



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Årsberetning 2017

Det Psykiatriske Ankenævn

Maj 2018

Kolofon

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2017

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

Telefon: 72 28 66 00
E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2018

Version: Nr. 1.0.
Versionsdato: Maj 2018

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

Indhold

1	Forord	4
2	Indledning	5
3	Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn	6
4	Nøgletal	7
5	Sagsgang	8
5.1	Klageberettigelse	8
5.2	Formelle regler	8
5.3	Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen	8
5.4	Afgørelsen	9
5.5	Genoptagelse	11
5.6	Samtykke for unge 15-17-årige	11
6	Afgørelser	12
6.1	Tvangsbehandling	12
6.1.1	Indhold af motivationen	13
6.1.2	Betænkningstid	13
6.1.3	Overlægegodkendelse	15
6.1.4	Sædvanlig dosering	16
6.1.4.1	Generelt om sædvanlig dosering	16
6.1.4.2	Sædvanlig dosisadministration	16
6.1.4.3	Information om præparaterne	16
6.1.5	Opsættende virkning	17
6.1.6	Depotbehandling	18
6.1.7	Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling	18
6.2	Anvendelse af fysisk magt	19
6.3	Indgivelse af beroligende middel med magt	19
6.3.1	Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger	20
6.3.2	Sædvanlig præparat og dosis	20
6.4	Øvrige udvalgte afgørelser	22
6.4.1	Tvangsbehandling af legemlig lidelse	22
6.4.2	Tvangsbehandling med ECT	23
6.4.3	Døraflåsning	23
7	Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	25

8	Læring	26
9	Forventninger til fremtiden	27
10	Bilag	28
	Bilag 1 Forretningsorden	28
	Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2017	32

1 Forord

Det Psykiatriske Ankenævns årsberetning har også dette år haft 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 de særlige problemstillinger vedrørende motivation og betænkningstid.

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

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

I 2017 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, ofte grundet utilstrækkelig dokumentation eller uoverensstemmelser i journalen.

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 beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med ECT, fysisk magtanvendelse og døraflåsning. Det skyldes, at det er sjældent, at ankenævnet tager stilling til disse indgreb.

Ankenævnets formand landsdommer Henrik Gunst Andersen har valgt at stoppe. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke Henrik for hans store indsats i nævnet. Jeg er udpeget som ny formand fra den 1. marts 2018.

Landsdommer 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,
- 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

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 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 2017 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet holder skiftevis telefonmøder 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 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, 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 2017 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 172 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 207 sager i 2016. Antallet af indkomne klager er således faldet.

Ankenævnet afgjorde i 2017 152 sager, men afsluttede i alt 184 sager. Sagerne indkom i både 2015, 2016 og 2017, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2018 også fortsat behandlede sager, der indkom i 2017, samt en enkelt sag fra 2016.

Ankenævnet afholdte 8 møder i 2017 og afgjorde, som nævnt ovenfor, 152 sager. Derudover blev 32 sager afsluttet på anden måde, for eksempel fordi de var forældede, eller fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 2017 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 126 sager. Det svarer til 82,89 procent af alle afgjorte sager.
- Ankenævnet ændrede i 2017 Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 22 sager, hvilket svarer til 14,47 procent af alle afgjorte sager.
- Ankenævnet hjemviste 2 sager til fornyet behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvilket svarer til 1,32 procent af alle afgjorte sager.
- Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i 2 sager, hvilket svarer til 1,32 procent af alle afgjorte sager.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2016 i alt 66,86 procent af sagerne fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, ændrede 27,32 procent og hjemviste 2,91 procent.

I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb.

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus har oplyst, at de i 2017 traf afgørelse vedrørende 2251 tvangsindgreb, der kunne indbringes for ankenævnet. Af disse blev 177 anket. Det svarer til en ankeprocent på 7,9.

I de 152 sager, som blev afgjort af ankenævnet i 2017, tog ankenævnet stilling til i alt 333 tvangsindgreb. Ud af de 333 tvangsindgreb blev Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering tiltrådt i 279 tilfælde. Det svarer til 83,78 procent. Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende 48 tvangsindgreb. Det svarer til 14,41 procent. Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende 3 tvangsindgreb. Det svarer til 0,90 procent. Ankenævnet hjemviste Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende 3 tvangsindgreb. Det svarer til 0,90 procent.

I 2017 afviste ankenævnet desuden at genoptage 2 afgørelser.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 4,8 måneder i 2017, hvilket er lidt højere end sagsbehandlingstiden i 2016, som var på 4,6 måneder.

5 Sagsgang

Det er et fast team af sagsbehandlere, der forbereder og behandler alle ankesager. I efteråret 2017 flyttede ankenævnets sekretariat til Aarhus, hvorefter teamet bestod af fem faste sagsbehandlere.

5.1 Klageberettigelse

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

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

Indledningsvist 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, 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.

Ophævelse, da Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om en beslutning om tvangsbehandling, selvom patienten havde trukket klagen tilbage (16/11539)

En mandlig patient havde mundtligt klaget over, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet vurderede, at da Det Psykiatriske Patientklagenævn er klageinstans og ikke en tilsynsmyndighed, kan det ikke tage sager op af egen drift. Det er således alene patienten, eller den som patienten bemyndiger hertil, der kan råde over klagesagen, og herunder har mulighed for at trække klagen tilbage, forinden afgørelsen er truffet.

Det var ankenævnets vurdering, at Det Psykiatriske Patientklagenævn burde have afstået fra at behandle klagen over tvangsbehandling, idet patienten, inden afgørelsen var truffet, meddelte, at han ikke ønskede at klage over tvangsbehandlingen.

Det var således ankenævnets opfattelse, at hensynet til retssikkerheden ikke vejede tungere end patientens ret til at tilbagekalde sin klage.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at da der ikke forelå en forældelsesfrist ved indgivelse af en klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn, kunne patienten indgive en klage på et senere tidspunkt, såfremt han fortrød sin tilbagekaldelse.

Når ankenævnet hjemviser, 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 klart utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag.

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

Hjemvisning, da Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde taget stilling til hele klagen (17/192)

En mandlig patient klagede over en afgørelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde imidlertid ikke taget stilling til hele klagen, da der var to tvangsindgreb som Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde taget stilling til i afgørelsen. Da det ikke fremgik af sagen, at patienten skulle have trukket denne del af klagen tilbage hjemviste ankenævnet sagen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

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 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 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.

Når ankenævnet afgør en sag, vurderer det samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside (www.stps.dk) med henblik på læring.

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

Hvis en sag, der er afgjort af ankenævnet, anmodes genoptaget, kan den tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det, hvilket fremgår af § 14 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 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 også blive genoptaget, hvis der er konstateret væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

Ankenævnet har i 2017 genoptaget én sag til realitetsbehandling på grund af sagsbehandlingsfejl på baggrund af en anmodning om genoptagelse fra den psykiatriske afdeling. Ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling men med en ændret begrundelse i forhold til ankenævnets oprindelige afgørelse.

5.6 Samtykke for unge 15-17-årige

Ankenævnet havde i 2017 lejlighed til at behandle en sag vedrørende informeret samtykke for 15-17-årige, hvor afdelingen ikke havde været opmærksom på ændringen i psykiatriloven, der trådte i kraft to dage inden tvangsindgrebet blev iværksat.

Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 4, der trådte i kraft den 1. juni 2015, at der ikke foreligger tvang i de tilfælde, hvor en patient er under 15 år, og der foreligger et informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Psykiatrilovens § 1 skal imidlertid ses i sammenhæng med sundhedslovens § 17, stk. 1, hvorefter patienter der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke.

Ifølge lovbemærkningerne vil der derfor foreligge tvang i alle de tilfælde, hvor en 15-17-årig ikke vil give informeret samtykke til behandling. Der skal derfor ikke forsøges indhentet samtykke fra forældremyndighedens indehaver i forhold til 15-17-årige patienter.

6 Afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn resumerer herunder en række afgørelser fra 2017, som er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2017.

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

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 have løbende 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 opfyldt.

Som udgangspunkt vil Det Psykiatriske Ankenævn tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt 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 hans/hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Er patienten motiveret kontinuerligt og ensartet i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling? 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 5.4.1.3 vedrørende krav til informationen).
- Har patienten haft en passende betænkningstid? Det vil sige, at der vedvarende skal være forsøgt at opnå patientens frivillige medvirken, og medicinen skal tilbydes dagligt til frivillig indtagelse. Som udgangspunkt vil en betænkningstid på to til tre døgn være tilstrækkelig.
- 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 som udgangspunkt have haft en betænkningstid på minimum to døgn.
- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til www.pro.medicin.dk? Såfremt der er tale om en usædvanlig dosering i henhold til www.pro.medicin.dk, skal det konkret fremgå af journalen, hvad begrundelsen er for at dosis er højere end sædvanlig dosering.
- Er patienten informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet? Der skal informeres om formål, virkning og bivirkninger samt om dosis, herunder skal der informeres om, hvis doseringen er usædvanlig i henhold til www.pro.medicin.dk, samt begrundelsen herfor. Ligeledes skal der informeres om et eventuelt dosisinterval.
- 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.

6.1.1 Indhold af motivationen

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, kan betænkningstiden blive afbrudt, og motivationen skal dermed starte forfra.

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 han/hun er motiveret for. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

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.

6.1.2 Betænkningstid

Det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at patienten i forbindelse med tvangsbehandling skal have en passende betænkningstid før beslutningen om tvangsbehandling, så patienten kan nå at

overveje, om han eller hun vil tage frivilligt imod behandlingen. Betænkningstiden skal desuden have en passende varighed, dog højst tre dage.

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

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven, at patienten i betænkningstiden dagligt skal tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

En patient har således krav på højst tre døgn betænkningstid, inden tvangsbehandlingen besluttet. Der skal i betænkningstiden være motiveret for behandlingen, således at patienten har mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen. 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 vil eventuelt kunne føre til anvendelsen 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 har modsat sig behandlingen.

Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da der først var tale om reel motivation fra det tidspunkt, hvor patienten afviste at modtage medicinen (16/7839)

En mandlig patient blev i perioden fra den 17. juni 2016 til den 20. juni 2016 motiveret for antipsykotisk behandling.

Den 17. juni 2016 indvilligede patienten i at tage medicinen frivilligt efter motivationssamtalen. Han ønskede dog at klage efterfølgende.

Den 18. og 19. juni 2016 blev patienten igen motiveret for behandlingen, og han bad samtidig om at modtage medicinen, hvilket han fik.

Den 20. juni 2016 blev patienten igen motiveret for behandlingen, og han bad samtidig om at modtage medicinen, hvilket han fik. Efterfølgende gav han udtryk for, at han ønskede at klage over medicinen. På grund af hans ambivalens vedrørende den medicinske behandling, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling den 20. juni 2016.

Ankenævnet lagde på baggrund af oplysningerne i journalen til grund, at patienten i hele motivationsperioden indtog den tilbudte medicin frivilligt, selvom han var ambivalent i forhold til medicineringen.

Samlet set fandt ankenævnet, at patienten reelt ikke blev motiveret i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 20. juni 2016, idet han ikke på noget tidspunkt i motivationsperioden havde afvist at indtage medicinen.

Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da afdelingen vedvarende forsøgte at motivere patienten (17/1597)

En psykiatrisk afdeling forsøgte i perioden fra den 6. januar 2017 til den 10. januar 2017 at motivere en kvindelig patient for antipsykotisk behandling.

Den 6. januar ønskede patienten ikke at modtage motivationen om tvangsbehandling mundtligt, men personalet forsøgte alligevel at motivere hende.

Den 7. januar 2017 smækkede patienten døren i hovedet på personalet, da personalet forsøgte at motivere hende til behandlingen. Personalet læste efterfølgende motivationen højt for patienten.

Den 8. januar 2017 ønskede patienten igen ikke at modtage motivationen. Hun smækkede døren i og takkede nej, da personalet forsøgte at oplæse motivationen for hende.

Den 9. januar 2017 afbrød patienten personalet, da personalet forsøgte at motivere hende. Patienten udtalte i den forbindelse "nej, nej... nej det vil jeg ikke".

Samlet set fandt ankenævnet, at patienten blev forsøgt motiveret i tilstrækkeligt omfang for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 6. januar 2017 til den 10. januar 2017 blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

6.1.3 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 af bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 1, stk. 2, at beslutningen, i overlægens fravær, kan træffes af en anden læge, men at overlægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen.

Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling truffet af en 1. reservelæge og fire dage senere godkendt af en overlæge (17/4116)

Den 27. februar 2017 traf en 1. reservelæge beslutning om tvangsbehandling i overlægens planlagte fravær.

Ankenævnet vurderede, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte, idet beslutningen blev godkendt af overlægen fire dage senere, da denne igen var på afdelingen.

6.1.4 Sædvanlig dosering

6.1.4.1 Generelt om sædvanlig dosering

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 2, at når der tvangsmedicineres, skal der anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det fremgår videre 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 markedsføringstilladelser.

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosering medicinoversigten på www.pro.medicin.dk, der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

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

Det er således ankenævnets praksis, at der skal være en konkret begrundelse for doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder maksimaldosis som beskrevet på 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 i forhold til den konkrete patient. "God lægelig praksis" skal altså anvendes til at udfylde det doseringsinterval, der fremgår af www.pro.medicin.dk, og giver ikke en alternativ adgang til at fastlægge den tilladte dosis i forhold til "sædvanlig dosering".

6.1.4.2 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser også 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, for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af 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.

6.1.4.3 Information om præparaterne

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, at der ikke må benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante

behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Det 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 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.

6.1.5 Opsættende virkning

Ankenævnet har i 2017 set flere sager, hvor afdelingen besluttede ikke længere at tillægge klagen opsættende virkning, inden Det Psykiatriske Patientklagenævn havde behandlet en klage over beslutningen om tvangsbehandling.

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 først må iværksættes, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Underkendelse af beslutning om ikke at tillægge klagen til Det Psykiatriske Patientklagenævn opsættende virkning (17/11285)

Den 24. august 2017 besluttede afdelingen at en kvindelig patient skulle tvangsbehandles. Afdelingen besluttede desuden, at klagen til Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke skulle tillægges opsættende virkning, idet patienten en time forinden beslutningen om tvangsbehandling havde været svært udsældende og havde sparket ud efter en kuglestol, hvor der ikke sad nogen på. Klagen blev endvidere ikke tillagt opsættende virkning, idet hun også kort forinden beslutningen om tvangsbehandling havde spurgt et medlem af personalet, om vedkommende var bange for et kraftigt knytnæveslag. Hun var herefter blevet henvist til sin stue, hvor hun skulle blive, indtil hendes adfærd var acceptabel.

Ankenævnet fandt det ikke tilstrækkeligt godtgjort i journalen, at hun havde været til fare for sig selv eller andre, hvorfor det ikke havde været nødvendigt at gennemføre behandlingen omgående for at forhindre, at hun udsatte sig selv og andre for nærliggende fare.

Ankenævnet fandt derfor, at klagen burde have været tillagt opsættende virkning.

6.1.6 Depotbehandling

Ved tvangsbehandling, herunder ved depotbehandling, er det en betingelse, at den mindst indgribende foranstaltning skal anvendes.

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

Det fremgår af bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger § 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. 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 meget vanskelig. En særlig grund kan også være, at brugen af daglige injektioner vil være særligt angstfremkaldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse. Den særlige begrundelse skal være konkret og journalføres.

6.1.7 Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling

Underkendelse af beslutning om indgivelse af mikstur via sonde, da det ikke var i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet og ikke ville sikre hurtig helbredelse (16/12275)

Den 15. september 2016 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en mandlig patient med Risperidon/Risperdal 0,5 mg dagligt, stigende til maksimalt 6 mg dagligt. Behandlingen skulle så vidt muligt være med oralopløsning eller smeltetablet. Da han tidligere ikke havde kunnet samarbejde om behandling med smeltetablet eller oralopløsning, blev der subsidiært besluttet behandling med Risperidon mikstur i sonde. Tertiært blev der besluttet behandling med injektion Abilify 0,6 ml (4,5 mg), maksimalt 15 mg dagligt.

Ankenævnet fandt, at det ikke var i overensstemmelse med mindste middels princip at træffe beslutning om indgivelse af Risperdal via sonde, hvis han ikke kunne samarbejde omkring smeltetablet eller oralopløsning.

Ankenævnet bemærkede i den forbindelse, at der ikke fremgik oplysninger af journalen om, at han havde givet udtryk for, at han fandt indgivelse af medicin via sonde mindre indgribende end injektion, eller at han led af giffrygt.

Det var desuden ankenævnets opfattelse, at indgivelse af medicin via sonde ville forsinke helbredelse af patienten i forhold til injektionsbehandling.

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 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.

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.

Det vil ofte 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.

Tiltrædelse af beslutning om anvendelse af fysisk magt, da betingelserne var opfyldt på trods af, at der ikke var forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger (16/1007)

En kvindelig 15-årig patient var selvskadende, skrigende samt motorisk urolig. Hun stak hånden i munden, slog sig selv i ansigtet og sparkede ud efter personalet. Hun blev derefter fastholdt med magt.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at hun 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.

6.3 Indgivelse af beroligende middel med magt

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.

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.

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.

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

Når ankenævnet vurderer, om betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt er opfyldt, gøres dette som udgangspunkt ud fra 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?

Herunder om følgende er forsøgt, forinden indgivelsen af beroligende middel med magt:

- Er patientens aktiviteter forsøgt begrænset og korrigeret? Hvis dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen?
- Er patienten forsøgt talt til ro? Hvis dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen?
- Er det forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse? Hvis dette ikke er muligt, er begrundelsen så beskrevet konkret i journalen?
- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til www.pro.medicin.dk? Såfremt der er tale om en usædvanlig dosering i henhold til www.pro.medicin.dk, fremgår det så konkret af journalen, hvad begrundelsen er for at gå ud over sædvanlig dosering?

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, 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.

6.3.2 Sædvanlig 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, der oprindeligt blev tilbudt til frivillig indtagelse.

Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da det indgivne præparat ikke svarede til det tilbudte (17/10098)

Den 1. juni 2017 blev en mandlig patient tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik tilbudt Zyprexa 5 mg samt tablet Stesolid 5 mg, men at indgivelsen af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Abilify 9,75 mg i.m. samt injektion Stesolid 10 mg i.m.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen, idet de indgivne præparater ikke svarede til de præparater, som var blevet tilbudt patienten til frivillig indtagelse.

Endelig skal der være tale om indgivelse af et afprøvet lægemiddel i sædvanlig dosering. Ankenævnet anvender www.pro.medicin.dk til at fastlægge, hvad der er sædvanlig dosering.

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

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

Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da beslutningen ikke opfyldte kravet om afprøvet lægemiddel (16/1007)

I perioden fra den 23. marts til den 17. juni 2015 fik en kvindelig patient på 15 år indgivet beroligende middel med magt i alt 102 gange.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af beroligende middel med magt i form af Zyprexa ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler, idet der ikke forelå dokumentation for sikkerhed og virkning af præparatet for børn og unge under 18 år.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af pro.medicin.dk, at Zyprexa ikke burde anvendes til børn og unge under 18 år på grund af manglende erfaring, og at der desuden var høj risiko for metaboliske bivirkninger.

Lægemiddelstyrelsen havde til brug for sagen oplyst, at årsagen hertil var, at der ikke var udført en kontrolleret undersøgelse, dengang præparatet blev godkendt. Forelå der således ikke dokumentation for behandling af personer under 18 år, gav det anledning til bemærkningen: "Bør ikke anvendes hos børn og unge."

Ankenævnet fandt, at beslutningerne om indgivelse af beroligende middel med magt i form af Zyprexa ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler, idet der ikke forelå dokumentation for sikkerhed og virkning af præparatet for børn og unge under 18 år.

6.4 Øvrige udvalgte afgørelser

Ankenævnet afgjorde i 2017 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med ECT og døraflåsning.

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.

Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse i form af medicinsk behandling ved forebyggelse af blodpropper (16/2295)

En mandelig patient var bæltefikseret på 4. døgn, hvor der blev truffet beslutning om tvangsbehandling i form af medicinsk behandling med Innohep 0,45 ml en gang dagligt til forebyggelse af blodpropper.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde været bæltefikseret i 4 døgn, og dermed var immobiliseret.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at ved immobilisering bliver blodgennemstrømningen fra hjertet til ben samt bækken og tilbage igen langsom. Derfor kan blodet størkne og sætte sig som blodpropper i benene. Ved blodpropper i benene er der en akut risiko for, at de løsriver sig og føres med blodstrømmen til lungerne, og dér blokerer for blodgennemstrømningen.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at der forelå en stor risiko for udvikling af blodpropper, såfremt der ikke blev behandlet med blodfortyndende medicin, og betingelserne for tvangsbehandling var således opfyldt.

6.4.2 Tvangsbehandling med ECT

For så vidt angår tvangsbehandling med ECT (elektrostimulation), gælder de almindelige regler og betingelser også for denne form for tvangsbehandling.

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

Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med ECT, selvom patienten ikke var motiveret forud for behandlingen (17/4617)

Den 1. juni 2016 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med ECT behandling.

Ankenævnet vurderede, at en undladelse af behandling ville have indebåret en betydelig risiko for patientens liv, idet han befandt sig i 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 tilstand tilstrækkeligt, herunder at patienten kunne udvikle 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 bemærkede, at patienten ikke blev motiveret for tvangsbehandling med ECT, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 1. juni 2016.

Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at patientens tilstand havde udviklet sig til en livstruende delir, hvor akut behandling var påkrævet.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

6.4.3 Døraflåsning

Det fremgår af psykiatrilovens § 18 a, stk. 1, at aflåsning af en patientstue kan anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Det fremgår af § 18 a, stk. 2, at aflåsning af en patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt for 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, også anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter 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.

Af bemærkningerne til § 18 a fremgår det, at det er velkendt, at meget sindssyge patienter ikke tåler at være for tæt på andre mennesker. Flere patienter føler sig meget trykkes ved, at døren til deres stue er aflåst i perioder, således at de ikke behøver at bruge energi på at kontrollere egne impulser eller handlinger. Behovet for at skærme en patient på egen stue med låst dør kan derudover være begrundet i konkret farlighed. Denne farlighed hænger sammen med, at de meget syge patienter ofte ikke er forudsigelige i deres handlinger. Det kan derfor være nødvendigt at skærme patienten både af hensyn til patienten selv og af hensyn til medpatienters og personalets sikkerhed. Beslutning om aflåsning af patientstuen skal træffes af en læge efter en konkret vurdering og skal være begrundet i et individuelt behov.

Tiltrædelse af beslutning om aflåsning af patientstue (17/3388)

Den 8. juli 2016 blev der truffet beslutning om aflåsning af en mandlig patients patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Patienten fremtrådte psykotisk, irriteret, præget af svære formelle tankeforstyrrelser, uforudsigelig, vanskelig at aflæse, med ustabil affektregulering og med bizar adfærd i perioder. Patienten havde desuden fået udstedt et farlighedsdekret, da han tidligere havde overfaldet en medarbejder på en psykiatrisk afdeling.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at aflåse patientstuen var opfyldt, idet aflåsningen blev anvendt med henblik på at etablere faste rammer i behandlingen.

Ankenævnet fandt videre, at beslutningen om aflåsning af patientstuen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltninger, da det ikke var muligt at sikre faste rammer i behandlingen uden at anvende døraflåsning.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der løbende i hele perioden blev taget stilling til, om det var nødvendigt med aflåsning af patientstuen.

7 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2017 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 offentliggørelser af afgørelser.

Det er vores håb, 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.

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 www.stps.dk. I 2017 offentliggjorde ankenævnet 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.

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.

Endelig udbreder ankenævnet også gerne kendskabet til nævnets praksis gennem dialogbaserede foredrag, når der vises interesse herfor. Sekretariatet har derfor i 2017 afholdt et oplæg for det norske tvangsudvalg. Sekretariatet har naturligvis også i 2017 deltaget ved det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus.

9 Forventninger til fremtiden

Det Psykiatriske Ankenævn vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2018, for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Indholdet af de psykiatriske ankenævns-sager 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. 2017 har været et meget interessant år på den front, og vi forventer det samme af 2018.

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. 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 2017

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