



STYRELSEN FOR  
PATIENTKLAGER

---

# ÅRSBERETNING 2019

Det Psykiatriske Ankenævn  
April 2020

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2019

Udgivet af:

Styrelsen for Patientklager

Olof Palmes Allé 18 H

8200 Aarhus N

Telefon: 72 33 05 00

E-post: [stpk@stpk.dk](mailto:stpk@stpk.dk)

Udgivelsesår: 2020

Version: 1.0.

Versionsdato: april 2020

Publikationen er tilgængelig på <http://stpk.dk/da/udgivelser>

# Indhold

---

<b>1</b>	<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Indledning</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Nøgletal</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Sagsgang</b>	<b>9</b>
5.1	Klageberettigelse	9
5.2	Formelle regler	9
5.3	Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen	9
5.4	Afgørelsen	10
5.5	Genoptagelse	12
<b>6</b>	<b>Afgørelser</b>	<b>13</b>
6.1	Tvangsbehandling	13
6.1.1	Patientens tilstand	14
6.1.2	Mindste middel	14
6.1.2.1	Depotbehandling	14
6.1.3	Betænkningsstid	15
6.1.4	Indhold af motivationen	16
6.1.5	Overlægegodkendelse	18
6.1.6	Patientrådgiver og bistandsværge	18
6.1.7	Sædvanlig dosering	18
6.1.7.1	Generelt om sædvanlig dosering	18
6.1.7.2	Sædvanlig dosisadministration	19
6.1.8	Information om præparaterne	21
6.1.9	Opsættende virkning	22
6.2	Anvendelse af fysisk magt	23
6.3	Indgivelse af beroligende middel med magt	24
6.3.1	Patientens tilstand	25
6.3.2	Mindste middel	25
6.3.3	Præparat og dosis	25
6.4	Øvrige udvalgte afgørelser	28
6.4.1	Personlig skærmning	28
<b>7</b>	<b>Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene</b>	<b>30</b>

<b>8</b>	<b>Læring</b>	<b>31</b>
<b>9</b>	<b>Forventninger til fremtiden</b>	<b>32</b>
<b>10</b>	<b>Bilag</b>	<b>33</b>
	Bilag 1 Forretningsorden	33
	Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2019	38

# 1 Forord

---

Det Psykiatriske Ankenævns årsberetning har også dette år fokus på tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt, da ankenævnet ser flest sager inden for disse områder.

For så vidt angår tvangsbehandling afspejler det valgte fokus i årsberetningen de særlige problemstillinger vedrørende motivation, betænkningstid og præparater.

For så vidt angår indgivelse af beroligende middel med magt er det sædvanlig dosis og præparatet, der har været i fokus.

Fælles for begge tvangsindgreb gælder, at ankenævnet i forhold til de nævnte problemstillinger foretager en vurdering af, om dokumentationen i forbindelse med indgrebene er i orden.

I 2019 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer eller utilstrækkelig betænkningstid.

Ankenævnet har forsøgt at referere de afgørelser, der bedst beskriver de nævnte problemstillinger på en enkel måde, både for at fremme læring og for at sætte fokus på de specifikke problemstillinger.

Ankenævnet har endvidere i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om fysisk magtanvendelse samt personlig skærmning. Det skyldes, at ankenævnet ikke så ofte tager stilling til disse indgreb.

Jeg har på ny i 2019 oplevet et meget velkvalificeret ankenævnssekretariat og nogle meget engagerede nævnsmedlemmer, der med stor ihærdighed arbejder for at sikre faglig kvalitet i nævnets afgørelser samtidig med, at sagerne søges behandlet med fornøden hurtighed. Jeg vil gerne takke sekretariatet og ankenævnets medlemmer for samarbejdet og ser frem til nye spændende udfordringer i 2020.

Steen Mejer

formand

## 2 Indledning

---

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011 som et selvstændigt nævn.

Ankenævnet er ankeinstans for afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus og kan ifølge psykiatrilovens § 38, stk. 1, behandle ankesager om:

- tvangsbehandling, herunder elektrochokbehandling, tvangsernæring og legemlig lidelse
- fysisk magtanvendelse,
- indgivelse af beroligende middel med magt,
- personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse,
- personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt
- aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling Slagelse, Psykiatrien i Region Sjælland.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser om anden tvang kan indbringes for retten.

## 3 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

---

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det består af fem medlemmer: en formand, som er dommer og udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne. Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2019 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet afholdte i 2019 nævnsmøder skiftevis som telefonmøder og ved fremmøde.

Ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

Ankenævnets afgørelser kan ikke indbringes for en anden administrativ myndighed.

Når ankenævnet afgør sager, tager det stilling til, om betingelserne for at udøve tvang efter psykiatriloven var til stede på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet skete. Ankenævnet tager derfor ikke stilling til, om der er grundlag for kritik af den enkelte sundhedsperson, hverken i forhold til behandling eller journalføring.

I modsætning til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus holder ankenævnet sine møder uden, at sagens parter deltager. Behandlingen sker udelukkende på et skriftligt grundlag. Dette medfører, at ankenævnet er afhængigt af, hvad der er dokumenteret i journalen/sagsakterne i relation til det påklagede tvangsindgreb, når det i hver enkelt sag vurderer, om det kan lægges til grund, at lovens betingelser er opfyldt.

Ankenævnet afgør sager ved stemmeflerhed. Et eventuelt mindretal kan afgive en mindretalsudtalelse, som vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste sager er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

Forvaltningslovens regler om inhabilitet gælder for alle nævnsmedlemmerne, ligesom der i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn er opstillet regler om inhabilitet. Nævnsmedlemmerne er desuden underlagt tavshedspligt.

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Styrelsen for Patientklager.

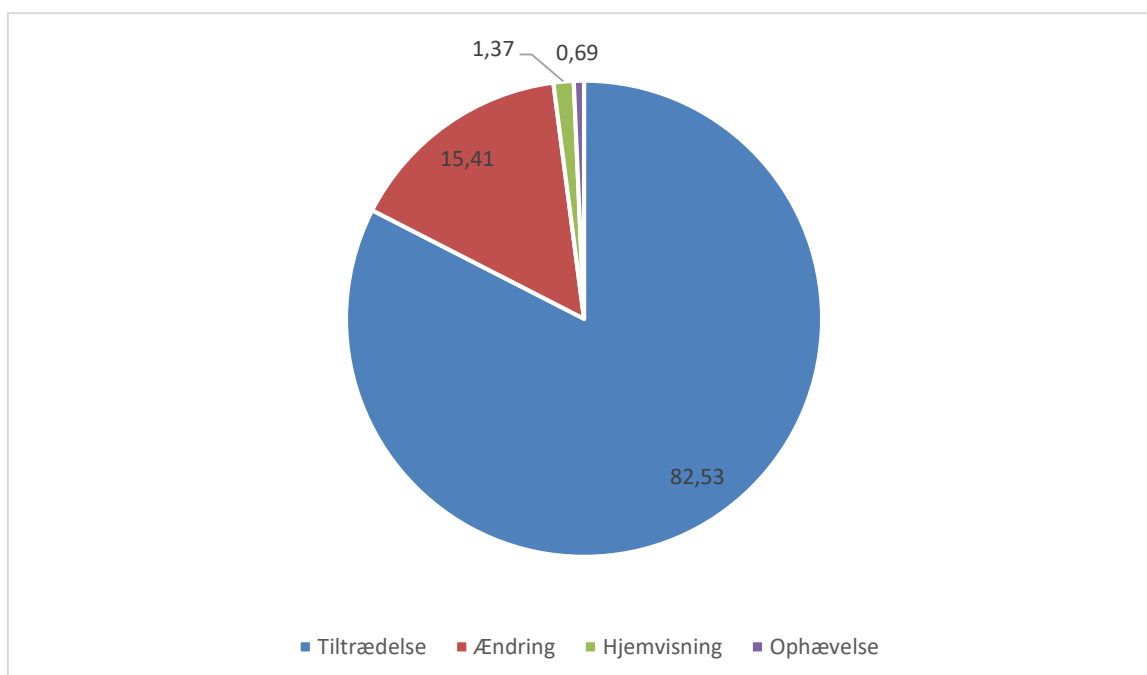
De nærmere regler om Det Psykiatriske Ankenævn er beskrevet i bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

## 4 Nøgletal

I 2019 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 180 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 205 sager i 2018. Antallet af indkomne klager er således faldet.

Ankenævnet afholdte 7 møder og afgjorde 200 sager i 2019. Derudover blev 13 sager afsluttet på anden måde, primært fordi klager trak sin anke tilbage. Sagerne indkom i både 2018 og 2019, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2020 også fortsat behandlede enkelte sager, der indkom i 2019. I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb.

I de 200 sager, som blev afgjort af ankenævnet i 2019, tog ankenævnet stilling til i alt 292 tvangsindgreb. I 2019 afviste ankenævnet derudover at genoptage 3 afgørelser til fornyet behandling.



- Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 241 tilfælde, hvilket svarer til 82,53 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 45 tilfælde, hvilket svarer til 15,41 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet hjemviste Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 4 tilfælde, hvilket svarer til 1,37 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 2 tilfælde, hvilket svarer til 0,69 % af alle tvangsindgreb.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2018 i alt 80,63 % af



tvangsindgrebene fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, ændrede 16,75 %, hjemviste 1,57 % og ophævede 1,05 % af alle tvangsindgreb.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var på 6,3 måneder i 2019. I 2018 var sagsbehandlingstiden på 5,9 måneder.

# 5 Sagsgang

---

Det er et fast team af sagsbehandlere, der forbereder og behandler alle ankesager.

## 5.1 Klageberettigelse

Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser for Det Psykiatriske Ankenævn.

I praksis indgiver patienten eller patientens patientrådgiver de fleste klager, og det sker oftest via Det Psykiatriske Patientklagenævn. Samtidig med klagen sender Det Psykiatriske Patientklagenævn det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse.

## 5.2 Formelle regler

Når Det Psykiatriske Ankenævn modtager en sag, undersøger sekretariatets sagsbehandlere, om forholdet falder under ankenævnets kompetence, om forholdet, der klages over, er afgjort i 1. instans, om klagen er indgivet af en klageberettiget, og om klagen er indgivet rettidigt.

Det Psykiatriske Ankenævn skal have modtaget en klage senest tre måneder efter, at klageren har fået besked om Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet kan se bort fra, at klagefristen er overskredet, når særlige grunde taler for det. I praksis vurderer ankenævnet, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor klager har fået afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Hvis Det Psykiatriske Ankenævn modtager en anke over et forhold, der falder uden for ankenævnets kompetence, afviser ankenævnet at behandle den og henviser i stedet klager til rette myndighed.

## 5.3 Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen

Indledningsvis vurderer sagsbehandlerne i sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn, om der er behov for at indhente yderligere materiale. Når sagen er tilstrækkeligt oplyst, høres parterne over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part. Efter en eventuel partshøring skriver sagsbehandleren i sekretariatet et udkast over de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund, og opstiller sundhedsfaglige spørgsmål til en sagkyndig lægekonsulent med speciale i psykiatri.

Den sagkyndige lægekonsulent vurderer herefter sagen på baggrund af de opstillede spørgsmål, hvorefter sagsbehandleren i sekretariatet udfærdiger et forslag til afgørelse til ankenævnet.

## 5.4 Afgørelsen

Der findes fire mulige udfald for ankesager: Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus.

Når ankenævnet tiltræder en afgørelse, betyder det, at ankenævnet er enig i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Når ankenævnet ændrer, betyder det, at ankenævnet annullerer Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse kombineret med en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige.

Når ankenævnet hjemviser en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Ankenævn overlader det til Det Psykiatriske Patientklagenævn at behandle sagen igen og træffe en ny afgørelse.

Ankenævnet hjemviser en sag til fornyet behandling, hvis sagen eksempelvis er afgjort på et utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag.

Hvis der er tale om rent formelle fejl, som eksempelvis skrivefejl, herunder at Det Psykiatriske Patientklagenævn har skrevet forkerte datoer eller navne i sin afgørelse, vil ankenævnet som udgangspunkt rette fejlen i sin afgørelse.

### **Hjemvisning, da Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde indhentet tilstrækkeligt materiale til behandling af sagen (2019-1322)**

En mandlig patient klagede i november 2018 over fortsat tvangsbehandling, idet han siden maj 2008 havde modtaget tvangsbehandling med Serenase i forskellige doser.

Ankenævnet fandt ikke, at sagen var tilstrækkeligt oplyst, da Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelsen i februar 2019, da lægeerklæringen dateret den 15. november 2018 efter ankenævnets vurdering ikke kunne stå alene ved den aktuelle vurdering af sagen, herunder i forhold til vurderingen af om patienten fortsat var sindssyg og om den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning. Nævnet burde derfor have indhentet journalmateriale til brug for sagen.

Ankenævnet hjemviste på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn til fornyet behandling.

Når ankenævnet ophæver en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse træder ud af kraft, uden at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige.

Ophævelse sker blandt andet, når patientklagenævnet ikke har kompetence til at træffe afgørelse. Det sker eksempelvis, hvis indgrebet ikke er reguleret af psykiatriloven.

**Ophævelse, da Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse 2 gange om det samme tvangsindgreb (2018-1823)**

En mandlig patient havde klaget over indgivelse af beroligende middel med magt den 16. juli 2018, hvorefter Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse om dette tvangsindgreb i afgørelse af 26. juli 2018 og igen i afgørelse af 8. august 2018.

Ankenævnet lagde således til grund, at Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om det samme tvangsindgreb to gange.

Ankenævnet ophævede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 8. august 2018 (den seneste), da der alene kan træffes afgørelse vedrørende det samme tvangsindgreb én gang.

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet kun kan tage stilling til forhold, som patientklagenævnet allerede har taget stilling til i sin afgørelse. Ankenævnet foretager en fuld prøvelse af patientklagenævnets afgørelse, herunder:

- faktum, som er alle objektive oplysninger i sagen
- regelfortolkningen, som er at identificere, hvilke regler, der finder anvendelse samt fastslå, hvordan reglerne skal forstås
- den konkrete regelanvendelse, som er hvordan reglerne skal anvendes i det konkrete tilfælde
- bevisafvejningen, som er en fastlæggelse af hvilket faktum, der kan lægges til grund i den konkrete sag.

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

Det Psykiatriske Ankenævn tager dog i praksis ikke stilling til samtlige forhold i afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvis det kun er nødvendigt at tage stilling til dele af afgørelsen.

Ankenævnet tager for eksempel ikke stilling til, om en klage burde være tillagt opsættende virkning, hvis ankenævnet finder, at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling, eller at man havde truffet beslutning om tvangsbehandling med for høj en dosis.

Når ankenævnet afgør en sag, vurderer det samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside ([www.stpk.dk](http://www.stpk.dk)) med henblik på læring.

Når ankenævnet afslutter sin sagsbehandling, sender det sin endelige afgørelse til patienten, sygehuset, den pågældende region, Det Psykiatriske Patientklagenævn og Tilsyn og Rådgivning i Styrelsen for Patientsikkerhed.

## 5.5 Genoptagelse

Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 3, at Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser ikke kan indbringes for en anden administrativ myndighed.

Hvis der kommer en genoptagelsesansøgning i en sag, der er afgjort af ankenævnet, kan den tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det, hvilket fremgår af § 14, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn.

Ankenævnet kan genoptage en sag, hvis der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som måske kan føre til en ændret bedømmelse af sagen. Der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da sagen blev afgjort. De nye oplysninger skal også være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat. En sag kan desuden blive genoptaget, hvis der er konstateret væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

# 6 Afgørelser

---

Det Psykiatriske Ankenævn resumerer herunder en række afgørelser fra 2019, som er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2019.

Afgørelserne er inddelt i fire overordnede emner: Tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af beroligende middel med magt og personlig skærmning.

## 6.1 Tvangsbehandling

Det fremgår af § 3 i psykiatriloven, at behandlingen på en psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke.

Psykiatrilovens § 1, stk. 1, henviser til sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 3, at informeret samtykke er et samtykke fra patienten, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson. Ifølge § 16 i samme lov skal patienten blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten skal løbende have information om sin sygdom og den påtænkte behandling af sygdommen. Informationen skal desuden være forståelig for patienten.

Hvis det ikke er muligt at få patientens informerede samtykke, kan det være nødvendigt at beslutte at tvangsbehandle patienten. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldte.

Som udgangspunkt vil Det Psykiatriske Ankenævn tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldte ud fra følgende kriterier:

- Er patienten sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed, og vil det være uforvarsligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, da udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Har patienten haft en passende betænkningstid?
- Er patienten motiveret kontinuerligt og ensartet i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling?
- Er beslutning om tvangsbehandling truffet af en overlæge, eller godkendt af en navngiven overlæge samme dag eller snarest muligt?
- Har patienten haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver?
- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk)?
- Er patienten informeret om både det primære og det subsidære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?
- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

Som tidligere nævnt, tager Det Psykiatriske Ankenævn i praksis ikke stilling til samtlige betingelser, hvis det kun er nødvendigt at forholde sig til dele af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn. Hvis en af betingelserne således ikke er opfyldt, vil ankenævnet typisk ikke forholde sig til de efterfølgende betingelser.

### **6.1.1 Patientens tilstand**

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5, at tvangsbehandling kun må finde sted, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det første, Det Psykiatriske Ankenævn tager stilling til i forbindelse med afgørelsen af, hvorvidt tvangsbehandlingen kan godkendes eller ikke kan godkendes, er om patienten på behandlingstidspunktet var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed.

Ankenævnet tager derefter stilling til, om det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende.

### **6.1.2 Mindste middel**

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 2, at anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Mindstemiddelsprincippet indebærer, at ankenævnet som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end tabletbehandling, og at depotpræparater er det mest indgribende middel.

#### **6.1.2.1 Depotbehandling**

Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling, når patienter tvangsmedicineres, hvis man ikke kender deres reaktion på behandlingen.

Det er ankenævnets praksis som udgangspunkt at anse behandling med depotmedicin for at være den mest indgribende administrationsform, og der skal således være særlige grunde til stede for at vælge et depotpræparat i forbindelse med tvangsbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten tidligere har haft gentagne tilfælde af medicinsvigt, og at det ikke har været muligt at etablere en fast tabletbehandling. Den særlige begrundelse skal være konkret og journalføres.

**Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med Zypadhera (2018-3679)**

Den 2. september 2018 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med injektion Zypadhera 300 mg i.m. hver anden uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen havde haft en lang række af indlæggelser og tvangsindlæggelser på grund af medicinsvigt siden 2014. Der blev endvidere lagt vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zypadhera depot med god effekt på tilstanden.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning i relation til behandlingsformen.

**6.1.3 Betænkningstid**

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5, 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.

Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 3, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet skal 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.

Det fremgår desuden af § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen, at patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit samtykke, men at patienten dog højst har krav på tre dages betænkningstid.

Betænkningstiden kan dog være kortere eller længere end tre døgn, hvis konkrete omstændigheder taler herfor. Ved vurderingen heraf kan indgå en række omstændigheder, herunder sygdommens alvorlighed og om manglende medicinering eventuelt vil kunne føre til anvendelse af andre former for tvang.

Betænkningstiden løber fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud. Hvis en patient har modtaget sin medicin frivilligt, men senere modsætter sig behandlingen, medregnes "den frivillige periode" således efter nævnets praksis ikke i betænkningstiden. I sådanne tilfælde regnes betænkningstiden først fra det tidspunkt, hvor det af journalen fremgår, at patienten på ny har modsat sig behandlingen.



**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet betænkningstid på knap 2 døgn var for kort (2019-869)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 5. januar til den 8. januar 2019 motiveret for antipsykotisk behandling. I forbindelse med motivationssamtalen den 5. januar 2019 valgte patienten imidlertid at tage medicinen frivilligt. Da patienten igen nægtede den 6. januar 2019 blev en ny motivationsperiode opstartet. Den 8. januar 2019 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling. På det tidspunkt var patienten blevet motiveret i 1 døgn, 21 timer og 3 minutter.

Ankenævnet fandt konkret grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på under 2 døgn var passende for patienten, da der i betænkningstiden ikke blev anvendt andre former for tvang, ligesom det heller ikke blev bekræftet i journalen, at der var optræk hertil.

Ankenævnet lagde også vægt på, at der i journalen ikke var beskrevet omstændigheder, herunder en akut situation med fare for patientens liv eller helbred, der kunne begrunde den korte motivationsperiode.

Ankenævnet fandt derfor, tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, i relation til betænkningstiden.

**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet betænkningstiden på 6 døgn var for lang (2019-4522)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 26. marts til den 1. april 2019 motiveret for antipsykotisk behandling. Der var tale om en motivationsperiode på 6 døgn.

Ankenævnet fandt konkret grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 6 døgn var passende for patienten, da der ifølge journalen ikke var rimelig grund til at antage, at han ville skifte mening, såfremt man ventede yderligere. Herudover var 3. dagen i motivationsperioden en fredag, hvormed beslutning kunne have været truffet inden weekenden, og dermed på et tidspunkt, hvor patientens faste læge måtte antages at have vagt.

Ankenævnet fandt derfor, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet en betænkningstid på 6 døgn var unødigt lang.

**6.1.4 Indhold af motivationen**

Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 1, 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. Af § 3, stk. 5, fremgår det, at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at

den forsøgte motivation skal journalføres.

Det er ankenævnets praksis, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling, herunder et eventuelt dosisinterval, således at patienten har mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen. Tvangsbehandlingen skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som patienten er motiveret for. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Motivationen har stor betydning for, om ankenævnet kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Hensigten med motivationen er, at patienten selv skal have mulighed for at tage stilling til, om han eller hun vil tage imod behandlingen frivilligt. Det skal således være klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og patienten skal have tilstrækkelig mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Hvis patienten ikke dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandlingen, afbrydes betænkningstiden, hvorved motivationen skal starte forfra.

Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der har fundet en tilstrækkelig motivation sted, indgår dette i ankenævnets vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

Hvis der er uoverensstemmelser i motivationen foretager ankenævnet en konkret bevisafvejning. Ankenævnet behandler sager på skriftligt grundlag og er derfor afhængigt af, hvad der står i journalen.

Det vil sige, at patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling. Det er således ikke et krav, at patienten kontinuerligt er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog informeres om denne i motivationsperioden (se nærmere nedenfor i afsnit 6.1.8 vedrørende krav til informationen).

#### **Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da der ikke blev motiveret konsekvent for den planlagte behandling (2018-3681)**

Den 1. november 2018 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med orale dråber Cisordinol 10 mg to gange dagligt, eventuelt stigende til 20 mg to gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Serenase 5 mg maksimalt to gange dagligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen den 30. oktober 2018 alene blev motiveret for behandling med 10 dråber Cisordinol, og at han ifølge journalen den 31. oktober 2018 alene blev tilbudt medicin.

Ankenævnet vurderede, at patienten reelt ikke fik nogen betænkningstid forud for beslutningen om tvangsbehandling, da han ikke blev motiveret konsekvent for den planlagte behandling, herunder at han ikke blev motiveret for hele dosisintervallet den 30. oktober, og at han den 31. oktober 2018 hverken blev motiveret for præparat eller dosisinterval.

### **6.1.5 Overlægegodkendelse**

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 4, at det er overlægen, der beslutter, om patienten skal behandles under tvang, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal anvendes magt for at gennemføre behandlingen.

Det fremgår desuden af psykiatrilovens § 4 a, at beslutningen, i overlægens fravær, kan træffes af en anden læge, men at overlægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen.

### **6.1.6 Patientrådgiver og bistandsværge**

Det følger af psykiatrilovens § 24, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling.

Det følger af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 4, at patienten så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Det er ankenævnets praksis, at det forhold, at der ikke er oplysninger om, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver, ikke i sig selv fører til, at tvangsbehandlingen underkendes.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1078 af 27. oktober 2019 om patientrådgivere § 3, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling, medmindre denne har en bistandsværge.

Det følger tillige af bekendtgørelse nr. 947 af 24. september 2009 om bistandsværger § 8, stk. 2, at bistandsværger skal rådgive og vejlede patienten om klageadgang i henhold til psykiatriloven.

### **6.1.7 Sædvanlig dosering**

#### **6.1.7.1 Generelt om sædvanlig dosering**

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 2, at når der tvangsmedicineres, skal der anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 4, stk. 2, at ved afprøvede lægemidler forstås præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet. Det fremgår hertil af bemærkningerne til psykiatriloven, at sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der står i lægemiddelfortegnelsen, og det der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling.

Det fremgår videre af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 4, stk. 3, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosering medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

Det er ankenævnets praksis, at det i visse tilfælde kan være tilladt at anvende en større dosis, end den som er sædvanlig for de fleste patienter. Det sker i de tilfælde, hvor behovet konkret og velbegrunderet beskrives i forhold til den enkelte patient, og hvor dosis holder sig inden for det, som retningslinjerne angiver som maksimaldosis.

Det er således ankenævnets praksis, at der skal være en konkret begrundelse for doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder den maksimale dosis som beskrevet på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

Det følger af ankenævnets praksis, at "god lægelig praksis" kun kan udfylde den ramme, som følger af doseringsretningslinjerne på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) i forhold til den konkrete patient. "God lægelig praksis" skal altså anvendes til at udfylde det doseringsinterval, der fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

Det er videre ankenævnets praksis, at der skal anvendes det doseringsforslag på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), der er relevant i forhold til patientens diagnose, og doseringsforslaget kan derfor eksempelvis være forskelligt afhængigt af, om patienten lider af mani eller skizofreni.

#### **6.1.7.2 Sædvanlig dosisadministration**

Ankenævnet ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når nævnet vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at et bestemt præparat skal administreres over to gange i løbet af et døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

Ankenævnet ser tillige på administrationsformen. Medicinen skal således gives i overensstemmelse med retningslinjerne for så vidt angår den pågældende administrationsform. Dette betyder, at såfremt et præparat tilbydes som tabletbehandling, skal dosisintervallet følge det på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) anførte vedrørende tabletbehandling med det pågældende præparat.

**Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med øgning af tablet Olanzapin udover sædvanlig dosis (2019-9041)**

Den 12. august 2019 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med dosisøgning af tablet Olanzapin op til 30 mg dagligt.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at der ved behandling af skizofreni med tablet Olanzapin anvendes sædvanlig vedligeholdelsesdosis 5-20 mg dagligt. Det kunne dog, i særlige tilfælde, være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at det af journalen konkret fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis. Det fremgik, at patienten tidligere havde tålt og været velbehandlet med tablet Olanzapin 30 mg en gang dagligt.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

**6.1.4.3. Sædvanlig dosering ved ældre patienter**

Det fremgår på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at der for en række antipsykotiske præparater er særlige doseringsforslag for så vidt angår behandling af ældre patienter.

Det fremgår desuden af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at ældre sædvanligvis defineres som personer, der er mindst 65 år. I visse tilfælde fremgår det imidlertid af doseringsforslagene for det enkelte præparat, at der alene er særlige doseringsforslag for eksempelvis ældre over 75 år.

Ved behandling af ældre patienter anvender ankenævnet som udgangspunkt de anførte særlige doseringsforslag ved vurderingen af, hvorvidt den besluttede dosis var sædvanlig.

### **Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler ikke var opfyldt henset til patientens alder (2019-1599)**

Den 22. februar 2019 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en 71-årig kvindelig patient med mikstur Serenase 1 mg med eventuel stigning til højst 12,5 mg afhængig af effekt og bivirkninger.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af pro.medicin.dk, at der ved behandling af skizofreni og skizoaffektive lidelser med tablet eller oral opløsning Serenase sædvanligvis blev anvendt 2-10 mg dagligt fordelt på 1-2 doser, og at der højst burde gives 20 mg dagligt.

Det fremgik videre af pro.medicin.dk, at der ved andre indikationer end vedvarende aggression i forbindelse med demens blev anbefalet halvdelen af den laveste normale voksendosis til ældre. Doser over 5 mg dagligt burde kun anvendes, hvis patienten havde tolereret højere doser og efter nøje klinisk vurdering.

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosis mikstur Serenase oversteg den maksimale forsvarlige døgn dosis, da der ved behandling af ældre på andre indikationer end vedvarende aggression i forbindelse med demens blev anbefalet halvdelen af den laveste normale voksendosis, der var 20 mg.

Det var herefter ankenævnets opfattelse, at sædvanlig dosis ved behandling af ældre med mikstur Serenase var 1-5 mg dagligt, og at den maksimale dosis ved behandling af ældre var 10 mg dagligt.

Ankenævnet fandt på baggrund heraf, at beslutningen om tvangsbehandling med mikstur Serenase op til højst 12,5 mg dagligt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

#### **6.1.8 Information om præparaterne**

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, at der ikke må benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Patienten skal 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 fremgår af psykiatrilovens § 31, stk. 1, at patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår videre af bekendtgørelsens § 3, stk. 6, at tvangsmedicinering forudsætter, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det er ankenævnets praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen

iværksættes med det subsidiære præparat.

Det skal desuden journalføres, at der er givet eller er forsøgt givet information.

**Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling, da patienten var forsøgt informeret (2018-3508)**

Den 8. oktober 2018 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med tablet Invega, subsidiært injektion Olanzapin.

Det fremgik af journalen, at patienten var blevet forsøgt informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Invega og Olanzapin alle dage under motivationsfasen, men at patienten havde afvist at modtage både mundtlig og skriftlig information om præparaterne.

Ankenævnet fandt, at kravet om, at patienten skal informeres om præparaterne, var opfyldt.

**Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling, da patienten var informeret om, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der gik op til den dosering, der på pro.medicin.dk var angivet som maksimum (18/6641)**

Den 20. april 2018 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med tablet Abilify 15 mg med eventuel stigning til højst 30 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg maksimalt 3 gange dagligt.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at der ved behandling af mani med tablet Abilify initialt skulle anvendes 15 mg én gang dagligt, og at der maksimalt måtte anvendes 30 mg dagligt.

Patienten havde anført i sin anke, at han ikke var bekendt med, at der var tale om maksimal dosis af Abilify.

Det fremgik af journalen, at patienten blev motiveret for tablet Abilify 15-30 mg og injektion Abilify 9,75 mg, maksimalt 3 gange dagligt. Det fremgik videre, at patienten blev informeret om virkning og bivirkning ved præparatet, herunder at han fik udleveret skriftligt materiale fra medicin.dk.

Ankenævnet fandt på baggrund heraf, at patienten var blevet informeret om, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der gik op til den dosering, der på pro.medicin.dk var angivet som maksimum.

**6.1.9 Opsættende virkning**

Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3, at en klage over tvangsbehandling som udgangspunkt har opsættende virkning, medmindre det er nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Det betyder, at en beslutning om tvangsbehandling som udgangspunkt først må iværksættes,

når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

## 6.2 Anvendelse af fysisk magt

Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 1, at en person, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt. Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindstemiddelsprincippet, ligesom det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 2, at anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse derfor anvendes.

Det vil i nogle tilfælde ikke være muligt at forsøge med mindre indgribende foranstaltninger, forinden anvendelse af fysisk magt, idet der er tale om en akut situation med et element af nærliggende fare.

Fysisk magtanvendelse må efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

### **Afvisning af klage over anvendelse af fysisk magt, da der ikke var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning (2018-1392)**

En kvindelig patient havde brudt skærmningen på sin stue og var gået ud i fællesmiljøet i urolig, sederet og afklædt tilstand. Hun blev ført tilbage på sin stue, hvor der under fastholdelse blev foretaget et EKG, da hun havde opnået den maksimale dosis Olanzapin uden nogen effekt og i stedet skulle have Serenase.

Ankenævnet fandt, at patienten var blevet fastholdt som led i foretagelsen af EKG, og at der derfor ikke var tale om en selvstændig tvangsforanstaltning.

Ankenævnet afviste herefter at behandle klagen over anvendelse af fysisk magt.



### **Afvisning af klage over anvendelse af fysisk magt, da forholdet ikke var omfattet af psykiatriloven (2019-5556)**

En mandlig patient havde dagen forinden flyttet sig fra sin seng og lagt sig på gulvet ved siden af sengen. Han havde haft en dyne over sig og sit hoved på en pude, men det blev nødvendigt at lægge ham på en madras. Personalet lagde madrassen på gulvet og løftede ham over på den, uden at han gjorde modstand.

Der blev udfyldt en tvangsprotokol om anvendelse af fysisk magt vedrørende indgrebet.

Ankenævnet fandt, at indgrebet ikke udgjorde fysisk magt i psykiatrilovens forstand. Indgrebet havde i stedet hjemmel i anstaltsbetragtninger, hvor afdelingen uden udtrykkelig lovhjemmel kan træffe konkrete beslutninger over for en patient, når der er tale om saglige hensyn, og beslutningen ikke går videre end formålet tilsiger. Det forhold, at der var udfærdiget en tvangsprotokol vedrørende indgrebet, kunne ikke føre til en anden vurdering.

Ankenævnet afviste herefter at behandle klagen over anvendelse af fysisk magt.

### **6.3 Indgivelse af beroligende middel med magt**

Hvis en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling befinder sig i en urolig tilstand, kan der være behov for at indgive beroligende middel med magt.

Når ankenævnet vurderer, om betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt er opfyldt, gøres dette som udgangspunkt efter følgende kriterier:

- Er det nødvendigt at indgive beroligende middel med magt med henblik på at bringe patienten til ro og bedring af denne tilstand?
- Er kravet om mindst indgribende foranstaltning opfyldt?

Ankenævnet tager ved vurderingen stilling til, om man forinden indgivelsen af beroligende middel med magt har:

- Forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter.
- Forsøgt at tale patienten til ro.
- Forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Såfremt noget af det ovenstående ikke var muligt, tager ankenævnet stilling til, om dette var konkret begrundet i journalen.

Ankenævnet tager desuden stilling til om, der er tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest muligt bivirkninger i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk). Såfremt der er tale om en usædvanlig dosering i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), tager ankenævnet stilling til, om det konkret fremgår af journalen, hvad begrundelsen var for at gå ud over sædvanlig

dosering.

### 6.3.1 Patientens tilstand

Det følger af psykiatrilovens § 17, stk. 2, at lægen kan bestemme, at en patient om fornødent med magt skal have et beroligende middel, hvis det er af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

### 6.3.2 Mindste middel

En patient skal efter mindstemiddelsprincippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttes at give beroligende middel med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse. Det skal også journalføres, hvis man forgæves har forsøgt at skærme og tale patienten til ro, da det dokumenterer, at mindre indgribende foranstaltninger ikke var tilstrækkelige.

Ankenævnet kan dog også konkret vurdere, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt, selvom alle mindre indgribende foranstaltninger ikke er forsøgt.

Mindstemiddelsprincippet fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. Brugen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

#### **Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, idet patienten ikke forinden var forsøgt korrigeret eller talt ro (2019-2031).**

Den 2. marts 2019 blev en mandlig patient tilbudt beroligende middel til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgivelse af beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af hans tilstand.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravene om mindst indgribende foranstaltning, idet det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, eller havde forsøgt at tale ham til ro.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

### 6.3.3 Præparat og dosis

Når det besluttes at give beroligende middel med magt, skal præparat og dosis som udgangspunkt svare til det præparat og den dosis, patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse.

Ankenævnet vurderer den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede

døgn dosis, hvis der for eksempel er indgivet beroligende middel flere gange indenfor et døgn.

**Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, idet det indgivne præparat ikke svarede til det tilbudte, og idet der var tale om en dosis, der var ud over sædvanlig dosis (2019-1810).**

Den 22. februar 2019 blev en mandlig patient tilbudt beroligende middel til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af hans tilstand.

Ankenævnet fandt videre, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktivitetsamt havde forsøgt at tale ham til ro og tilbudt ham den beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af den beroligende medicin med magt.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler med færrest mulige bivirkninger.

Det er ankenævnets opfattelse, at en patient skal tilbydes en konkret behandling, og at behandlingen, som udgangspunkt, skal iværksættes med det samme præparat og den samme dosering, som man har tilbudt.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at betingelsen om at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse med det samme præparat, som patienten fik indgivet, var opfyldt, idet patienten blev tilbudt tablet Cisordinol 20 mg og tablet Stesolid 20 mg, men at indgivelsen af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Cisordinol-Acutard 100 mg i.m. og injektion Stesolid 20 mg i.m.

Ankenævnet lagde for så vidt angår Cisordinol vægt på, at tablet Cisordinol og injektion Cisordinol-Acutard farmakokinetisk er forskellige, hvorfor en direkte sammenligning ikke er mulig, og hvorfor det tilbudte således ikke svarede til det indgivne.

Ankenævnet lagde for så vidt angår Stesolid videre vægt på, at injektion Stesolid 20 mg ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, idet patienten fik indgivet en dosis, der lå ud over sædvanlig dosis Stesolid, som er 5-10 mg. Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, det ikke af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der lå ud over sædvanlig dosis Stesolid.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen, idet det indgivne præparat Cisordinol-Acutard ikke svarede til det tilbudte, og idet den indgivne dosis Stesolid var ud over sædvanlig dosis, uden at der forelå en konkret begrundelse herfor.

Såfremt der er tale om en eskaleret situation, er det imidlertid ankenævnets praksis, at der kan være grundlag for at indgive beroligende medicin i en højere dosis end den, der er tilbudt, eller med et andet præparat.

**Godkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da der var tale om en eskaleret situation (18/2201)**

Den 7. januar 2018 blev en kvindelig patient tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Det var ankenævnets opfattelse, at den tilbudte dosis i form af tablet Serenase 5 mg ikke svarede til den indgivne dosis i form af injektion Serenase 5 mg i.m., da injektion Serenase 5 mg medfører en højere plasmakoncentration end samme dosis givet som tablet.

Ankenævnet godkendte dog beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt, uanset den indgivne dosis ikke svarede til den tilbudte, henset til at der var tale om en eskaleret situation, idet hun forsøgte at fjerne lægen og andre personaler, efter hun fik tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Endelig skal der være tale om indgivelse af et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering. Ankenævnet anvender [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) til at fastlægge, hvad der er sædvanlig dosering.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 2, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det fremgår videre af § 4 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ved afprøvede lægemidler forstås præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og som markedsføres her i landet. Ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

### **Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, idet der var tale om en dosering, der lå udover sædvanlig dosis. (2018-556).**

Den 16. marts 2018 blev en mandlig patient tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af hans tilstand.

Ankenævnet fandt videre, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale ham til ro og tilbudt ham den beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af den beroligende medicin med magt.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt i form af injektion Stesolid 20 mg opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, idet patienten fik indgivet en dosis, der var ud over sædvanlig dosis Stesolid, som er 5-10 mg.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgår af promedicin.dk, at der ved behandling af akut agitation med tablet Stesolid anvendes 5-10 mg, evt. gentaget afhængig af effekt.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen, idet der ikke af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der var ud over sædvanlig dosis Stesolid.

## **6.4 Øvrige udvalgte afgørelser**

### **6.4.1 Personlig skærmning**

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det følger af psykiatrilovens § 18 d, at personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten 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.

Det fremgår af § 39, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved udtrykket "umiddelbar nærhed" skal forstås, at "patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side."

Det skal bemærkes, at det fremgår af lovforslaget om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien af 9. november 2005 til den tidligere § 18 c i psykiatriloven, at personlig skærmning som juridisk begreb ikke nødvendigvis har samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge. Videre fremgår det, at lavere

grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen og efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet.

Ankenævnet vil i første omgang tage stilling til, om der er tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, herunder om skærmningen varer uafbrudt i mere end 24 timer.

Dernæst vil ankenævnet tage stilling til, om betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Det gennemgående krav om at anvende den mindst indgribende foranstaltning gælder også for så vidt angår personlig skærmning. Det vil således have betydning i ankenævnets vurdering, om det er dokumenteret i journalen, at mindre indgribende tiltag har været forsøgt, forinden anvendelsen af personlig skærmning.

#### **Godkendelse af beslutning om personlig skærmning (2019-1374)**

Den 9. januar kl. 16.00 blev der ordineret personlig skærmning af en mandlig patient efter psykiatrilovens bestemmelser. Den 11. januar kl. 12.00 ophørte den personlige skærmning af patienten.

Det var ankenævnets vurdering, at der var tale om personlig skærmning, idet patienten i ovennævnte periode havde 2 faste vagter, der konstant befandt sig i hans umiddelbare nærhed uden hans samtykke.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at betingelserne for at iværksætte personlig skærmning uden patientens samtykke var opfyldt, idet det var nødvendigt at afværge, at han udsatte sit eller andres liv for betydelig skade.

Ankenævnet fandt videre, at personlig skærmning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at man forinden havde forsøgt at danne en alliance med patienten om medicin, adfærd og frivillighed, men at han ikke under indlæggelsen i tilstrækkeligt omfang havde været i stand til at samarbejde.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at den personlige skærmning ikke varede i længere tid end nødvendigt, idet den personlig skærmning i psykiatrilovens forstand kun blev fastholdt i 44½ time, da det herefter blev vurderet forsvarligt at reducere skærpet fast vagt til fast vagt.

Ankenævnet godkendte på den baggrund beslutningen om personlig skærmning.

# 7 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

---

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2019 ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand.

## 8 Læring

---

Det er vigtigt for Det Psykiatriske Ankenævn fortsat at udbrede kendskabet til ankenævnets afgørelser i konkrete sager. Rent praktisk gøres dette i form af blandt andet årsberetninger og offentliggørelse af afgørelser.

Håbet er, at denne årsberetning kan medvirke til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger lærer af de forskellige forløb af tvangsforanstaltningerne, som er gengivet i årsberetningen.

Samfundets interesse for forholdene i psykiatrien samt de love og regler, der regulerer disse, er fortsat stor. Der har i særdeleshed været fokus på tvangsmedicinering.

Det faste team af sagsbehandlere, der behandler disse sager, drøfter sagerne, inden de behandles af nævnet. På den måde deler sagsbehandlerne viden fra de enkelte sager. Det sikrer, at praksis er ensartet og giver en opmærksomhed på hvilke sager, der kan være relevante at offentliggøre.

Teamet har endvidere et tæt samarbejde med den kreds af sagkyndige konsulenter, der afgiver udtalelser i sagerne. Samarbejdet bidrager positivt til læringen i teamet, men også udadtil, gennem de sagkyndige konsulents arbejde i psykiatrien.

Sekretariatet deltog også i 2019 ved det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus.



## 9 Forventninger til fremtiden

---

Det Psykiatriske Ankenævn vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2020, for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet vil desuden arbejde for at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Indholdet af de psykiatriske ankenævnssager kommer naturligt til at bære præg af de patienter, der bliver behandlet på de psykiatriske afdelinger det enkelte år samt, hvem der vælger at klage. Derfor opstår der jævnligt nye vinkler på sagerne. 2019 har været et meget interessant år på den front, og det samme forventes af 2020.

# 10 Bilag

---

## **Bilag 1 Forretningsorden**

Bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019

## **Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn**

I medfør af § 38 a, stk. 4, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019, og efter forhandling med Det Psykiatriske Ankenævn fastsættes:

### Kapitel 1

#### *Det Psykiatriske Ankenævns opgaver og sammensætning*

§ 1. Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. § 38, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

§ 2. Det Psykiatriske Ankenævn består af en dommer som formand, to medlemmer, der skal være psykiatere, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, jf. § 38 a, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

### Kapitel 2

#### *Forberedelse af sagerne*

§ 3. Formanden afgør, om en klage falder inden for ankenævnets kompetence, om klageren har tilstrækkelig retlig interesse i sagen, og om en klage skal afvises på grund af en overskridelse af klagefristen, jf. § 38, stk. 2, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Formanden kan bemyndige sekretariatet, jf. § 4, stk. 1, til at træffe beslutninger efter stk. 1.

§ 4. Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Patientombuddet, jf. § 38 a, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Sekretariatet bestemmer rækkefølgen for behandling af de indkomne klager, jf. dog stk. 5.

Stk. 3. Sekretariatet er ansvarligt for oplysning af sagen, indhentelse af fornøden sagkyndig vurdering og udarbejdelse af forslag til afgørelse.

Stk. 4. Sekretariatet kan under sagsforberedelsen forelægge en sag for Retslægerådet og Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Ankenævnets formand kan fastlægge generelle eller konkrete retningslinjer for sekretariatets virksomhed.

## Kapitel 3

### *Afholdelse af møde m.v.*

§ 5. Ankenævnet udøver sin virksomhed i møder, herunder telefonmøder eller lignende, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Formanden kan træffe afgørelser i sager, som efter den af ankenævnet fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, herunder afvise anmodninger om genoptagelse af sager, jf. dog § 14, stk. 3. Dette gælder dog ikke sager, som skønnes at give anledning at ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Stk. 3. Sager, som formanden skønner egnet til skriftlig votering, kan sendes til medlemmerne med indstilling om afgørelse.

§ 6. Ved afgørelsen af en sag sammensættes ankenævnet som angivet i § 2.

§ 7. Formanden indkalder medlemmer eller disses suppleanter til et nævnsmøde.

Stk. 2. Formanden fastsætter tid, sted og dagsorden for nævnsmøderne.

Stk. 3. Nævnsmøderne indkaldes med mindst 14 dages varsel. Indkaldelsen vedlægges en dagsorden over de sager, der skal behandles på mødet, et forslag til ankenævnets afgørelse af hver af sagerne, og det sagsmateriale, der er nødvendigt for, at ankenævnet kan træffe afgørelse i hver enkelt sag.

Stk. 4. Formanden kan bemyndige sekretariatet til at varetage formandens opgaver efter stk. 1-3.

§ 8. Formanden leder og tilrettelægger mødet.

Stk. 2. Ankenævnet er ved afgørelsen af sager beslutningsdygtigt, når formanden samt et medlem beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer og et medlem beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, er til stede.

§ 9. Ankenævnets møder er ikke offentlige.

Stk. 2. Ankenævnets formand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved ankenævnets behandling af en sag. Kapitel 4

## Kapitel 4

### *Afgørelser m.v.*

§ 10. Ankenævnets afgørelser træffes ved stemmetal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme udslagsgivende.

Stk. 2. Ankenævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden. Et medlem kan kræve en kort begrundelse for sit standpunkt tilført protokollen.

Stk. 3. Afgørelser udfærdiges skriftligt, med begrundelse og med angivelse af, om det er et enigt ankenævn eller et flertal af ankenævnets medlemmer, der har truffet afgørelse. I afgørelsen angives navnene på de medlemmer, der har deltaget i afgørelsen. Et medlems eventuelle særstandpunkt anføres kort i afgørelsen med angivelse af medlemmets navn.

§ 11. Ankenævnets afgørelse sendes til klageren, Det Psykiatriske Patientklagenævn og den psykiatriske afdeling, afgørelsen vedrører. Afgørelsen sendes endvidere til regionsrådet.

Stk. 2. Afgørelsen kan endvidere sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed og andre med berettiget interesse.

§ 12. Ankenævnets afgørelser offentliggøres i anonymiseret form, hvis de er af principiel betydning eller har almen interesse og er egnede som vejledning om ankenævnets praksis.

§ 13. Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

§ 14. Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. § 38 a, stk. 1, 2. pkt., i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Ankenævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. § 38, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 3. Fremkommer der i en sag, som er afgjort af ankenævnet, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, tager ankenævnet sagen op til fornyet behandling og afgørelse. Det samme gælder, hvis der er begået væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

## Kapitel 5

### *Forskellige bestemmelser*

§ 15. Ankenævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for ankenævnet underlagt tavshedspligt, jf. forvaltningslovens § 27.

§ 16. Ankenævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for ankenævnet omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet.

Stk. 2. Et nævnsmedlem har pligt til at underrette ankenævnet om forhold, som kan medføre vedkommendes inhabilitet, ligesom ethvert af ankenævnets andre medlemmer, der er bekendt med sådanne forhold, har pligt til at oplyse ankenævnet herom.

Stk. 3. Et nævnsmedlem må ikke medvirke ved behandlingen af en konkret sag i blandt andre følgende situationer:

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,
- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patienterstatningen,

3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,

4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den psykiatriske afdeling, hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,

5) hvis nævnsmedlemmet er ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted, eller var ansat på afdelingen på tidspunktet for anvendelsen af tvang i det påklagede forhold, eller

6) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

Stk. 4. Hvis et nævnsmedlem er i tvivl om sin habilitet, kan spørgsmålet drøftes med sekretariatet.

Stk. 5. Ankenævnet afgør, om et nævnsmedlem kan deltage i behandlingen af en sag. Nævnsmedlemmet må ikke deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om vedkommendes inhabilitet. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

§ 17. Det Psykiatriske Ankenævn afgiver en årsberetning om sin virksomhed, som sendes til sundheds- og ældreministeren, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne. Årsberetningen forberedes af sekretariatet.

## Kapitel 6

### *Ikrafttræden*

§ 18. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. november 2019.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn ophæves.

*Sundheds- og Ældreministeriet, den 27. oktober 2019*

Magnus Heunicke

/ Sabine Godsvig Laursen

## **Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2019**

### **Formand for nævnet:**

Landsdommer Steen Mejer

### **Stedfortrædere:**

Landsdommer Lisbeth Parbo

### **Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:**

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

### **Stedfortrædere:**

Lennart Frandsen

Irene Hjortshøj

### **Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:**

Speciallæge Pia Glyngdal

Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen

### **Stedfortrædere:**

Overlæge Lykke Pedersen

Overlæge Annick F. Urfer Parnas



STYRELSEN FOR  
**PATIENTKLAGER**

Styrelsen for Patientklager  
Olof Palmes Allé 18H  
8200 Aarhus N