som bedre ville kunne fastholde hende i behandling efter udskrivning. Patienten ønskede ikke dette, da hun selv skulle betale for taxa til og fra Sundhedscentret.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgår, at patienten den 21. december 2009 blev oplyst om, at afdelingen ville betale for hendes transport til Sundhedsklinikken, da det var afdelingen, som ønskede, at patienten skulle modtage depot der. Det fremgår videre, at patienten fik udgang fra den 23. december til den 26. december 2009. Det fremgår endeligt at patienten accepterede planen, og at hun under samtalen var særdeles venlig.

Nævnet fandt, at afdelingen ikke kunne tvangstilbageholde patienten alene med henblik på gennemførelse af planlagt behandling med medicin i depotform på Sundhedscentret.

Tvangsfiksering

Ophør af fiksering

Nævnet fandt, at en fiksering skulle have været bragt til ophør på et tidligere tidspunkt end sket. Patienten var fikseret fra den 21. september 2010 kl. 20.40 til den 23. september 2010 kl. 9.30.

Nævnet lagde vægt på, at personalet før fikseringen havde oplevet patientens adfærd som særdeles aggressiv og truende. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten under fikseringen var gal, idet han følte sig forfulgt af en medpatient og ikke følte sig forstået af personalet. Han virkede latent aggressiv.

Overlægen, som gav møde i patientklagenævnet, oplyste, at han ikke selv havde været til stede under fikseringen. Han oplyste videre, at han var bekymret for personalets sikkerhed, idet man erfaringsmæssigt ved, at patientens aggressive tilstand ikke går over lige med det samme. Patienten kunne i perioder virke rolig, men hurtigt køre op. Man turde derfor ikke bringe fikseringen til ophør på et tidligere tidspunkt end sket.

Nævnet fandt imidlertid, at fikseringen burde være ophørt den 22. september 2010 kl. 17, da fikseringen efter dette tidspunkt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet har herved lagt vægt på, at det ikke fremgår af journalen, cardex eller af sagen i øvrigt, at patienten efter dette tidspunkt skulle være så urolig, truende og udadreagerende, at fikseringen burde være opretholdt. Der er lagt vægt på, at det af cardex fra den 22. september 2010 kl. 17 fremgår, at patienten var venlig og høflig.

Ophør af fiksering

Nævnet fandt at en fiksering burde være ophørt på et tidligere tidspunkt end sket. Patienten var fikseret fra den 28. november 2009 kl. 18.45 til den 2. december 2009.

I relation til udstrækningen af fikseringen oplyste den reservelæge, som gav møde i nævnet, at det er en vurdering fra gang til gang, hvornår en fiksering skal ophøre. Patienten kunne fare op efter 10 sekunder, og han kunne ikke føre en samtale på 1 minut. Det er en skønsmæssig vurdering, hvor historikken omkring patientens tidligere adfærd også var indgået, herunder specielt patientens voldsomme adfærd i forbindelse med etablering af fikseringen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var svært truende og udadreagerende. Patienten forsøgte at smadre en dør til et kontor og var meget aggressiv. Under hensyn til denne adfærd sammenholdt med tidligere voldsepisoder, vurderedes det at have været tale om nærliggende fare for patientens omgivelser.

Nævnet fandt tillige, at tvangsfikseringen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet har herved lagt vægt på, at det ikke var muligt i situationen at berolige patienten på anden vis. Det er indgået i vurderingen, at hospitalet fandt det nødvendigt at tilkalde politiet for at fiksere patienten.

Nævnet fandt imidlertid, at varigheden af tvangsfikseringen ikke var rimelig. Nævnet fandt ud fra beskrivelsen i journalen af patientens adfærd, at der havde været grundlag for at opretholde tvangsfikseringen frem til den 30. november 2009. Der blev lagt vægt på, at patienten den 29. november 2009 blev beskrevet som vredladet, latent aggressiv og truende, og at det ikke havde været muligt at indgå aftaler med ham. Fra den 30. no-

vember 2009 er patienten beskrevet som forholdsvis rolig og har overholdt aftaler om løsning af bælte i forbindelse med f.eks. toiletbesøg. Ud fra beskrivelsen af patientens adfærd fra den 30. november fandt nævnet således, at der ikke havde været grundlag for at opretholde bæltefikseringen som sket.

Fiksering – nødret

Nævnet tilsidesatte en fiksering, idet det ikke fandt, at betingelserne herfor var til stede.

En bæltefiksering er betinget af, at der er tale om en nærliggende fare, hvilket vil sige en konkret, aktuel og påviselig fare.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke forelå oplysninger om, at patienten konkret havde været voldelig eller udadreagerende forud for fikseringen, men at fikseringen alene var begrundet i et behov for at sikre hans fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Nævnet fandt, at det forhold, at patienten tidligere havde begået svært personfarlig kriminalitet, at han tidligere var absenteret fra afdelingen, at han havde ytret sig om, at han ville lege terrorist i en lufthavn og gøre arbejdet færdigt i relation til den personfarlige kriminalitet, som han havde begået, samt at hospitalet har henvist til nødretsbetragtninger, ikke i sig selv kunne begrunde tvangsfiksering.

Fiksering – mindste middel

Nævnet godkendte ikke en fiksering, idet det fandt, at betingelserne herfor ikke havde været opfyldt.

Nævnet fandt, at det var nødvendigt at bæltefikserer 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 patienten var højtråbende og devaluerende, og at han gjorde en fremadrettet bevægelse, som kunne opfattes som truende, mod et personalemedlem. Nævnet fandt det imidlertid ikke dokumenteret, at mindste middels princippet havde været iagttaget inden tvangsfikseringens iværksættelse.

Nævnet fandt, at det ikke var dokumenteret, at personalet i tilstrækkelig grad havde forsøgt at afværge, at patienten eller andre var i fare uden at fikserer ham. Nævnet lagde vægt på, at patienten alene var højtråbende og devaluerende, og at situationen først udviklede sig dramatisk, da et personalemedlem (S), som patienten ifølge det oplyste ikke havde et godt forhold til, og som i højde og drøjde overgår patientens fysik, stod ganske tæt på patienten og talte ham ind i hovedet. Nævnet kunne ud fra det oplyste ikke se bort fra, at den bevægelse, som patienten foretog, og som af personalet blev opfattet som truende, set fra patientens synsvinkel var en afværgebevægelse eller en beskyttelsesforanstaltning på grund af den nære fysiske kontakt med personalemedlemmet.

Nævnet foretog en helhedsvurdering af situationen forud for fikseringen og fandt, at S's intervention i situationen kunne have optrappet konflikten. Der er herved lagt vægt på, at patienten frivilligt var fulgt på stuen af 2 andre personalemedlemmer (T og D), at patienten alene var højtråbende og devaluerende, at T og D stod et stykke fra ham, og at T, som patienten havde et godt forhold til, forsøgte at tale ham til ro, da S intervenerede i situationen. (S sad fast vagt ved en indlagt, som var fikseret, og kom uopfordret, da han hørte patienten råbe). Der er endvidere lagt vægt på, at det i de ca. 3 år, hvor patienten havde været indlagt, ikke havde været nødvendigt at anvende magt i forhold til ham.

Tvangsbehandling

Manglende motivering ved ændring af beslutning om medicinering:

Nævnet godkendte en beslutning af 24. september 2010 om behandling med Cisordinol depot 200 mg med hver 14. dag, men tilsidesatte en beslutning af 28. september 2010 om behandling med Cisordinol depot 200 mg hver 10. dag.

Nævnet lagde lagt vægt på, at beslutning om dosisændring blev besluttet og meddelt patienten den 28. oktober 2010, samme dag som han første gang blev tilbudt og motiveret for denne dosisændring.

Det er nævnets opfattelse, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Derfor er det en betingelse, at der motiveres for en konkret behandling med henblik på at opnå patientens frivillige medvirken.

Under hensyn til den manglende motivering for dosisændringen og under hensyn til at der ikke forelå oplysninger om, at patientens tilstand nødvendiggjorde en dosisændring uden opsættende virkning, fandt nævnet ikke grundlag for at godkende beslutningen af 28. september 2010 om dosisændring af depotbehandlingen. Nævnet fandt således, at beslutning af 28. september 2010 om dosisændring var en ny beslutning, som ikke kunne indeholdes i beslutning af 24. september 2010.

Motivering - dokumentation herfor

Nævnet tilsidesatte beslutning af 1. juni 2010 om tvangsbehandling med depot, da der ikke forelå tilstrækkelig dokumentation for, at patienten var blevet motiveret for frivillig behandling.

Det følger af kravet om mindst indgribende foranstaltning, at tvangsbehandling alene må anvendes, når der er gjort et vedvarende forsøg på at forklare patienten behandlingens nødvendighed og motivere patienten for frivillig behandling. Der stilles endvidere normalt krav om, at hospitalet kan dokumentere, at man har motiveret patienten for frivillig medikamentel behandling.

Den overlæge, som mødte ved nævnets behandling, oplyste, at patienten dagligt siden den 21. maj 2010 var motiveret for frivillig indtagelse af depot inj. Risperdal 37, 5 x 1/hver 14. dag. Motivationen var sket mundtligt, og det blev ikke skriftligt noteret, at der var motiveret, hverken i EPJ eller andre steder.

Nævnet fandt, at hospitalet ikke i tilstrækkeligt omfang havde dokumenteret, at patienten var blevet motiveret for frivillig medikamentel behandling. Nævnet lagde ved vurderingen heraf vægt på, at hospitalet ikke dagligt havde noteret, at patienten var blevet motiveret, hverken i EPJ eller andetsteds.

Tvangsbehandling – udredning

Nævnet tilsidesatte beslutning af 4. oktober 2010 om tvangsbehandling med tablet Abilify 10 mg.

Det fremgår af sagen, at patienten blev indlagt den 16. september 2010 og blev tilbudt tablet Abilify 10 mg fra den 1. oktober 2010 til den 4. oktober 2010, hvorefter tvangsbehandling blev besluttet.

Nævnet lagde vægt på oplysning om, at patienten var diagnostisk uafklaret, og at man var ved at undersøge nærmere, hvad hun fejlede. Patienten var således ikke tilstrækkeligt udredt. Nævnet fandt det på det foreliggende grundlag ikke tilstrækkeligt godtgjort, at bedring af tilstanden alene kunne opnås ved tvangsbehandling med Abilify.

Nævnet lagde ved dets vurdering vægt på, at der forelå oplysning om, at patienten ikke tidligere havde været indlagt på psykiatrisk afdeling, samt at patienten ikke tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin. Nævnet lagde tillige vægt på oplysning om, at patienten ikke var forpint.

Nævnet bemærkede, at det forhold, at motivationsperioden er nedsat til højst 3 dage ikke udelukker, at hospitalet kan anlægge en længere motivationsperiode. Endvidere at beslutning om tvangsbehandling forudsætter en tilstrækkelig udredning af patienten.

Motivationsperiodens længde:

Nævnet tilsidesatte en beslutning om tvangsbehandling med inj. Zypadhera 405 mg hver 14. dag, idet det fandt at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt.

Nævnet lagde vægt på, at patienten blev motiveret for behandling med inj. Zypadhera 405 mg hver 4. uge den 1., 2. og 3. december 2010, og at der således ikke fuldt ud havde været en motivationstid på 3 hele dage, da beslutningen om tvangsbehandling blev truffet på dag 3 den 3. december 2010.

Nævnet fandt endvidere ikke, at der som følge af patientens behandlingsbehov havde været grundlag for at fravige de almindeligt gældende regler om motivationstid.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke forelå oplysninger om et akut behandlingsbehov, ligesom nævnet bemærkede, at afgørelsen om tvangsbehandling var tillagt opsættende virkning.

.....

Denne sag er den eneste i 2010, hvor nævnet har kunnet tage stilling til motivationsperiodens længde efter de nye regler, som trådte i kraft med virkning fra 1. oktober 2010. I år har der været adskillige sager, hvor der er truffet beslutning om tvangsbehandling på motivationsperiodens dag 3.

Bestemmelsen i psykiatriloven er sålydende:

"§ 12, stk. 5. Forud for overlægens afgørelse om tvangsbehandling skal patienten have en passende betænkningstid, dog højst 3 dage."

Det er vor erfaring, at nogle overlæger har tolket ordet "højst", som det antal dage personalet højst må motivere, hvorefter der så skal træffes en beslutning om tvangsbehandling. Dette er ikke korrekt. Bestemmelsen beskriver rettelig, at det er patienten, som højst har krav på 3 dages betænkningstid. Personalet *kan* derimod gå ud over de 3 dage, såfremt dette findes indikeret. Man kan populært sige, at der er tale om en maksimumregel set fra patientens synspunkt, og en minimumregel set fra personalets synspunkt.

Afsnit 4

4.a. Ændring af patientklagesystemet

Patientombuddet

Med virkning fra den 1. januar 2011 er ved lov nr. 706 af 25. juni 2010 om ændring af klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet mv. oprettet **Patientombuddet** som en ny myndighed under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Patientombuddet er dannet ved en sammenlægning af forskellige statslige myndigheder og enheder. Patientombuddet er en uafhængig, statslig institution, der har patienternes og parternes retssikkerhed i fokus.

Loven indebærer en ændring af patientklagesystemet, der giver patienterne bedre klagemuligheder, lettere klageadgang og mulighed for hurtigere afgørelser af klagesager samtidig med, at det nye patientklagesystem vil understøtte øget læring i sundhedsvæsenet.

Patientombuddet vil fungere som én samlet klageindgang. Fra 1. januar 2011 har man kunnet sende alle konkrete klager til Patientombuddet. Hvis Patientombuddet ikke selv skal afgøre sagen, vil Patientombuddet sørge for, at sagen bliver sendt til den rette myndighed.

Indenfor psykiatrien indebærer loven oprettelsen af **Det Psykiatriske Ankenævn**, der har overtaget Sundhedsvæsenets Patientklagenævns kompetence til at træffe afgørelser i klager over visse af de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Som noget nyt er der indført en klagefrist. En klage til det Psykiatriske Ankenævn skal således indgives senest 3 måneder efter at klageren har fået meddelelse om Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Selv om loven først er trådt i kraft med virkning fra den 1. januar 2011 og derfor som udgangspunkt ikke vedrører denne beretning, findes det alligevel relevant at omtale den her frem for i beretningen for 2011, hvor den har fungeret i ca. 1½ år, og bl.a. også fordi det nye ankenævn i et vist omfang har truffet/vil træffe afgørelser i klager indgivet i 2010. Der henvises i øvrigt til www.patientombuddet.dk, hvor man kan læse nærmere herom.

4.b Ændringer i psykiatriloven

Tvungen opfølgning

Under satspuljeforhandlingerne besluttede satspuljepartierne at afsætte penge til et 4-årigt forsøg med tvungen opfølgning på den medicinske behandling af psykiatriske patienter.

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.

Kriterierne for anvendelse af tvungen opfølgning:

1. Overlægen skal inden udskrivning vurdere, om der er behov for tvungen opfølgning
2. Der skal være en begrundet formodning om og en nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den medicinske behandling
3. Det er et krav, at patienten har været tvangsindlagt mindst 3 gange indenfor de seneste 3 år forud for aktuelle indlæggelse
4. Det er et krav, at patienten i mindst 1 tilfælde i de seneste 3 år forud for aktuelle indlæggelse har undladt at følge den behandling, som er anført udskrivningsaftale eller koordinationsplan
5. Det er et krav, at patienten i forbindelse med aktuelle indlæggelse enten er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt
6. Det er et krav at patienten har været ordineret opsøgende behandling ved et udgående team inden for det seneste halve år forud for den aktuelle indlæggelse, men har undladt at følge den medicinske behandling

Varighed

Beslutning om tvungen opfølgning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning. Dog kan en overlæge på psykiatrisk afdeling, hvis der er begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter de 3 måneder ikke følger behandlingen, beslutte at forlænge den tvungne opfølgning i indtil 3 måneder ad gangen, men alene med en maksimal varighed på 12 måneder fra udskrivningsdagen.

Klage

Klager over beslutning om tvungen opfølgning har opsættende virkning. Det Psykiatriske patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning og om tvungen opfølgning efter udskrivning inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Hvis Patientklagenævnet godkender tvungen opfølgning, kan der først sendes ny klage, hvis den tvungne opfølgning forlænges udover den omfattede periode og herefter kan den prøves ved enhver forlængelse. Patientklagenævnets afgørelse kan påklages til byretten.

Nævnet har endnu ikke modtaget klager over beslutning om tvungen opfølgning.

Motivationsperiodens længde

Psykiatriloven er ligeledes med virkning fra 1. oktober 2010 ændret, således at der er indført en maksimal betænkningstid for patienten på 3 dage forud for beslutning om tvangsbehandling. Bestemmelsen er indsat som stk. 5 i psykiatrilovens § 12. Bestemmelsen er sålydende: "Forud for overlægens afgørelse om tvangsbehandling skal patienten have en passende betænkningstid, dog højst 3 dage".

Motivationsperioden er den tid, der går fra lægens første forsøg på at indhente patientens informerede samtykke til en konkret behandling, herunder forsøg på at motivere patienten til at modtage behandling, og til det tidspunkt, hvor den behandlingsansvarlige overlæge træffer beslutning om iværksættelse af denne behandling uden patientens samtykke.

Det fremgår af udredningen i forbindelse med lovforslaget, at længden af betænkningstiden har ændret sig. Dette ses i Patientklagenævnets praksis, hvor man for nogle år siden vurderede, at en betænkningstid på ca. en uge var passende. Før lovændringen var det hovedreglen, at klager som hovedregel fik medhold, hvis patienten havde haft en betænkningstid på under 10-14 dage. Hertil kom, at en klage typisk blev givet opsættende virkning, som medførte op til yderligere 7 dage. Der kunne således gå op til 3 uger fra beslutning om tvangsbehandling blev truffet til behandlingen reelt kunne iværksættes.

Sundhedsstyrelsen vurderede, at der som følge af den lange periode uden behandling ville være en stor risiko for, at det kunne blive nødvendigt at anvende andre tvangsforanstaltninger, fx tvangsfiksering, og at frihedsberøvelsen eventuelt kunne blive tilsvarende antal dage forlænget, hvilket ofte ikke ville være til gavn for patienten. Hertil kom, at det kunne være pinefuldt for en psykotisk patient at være ubehandlet i denne periode.

På den baggrund foreslog styrelsen, at der i lovgivningen blev fastsat en maksimal betænkningstid på 3 dage. Der skal forud for beslutningen om medicinsk behandling foreligge en udredningsperiode. Udredningsperiodens længde vil afhænge af forskellige forhold, herunder om det er patientens første psykotiske periode, om der tidligere har været effekt af psykofarmaka, af alvoren og generne for patienten ved den aktuelle psykose samt eventuelle andre forhold.

Forløb ved tvangsbehandling

1. Motivationsperioden påbegyndes. Det skal være journalført med hvilket præparat og hvilken dosis patienten er motiveret for, samt om patienten har nægtet at indtage medicinen. Patienten skal informeres om formål med behandlingen samt om

virkning og bivirkninger ved alle i beslutningen indeholdende præparater. Dette skal være journalført.

2. Efter 3 hele dage kan beslutning om tvangsbehandling træffes, f.eks. er patienten motiveret den 13. 14. og 15. marts kan beslutning træffes den 16. marts. Patienten har krav på maksimalt 3 dages betænkningstid. Hospitalet *må* gerne motivere i længere tid. Beslutningen om tvangsbehandling skal være journalført, og præparat og dosis skal være identisk med, hvad der er motiveret for. Tvangsprotokol skal udarbejdes.
3. Motivationsperioden kan godt være kortere, men dette skal være konkret begrundet, fx i patientens tilstand.

Det kan oplyses, at Det Psykiatriske Ankenævn den 1. marts 2011 har afgjort en sag, som repræsenterer en ny praksis for tvangsbehandling, se nærmere under afsnit 2. Ankenævnet ændrede en afgørelse truffet i 2010 af 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.

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

Det var imidlertid ikke dokumenteret, at patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved de subsidære præparater, Zyprexa og Serenase. Ankenævnet anfører, at det vil være tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet/præparaterne. (Der henvises til Patientombuddets nyhedsbrev af 3. marts 2011).

4.c Ny organisering af Århus Universitetshospital, Risskov

Regionsrådet i Region Midtjylland har den 29. september 2010 vedtaget planen for, hvordan Århus Universitetshospital, Risskov skal udvikle sig i de nærmeste år for at leve op til en række udfordringer.

Hermed kan 1418 ansatte og årligt knap 13.000 psykisk syge se frem til, at den arbejdsplads og det hospital, de kender i dag, vil gennemgå store forandringer i de kommende år. Forandringer, der omfatter såvel funktion som opgaver og organisering.

Især tre forhold har gjort det nødvendigt, at der skal ske store ændringer:
For det første skal patienter med samme sygdom behandles af personale med stor viden og erfaring om netop deres sygdom. Det siger Psykiatriplanen for Region Midtjylland.
For det andet skal Århus Universitetshospital, Risskov fremadrettet udrede, diagnosticere og behandle de mest komplicerede sygdomme og understøtte den øvrige regionspsykiatri. Det siger Sundhedsstyrelsens specialeudmelding.
Og for det tredje skal sammenhængen mellem forskning og klinik styrkes, så forskningsviden og nye behandlingsmetoder implementeres i klinikken til gavn for patienterne. Det siger Strategien for Århus Universitetshospital.

Som hospitalet er organiseret i dag, er det ikke gearret til at indfri disse krav og forventninger. Masterplanen anbefaler derfor, at Århus Universitetshospital, Risskov organiseres med følgende afdelinger:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Afdeling for organiske psykiske lidelser og akut modtagelse
Afdeling for psykoser
Afdeling for depression og angst
Afdeling for retspsykiatri
Center for psykiatrisk forskning
Serviceafdeling
Centralkøkken

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Center for psykiatrisk forskning, Serviceafdelingen og Centralkøkkenet vil med få ændringer fortsætte som hidtil. De fire øvrige afdelinger etableres med udgangspunkt i Psykiatriplanens anbefalinger.

Regionsrådet lægger vægt på, at der under hele processen skal være et særligt fokus på de patienter, som udgør en fælles kommunal og regional målgruppe, fordi patienterne og så har behov for en særlig social indsats.

Virkeliggørelsen af masterplanen for Århus Universitetshospital, Risskov vil ske i etaper og tage flere år.

Med til historien hører, at Regionsrådet i forbindelse med det seneste budgetforlig har besluttet at fremrykke planlægningsarbejdet af en eventuel udflytning af Århus Universitetshospital, Risskov til Skejby mest muligt.

Kilde: www.regionmidtjylland.dk

4.d. Omlægning af psykiatriske skadestuer

Fra 1. januar 2011 skal alle, der ønsker at komme i kontakt med en psykiatrisk skadestue, ringe til sin læge eller vagtlægen for at blive henvist.

Samtidig åbner en ny psykiatrisk rådgivningstelefon. De psykiatriske skadestuer i Region Midtjylland omlægges til visiterede modtagelser. Det drejer sig om psykiatrisk skadestue på Århus Universitetshospital, Risskov og psykiatrisk skadestue i Regionspsykiatrien Horsens. Samtidig ændrer skadestuerne navn til visiteret modtagelse. Omlægningen til visiteret modtagelse vil for den enkelte borger ikke betyde en forringelse af mulighed for hjælp. Den visiterede modtagelse yder samme tilbud om akut-hjælp til borgerne, som den psykiatriske skadestue og er åben hele døgnet. For at sikre en ensartet henvisning i hele regionen er det de praktiserende læger og vagtlægerne, der henviser. Det betyder, at efter nytår skal man ringe til sin læge eller vagtlægen for at blive henvist til visiteret modtagelse, inden man kan møde op.

- Vi er opmærksomme på, at sådan en ændring vil tage tid. Derfor er det vigtigt for mig at understrege, at ingen patienter vil blive afvist, hvis de møder op uden at være visiteret, siger cheflæge Per Jørgensen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland.

Omlægningen er en del af realiseringen af Psykiatriplanen fra 2008. Samtidig med omlægningen af de psykiatriske skadestuer, åbner regionen en ny psykiatrisk rådgivningstelefon. Rådgivningstelefonen er for borgere i hele regionen. - Formålet med den regionsdækkende rådgivningstelefon er at give alle borgere i hele regionen en ensartet adgang til råd og vejledning, hvis de pludselig står i en akut psykiatrisk krisesituation. Og vi har ved oprettelsen lagt vægt på, at rådgivningen skal være lettilgængelig og af høj faglig kvalitet, forklarer cheflæge Per Jørgensen. Rådgiverne er erfarne psykiatriske medarbejdere, der tilbyder råd om psykiske problemer og vejledning i forhold til, hvor borgerne kan henvende sig for at få hjælp. Rådgiverne kan således ikke yde behandling. Rådgivningstelefonen er døgnåben og besvares fra Århus Universitetshospital, Risskov.

Psykiatrisk rådgivningstelefon: 78 470 470

Kilde: www.regionmidtjylland.dk

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 nævnbehandlingsbehandling).

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, <u>men ikke sat på dagsorden i samme kalenderår</u>	<u>xx</u>

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. tvangsindlæggelse 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,

- tvangsindgrebs 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 procentvis 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 (d.v.s. 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

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	11
Skema 8.	Mødedeltagelse for patienter	11
Skema 9.	Mødedeltagelse for patientrådgivere/bistandsværger	12
Skema 10.	Afgørelser og godkendelser	13
Skema 11.	Antal tilsidesættelser og omgørelsesprocenten	14
Skema 12.	Antal klager	15
Skema 13.	Indbringelse for domstolene	15
Skema 14.	Klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	16



Statsforvaltningen
Midtjylland
St. Blichers Vej 6
Postboks 151
6950 Ringkøbing
Tel 7256 8300
midtjylland@statsforvaltning.dk

www.statsforvaltning.dk