



STYRELSEN FOR  
PATIENTKLAGER

---

# ÅRSBERETNING 2020

Det Psykiatriske Ankenævn  
April 2021

**Kolofon**

---

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2020

Udgivet af:

Styrelsen for Patientklager

Olof Palmes Allé 18H

8200 Aarhus N

Telefon: 72 33 05 00 E-

post:[stp@stp.dk](mailto:stp@stp.dk)

Udgivelsesår: 2021

Version: nr. 1.0.

Versionsdato: april 2021

Publikationen er tilgængelig på <https://stp.dk/om-os/publikationer/>

## Indhold

---

<b>1. Forord</b> .....	4
<b>2. Indledning</b> .....	5
<b>3. Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn</b> .....	6
<b>4. Nøgletal</b> .....	7
<b>5. Sagsgang</b> .....	9
5.1. Klageberettigelse.....	9
5.2. Formelle regler.....	9
5.3. Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen .....	9
5.4. Afgørelsen .....	10
5.5. Genoptagelse .....	11
<b>6. Afgørelser</b> .....	13
6.1. Tvangsbehandling.....	13
6.1.1. Patientens tilstand .....	14
6.1.2. Mindste middel .....	14
6.1.3. Betænkingstid .....	15
6.1.4. Indhold af motivationen.....	17
6.1.5. Overlægegodkendelse .....	17
6.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge .....	18
6.1.7. Generelt om sædvanlig dosering.....	18
6.1.8. Information om præparaterne .....	21
6.1.9. Opsættende virkning .....	23
6.2. Anvendelse af fysisk magt .....	24
6.3. Indgivelse af beroligende middel med magt .....	26
6.3.1. Patientens tilstand .....	27
6.3.2. Mindste middel .....	27
6.3.3. Præparat og dosis.....	27

6.4. Øvrige udvalgte afgørelser.....	30
6.4.1. Personlig skærmning.....	30
6.4.2. Aflåsning af patientstue .....	31
6.4.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT).....	32
<b>7. Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene .....</b>	<b>34</b>
<b>8. Læring.....</b>	<b>35</b>
<b>9. Forventninger til fremtiden .....</b>	<b>36</b>
<b>10. Bilag.....</b>	<b>37</b>
Bilag 1 Forretningsorden .....	37
Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2019.....	40

## 1. Forord

---

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

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

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

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

I 2020 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer eller utilstrækkelig betænkningstid.

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

Ankenævnet har endvidere i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om ECT-behandling, aflåsning af patientstue og personlig skærmning. Det skyldes, at ankenævnet ikke så ofte tager stilling til disse indgreb.

Jeg har i 2020 – i lighed med hvad tilfældet har været i de foregående år – oplevet et yderst kompetent og driftssikkert ankenævnssekretariat og nogle engagerede nævnsmedlemmer, der alle arbejder for at sikre faglig kvalitet i nævnets afgørelser samtidig med, at der er fokus på en tilfredsstillende sagsbehandlingstid. Jeg vil gerne takke sekretariatet og ankenævnets medlemmer for et meget fint samarbejde og glæder mig til et fortsat godt samarbejde med de nye udfordringer, 2021 måtte byde på.

Steen Mejer  
Formand

## 2. Indledning

---

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

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

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

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

### 3. Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

---

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det består af fem medlemmer: En formand, som er dommer og udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne. Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2020 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet afholdte i 2020 nævnsmøder primært som telefonmøder som følge af Covid-19 situationen. Sædvanligvis vil møderne afholdes skiftevis som telefonmøder og fysiske 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 Nævnenes Hus holder ankenævnet sine møder uden, at sagens parter deltager. Behandlingen sker udelukkende på et skriftligt grundlag. Dette medfører, at ankenævnet er afhængigt af, hvad der er dokumenteret i journalen/sagsakterne i relation til det påklagede tvangsindgreb, når det i hver enkelt sag vurderer, om det kan lægges til grund, at lovens betingelser er opfyldt.

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

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

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Styrelsen for Patientklager.

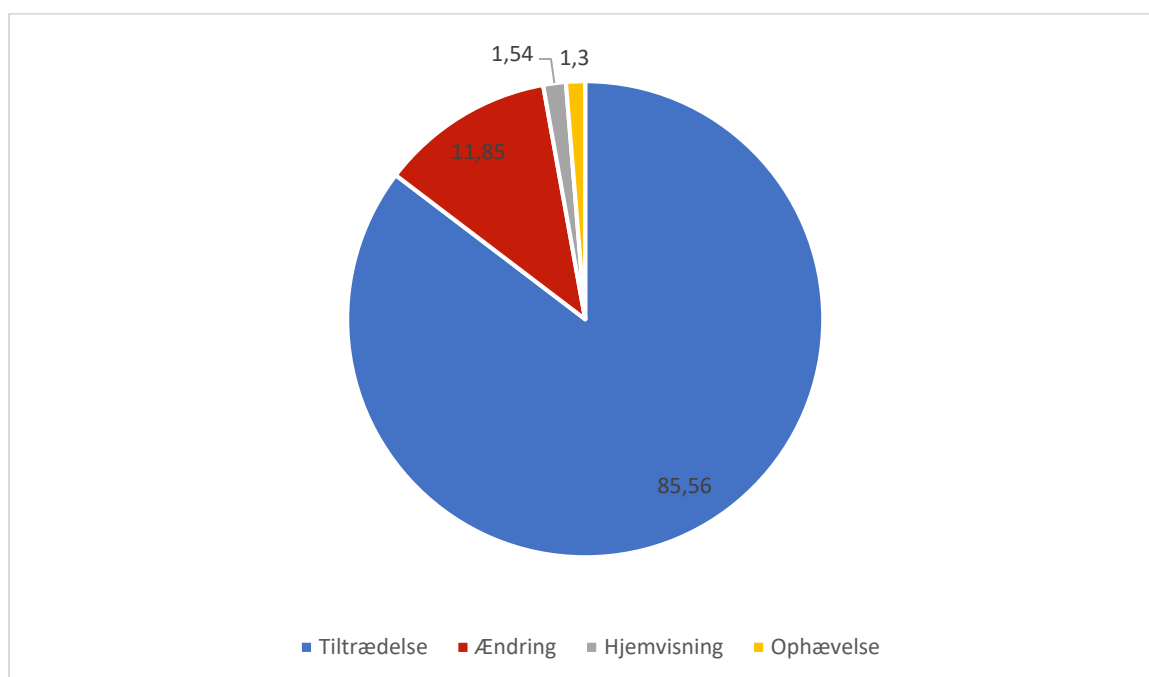
De nærmere regler om Det Psykiatriske Ankenævn er beskrevet i bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

## 4. Nøgletal

I 2020 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 161 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 180 sager i 2019. Antallet af indkomne klager er således faldet.

Ankenævnet afholdte 6 møder og afgjorde 128 sager i 2020. Derudover blev 8 sager afsluttet på anden måde, primært fordi klager trak sin anke tilbage. Sagerne indkom i både 2019 og 2020, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2021 også fortsat behandlede en række sager der indkom i 2020. I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb.

I de 128 sager, som blev afgjort af ankenævnet i 2020, tog ankenævnet stilling til i alt 194 tvangsindgreb. I 2020 afviste ankenævnet derudover at genoptage 4 afgørelser til fornyet behandling.



- Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 166 tilfælde, hvilket svarer til 85,56 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 23 tilfælde, hvilket svarer til 11,85 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet hjemviste Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 3 tilfælde, hvilket svarer til 1,54 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 2 tilfælde, hvilket svarer til 1,30 % af alle tvangsindgreb.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2019 i alt 82,53 % af tvangsindgrebene fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, ændrede 15,41 %, hjemviste 1,37 % og ophævede 0,69 % af alle tvangsindgreb.



Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var på 3,8 måneder i 2020. I 2019 var sagsbehandlingstiden på 6,3 måneder.

## 5. Sagsgang

---

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

### 5.1. Klageberettigelse

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

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

### 5.2. Formelle regler

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

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

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

### 5.3. Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen

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

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

## 5.4. Afgørelsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

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

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

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

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

## 5.5. Genoptagelse

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

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

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

**Afvisning af genoptagelse, da der ikke fremkom nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger (2019-10131)**

Ved brev af 31. juli 2019 anmodede patientens advokat Det Psykiatriske Ankenævn om at genoptage sagen. Advokaten anførte, at det ved dom var blevet vurderet, at tvangsindlæggelsen og den fortsatte tvangstilbageholdelse var ulovlig, idet den forud for indlæggelsen udarbejdede lægeerklæring ikke opfyldte psykiatrilovens krav. Advokaten anførte videre, at beslutningen om tvangsbehandling, der i det hele hvilede på oplysningerne i den af landsretten tilsidesatte lægeerklæring, ikke var lovlig.

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en ny, men ikke væsentlig oplysning og at denne ikke måtte antages at kunne medføre en ændret bedømmelse af sagen.

Ankenævnet lagde ved vurderingen vægt på, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling opfyldte betingelserne for tvangsbehandling, herunder var hun indlagt på en psykiatrisk afdeling, og Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ved deres afgørelse godkendt tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen af hende.

Det var ankenævnets opfattelse, at advokatens øvrige oplysninger ikke udgjorde nye oplysninger, idet oplysningerne allerede var en del af materialet til brug for den oprindelige afgørelse og dermed indgik i den oprindelige helhedsvurdering af sagen, selvom der ikke direkte henvises til de omtalte journalnotater i den oprindelige afgørelse.

Ankenævnet fandt på baggrund heraf, at der ikke var fremkommet nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, eller at der er begået sagsbehandlingsfejl, der kunne begrunde en fornyet realitetsbehandling i ankenævnet.

## 6. Afgørelser

---

Det Psykiatriske Ankenævn resumerer herunder en række afgørelser fra 2020, som er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2020.

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

### 6.1. Tvangsbehandling

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

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

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

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

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

- Er patienten informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?
- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

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

### 6.1.1. Patientens tilstand

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

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

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

### 6.1.2. Mindste middel

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

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

#### 6.1.2.1. Depotbehandling

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

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

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

#### **Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat, da det i det konkrete tilfælde udgjorde mindstemiddel (2019-10198)**

Der blev den 28. oktober 2019 truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Xeplion depot 150 mg dag 1 efterfulgt af 100 mg dag 8 og herefter normal vedligeholdelsesdosis på 75 mg hver 28. dag.

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

Ankenævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Xeplion depot med god effekt på tilstanden. Ankenævnet lagde videre vægt på, at der havde været gentagne tilfælde af medicinsvigt, og at det ikke var muligt at etablere en fast tabletbehandling, ligesom der ikke havde været tilstrækkelig virkning heraf.

### 6.1.3. Betænkningstid

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 3, at overlægen i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet skal lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang samt patientens forpintethed m.v. Det fremgår desuden af § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen, at patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit samtykke, men at patienten dog højst har krav på tre dages betænkningstid.

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

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



**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet betænkningstiden på knap fire døgn var for lang (2019-11387)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 24. oktober til den 28. oktober 2019 motiveret for antipsykotisk behandling. Der var tale om en motivationsperiode på knap fire døgn.

Ankenævnet fandt grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på knap fire døgn var passende for patienten, idet han tre gange i motivationsperioden, henholdsvis den 25., 27. og den 28. oktober 2019 fik indgivet beroligende middel med magt, ligesom han igennem hele motivationsperioden var klart afvisende over for behandling.

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

**Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet betænkningstiden på knap fire døgn var passende (2020-835)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 11. december til den 15. december 2019 motiveret for antipsykotisk behandling. Der var tale om en motivationsperiode på knap fire døgn.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på knap fire døgn var passende for patienten, da det fremgår af journalen, at han var forpint, men ikke i en sådan grad, at det var uforsvarligt at forsøge at motivere ham igennem næsten fire døgn. Endvidere var der i motivationsfasen ikke optræk til situationer, hvor der ville være behov for andre former for tvang.

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

**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da motivationsperioden blev afbrudt på grund af frivillig indtagelse af medicinen (2020-2265)**

En mandlig patient blev i perioden fra den 2. oktober 2019 til den 7. oktober 2019 motiveret for antipsykotisk behandling. I forbindelse med motivationssamtalen den 4., 5., og 6. oktober 2019 valgte patienten at tage medicinen frivilligt. Den 7. oktober 2019 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling.

Det var ankenævnets vurdering, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbrød motivationen, således at der først var tale om reel motivation, da patienten på ny afviste at modtage medicinen, hvorfor patienten reelt ikke blev motiveret i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 7. oktober 2019.

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke blev anvendt anden tvang i betænkningstiden, efter patienten blev løsnet fra tvangsfiksering den 4. oktober 2019. Det var herefter ankenævnets vurdering, at der ikke forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred.

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

#### 6.1.4. Indhold af motivationen

Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 3, stk. 1, at tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Af § 3, stk. 5, fremgår det, at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og at den forsøgte motivation skal journalføres.

Det er ankenævnets praksis, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling, herunder et eventuelt dosisinterval, således at patienten har mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen.

Tvangsbehandlingen skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som patienten er motiveret for. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

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

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

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

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

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

#### 6.1.5. Overlægegodkendelse

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

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

### 6.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge

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

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

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

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

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

### 6.1.7. Generelt om sædvanlig dosering

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

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

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

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

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

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

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

#### **Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling med Abilify, idet kravet om konkret begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosis ikke var opfyldt. Dissens (2020-5474)**

Den 16. maj 2020 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med tablet Abilify 10 mg stigende til højst 20 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg højst to gange dagligt.

Et flertal på tre fandt, at det besluttede dosisinterval gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Flertallet vurderede, at der i forbindelse med motivationen og beslutningen burde være anført en begrundelse for ordineringen af en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk anførte sædvanlige vurdering, og at patienten burde være blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosering.

Et mindretal på to medlemmer fandt, at tvangsbehandlingen kunne godkendes. De lagde i den forbindelse vægt på, at 30 mg var sædvanlig dosis, og at den ordinerede dosis var fagligt velbegrunderet og svarede til dosisforslaget.

#### **Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling med Abilify, idet kravet om konkret begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosis var opfyldt. Dissens (2020-6559)**

Den 16. juni 2020 blev der for en mandlig patient ordineret dosisøgning med tablet Abilify med initialdosis 15+5 mg stigende til 15 mg to gange dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg stigende parallelt med tabletdosis op til to gange dagligt. Patienten havde på dette tidspunkt været i tvangsbehandling med tablet Abilify 15 mg gennem et stykke tid.

Et flertal på tre fandt, at den besluttede dosis gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Flertallet fandt dog, at den usædvanlige dosis blev begrundet med, at den allerede iværksatte tvangsbehandling med tablet Abilify 15 mg ikke havde haft tilstrækkelig effekt, og at det på den baggrund blev vurderet, at der var behov for en højere dosis.

Herefter fandt flertallet ud fra en konkret vurdering, at den besluttede dosis var sædvanlig for patienten, idet det ville blive nødvendigt og forsvarligt at behandle ham med tablet Abilify op til 30 mg (15 mg to gange dagligt) afhængig af effekt og bivirkninger.

Mindretallet på to fandt, at tvangsbehandlingen kunne godkendes, idet 30 mg var sædvanlig dosis, og at den ordinerede dosis var fagligt velbegrunderet og svarede til dosisforslaget.

### Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet der var tale om en dosering af det sekundære præparat, der lå udover sædvanlig dosis. Dissens (2020-2631)

Den 6. februar 2020 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en kvindelig patient med tablet eller injektion Serenase 5 mg stigende til højst 20 mg afhængig af effekt.

Ankenævnet fandt, at der for så vidt angår tablet Serenase blev motiveret og truffet beslutning om en initialdosis på 5 mg, der oversteg den anbefalede initialdosis på pro.medicin.dk ved førstegangsepisoder.

Ankenævnet vurderede konkret, at den besluttede initialdosis på 5 mg var sædvanlig for patienten, idet hun tidligere under sin indlæggelse var blevet tvangsbehandlet med injektion Olanzapin 10 mg, og at denne behandling kun havde haft en begrænset effekt på hendes tilstand.

Ankenævnet fandt videre, at den besluttede dosering af tablet Serenase stigende op til højst 20 mg ikke var sædvanlig dosis, idet det fremgår af promedicin.dk, at sædvanlig dosis er 2-10 mg.

Det var dog ankenævnets opfattelse, at det af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af et afprøvet lægemiddel med færrest mulige bivirkninger for så vidt angik tablet Serenase.

Ankenævnet fandt imidlertid, at det besluttede dosisinterval for så vidt angår injektion Serenase oversteg den maksimale forsvarlige døgndosis. Den højere biotilgængelighed og dermed højere plasmakoncentration ved injektion Serenase betød, at dosis ved injektion Serenase skulle være noget lavere for ikke at overstige den højst tilladelige dosis i tabletform på 20 mg.

Flertallet i Ankenævnet fandt, at den besluttede dosis for så vidt angår injektion Serenase ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

Afgørelsen blev afsagt med dissens, idet et mindretal på ét af nævnets medlemmer fandt, at det var velindiceret og rimeligt, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med en højere maksimal dosis for så vidt angår injektion Serenase, end hvad der måske ville være det mest almindelige, da man havde set, at patienten havde behov for en højere mængde psykofarmaka.

#### 6.1.7.1. Sædvanlig dosisadministration

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

døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

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

#### 6.1.7.2. Sædvanlig dosering ved ældre patienter

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

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

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

#### **Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet kravet om sædvanlig dosering var opfyldt henset til patientens alder (2020-5741)**

Den 12. maj 2020 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en 77-årig kvindelig patient med tablet Olanzapin initialdosis 2,5 mg med eventuel stigning til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 5-20 mg afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Olanzapin 2,5 mg med gradvis stigning til 10 mg afhængig af effekt og bivirkninger i maksimalt tre på hinanden følgende dage, hvorefter minimum en dags pause. Doser over 5 mg ville blive fordelt på minimum to doser med minimum to timer imellem.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at ved behandling af skizofreni ved ældre patienter med tablet Zalasta (olanzapin) anvendes initialt 5-10 mg 1 gang dagligt. Især ældre og unge med debuterende psykoser burde begynde med 5 mg dagligt. Vedligeholdelsesdosis er almindeligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog i særlige tilfælde være nødvendigt og forsvarligt at øge døgndosis op til højst 40 mg i døgnet. Lavere initialdosis til ældre kan overvejes.

Det fremgik videre af [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at ved behandling med injektion Zyprexa (olanzapin) anvendes initialt 5-10 mg. Ved ældre patienter anvendes initialt 2,5-5 mg i.m.

Ankenævnet fandt på baggrund heraf, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

#### 6.1.8. Information om præparaterne

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, at der ikke må benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmulighe-

der, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det fremgår af psykiatrilovens § 31, stk. 1, at patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår videre af bekendtgørelsens § 3, stk. 6, at tvangsmedicinering forudsætter, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

#### **Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet patienten var forsøgt informeret (2020-2482)**

Den 3. februar 2020 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en kvindelig patient med tablet Aripiprazol 10 mg stigende til højst 15 mg afhængig af effekt og bivirkninger. Subsidiært injektion Aripiprazol 9,75 mg i.m. højst en gang dagligt.

Det fremgik af journalen, at patienten var blevet forsøgt informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Aripiprazol i hele betænkningstiden. Patienten fik udleveret skriftligt materiale ved første motivationsamtale den 31. januar 2020, men var afvisende overfor yderligere information om virkning og bivirkninger i resten af betænkningstiden.

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

Det er ankenævnets praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat. Det skal desuden journalføres, at der er givet eller er forsøgt givet information.

#### **Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa, da patienten ikke var informeret om det sekundære og tertiære præparat (2019-6506)**

Der blev den 10. juli 2019 truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med tablet Zyprexa 5 mg stigende til maksimalt 20 mg afhængig af effekt og bivirkning, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg stigende til maksimalt 10 mg dagligt i maksimalt 3 efter hinanden følgende dage, tertiært injektion Serenase 5 mg stigende til maksimalt 10 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkning.

Det fremgik ikke af journalen, at patienten var blevet informeret om dosisintervallet af det subsidiære præparat injektion Zyprexa eller om dosisintervallet af det tertiære præparat Serenase forud for beslutningen om tvangsbehandling.

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

### 6.1.9. Opsættende virkning

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

Det betyder, at en beslutning om tvangsbehandling som udgangspunkt først må iværksættes, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

#### **Godkendelse af beslutning om ikke at tillægge patientens klage over tvangsbehandling opsættende virkning (2019-9300)**

Der blev den 22. september 2019 iværksat tvangsbehandling af en mandlig patient med tablet Zyprexa initial dosis 10 mg med evt. stigning til højst 30 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 5-15 mg maksimalt en gang dagligt i højst 3 på hinanden følgende dage efterfulgt af en dags pause. Patientens klage blev ikke tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet lagde vægt på, at patientens forpinthed og personfarlige adfærd udgjorde en potentiel og nærliggende fare for andres helbred eller liv, idet patienten under motivationsfasen var affektexplosiv. Patienten havde blandt andet revet buske op i udemiljøet, han havde erhvervet sig et metalrør efter at have skilt sin seng ad og var kampklar samt truende i såvel sit kropssprog som verbalt.

På den baggrund godkendte ankenævnet beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning.



### Underkendelse af beslutning om ikke at tillægge patientens klage over tvangsbehandling opsættende virkning (2020-5571)

Den 15. maj 2020 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med tablet Abilify med initialdosis 10 mg dagligt stigende til vedligeholdelsesdosis 10-15 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. 1 gang dagligt.

Patienten klagede den 15. maj 2020 over beslutningen til Det Psykiatriske Patientklagenævn. Ifølge journalen blev beslutningen tillagt opsættende virkning. Tvangsbehandlingen blev på trods heraf igangsat samme dag.

Afdelingen oplyste til sagen, at patientens klage ikke havde haft opsættende virkning, da man efter beslutningen var truffet, men forinden han havde klaget, var påbegyndt behandling. Afdelingen oplyste videre, at patienten havde brug for behandling.

Det fremgik af journalen for den 15. maj 2020, at patienten i forbindelse med beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling ønskede at klage over beslutningen. Det fremgik ligeledes, at patienten havde klaget mundtligt, og at klagen havde opsættende virkning.

På den baggrund lagde Ankenævnet til grund, at patienten klagede over beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling den 15. maj 2020.

Ankenævnet vurderede, at patientens klage reelt burde være tillagt opsættende virkning fra den 15. maj 2020, hvor han klagede over beslutningen om tvangsbehandling, da det ikke fremgår af journalen, at omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig for ikke at udsætte hans liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at han udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet underkendte derfor beslutningen om at iværksætte tvangsbehandlingen af patienten den 15. maj 2020.

## 6.2. Anvendelse af fysisk magt

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

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

Fysisk magtanvendelse må efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for

at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

#### **Godkendelse af beslutning om anvendelse af fysisk magt (2018-6560)**

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde en mandlig patient den 13. juni 2020 var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var irriteret, devaluerende og truende i sin adfærd samt angreb og slog ud efter personalet med knyttet hånd.

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

Ankenævnet lagde herved vægt på, at patienten blev forsøgt talt til ro, og at det flere gange blev forsøgt at få ham til frivilligt at trække sig til sin egen stue, hvilket han ikke samarbejdede omkring. Da personalet tog fat i patienten, gik han til angreb og slog med knyttet hånd ud efter dem, hvorefter det var nødvendigt at handle umiddelbart ved at fastholde ham til gulvet.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt, idet fastholdelsen ifølge tvangsprotokollen kun varede i 15 minutter.

### Underkendelse af beslutning om anvendelse af fysisk magt i forbindelse med sondeernæring, da sondeernæringen ikke blev udført så skånsomt som muligt i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet (2018-3674)

Den 31. maj 2018 blev der anvendt fysisk magt over for en kvindelig patient i forbindelse med indgivelse af sondeernæring.

Ankenævnet vurderede, at fastholdelsen var nødvendig for, at indgivelsen af sondeernæring kunne gennemføres, herunder at det ikke var lykkedes at motivere patienten til at spise frivilligt i løbet af dagen, ligesom hun gjorde modstand ved anlæggelsen af sonden.

Patienten anførte vedrørende fastholdelsen i forbindelse med sondeernæringen, at der blev anvendt mere fysisk magt end nødvendigt, idet lægen holdt så hårdt fast under hele indgivelsen af sondeernæring, at patienten fik synlige blodudtrækninger og havde ondt i kæben. Det fremgår videre, at patienten ønskede at holde en pause under tvangsernæringen, hvilket ikke blev imødekommet.

Af journalen og behandlingsplanen fremgik, at patienten efterfølgende græd længe af forskrækkelse over magtanvendelsen, og at det derfor blev aftalt, at indgivelse af sondeernæringen skulle udsættes til dagen efter.

Den behandlende overlæge oplyste til sagen, at det ikke var normalt, at patienter fik lagt sonde på den måde. Normalt ville personalet afslutte fastholdelsen, selvom indgivelse af sondeernæringen ikke var tilendbragt, såfremt det var muligt, men lægen oplyste, at retningslinjerne var blevet fulgt.

Ankenævnet lagde til grund, at patienten gjorde modstand ved anlæggelsen af sonde, og at hun blev fastholdt i forbindelse hermed. På baggrund af patientens oplysninger om, at hun ikke fik lov til at holde en pause under indgivelsen af sondeernæringen, og idet oplysningerne ikke var bestridt af afdelingen, lagde ankenævnet videre dette til grund.

Ankenævnet fandt derefter, at anvendelsen af fysisk magt i forbindelse med sondeernæringen ikke blev gennemført i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet, da sondeernæringen ikke blev udøvet så skånsomt som muligt, idet patienten ikke på relevant vis fik mulighed for at holde en pause under indgivelsen af sondeernæringen.

### 6.3. Indgivelse af beroligende middel med magt

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3.1. Patientens tilstand

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

### 6.3.2. Mindste middel

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

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

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

### 6.3.3. Præparat og dosis

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

**Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, idet det indgivne præparat ikke svarede til det tilbudte (2020-6156).**

Den 4. maj 2020 blev en mandlig patient tilbudt beroligende middel til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

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

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

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

Ankenævnet fandt derfor, at betingelsen om at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse med det samme præparat, som patienten fik indgivet, ikke var opfyldt, idet patienten blev tilbudt tablet Olanzapin 50 mg, men at indgivelsen af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Cisordinol-Acutard 100 mg.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen, idet det indgivne præparat Cisordinol-Acutard ikke svarede til det tilbudte.

Ankenævnet vurderer den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede døgn dosis, hvis der for eksempel er indgivet beroligende middel flere gange inden for et døgn.

**Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da den akkumulerede dosis var for høj (2018-3556).**

Den 8. oktober 2018 kl. 08.45 blev en kvindelig patient tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Olanzapin 10 mg forinden indgivelse af beroligende middel med magt i form af tablet Olanzapin 10 mg.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, da det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af hendes tilstand. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var udadreagerende, idet hun slog, sparkede og kradsede personalet. Hun var råbende, grædende og sprøjtede cola ud over stuen og personalet.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Der blev herved lagt vægt på, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter samt havde forsøgt at tale hende til ro og tilbudt hende tablet Olanzapin 10 mg forinden indgivelse af tablet Olanzapin 10 mg.

På behandlingstidspunktet fremgik det af medicinoversigten på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at hvis Olanzapin både gives parenteralt og oralt inden for samme døgn, tælles den parenterale dosis dobbelt i udregning af den samlede døgndosis.

Patienten fik den 8. oktober 2018 kl. 07.18 indgivet injektion Zyprexa (Olanzapin) 10 mg.

Ankenævnet fandt herefter, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, idet patienten inden for et døgn havde modtaget en samlet akkumuleret dosis på 30 mg Olanzapin.

Ankenævnet lagde vægt på, at der af journalen i relation til beslutning 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 dosis som angivet på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk).

Ankenævnet bemærkede, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men en sådan begrundelse fremgik ikke af journalen i relation til beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt den 8. oktober 2018 kl. 08.45.

Ankenævnet fandt herefter, at der ikke var en tilstrækkelig konkret og individuel begrundelse for at gå ud over sædvanlig dosering og underkendte således beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt af den 8. oktober 2018 kl. 08.45.

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

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

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

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

## 6.4. Øvrige udvalgte afgørelser

### 6.4.1. Personlig skærmning

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det følger af psykiatrilovens § 18 d, at personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

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

Det skal bemærkes, at det fremgår af lovforslaget om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien af 9. november 2005 til den tidligere § 18 c i psykiatriloven, at personlig skærmning som juridisk begreb ikke nødvendigvis har samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge. Videre fremgår det, at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen og efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet.

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

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

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

### Ophævelse af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om godkendelse af beslutning om personlig skærmning (2019-10105)

Den 11. juni 2019 blev der ordineret personlig skærmning af en mandlig patient efter psykiatrilovens bestemmelser. Den 24. juni 2019 blev patienten flyttet fra akutstue til egen stue.

Ankenævnet fandt, at der ikke er tale om personlig skærmning, idet et eller flere personalemedlemmer ikke konstant befandt sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten kunne opholde sig på egen stue uden konstant opsyn. Endvidere fremgik det løbende af journalen, om patienten overholdt skærmningen, eller om han brød skærmningen.

Det var ankenævnets opfattelse, at der ved en beslutning om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, påhviler personalet at befinde sig i umiddelbar nærhed af patienten, og at det således ikke er op til patienten at overholde den personlige skærmning.

#### 6.4.2. Aflåsning af patientstue

Det fremgår af psykiatrilovens § 18 a, stk. 2, at aflåsning af en patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt med henblik på at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstuer kan efter § 18 a, stk. 3, endvidere anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legerne eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatrilovens § 18 a, at beslutning om at aflåse patientstuer af behandlings- og sikkerhedsmæssige årsager kræver en konkret vurdering og skal være begrundet i et individuelt behov. Afskærmningen kan blandt andet virke som en grænsesættende foranstaltning over for patienter med svære psykoser, hvor disse fremtræder meget grænsesøgende og uden forståelse for egne eller andres grænser. For at hjælpe disse patienter til at forstå andres grænser og indgå i en mere social dialog med omgivelserne, kan det være nødvendigt at begrænse den grænseoverskridende adfærd ved at afskærme patienten på egen stue med låst dør.



### Godkendelse af beslutning om aflåsning af patientstue, men ophævelse af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om godkendelse af beslutning om dørlåsning på badeværelset (2020-3589)

Den 8. februar 2019 blev der truffet beslutning om aflåsning af en mandlig patients patientstue. I forbindelse med beslutningen om aflåsning af patientstuen blev der videre fastlagt et stramt regime med mindst mulig fysisk samvær med patienten, idet han skulle opholde sig på sit badeværelse, når der blev serveret mad, skulle gives medicin mv.

Af lægeerklæringen fremgik det, at badeværelset blev betragtet som en del af patientens fysiske faciliteter og blev anvendt som en form for sluse, når patienten skulle have serveret mad, medicin, eller andre aktiviteter skulle foregå, der krævede personalets tilstedeværelse på hans stue. Det foregik således, at patienten i under ét minut havde ophold på et aflåst badeværelse, således at personalet sikkert kunne betjene ham.

Ankenævnet fandt, at aflåsningen af patientstuen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet man ved døraflåsningen undgik yderligere bæltefiksering af patienten og eventuelt indgivelse af beroligende medicin med magt.

Ankenævnet fandt videre, at der var regelmæssigt tilsyn med patienten, og at kravet herom således også var opfyldt, hvorfor aflåsningen af patientstuen var i overensstemmelse med loven.

Ankenævnet fandt imidlertid ikke, at Det Psykiatriske Patientklagenævn havde kompetence til at behandle klagen for så vidt angik aflåsningen af badeværelset, idet der ikke er udtrykkelig hjemmel til yderligere døraflåsning i psykiatriloven.

Ankenævnet ophævede på denne baggrund afgørelsen vedrørende aflåsning af badeværelset, idet Ankenævnet fandt, at der ikke var tale om et tvangsindgreb efter psykiatriloven.

#### 6.4.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, jf. stk. 1, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5, at tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT) kun må finde sted, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

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

Patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål, jf. psykiatrilovens § 31, stk. 1.

**Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling med ECT, idet patienten ikke var blevet informeret om det nærmere indhold af den påtænkte tvang. Dissens (2020-2396)**

Den 24. juli 2019 blev der truffet afgørelse om tvangsbehandling med ECT seks gange, hvor det efter tre gange skulle vurderes, om der optrådte kognitive bivirkninger.

Tvangsbehandlingerne med ECT blev aldrig gennemført, da de blodprøver, der var en forudsætning for gennemførelse af behandlingen hæmolyserede, og idet grundlaget for behandlingen ifølge lægeerklæringen i sagen efterfølgende ikke var tilstede. Ankenævnet vurderede dog, at den omstændighed, at behandlingen blev aflyst, ikke ændrede på, at der var tale om et tvangsindgreb, idet det der blev truffet beslutning om og planlagt at udføre et tvangsindgreb.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at der var indikation for tvangsbehandlingen, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, og at kravet om anvendelse af afprøvede behandlingsformer med færrest mulige bivirkninger var opfyldt.

Ankenævnet fandt dog, at patienten ikke var blevet informeret korrekt om det nærmere indhold af den påtænkte tvang, herunder at hun skulle have seks gange ECT, men at der efter tre gange skulle vurderes, om der var tilstået kognitive bivirkninger.

På den baggrund underkendte ankenævnet beslutningen om tvangsbehandling med ECT.

## 7. Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

---

Det Psykiatriske Ankenævn havde ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand i 2020.

## 8. Læring

---

Det er vigtigt for Det Psykiatriske Ankenævn fortsat at udbrede kendskabet til ankenævnets afgørelser i konkrete sager. Rent praktisk gøres dette i form af blandt andet årsberetninger og offentliggørelse af afgørelser. Håbet er, at denne årsberetning kan medvirke til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger lærer af de forskellige forløb af tvangsforanstaltningerne, som er gengivet i årsberetningen. Samfundets interesse for forholdene i psykiatrien samt de love og regler, der regulerer disse, er fortsat stor. Der har i særdeleshed været fokus på tvangsmedicinering.

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

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

## 9. Forventninger til fremtiden

---

Det Psykiatriske Ankenævn vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2021 for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet vil desuden arbejde for at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Indholdet af de psykiatriske ankenævnsager kommer naturligt til at bære præg af de patienter, der bliver behandlet på de psykiatriske afdelinger det enkelte år samt hvem, der vælger at klage. Derfor opstår der jævnligt nye vinkler på sagerne. 2020 har været et meget interessant år på den front, og det samme forventes af 2021.

## 10. Bilag

---

### Bilag 1 Forretningsorden

Bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019

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

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

#### Kapitel 1

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

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

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

#### Kapitel 2

##### *Forberedelse af sagerne*

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

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

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

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

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

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

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

### Kapitel 3 *Afholdelse af møde m.v.*

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 8. Formanden leder og tilrettelægger mødet.

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

§ 9. Ankenævnets møder er ikke offentlige.

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

### Kapitel 4 *Afgørelser m.v.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Kapitel 5

### *Forskellige bestemmelser*

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

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

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

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

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



- 3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,
- 4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den psykiatriske afdeling, hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,
- 5) hvis nævnsmedlemmet er ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted, eller var ansat på afdelingen på tidspunktet for anvendelsen af tvang i det påklagede forhold, eller
- 6) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

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

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

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

## Kapitel 6 *Ikrafttræden*

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

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

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

Magnus Heunicke

/ Sabine Godsvig Laursen

### Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2020

**Formand for nævnet:**

Landsdommer Steen Mejer

**Stedfortrædere:**

Landsdommer Lisbeth Parbo

**Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:**

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

**Stedfortrædere:**

Lennart Frandsen  
Irene Hjortshøj

**Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:**

Speciallæge Pia Glyngdal  
Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen

**Stedfortrædere:**

Overlæge Lykke Pedersen  
Overlæge Annick F. Urfer Parnas