



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Det Psykiatriske Ankenævns årsberetning for 2016

Styrelsen for Patientsikkerhed

April 2017

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen: Det Psykiatriske Ankenævns årsberetning for 2016

Udgivet af:  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Telefon: 72 28 66 00  
E-post: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

Udgivelsesår: 2017

Version: Nr. 1.0.  
Versionsdato: April 2017  
ISBN: 978-87-93651-02-9

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.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>8</b>
5.1	Klageberettigelse	8
5.2	Formelle regler	8
5.3	Styrelsens forberedelse af sagen	8
5.4	Afgørelsen	9
5.5	Genoptagelse	11
<b>6</b>	<b>Afgørelser</b>	<b>13</b>
6.1	Tvangsbehandling	13
6.1.1	Indhold af motivationen	15
6.1.2	Betænkningstid	17
6.1.3	Sædvanlig dosering	19
6.1.3.1	Generelt om sædvanlig dosering	19
6.1.3.2	For ældre patienter	21
6.1.3.3	Sædvanlig dosisadministration	22
6.1.3.4	Information om præparaterne	22
6.1.4	Opsættende virkning	23
6.1.5	Depotbehandling	24
6.1.6	Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling	25
6.1.6.1	Samtidig beslutning om tvangsbehandling efter §12 og tvungen opfølgning	25
6.1.6.2	Tvangsernæring	26
6.2	Anvendelse af fysisk magt	27
6.3	Indgivelse af beroligende middel med magt	29
6.3.1	Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger	30
6.3.2	Sædvanlig præparat og dosis	32
6.3.3	Øvrige afgørelser vedrørende beroligende middel med magt	32
6.4	Øvrige udvalgte afgørelser	33
6.4.1	Tvangsbehandling af legemlig lidelse	34
6.4.2	Tvangsbehandling med ECT	34
6.4.3	Fortsat tvangsbehandling	36

6.4.4	Personlog skærmning	37
<b>7</b>	<b>Sager ved Folketingets Om-budsmand og domstolene</b>	<b>39</b>
<b>8</b>	<b>Læring</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>Forventninger til fremtiden</b>	<b>41</b>
<b>10</b>	<b>Bilag</b>	<b>42</b>
	Bilag 1 Forretningsorden	42
	Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2016	45

# 1 Forord

---

Ankenævnets årsberetning har også i år fokus på tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt, da hovedparten af ankenævnets sager omhandler disse tvangsindgreb.

For så vidt angår tvangsbehandling afspejler det valgte fokus de særlige problemstillinger vedrørende sædvanlig dosis, herunder kravet til en konkret og individuel begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosering, samt motivation og betænkningstid.

Kravet om, at der skal anvendes "afprøvede lægmidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger" er fastlagt i psykiatrilovens § 12, stk. 2. Af lovens forarbejder fremgår, at "sædvanlig dosering" betyder, at ordinationerne skal følge retningslinjer, der er angivet i lægemiddelfortegnelsen. Da lægemiddelkataloget blev erstattet af medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) overgik ankenævnet til at anvende denne fortegnelse til fastlæggelse af, hvad der er sædvanlig dosis. En ordination skal endvidere være i overensstemmelse med god lægelig praksis, hvilket blandt andet betyder at ordinationen skal være tilpasset patientens individuelle forhold. Der er fastsat nærmere regler om tvangsmedicinering i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010.

For så vidt angår indgivelse af beroligende middel med magt er det spørgsmålet om der er forsøgt mindre indgribende foranstaltninger, der oftest er i fokus.

Fælles for sagerne om tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt gælder, at ankenævnet må foretage en vurdering af, om dokumentationen i forbindelse med indgrebene er i orden.

I 2016 kom ankenævnet i adskillige sager frem til, at betingelserne for tvangsindgreb ikke var opfyldt, da der var utilstrækkelig dokumentation herfor eller uoverensstemmelser i journalen.

Vi har refereret enkelte 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.

Endvidere har vi i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med ECT, fysisk magtanvendelse, fortsat tvangsbehandling og personlig skærmning.

Henrik Gunst Andersen

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 Statsforvaltningen og kan ifølge § 38, stk. 1, behandle ankesager om:

- tvangsbehandling,
- 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, Region Sjælland.

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

# 3 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

---

Ankenævnet er et fast udpeget nævn. Det består af fem medlemmer: en formand, som er dommer og udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, to medlemmer, der skal være psykiatere, 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 i 2016 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet holder skiftevis telefon- og almindelige møder.

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 Statsforvaltningen holder ankenævnet sine møder uden, at sagens parter deltager. Behandlingen sker derfor 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, og den vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste tilfælde er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

Forvaltningslovens regler om inhabilitet gælder for alle nævnsmedlemmerne, ligesom de naturligvis også er underlagt tavshedspligt.

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Styrelsen for Patientsikkerhed.

De nærmere regler om Det Psykiatriske Ankenævn er beskrevet i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn, som ændret ved bekendtgørelse nr. 1097 af 11. september 2015 (bilag 1).

## 4 Nøgletal

---

I 2016 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 207 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 173 sager i 2015. Antallet af indkomne klager er således steget.

Ankenævnet afgjorde 172 sager, men afsluttede i alt 200 sager. Sagerne kom ind i både 2014, 2015 og 2016, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2017 også fortsat behandlede sager, der kom ind i 2016, samt en enkelt sag fra 2015.

Ankenævnet holdt 9 møder og afgjorde, som nævnt ovenfor, 172 sager i 2016. Af de 207 nye ankesager blev 28 sager afsluttet på anden måde. Baggrunden herfor kunne blandt andet være fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 115 sager Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 66,9 procent af alle afgjorte sager.
- Ankenævnet ændrede i 47 sager Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, hvilket svarer til 27,3 procent.
- Ankenævnet hjemviste 5 sager til ny behandling, hvilket svarer til 2,9 procent.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2015 i alt 65,5 procent af sagerne fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, ændrede 31 procent og hjemviste 1,4 procent.

Det sker, at der i de enkelte sager er klaget over flere tvangsindgreb.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen har oplyst, at de i 2016 traf afgørelse vedrørende 1266 tvangsindgreb, der kunne indbringes for ankenævnet. Af disse blev 319 anket. Det svarer til en ankeprocent på 25,2.

I de 172 sager som blev afgjort af ankenævnet i 2016, tog ankenævnet stilling til i alt 218 tvangsindgreb. Ud af de 218 tvangsindgreb blev Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering tiltrådt i 165 tilfælde. Det svarer til 75,7 procent. Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende 53 tvangsindgreb. Det svarer til 24,3 procent.

I 2016 afviste ankenævnet desuden at genoptage 5 afgørelser.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 4,6 måneder i 2016, hvilket svarer til sagsbehandlingstiden i 2015, som var på 4,7 måneder.



# 5 Sagsgang

---

Det er et fast team af sagsbehandlere i styrelsen, der forbereder og behandler alle ankesager, som Det Psykiatriske Ankenævn skal afgøre.

## 5.1 Klageberettigelse

Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser for Det Psykiatriske Ankenævn, hvis de ikke får fuldt ud medhold i afgørelsen.

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

## 5.2 Formelle regler

Når styrelsen modtager en sag, undersøger sagsbehandleren, 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 styrelsen modtager en anke over et forhold, der falder uden for ankenævnets kompetence, afviser styrelsen at behandle den og henviser i stedet klager til rette myndighed.

## 5.3 Styrelsens forberedelse af sagen

Indledningsvist vurderer styrelsen, om der er behov for at indhente mere materiale. Når sagen er tilstrækkeligt oplyst, vurderer styrelsen, om sagens parter skal høres over det indhentede materiale.

Parterne høres over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part. Efter eventuel partshøring laver styrelsen 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 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 Statsforvaltningen.

Når ankenævnet tiltræder, 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 ophæver, 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 der mangler kompetence hos patientklagenævnet. Det sker eksempelvis, hvis indgrebet ikke er reguleret af psykiatriloven.

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

Hjemvisning sker, når der er tale om fejl i indhold. Som eksempel kan nævnes, hvis sagen er afgjort på et klart utilstrækkeligt eller forkert faktiskt 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.

Eksemplet herunder viser en hjemvisning, hvor Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen havde anset en beslutning om tvangsbehandling for bortfaldet, idet der efterfølgende, og inden nævnet traf afgørelse i sagen, var indledt frivillig behandling.

### **Hjemvisning, idet sagen var afgjort på et klart utilstrækkeligt retligt grundlag (15/15416)**

En kvindelig patient klagede over en afgørelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn omhandlende afvisning af hendes klage over beslutning om tvangsbehandling. Nævnet lagde vægt på, at patienten, efter beslutningen var truffet, var påbegyndt behandlingen frivilligt, hvorfor nævnet anså beslutningen for bortfaldet.

Ankenævnet hjemviste afgørelsen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det var således ankenævnets opfattelse, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skulle tage stilling til, om betingelserne for at træffe en beslutning om tvangsbehandling efter psykiatriloven var til stede på det tidspunkt, hvor beslutningen blev truffet.

Det var videre ankenævnets opfattelse, at det forhold, at en patient, efter beslutningen er truffet, vælger frivilligt at indtage medicinen, ikke kan føre til, at beslutningen om tvangsbehandling kan anses for bortfaldet.

Endelig bemærkede ankenævnet, at patienten ikke på noget tidspunkt havde tilbagekaldt sin klage.

I det følgende eksempel hjemviste ankenævnet en afgørelse til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn, idet partshøringsreglerne ikke var iagttaget ved første instansen.

#### **Hjemvisning på grund af utilstrækkelig partshøring (16/4707)**

En mandlig patient klagede over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende beslutning om tvangsbehandling af ham.

I forbindelse med behandlingen af sagen blev Det Psykiatriske Patientklagenævn gjort opmærksom på, at patienten var utilfreds over, at han ikke havde fået sagsakterne udleveret før 45 minutter før mødet.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelsen beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnet hjemviste afgørelsen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet fandt, at der blev begået sagsbehandlingsfejl, idet sagsakterne var af væsentlig betydning for sagens afgørelse, ligesom de var til ugunst for patienten. Ankenævnet fandt derfor, at han burde have haft en passende kort frist til at fremkomme med sine eventuelle bemærkninger, efter afholdelsen af mødet, og inden afgørelsen blev truffet.

Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten var repræsenteret af en patientrådgiver, men ikke selv deltog i mødet grundet utilfredshed med, at han ikke havde fået akterne udleveret, ligesom der ikke var en lovbestemt frist til hinder for en kortvarig udsættelse af afgørelsen.

Endelig lagde ankenævnet vægt på, at der var tale om en afgørelse af særligt indgribende karakter, idet afgørelsen medførte mulighed for umiddelbar iværksættelse af tvangsbehandling af patienten.

Nedenfor er et eksempel, hvor ankenævnet hjemviste en afgørelse til fornyet behandling ved det Psykiatriske Patientklagenævn på grund af mangelfuld sagsoplysning.

#### **Hjemvisning på grund af utilstrækkelig sagsoplysning (16/9907)**

En mandlig patient klagede over en afgørelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvor nævnet havde afvist at behandle hans klage over personlig skærmning, idet nævnet ikke fandt, at der var tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand.

Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste til ankenævnet, at det ved sin afgørelse alene havde lagt vægt på oplysningerne i lægeerklæringen.

Ankenævnet hjemviste afgørelsen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet fandt ikke, at sagen var tilstrækkeligt oplyst, da Det Psykiatriske Patientklagenævn burde have indhentet journalmateriale for den påklagede periode.

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 regel anvendelse, 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 udsagn 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 for eksempel en klage burde være tillagt opsættende virkning, hvis ankenævnet finder, at patienten ikke var sindssyg, eller at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling.

Det Psykiatriske Ankenævn kan som ankeinstans tage stilling til visse klager over sagsbehandlingen i 1. instans. Det sker i tilfælde, hvor der er klaget over forhold, som er egnede til at influere på afgørelsens indhold. Det falder derfor uden for ankenævnets kompetence at behandle klager, der alene angår Det Psykiatriske Patientklagenævns sagsbehandling. Det falder også uden for Det Psykiatriske Ankenævns kompetence at behandle klager over navngivne sundhedspersoner, hvis der ikke samtidig klages over selve beslutningen om tvang. Det er således en forudsætning, at der er klaget over både beslutningen om tvang samt over en navngiven sundhedsperson til Det Psykiatriske Patientklagenævn i første instans.

Når ankenævnet afgør en sag, vurderer det samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på styrelsens hjemmeside med henblik på læring.

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

## 5.5 Genoptagelse

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

Ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse i sin virksomhed. Hvis en sag, der er afgjort af ankenævnet, anmodes genoptaget, kan den tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det.

Det fremgår af § 14 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn.

Om ankenævnet kan genoptage en sag, afhænger af, om 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 også blive genoptaget, hvis der er konstateret væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

Ankenævnet har ikke i 2016 genoptaget en sag til realitetsbehandling.

# 6 Afgørelser

---

Ankenævnet resumerer herunder en række afgørelser fra 2016, som er udvalgt på baggrund af de tendenser og problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2016.

Afgørelserne er delt i fire overordnede emner: tvangsbehandling, indgivelse af beroligende middel med magt, anvendelse af fysisk magt og øvrige udvalgte afgørelser.

## 6.1 Tvangsbehandling

Behandling på psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens samtykke. Det fremgår af § 3 i psykiatriloven. Lovens § 1, stk. 2, henviser til sundhedslovens kapitel 5 om betingelserne for et informeret samtykke.

Informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 3. Ifølge § 16 i samme lov skal patienten blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten skal have løbende information om sin sygdom og den påtænkte behandling af denne. Informationen skal være til at forstå 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 opfyldt.

Som udgangspunkt vil ankenævnet tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt ud fra denne tjekliste:

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 hans/hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet?

Er patienten motiveret kontinuerligt og ensartet i overensstemmelse med den (primære) beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet? Det vil sige, at patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling (det er således ikke et krav, at patienten er motiveret for den sekundære behandling. Patienten skal dog informeres om denne, se nærmere nedenfor vedrørende krav til informationen). Der må ikke være uoverensstemmelse mellem journalen, et eventuelt motivationsark og tvangsprotokollen. Vi har valgt at komme nærmere ind på dette i afsnit 6.1.1.

Har patienten haft en passende betænkningstid? Det vil sige, at vedvarende forsøg skal være gjort for at opnå patientens frivillige medvirken, og medicinen skal tilbydes dagligt til frivillig indtagelse. Som udgangspunkt vil en betænkningstid på 2 til 3 døgn være tilstrækkelig. Vi har valgt at komme nærmere ind på dette i afsnit 6.1.2.

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? Patienten skal så vidt muligt have haft lejlighed til dette, og fremgår det ikke af journalen, skal patienten have haft en betænkningstid på minimum 2 døgn.

Er der tale om afprøvede lægemidler (med markedsføringstilladelse) i sædvanlig dosering og med færrest mulige 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), skal det konkret fremgå af journalen, hvad begrundelsen er for at gå ud over sædvanlig dosering. Problemstillingen vedrørende sædvanlig dosering er uddybet i afsnit 6.1.3.

Er patienten informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen blev truffet? Der skal informeres om formål, virkning og bivirkninger samt om den påtænkte dosis, herunder skal der informeres om, hvis doseringen er usædvanlig i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), samt begrundelsen herfor. Ligeledes skal der informeres om et eventuelt dosisinterval. En enkelt sag vedrørende denne problemstilling er omtalt under afsnit 6.1.3.4.

Blev klagen tillagt opsættende virkning? Ankenævnet har i 2016 truffet afgørelse i nogle sager, hvor overlægen besluttede ikke at tillægge patientens klage opsættende virkning. Disse sager er refereret i afsnit 6.1.4.

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.

I afsnit 6.1.5 er emnet depotbehandling omtalt, og endelig i afsnit 6.1.6 er samtidige beslutninger om tvangsbehandling og tvungen opfølgning samt tvangsernæring omtalt.

### 6.1.1 Indhold af motivationen

Motivationens indhold har stor betydning for, om ankenævnet kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Tilstrækkelig motivation betyder, at det reelt er muligt for patienten at tage stilling til, om han eller hun vil tage imod behandlingen frivilligt. Hvis patienten ikke dagligt motiveres relevant op til beslutningen, kan betænkningstiden blive afbrudt, og motivationen skal dermed starte forfra. Det sker for at sikre, at det er klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og for at patienten har tid til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Det er ankenævnets opfattelse, at patienten skal tilbydes en konkret behandling, herunder eventuelt dosisinterval, og at tvangsbehandling som udgangspunkt skal iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for.

Følgende er et eksempel på en afgørelse, hvor ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling, idet der ikke blev motiveret tilstrækkeligt konkret for dosisadministrationen.

#### **Motivation uden angivelse af dosisadministration var ikke tilstrækkeligt (16/11445)**

I perioden fra den 5. til den 7. september 2016 blev en mandlig patient søgt motiveret for behandling med tablet Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 20 mg dagligt afmålt efter effekt og bivirkninger. Sekundært injektion Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 20 mg dagligt afmålt efter effekt og bivirkninger.

Den 7. september 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 20 mg dagligt fordelt på to doser, afmålt efter effekt og bivirkninger, sekundært injektion Serenase 5 mg dagligt stigende til maksimalt 20 mg dagligt fordelt på to doser, afmålt efter effekt og bivirkninger.

Ankenævnet fandt, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet, da der ikke var motiveret for, at dosis skulle fordeles på to daglige doser, hvorfor motivationsperioden ikke kunne betragtes som reel betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

I det følgende eksempel underkendte ankenævnet beslutningen om tvangsbehandling, idet der ikke var truffet beslutning om behandling med samme dosisadministration (injektionsinterval), som der var motiveret for.

#### **Underkendelse, da ej truffet beslutning om tvangsbehandling med samme injektionsinterval, som der blev motiveret for (16/6877)**

I perioden fra den 22. til den 24. april 2016 blev en mandlig patient søgt motiveret for behandling med depot injektion Fluanxol 20 mg i.m., stigende til maksimalt 200 mg, med injektionsinterval på en uge.



Den 25. april 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med depot injektion Fluanxol 20 mg i.m., stigende til maksimalt 200 mg, hver 14. dag.

Ankenævnet fandt, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke blev truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den samme dosis, som der blev motiveret for, idet der blev motiveret for injektion Fluanxol 20 mg stigende til 200 mg hver uge, men truffet beslutning om injektion hver 14. dag.

Ankenævnet så i 2016 desuden flere sager, hvor der var uoverensstemmelse mellem den motivation, der var registreret i den primære journal og de motivationsskemaer, som nogle afdelinger anvender i forbindelse med registrering af motivationen, og som er en del af journalen. Det var derfor ikke helt klart, hvilken dosis, der var motiveret for.

I disse sager må ankenævnet foretage en konkret bevisafvejning for at komme frem til, hvad patienten må være motiveret for. Ankenævnet behandler sager på skriftligt grundlag og er derfor afhængigt af, hvad der står i journalen. Ankenævnet går som udgangspunkt ud fra, at oplysningerne i journalen er korrekte. Hvis der ifølge journalen samme dag er motiveret for forskellige doser, kan det føre til, at ankenævnet lægger til grund, at der var motiveret for alle de forskellige doser den pågældende dag. Motivationen bliver dermed så ukonkret, at ankenævnet ikke kan antage, at patienten har forstået, hvilken behandling, der ville blive truffet beslutning om.

Et eksempel på en sådan sag, hvor der var uoverensstemmelse mellem journalen og motivationsskemaet følger herunder.

**Forskellige angivelser i journal, motivationsark og tvangsprotokol gjorde det usikkert, om patienten var motiveret konkret (15/13460)**

Den 20. oktober 2015 blev en mandlig patient, ifølge et særskilt motivationsskema, søgt motiveret for behandling med injektion Trilafon Dekanoat med en startdosis på 54 mg eventuelt stigende til 216 mg hver 1-4 uge, mens han den 21. til den 23. oktober 2015 ifølge skemaet alene blev motiveret for Trilafon Dekanoat med en startdosis på 54 mg eventuelt stigende til 216 mg.

Den 20. oktober 2015 fremgik det af journalen, at der blev opstartet motivationsfase for behandling med depotinjektion Trilafon Dekanoat med en startdosis på 54 mg eventuelt stigende til 216 mg hver 4. uge. Dette blev imidlertid efterfølgende rettet i journalen til, at der var motiveret for behandling med depot Trilafon Dekanoat 54-216 mg hver – til hver 4. uge afhængig af effekt og bivirkninger.

Det fremgik af journalen for den 21. og den 22. oktober 2015, at patienten var motiveret for behandling med Trilafon Dekanoat med en startdosis på 54 mg eventuelt stigende til 216 mg hver uge til hver 4. uge.

Det fremgik endvidere af journalnotatet i relation til tvangsbeslutningen den 23. oktober 2015, at patienten var motiveret for injektion Trilafon Dekanoat med en startdosis på 54 mg eventuelt stigende til 216 mg hver 4. uge afhængig af effekt og bivirkninger, mens det fremgik af selve tvangsprotokollen, at der blev truffet beslutning om behandling med depotinjektion Trilafon Dekanoat i en startdosis på 54 mg med mulighed for øgning til 216 mg hver til hver 4. uge afhængig af effekt og bivirkninger.

Ankenævnet bemærkede, at da der forelå diskrepans mellem journalen og tvangsprotokollen samt motivationsskemaet, kunne motivationen ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 23. oktober 2015.

Det var derfor ankenævnets opfattelse, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

### 6.1.2 Betænkningstid

Det er en betingelse for tvangsbehandling, at patienten får en passende betænkningstid før beslutningen, så patienten kan nå at overveje, om han eller hun vil tage frivilligt imod behandlingen. Det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage, jf. § 12, stk. 5.

Patienten skal, før overlægen beslutter at tvangsbehandle, så vidt muligt have mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres, jf. bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

En patient har således krav på højst tre døgn betænkningstid, inden tvangsbehandlingen beslutes. Der skal i betænkningstiden være motiveret for behandlingen, således at patienten har mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen og så vidt muligt drøfte det med sin patientrådgiver. Betænkningstiden kan dermed være kortere end 3 døgn, hvis omstændighederne taler herfor. Ved vurderingen heraf vil indgå en række omstændigheder, hvor sygdommens alvorlighed og om manglende medicinering vil aktualisere anvendelsen af andre former for tvang ofte vil indgå. Endelig kan patienten gives en længere betænkningstid end 3 døgn, uden at dette i sig selv betyder, at ankenævnet vil vurdere, at betingelserne ikke er opfyldt.

Nedenfor følger dog et eksempel på, at ankenævnet vurderede, at en betænkningstid på lige under 4 døgn var unødigt lang.

#### **Betænkningstid på 3 døgn og 23 timer underkendt, da betænkningstiden konkret var unødigt lang (16/3968)**

En mandlig patient blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 4. marts 2016 kl. 10.10 til den 8. marts 2016 kl. 8.50.

Ankenævnet fandt konkret grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 3 døgn og 23 timer var passende for patienten, da det fremgik af journalen, at han blev vurderet farlig for sine omgivelser samt i fare for at udvikle delirium. Han var således tvangsfikseret i hele motivationsperioden og fik desuden dagligt indgivet beroligende middel med magt, hvorfor ankenævnet vurderede, at betænkningstiden var unødigt lang.

Til sammenligning fandt ankenævnet i nedenstående eksempel, at en betænkningstid på over 5 døgn var passende, henset til patientens tilstand i betænkningstiden.

**Betænkningstid på over 5 døgn var passende, idet der ikke var optræk til anvendelse af andre former for tvang, og der var ikke fare for patientens liv eller helbred (16/9048)**

En kvindelig patient blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 6. juli 2016 kl. 14 til den 11. juli 2016 kl. 16.24.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 5 døgn og cirka 2 timer var passende for patienten, da det fremgik af journalen, at der ikke var optræk til anvendelse af andre former for tvang i betænkningstiden. Endvidere var der ikke nærliggende fare for hendes liv eller helbred.

Betænkningstiden løber fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud. Hvis en patient således først 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 fra det tidspunkt, hvor det af journalen fremgår, at patienten har modsat sig behandlingen.

Nedenfor følger et eksempel på, hvorledes ankenævnet beregnede betænkningstiden i et tilfælde, hvor patienten i begyndelsen af motivationsperioden modtog behandlingen frivilligt.

**6 timer og 53 minutters betænkningstid, som følge af frivillig indtagelse i motivationsperioden, var ikke tilstrækkeligt (16/8639)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 20. juni 2016 kl. 19.13 til den 24. juni 2016 kl. 18.15 motiveret for antipsykotisk behandling.

Den 23. juni 2016 kl. 21.31 modtog patienten behandlingen frivilligt, indtil han den 24. juni 2016 kl. 11.22 igen afviste behandlingen.

Ankenævnet fandt herefter, at det alene var perioden fra den 24. juni 2016 kl. 11.22 til den 24. juni 2016 kl. 18.15, som kunne betragtes som betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling, idet patienten først igen i denne periode modsatte sig behandlingen.

På den baggrund fandt ankenævnet, at patienten alene blev motiveret i 6 timer og 53 minutter, før beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen var til fare for patientens liv eller helbred.

### 6.1.3 Sædvanlig dosering

#### 6.1.3.1 Generelt om sædvanlig dosering

Når der tvangsmedicineres, skal der anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det fremgår udtrykkeligt af § 12, stk. 2, i psykiatriloven. Lovens forarbejder siger, 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 – megadoser – vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Efter psykiatrilovens § 12, stk. 6, har sundhedsministeren fastsat nærmere regler om tvangsbehandling efter lovens § 12 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010. Af denne bekendtgørelses § 4, stk. 3, fremgår at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelser.

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af doseringerne, der opfylder kravene i psykiatriloven og bekendtgørelsen, den internetbaserede fortegnelse [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

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 velbegrundet beskrives i forhold til patienten, og hvor dosis holder sig inden for det, som retningslinjerne angiver som maksimaldosis.

Ankenævnet arbejder dermed med en skærpet pligt til at begrunde doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder maksimaldosis 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 her, og giver ikke en alternativ adgang til at fastlægge den tilladelige dosis i forhold til 'sædvanlig dosering'.

Det Psykiatriske Ankenævn har offentliggjort en række afgørelser vedrørende fortolkningen af sædvanlig dosering på [styrelsens hjemmeside](http://www.pro.medicin.dk).

Da ankenævnet tidligere har beskrevet problemstillingen udførligt i ankenævnets årsberetninger fra 2014 og 2015, vil der alene vil blive medtaget enkelte særlige eksempler fra 2016.

Der kan læses mere i blandt andet ankenævnets årsberetning fra 2015.

Herunder er to eksempler på afgørelser fra 2016, hvor ankenævnet fandt, at en begrundelse for en usædvanlig dosis ikke var tilstrækkelig.

#### **Underkendelse af beslutning, da usædvanlig dosis ikke fandtes velbegrunder (16/2660)**

Den 4. februar 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient med tablet Abilify 10 mg stigende til maksimalt 30 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg x 2 dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at den besluttede dosering på tablet Abilify til maksimalt 30 mg gik ud over den på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) anførte sædvanlige dosis på 15 mg.

Begrundelsen for at ordinere en højere initialdosis end den på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) anbefalede dosis var, at det blev vurderet, at patienten var i en akut fase af sin sygdom, hvorfor det kunne blive nødvendigt med en højere dosis end sædvanligt for at opnå en tilstrækkelig effekt, men at det ikke var sikkert, at en så høj dosis ville blive nødvendig.

Ankenævnet var opmærksom på, at tvangsindlagte patienter ofte i den akutte fase har behov for større mængder antipsykotisk medicin, end de vil kunne klare sig med senere, når tilstanden er stabiliseret.

Det var imidlertid ankenævnets opfattelse, at begrundelsen ikke var tilstrækkelig konkret og individuel til, at der kunne træffes beslutning om en dosering ud over den sædvanlige.

Ankenævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten ikke tidligere havde modtaget behandling med tablet Abilify.

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

#### **Underkendelse af beslutning, da høj initialdosis ikke blev fundet velbegrunder (15/13897)**

Den 19. oktober 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med tablet Risperdal 2 mg eventuelt stigende til 6 mg afhængig af virkning og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. en gang dagligt eventuelt stigende til 9,75 mg i.m. to gange dagligt.

Det fremgik af medicinoversigten på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at initialdosis på grund af risiko for hypotension ved behandling med tablet Risperdal burde være 1 mg, stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis på 4-6 mg.

Ankenævnet var opmærksomt på, at det af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling fremgik, at begrundelsen for en højere initialdosis af Risperdal var, at patienten i forbindelse med en indlæggelse i et andet land havde modtaget medicinsk behandling med effekt på hans tilstand, herunder med Risperidon (Risperdal).

Ankenævnet lagde imidlertid vægt på, at patienten ikke var kendt i psykiatrisk regi i Danmark, ligesom der ikke forelå oplysninger om, hvilken dosis Risperidon han tidligere havde modtaget, eller hvornår han havde været i behandling hermed.

Det var herefter ankenævnets vurdering, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort, at der var behov for en initialdosis, der gik ud over den dosis, som på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk) var angivet som sædvanlig dosis.

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

### 6.1.3.2 For ældre patienter

Når ankenævnet vurderer, om den besluttede dosis er sædvanlig, ser ankenævnet på patientens alder. Dette skyldes, at en dosis kan være sædvanlig for én aldersgruppe, men usædvanlig for en anden. På [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) står der derfor også ofte under de enkelte præparater, hvad dosis er for henholdsvis unge, voksne og ældre patienter.

Herunder er et eksempel, hvor patientens alder fik betydning ved ankenævnets vurdering af en beslutning om tvangsbehandling.

#### **Ankenævnet vurderede, at der var tale om en megadosis til en ældre patient (16/3962)**

Den 18. februar 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en 65-årig kvinde med Olanzapin 5 mg dagligt, stigende efter effekt og bivirkning til maksimalt 20 mg dagligt, vedligeholdelsesdosis 15-20 mg dagligt. Subsidiært injektion Zyprexa (Olanzapin) 5 mg to gange dagligt i tre på hinanden følgende dage. Tertiært injektion Serenase 5 mg til maksimalt 10 mg dagligt stigende efter effekt og bivirkning.

Ifølge medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), fremgik det på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling, at ved behandling af skizofreni med injektion Zyprexa (Olanzapin), var sædvanlig initialdosis 5-10 mg i.m. Dosis kunne gentages efter 2 timer, højst 20 mg dagligt. Senest efter 3 dage burde der skiftes til oral behandling. Ved behandling af ældre var dosis 2,5-5 mg.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at doser af injektion Zyprexa ikke måtte overstige 5 mg, når det blev givet til ældre patienter som led i tvangsbehandling.

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

Nævnet lagde vægt på, at Olanzapin, Zyprexa samt Serenase var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at den besluttede dosering for så vidt angik injektion Zyprexa gik ud over det, der på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) var angivet som maksimaldosis for ældre.

### 6.1.3.3 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser også på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når det 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 omgange i løbet af et døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

Herunder er et eksempel, hvor dosisadministrationen fik betydning ved ankenævnets vurdering af sagen.

#### **Underkendelse af beslutning, da dosisadministrationen ikke var præciseret, således at der var tale om en usædvanlig dosis (16/4962)**

Der blev den 15. april 2016 truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med tablet Ziprasidon/Zeldox 20 mg dagligt gradvist stigende afhængig af klinisk virkning samt eventuelle bivirkninger til 160 mg dagligt.

Af medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) fremgik det, at dosis for tablet Zeldox (Ziprasidon) ved behandling af skizofreni og mani/blandingstilstand ved bipolar lidelse var initialt 40 mg 2 gange dagligt. Dosis skulle justeres efter effekt over mindst 3 døgn til normalt højst 80 mg 2 gange dagligt. Det kunne dog være nødvendigt - og forsvarligt - at øge døgndosis til 240 mg efter forudgående ekg-tagning med bestemmelse af QTc-interval mv.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Zeldox var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering gik ud over det, der på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk) var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde herved vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at den maksimale dosis skulle fordeles på to doser á 80 mg.

### 6.1.3.4 Information om præparaterne

Der må ikke benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Det fremgår af § 4, stk. 1, i psykiatriloven. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Herefter forstås der ved informeret samtykke et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. 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 er herefter ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det er endvidere ankenævnets opfattelse, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære (sekundære) 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.

Nedenstående er et eksempel på, at ankenævnet konkret vurderer, om kravet om information er opfyldt.

**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da der ikke var informeret om det subsidiære og tertiære præparat (16/4458)**

Der blev den 15. marts 2016 truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient med tablet Invega 3 mg x 1 dagligt, stigende til maksimalt 12 mg x 1 dagligt, sekundært injektion Zyprexa 2,5 mg x 1 i.m. dagligt, stigende til maksimalt 10 mg dagligt i maksimalt 3 døgn og derefter injektion Serenase i.m. 2 mg x 1 dagligt stigende til maksimalt 5 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger.

Det var dokumenteret i journalen, at patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Invega. Det var imidlertid ikke dokumenteret, at hun blev informeret om det subsidiære og tertiære præparat samt virkning og bivirkninger ved disse præparater, før efter beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

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

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

#### **6.1.4 Opsættende virkning**

Ankenævnet har i 2016 set flere sager, hvor det, inden Det Psykiatriske Patientklagenævn havde behandlet en klage over beslutning om tvangsbehandling, blev besluttet ikke længere at tillægge klagen opsættende virkning.

En klage over tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, medmindre det var 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 fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Den følgende afgørelse er et eksempel på, at ankenævnet godkendte, at en klage ikke længere skulle tillægges opsættende virkning.



**Godkendelse af, at det blev besluttet ikke længere at tillægge en klage opsættende virkning (16/10806)**

Der blev den 26. juli 2016 truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient, som klagede over beslutningen samme dag. Hans klage blev i første omgang tillagt opsættende virkning.

Den 28. juli 2016 var patienten bæltefikseret, men var på trods af dette eksplosiv, højtråbende og truende, ligesom han blev vurderet uforudsigelig og farlig for sine omgivelser. Det blev herefter vurderet nødvendigt, at starte tvangsmedicineringen uden opsættende virkning.

Ankenævnet vurderede, at det den 28. juli 2016 var nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at patienten udsatte sig selv og andre for nærliggende fare.

Ankenævnet lagde vægt på, at det blandt andet fremgik af journalen, at patienten var opkørt og truende, samt at det blev vurderet, at han ved løsning af remmene også kunne gøre selvskade.

### **6.1.5 Depotbehandling**

Mindstemiddelsprincippet indebærer, at ankenævnet som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det er ankenævnets praksis som udgangspunkt at anse behandling med depotmedicin for at være den mest indgribende behandlingsform.

Depotpræparater bør derfor i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling, når patienter tvangsmedicineres, hvis man ikke kender deres reaktion på behandlingen. Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Der skal således være særlige grunde til stede for at vælge et depotpræparat til tvangsbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten lider af giffrygt. Her vil tvangsbehandling med tablet eller mikstur være umuligt. En særlig grund kan også være, at brugen af daglige injektioner vil være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse. Den særlige begrundelse skal være konkret og journalføres.

Nedenfor følger et eksempel på en sådan særlig konkret begrundelse for anvendelse af et depotpræparat.

**Depotbehandling godkendt, da det havde været umuligt at fastholde patienten i peroral behandling, og da brugen af daglige injektioner var forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse (16/1121)**

Den 28. december 2015 blev det besluttet at tvangsbehandle en kvindelig patient med injektion Serenase Dekanoat 50 mg eventuelt stigende til maksimalt 300 mg hver 3. til 4. uge.

Ankenævnet vurderede konkret, at tvangsbehandlingen 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 tidligere havde været forsøgt behandlet med antipsykotisk medicin i tabletform, og at det havde været umuligt at fastholde hende heri, idet hun dagligt nægtede tabletindtagelse, hvorfor det havde været nødvendigt at give tvangsbehandlingen i form af daglige injektioner i en måned, og at det desuden havde været nødvendigt at fastholde patienten i forbindelse med indgivelsen af injektionerne.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at hun tidlige havde tålt behandling med injektion Serenase.

Ankenævnet fandt det således godtgjort, at tvangsbehandling med tablet ville være umulig, ligesom brugen af daglige injektioner ville være forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse.

## **6.1.6 Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling**

### **6.1.6.1 Samtidig beslutning om tvangsbehandling efter §12 og tvungen opfølgning**

En overlæge kan, før en patient udskrives, beslutte tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil holde op med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred. En beslutning om tvungen opfølgning kan kun omfatte et pålæg til patienten om at møde op til medicinering på en psykiatrisk afdeling. Det fremgår af § 13 d i psykiatriloven.

Det fremgår også af Sundhedsstyrelsens rapport fra maj 2014 om tvungen opfølgning, at medicineringen på psykiatriske afdelinger som led i tvungen opfølgning foregår efter reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning og ikke efter psykiatrilovens regler om tvangsindlæggelse og tvangsbehandling.

Ankenævnet har ikke kompetence til at behandle klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn om tvungen opfølgning. En beslutning om tvungen opfølgning kan dog influere på ankenævnets afgørelse vedrørende en beslutning om at tvangsbehandle efter § 12.

Det skyldes, at det er en betingelse for at tvangsbehandle, at patienten er tvangstilbageholdelig. Når en patient er tvangstilbageholdelig, vil det være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling. Det krav kan ikke forenes med en forventning om, at udskrivelse er nært forestående.

Nedenstående afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet tager konkret stilling, når der bliver truffet beslutning om tvangsbehandling samtidig med beslutning om tvungen opfølgning.

**Ankenævnet afviste at behandle en klage over beslutning om tvangsbehandling, da ankenævnet fandt, at beslutningen om medicinering var truffet som led i en samtidig beslutning om tvungen opfølgning (16/6636)**

Den 12. maj 2016 blev der truffet beslutning om tvungen opfølgning samt tvangsbehandling af en kvindelig patient med Zypadhera i en dosis på 300 mg hver 14. dag.

Patienten klagede over beslutningerne om tvangsbehandling og tvungen opfølgning til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen godkendte beslutningen om tvungen opfølgning, men afviste at behandle klagen over tvangsbehandling.

Ankenævnet fandt, ud fra en konkret vurdering, at der ved beslutningen om tvangsbehandling af patienten ikke var tale om en beslutning om tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12, men derimod om en beslutning om medicinering som led i en samtidig truffet beslutning om tvungen opfølgning efter psykiatrilovens § 13 d.

Ankenævnet lagde særligt vægt på, at det fremgik af journalen, at man forventede, at patienten ville blive udskrevet, når der blev givet medhold ved Det Psykiatriske Patientklagenævn, subsidiært den efterfølgende dag. Før udskrivelsen skulle patienten modtage depot, og hun skulle derefter møde frem efter 14 dage, hvorfor ankenævnet lagde til grund, at der var tale om en nært forestående udskrivelse af patienten.

Det forhold, at der var udfyldt en særskilt protokol for tvangsbehandling medførte efter ankenævnets opfattelse ikke i sig selv, at beslutningen skulle behandles som en beslutning om tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

Ankenævnet tiltrådte på den baggrund Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ankenævnet tog ikke stilling til de materielle betingelser for beslutningen om tvungen opfølgning, idet ankenævnet ikke fandt, at dette var omfattet af ankenævnets kompetence.

### **6.1.6.2 Tvangsernæring**

For så vidt angår tvangsernæring, gælder de almindelige regler og betingelser også for denne form for tvangsbehandling.

Derudover fremgår det af § 7 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 vedrørende anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Nedenstående afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet foretager en konkret vurdering i de sager.

### **Ankenævnet godkendte en beslutning om tvangsernæring som følge af kaliummangel (15/13780)**

Den 7. oktober 2015 blev der truffet beslutning om tvangsernæring med sonde af en kvindelig patient.

Ankenævnet fandt, ud fra en konkret vurdering, at det ville være uforvarsligt ikke at tvangsernære patienten, ligesom en undladelse heraf ville medføre en alvorlig risiko for patientens liv og helbred.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en svær psykotisk tilstand præget af anoreksia nervosa, hvor hun var svært underernæret med et BMI på 15,7 samt svært nedsat koncentration af kalium.

For så vidt angik betænkningstiden forud for beslutningen om tvangsernæring fandt ankenævnet, at det var dokumenteret i journalen, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred. På trods af at hun ikke var spisevægrende, så spiste hun svingende og ønskede ikke at tage på i vægt, ligesom det ikke havde været muligt at afværge hendes opkastninger.

Ankenævnet lagde hertil vægt på, at patientens indhold af kalium i blodet var så lavt, at hun var på grænsen til en indlæggelse i somatisk regi.

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

## **6.2 Anvendelse af fysisk magt**

Det fremgår af § 17, stk. 1, i psykiatriloven, at en person, der er indlagt på 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 krænkelser 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, jf. lovens § 4.

Fysisk magtanvendelse må efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, kun anvendes 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.

Som følgende afgørelser illustrerer, vil der sjældent være mulighed for 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.

### **Ankenævnet fandt, at betingelserne for fysisk magtanvendelse var opfyldt på trods af, at der ikke var forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger (16/1977)**

En mandelig patient fór uden varsel løs på et personalemedlem, som han slog hårdt på armen. Han blev derefter fastholdt med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at han selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at der i den konkrete situation med umiddelbar personfare ikke var mulighed for andre mindre indgribende foranstaltninger end umiddelbar fastholdelse, og at fastholdelsen ikke varede længere tid end nødvendigt.

**Ankenævnet fandt, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt var opfyldt på trods af, at der ikke var forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger (16/2129)**

En mandlig patient var meget vred og opkørt og havde slået et personalemedlem med en knyttet næve i maven.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at han selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, også i relation til udstrækningen af fastholdelsen, som var på 5 minutter.

Ankenævnet lagde vægt på, at der var tale om en akut situation, og at det ikke var muligt at anvende mindre indgribende midler.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten under fastholdelsen på ingen måde var korrigerbar i sin aggressive adfærd.

**Ankenævnet fandt, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt var opfyldt på trods af, at der ikke var forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger (16/2129)**

En mandlig patient forsøgte at skubbe sig vej ind på personalekontoret. Han blev på grund af farlighed fastholdt, idet det måtte sikres, at han ikke gjorde skade på personer i lokalet.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at han selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, også i relation til udstrækningen af fastholdelsen.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke blev fastholdt i længere tid end nødvendigt, og at det fremgik af journalen, at situationen var eskaleret i en hastighedsgrad, der gjorde, at mindre indgribende midler ikke var mulige.

I nogle tilfælde vil det dog være muligt forinden at forsøge med mindre indgribende foranstaltninger. Ankenævnet foretager i den forbindelse en konkret vurdering af, om mindstemiddelsprincippet er opfyldt. Nedenstående eksempel illustrerer dette.

#### **Ankenævnet fandt, at betingelserne for anvendelse af fysisk magt var opfyldt (16/7258)**

En kvindelig patient var vred og opkørt i forbindelse med, at man i første omgang orienterede hende om, at man ville visitere hendes stue. Hun gav udtryk for, at hun ikke kunne acceptere dette, og hun løb hen og tog nogle genstande, som hun skjulte for personalet. Det lød som metal. Hun havde aftenen forinden indsmuglet en større køkkenkniv samt en kartoffelskræller med den intention at skade sig selv. Hun blev herefter fastholdt, mens personalet visiterede hendes stue.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at hun selv ville lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet fandt, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at overtale patienten til at aflevere genstandene frivilligt 3-4 gange, ligesom det flere gange blev oplyst, at såfremt hun ikke afleverede dem, så ville der blive kaldt alarm, og hun ville blive fastholdt, og genstandene ville blive frataget med magt. Da der var tilkaldt mere personale, forsøgte man igen at overtale hende til at aflevere genstandene frivilligt, hvorefter de to metalgenstande blev vristet ud af hendes hånd.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det var nødvendigt at fortsætte visitationen af patientens stue, idet der kunne være gemt flere genstande, som hun kunne anvende til at skade sig selv. Det var i den forbindelse nødvendigt fortsat at fastholde hende, idet hun gjorde voldsom modstand, både verbalt og fysisk, ved at forsøge at vriste sig løs, kradse samt trampe personalet over fødderne. Endelig valgte man at aflåse hendes skab, da man konstaterede, at hun havde mange ting deri, hvorfor det ville have taget lang tid at undersøge det hele. Man var således opmærksom på at undgå, at fastholde hende over en længere periode.

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

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. Det følger af psykiatrilovens § 17, stk. 2.

Mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4 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.

Når ankenævnet vurderer, om betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt er opfyldt, gøres det som udgangspunkt ud fra følgende tjekliste:

1. Er det nødvendigt at indgive beroligende middel med magt med henblik på at bringe patienten til ro og bedring af denne tilstand? (det skal være beskrevet tilstrækkeligt i journalen)
2. Er kravet om mindst indgribende foranstaltning opfyldt? Herunder ses der på, om følgende er forsøgt, forinden indgivelsen af beroligende middel med magt:
  - Er patientens aktiviteter forsøgt begrænset og korrigeret? Såfremt dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen?
  - Er patienten forsøgt talt til ro? Såfremt dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen?
  - Er det forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse? Såfremt dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen? Det præparat, der tilbydes til frivillig indtagelse skal desuden præparatmæssigt og dosismæssigt stemme overens med det præparat og den dosis, der indgives med magt, med mindre der er tale om en eskaleret situation, og det er beskrevet konkret i journalen.
3. Er der tale om afprøvede lægemidler (med markedsføringstilladelse) i sædvanlig dosering og med færrest mulige 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), fremgår det så konkret af journalen, hvad begrundelsen er for at gå ud over sædvanlig dosering? Ankenævnet vurderer den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede døgndosis, hvis der for eksempel er indgivet beroligende middel flere gange indenfor et døgn.

### 6.3.1 Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger

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, at man forgæves har forsøgt at skærme og tale patienten til ro. Det skal til for at sikre samt dokumentere, at mindre indgribende foranstaltninger ikke var tilstrækkelige.

Ankenævnet kan dog også konkret vurdere, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt, selvom alle tiltag ikke er forsøgt. Det sker, hvis der er tale om særlige omstændigheder, der er beskrevet i journalen, som tydeliggør, at flere tiltag ikke var mulige.

De følgende afgørelser illustrerer, hvordan ankenævnet foretager en konkret vurdering i de sager.

#### **Konkret godkendelse, da det ikke var muligt at tale patienten til ro (16/2971)**

Den 13. marts 2016 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt konkret, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, selvom det fremgik af journalen, at man ikke forinden havde forsøgt at tale patienten til ro.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ved forsøg på samtale blev yderligere truende, således at det ikke var muligt at forsøge at tale patienten til ro.

**Konkret godkendelse, da der var tale om en eskaleret situation, der nødvendiggjorde indgivelse af beroligende medicin til trods for at dette ikke forinden var tilbudt til frivillig indtagelse (16/7323)**

Den 1. juni 2016 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt konkret, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, selvom det fremgik af journalen, at man ikke forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at det blev vurderet, at der var akut behov for at få ro på patienten. Ankenævnet lagde videre vægt på, at situationen udviklede sig på en måde, så det ikke var muligt forinden at tilbyde ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.

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

De følgende afgørelser illustrerer dette.

**Indgivne præparat svarede ikke til det, der blev tilbudt (16/2408)**

Den 16. januar 2016 fik en kvindelig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg.

Ankenævnet fandt, at mindstemiddelsprincippet ikke var opfyldt, da der blev givet et andet præparat end det patienten havde fået tilbudt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Seroquel 25 mg, men at indgivelse af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Zyprexa 10 mg.

**Indgivne dosis svarede ikke til det, der blev tilbudt (16/5965)**

Den 11. april 2016 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt, at mindstemiddelsprincippet ikke var opfyldt, da der blev givet en højere dosis Zyprexa til patienten, end han fik tilbudt at indtage frivilligt.



Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Zyprexa 10 mg, men at indgivelse af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m., der svarer til en højere dosis, end den der blev tilbudt.

Ankenævnet lagde også vægt på, at journalen ikke angav, at der forelå en eventuel begrundelse for at øge dosis i forhold til det tilbudte.

### 6.3.2 Sædvanlig præparat og dosis

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

I nedenstående eksempel fandt ankenævnet, at der blev indgivet en højere dosis end sædvanligt, og da der ikke fremgik en begrundelse herfor i journalen, var betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt ikke opfyldt.

**Kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering var ikke opfyldt, da det ikke fremgik af journalen, hvorfor der var indgivet en højere dosis end sædvanligt (15/15408)**

Den 3. november 2015 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af tablet Temesta 2 mg.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at sædvanlig dosis ved tabletbehandling med Temesta er 1 mg 1-3 gange dagligt. Ved svære tilfælde gives 2,5 mg 2-3 gange dagligt.

Ankenævnet fandt ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

### 6.3.3 Øvrige afgørelser vedrørende beroligende middel med magt

Det fremgår af § 17, stk. 2, i psykiatriloven, at indgivelse af beroligende middel med magt, alene kan ske i akutte situationer.

Den følgende afgørelse illustrerer dette.

#### **Ankenævnet underkendte beslutningen, da der ikke var tale om en akut urolig situation (16/11200)**

Den 29. august 2016 fik en kvindelig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 5 mg i.m. på grund af manglende nattesøvn gennem flere døgn samt hendes maniske og forpinte tilstand.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af "Tvang i psykiatrien - Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med kommentarer af Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen" (Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1991, 1. udgave), side 100, at indgivelse af beroligende middel med magt blandt andet kan være "... påkrævet af helbredsgrunde, idet en bedring af patientens tilstand i visse tilfælde forudsætter, at han falder i søvn".

Det fremgår videre, at tvangsmedicinering, hvor medicinen gives som led i behandlingsplanen, kun kan ske "... i henhold til § 12 efter overlægens ordination, hvorimod det, den vagthavende læge har hjemmel til at gøre i henhold til § 17, stk. 2, alene er helt akut i enkeltstående tilfælde at benytte et beroligende middel som den mindst indgribende foranstaltning, der er egnet til at løse det foreliggende problem."

Ankenævnet fandt herefter, at betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt ikke var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at indgivelsen af det beroligende middel alene var begrundet i patientens maniske og forpinte tilstand samt hendes manglende nattesøvn.

På trods af, at manglende søvn forværrer en manisk tilstand, hvorfor det er af stor helbredsmæssig betydning at opnå søvn, ligesom det fremgår af den kommenterede psykiatrilov, at indgivelse af beroligende middel med magt kan være påkrævet af helbredsgrunde, var det ankenævnets opfattelse, at indgivelse af beroligende middel med magt alene kan anvendes i akutte tilfælde, og ikke som en mere systematisk behandling af en manisk tilstand.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten dagen inden havde fået indgivet beroligende middel med magt, hvorefter hun havde sovet, og at det blev angivet i journalen, at det senere samme dag måtte overvejes, om der igen skulle indgives beroligende medicin for at bryde tilstanden.

Det var på den baggrund ankenævnets opfattelse, at der blev planlagt indgivelse af beroligende middel for at bryde tilstanden, og ikke som følge af en akut urolig situation.

Nævnet lagde hertil vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at der var nærliggende fare for, at patienten ville udvikle delirium.

## **6.4 Øvrige udvalgte afgørelser**

Ankenævnet afgjorde i 2016 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med ECT, fortsat tvangsbehandling samt personlig skærmning. Ankenævnet refererer nogle eksempler fra hvert emne herunder.

### 6.4.1 Tvangsbehandling af legemlig lidelse

Det fremgår af § 13 i psykiatriloven, at en person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Ifølge stk. 2, skal beslutningen om tvangsbehandling træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab. Behandling kan om fornødent ske på somatisk afdeling.

Nedenstående afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet foretager en konkret vurdering i de sager.

#### **Tvangsbehandling i form af kirurgisk intervention i generel anæstesi samt nødvendig opfølgning/perioperative tiltag (15/15185)**

En kvindelig patient blev indlagt med ustabil bækkenfraktur efter at være sprunget ud fra en altan. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling i form af kirurgisk intervention i generel anæstesi inkluderet nødvendig opfølgning/perioperative tiltag i form af blodprøver, røntgen, kateter, drop og om nødvendigt ventrikelsonde. Endvidere blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Diclocil 1 g x 2 dagligt til drænet blev fjernet samt injektion Fragmin 5000 IE til patienten var mobiliseret (op til 8 uger).

Ankenævnet fandt, at patienten var sindssyg og befandt sig i en tilstand, som udsatte hendes liv og helbred for væsentlig fare, hvorfor det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var sprunget ud fra altanen i et forsøg på at tage sig eget liv og redde sin sjæl, ligesom hun mente, at hendes knoglebrud kunne bringes til at gro sammen ved hendes egne helende energier.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det ustabile brud kun kunne behandles med en operation i universel anæstesi.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at der forelå en stor risiko for udvikling af infektion, som kunne blive livsfarlig grundet risiko for blodforgiftning, såfremt der ikke blev givet antibiotika i form af Diclocil.

Endeligt lagde ankenævnet vægt på, at der forelå en stor risiko for udvikling af blodpropper ved fast sengeleje efter operation, såfremt der ikke blev forebygget ved behandling med blodfortyndende medicin i form af Fragmin.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne i psykiatrilovens § 13 var opfyldt.

### 6.4.2 Tvangsbehandling med ECT

For så vidt angår tvangsbehandling med ECT, gælder de almindelige regler og betingelser også for denne form for tvangsbehandling. Reglerne er som nævnt beskrevet tidligere.

Derudover fremgår det af psykiatrilovens § 12, stk. 3, at tvangsbehandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Nedenstående er et eksempel på en afgørelse, hvor ankenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandling med ECT var opfyldte.

**Tvangsbehandling med ECT godkendt, selvom patienten ikke var motiveret forud for behandlingen (16/6641)**

Den 29. februar 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med ECT behandling først en bloc, derefter efter effekt og bivirkninger.

Ankenævnet vurderede, at en undladelse af behandling ville have indebåret en betydelig risiko for patientens liv, idet hans tilstand fortsat blev forværret med risiko for udvikling af en livstruende delirøs tilstand.

Videre vurderede ankenævnet, at den valgte behandlingsform med ECT måtte anses for at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det måtte anses for umuligt at behandle patientens psykotiske tilstand tilstrækkeligt, herunder udviklingen af en potentielt livstruende tilstand, uden anvendelse af ECT.

Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at ECT er kendt som den eneste effektive behandling ved risiko for udvikling af en potentiel livstruende delirøs tilstand.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af ECT-vejledningen fra Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, at det ved behandling af delirøse tilstande kunne være nødvendigt i den hyperakutte fase at give ECT bilateralt dagligt i de første 2-3 dage (en bloc) for at afbryde den potentielt livstruende tilstand hurtigst muligt.

Ankenævnet oplyste videre, at der typisk ordineres tre behandlinger ad gangen, og oftest skal der gives 10 behandlinger. Det er dog meget individuelt, og det kan eksempelvis variere fra 5-18 behandlinger. Efter en bloc behandlingen, som altså er dagligt i 2-3 dage, overgår man til at give ECT tre gange om ugen.

Det var ankenævnets opfattelse, at beslutningen af 29. februar 2016 skulle forstås således, at der efter de tre behandlinger (en bloc) skulle fortsættes med sædvanligt behandlingsinterval, tre gange ugentligt, dog med løbende vurdering af, hvorvidt den ønskede effekt blev opnået, og/eller om der var tilkommet bivirkninger, som eventuelt kunne være uacceptable.

Ankenævnet bemærkede, at patienten ikke blev motiveret for tvangsbehandling med ECT, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 29. februar 2016.

Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at patienten var svært psykotisk, og at det fremgik af journalen, at han var uden evne til på nogen måde at føre en samtale, endsige indgå et informeret samtykke. Endvidere befandt han sig i en akut tilstand i form af delir.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

### 6.4.3 Fortsat tvangsbehandling

Iværksættelse af en tvangsbehandling skal altid ske under hensyntagen til mindstemiddelsprincippet, som fastslået ved bestemmelsen i psykiatrilovens § 4. Af bestemmelsen følger, at hvis det er nødvendigt at udøve tvang, så skal tvangsforanstaltningerne altid begrænses til det absolut nødvendige. Det fremgår således af lovens § 4, stk. 4, at tvang ikke må anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Dette indebærer, at der skal ske en begrænsning i den tidsmæssige udstrækning af en tvangsforanstaltning til det absolut nødvendige. Ifølge lovens § 21 har overlægen til stadighed ansvaret for, at blandt andet tvangsbehandling ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

For så vidt angår mindstemiddelsprincippet i forhold til udstrækningen af en tvangsbehandling følger det, at en tvangsbehandling kun bør udstrækkes i det omfang, at patienten opnår helbredelse eller en bedring i sin tilstand, eller at patienten ikke længere er til fare for sig selv eller andre. Når der på den måde enten er opnået helbredelse af patienten, en bedring i patientens tilstand, eller at patienten ikke længere er til fare for sig selv eller andre, kan en tvangsbehandling som udgangspunkt ikke udstrækkes over længere tid.

I ankenævnets vurdering af udstrækningens lovlighed bliver der blandt andet taget hensyn til, at der går et tidsrum, i hvilken dosis af præparatet justeres op til et niveau, hvor en behandlingseffekt må antages at indfinde sig.

Normalt forventes det, at behandling med antipsykotisk medicin viser optimal effekt i løbet af 1½ til cirka 3 måneder. Det er dog ikke muligt at angive et præcist tidsrum for den lovlige udstrækning af en tvangsbehandling.

Følgende afgørelser illustrerer, at der er tale om en konkret vurdering, og at der indgår flere momenter i afvejningen af den tidsmæssige udstrækning af en tvangsbehandling.

#### **Fortsat tvangsmedicinering godkendt (16/7505)**

Den 18. juni 2015 blev der truffet beslutning om tvangsmedicinering af en mandlig patient med tablet Cisordinol startende med 8 mg dagligt op til 40 mg dagligt, subsidiært injektion Cisordinol Acutard 50-150 mg hver 3. dag, første gang 50 mg.

Den 15. september 2015 klagede patienten over fortsat tvangsmedicinering til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, idet patienten var i en tilstand, hvor effekten af medicinsk behandling var langsomt indsættende, ligesom han fortsat led af vrangforestillinger og ikke kunne tage afstand fra sine tidlige og nuværende trusler på en overbevisende måde.

Ankenævnet lagde vægt på, at det var beskrevet i journalen, at patienten havde en vis effekt af behandlingen, at han alene havde været i behandling med en øget dosis igennem 12 dage, og at han formentlig kunne opnå en større frihed under behandling.

#### **Fortsat tvangsernæring godkendt (14/11746)**

Den 9. september 2014 blev der truffet beslutning om tvangsernæring af en kvindelig patient med sonde svarende til det hele eller halve måltid som ikke blev spist.

Den 17. oktober 2014 klagede patienten over fortsat tvangsernæring til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsernæring opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, idet patientens tilstand fortsat var meget ustabil, hvorfor der var behov for igennem en længere periode at opnå stabile vitale værdier af hendes hvide blodlegemer.

Ankenævnet lagde vægt på, at det var beskrevet i journalen, at patienten havde et BMI på 13,3 og blandt andet var truet af et lavt blodtryk, ligesom der var behov for måling af blodtryk og puls tre gange dagligt på grund af hendes ustabile tilstand.

#### **6.4.4 Personlog skærmning**

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun 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. Dette fremgår af psykiatrilovens § 18 d.

Det fremgår af § 46, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 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. Således vil det have betydning i ankenævnets vurdering, om det er dokumenteret i journalen, at mindre indgribende tiltag har været forsøgt forinden anvendelsen af personlig skærmning.

Nedenstående afgørelse illustrerer, hvilke betingelser der skal være opfyldt.

#### **Godkendelse af personlig skærmning (16/1865)**

Den 10. december 2015 blev der besluttet personlig skærmning af en mandlig patient, og den 11. december 2015 blev der truffet beslutning om at forlænge den personlige skærmning ud over 24 timer.

Det var ankenævnets opfattelse, at der var tale om personlig skærmning i perioden fra den 11. december 2015 til den 14. december 2015, idet patienten var skærmet på en speciel skærmningsstue og personalet konstant var i nærheden af ham med mulighed for hurtig indgriben.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Ankenævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten havde fremtrådt tiltagende paranoid og mindre kontaktsøgende, ligesom han havde opsøgt og groft forulempet en medpatient.

Ankenævnet fandt det endvidere velbegrunder at opretholde skærmningen indtil den 14. december 2015, hvor patienten igen fremstod med god kontakt, affektstabil og uden tendens til diskussion eller krænkelbarhed, ligesom han ikke havde talepres eller udviste vrede.

Endelig fandt ankenævnet, at den personlige skærmning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, og lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at tale patienten til rette, men at dette ikke var muligt på grund af hans psykotiske tilstand.

## **7 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene**

---

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2016 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 nyhedsbreve samt offentliggørelse af afgørelser.

Det er vores håb, at denne årsberetning kan medvirke til at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger, lærer af de mange forskellige forløb af tvangsforanstaltningerne, som er gengivet heri.

Ankenævnet har ikke i 2016 udgivet nyhedsbreve, men har i stedet fokuseret på kontinuerligt at tilpasse den sproglige formidling af de enkelte afgørelser, og på at få fremhævet, hvilke kriterier der skal være opfyldt for de forskellige indgreb.

Ankenævnet vurderer ved hvert nævnsmøde, om der er sager, der er principielle eller kan bidrage med generel læring. De sager, der vurderes at kunne bidrage til læring offentliggøres anonymt på styrelsens hjemmeside. I 2016 offentliggjorde nævnet 6 sager.

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 samt hvilke doseringer, der kan anses for at være sædvanlige.

Ankenævnet har derfor også i 2016 haft fokus på at offentligøre afgørelser, som kan klargøre nævnets opfattelse og vurdering af, hvilke doser der kan betragtes som sædvanlige i forhold til de specifikke præparater.

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 offentligøre.

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.

Endelig udbreder ankenævnet også gerne kendskabet til nævnets praksis gennem dialogbaserede foredrag, når der vises interesse herfor. Sekretariatet har derfor i 2016 deltaget med et oplæg ved et symposium for Retspsykiatrisk Interessegruppe. Sekretariatet har naturligvis også i 2016 deltaget ved det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

## 9 Forventninger til fremtiden

---

Det er sekretariatets ønske, at vi i 2017 kan opdatere ankenævnets praksissammenfatning for så vidt angår tvangsbehandling, som fortsat er det område, hvor vi ser flest sager. Vi vil derudover fortsat have fokus på, om det er aktuelt at udgive et nyhedsbrev ud fra de problemstillinger, som ankenævnet behandler i løbet af året.

Vi tilstræber fortsat at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2017 for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet forventer også at kunne fastholde en kort sagsbehandlingstid i 2017. Sekretariatet vil således udvide den gruppe af sagsbehandlere, der forbereder sagerne for ankenævnet, idet der er sket en sagsstigning.

Som bemærket i sidste årsberetning om forventningerne til fremtiden, blev psykiatriloven ændret med virkning fra den 1. juni 2015 med særlig fokus på mindreåriges retsstilling. Ankenævnet mærkede dog ikke denne ændring i 2015, men modtog i 2016 en anke herom, som forventes afgjort i år, og hvor den nye psykiatrilov har betydning for nævnets vurdering af sagen.

Der opstår jævnligt nye vinkler på sagerne. 2016 har været et spændende år på den front og vi forventer det samme af 2017.

# 10 Bilag

---

## Bilag 1 Forretningsorden

BEK nr. 1574 af 15/12/2010, som ændret ved bekendtgørelse nr. 1097 af 11. september 2015

### Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

I medfør af § 38 a, stk. 4, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010, 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.

**§ 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.

#### 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.

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.

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 til 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

#### 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 Sundhedsstyrelsen 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.

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

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 Patientforsikringen,
- 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 eller har været ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted,
- 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 indenrigs- og sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen og regionerne. Årsberetningen forberedes af sekretariatet.

## Kapitel 6

### Ikrafttræden

**§ 18.** Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2011.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 15. december 2010

Bertel Haarder

/ Mogens Jørgensen

## **Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2016**

### **Formand for nævnet:**

Landsdommer Henrik Gunst Andersen

### **Stedfortrædere:**

Landsdommer Karen Hald

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

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

### **Stedfortrædere:**

Lennart Frandsen

Irene Hjortshøj

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

Overlæge Mie Brodersen

Speciallæge Poul-Erik Carlsen

### **Stedfortrædere:**

Overlæge Pernille Gansmo

Speciallæge Henrik André Kirsmeier