



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Årsberetning 2015

Det Psykiatriske Ankenævn

juni 2016

Kolofon

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2015

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

Telefon: 7222 7400
E-post: sst@sst.dk

Udgivelsesår: 2016

ISBN: 978-87-998966-3-9

Version: Nr..1.0
Versionsdato: juni 2016

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

Indhold

Forord	4
1 Indledning	5
2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn	6
3 Nøgletal	7
4 Sagsgang	8
4.1 Klageberettigelse	8
4.2 Formelle regler	8
4.3 Styrelsens forberedelse af sagen	8
4.4 Afgørelsen	9
4.5 Genoptagelse	11
5 Afgørelser	12
5.1 Tvangsbehandling	12
5.1.1 Indhold af motivation	14
5.1.2 Betænkningstid	16
5.1.3 Overlægegodkendelse	18
5.1.4 Sædvanlig dosering	19
5.1.5 Depotbehandling	22
5.1.6 Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling	24
5.1 Anvendelse af fysisk magt	26
5.2 Indgivelse af beroligende middel med magt	27
5.3.1. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger	27
5.3.2. Sædvanlig præparat og dosis	28
5.3.3. Øvrige afgørelser vedrørende beroligende middel med magt	30
5.3 Øvrige udvalgte afgørelser	31
5.4.1. Legemlig lidelse	31
5.4.2. Aflåsning af patientstue	33
5.4.3. Tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG	34
5.4.4. Tvangsbehandling med ECT	35
5.4.5. Fortsat tvangsbehandling	36
6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	38
7 Læring	39
8 Forventninger til fremtiden	40
Bilag	41
Bilag 1 Forretningsorden	41
Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2015	45

Forord

Det Psykiatriske Ankenævn modtog i 2015 igen flest klager over tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt. Vi har derfor valgt igen i år at have fokus på disse områder i årsberetningen.

Det valgte fokus afspejler de særlige problemstillinger vedrørende sædvanlig dosis, betænkningstid, valg af dosis ved beslutning om tvangsbehandling, indgivelse af beroligende middel med magt samt i særdeleshed dokumentation i forbindelse med disse indgreb.

I 2015 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, ofte grundet utilstrækkelig dokumentation eller uoverensstemmelser i journalen. Der manglede blandt andet dokumentation for motivationen eller begrundelsen for at ordinere en usædvanlig dosis medicin. I forhold til indgivelse af beroligende middel med magt manglede der dokumentation for, at mindre indgribende foranstaltninger var forsøgt.

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

Vi har endvidere i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med ECT, blodprøvetagning og EKG samt fysisk magtanvendelse og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen. Det skyldes, at det er sjældent, at ankenævnet tager stilling til disse indgreb.

Henrik Gunst Andersen
Formand

1 Indledning

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

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

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

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

2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

Ankenævnet er et fast udpeget nævn. Det består af fem medlemmer: en formand, som er dommer og udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, to medlemmer, der skal være psykiatere, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne. Ankenævnets sammensætning i 2015 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet holder skiftevis telefon- og almindelige møder.

Ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Ankenævnets afgørelser kan ikke indbringes for en anden administrativ myndighed.

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

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

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

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

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Styrelsen for Patientsikkerheds Patientklagecenter.

De nærmere regler om Det Psykiatriske Ankenævn er i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

3 Nøgletal

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen har oplyst, at de i 2015 traf 1376 afgørelser, der kunne indbringes for ankenævnet. Af disse blev 220 anket. Det svarer til 15,99 % af de 1376 afgørelser.

I 2015 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 173 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 176 sager i 2014. Antallet af indkomne klager ligger således nogenlunde stabilt.

Ankenævnet afgjorde 142 sager, men afsluttede i alt 166 sager. Sagerne kom ind i både 2014 og 2015, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2016 også fortsat behandlede sager, der kom ind i 2015.

Ankenævnet holdt 9 møder og afgjorde, som nævnt ovenfor, 142 sager i 2015. Af de 173 nye ankesager blev 24 sager afsluttet på anden måde. For eksempel fordi de var forældede, eller fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 93 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 65,49 procent af alle afgjorte sager.
- Ankenævnet ændrede i 44 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser, hvilket svarer til 30,99 procent.
- Ankenævnet hjemviste 2 sager til ny behandling, hvilket svarer til 1,41 procent.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2014 i alt 43,45 procent af sagerne fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, ændrede 51,72 procent og hjemviste 2,76 procent.

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

I de 142 sager som blev afgjort i 2015, tog ankenævnet stilling til i alt 188 tvangsindgreb. Ud af de 188 tvangsindgreb blev Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering tiltrådt i 129 tilfælde. Det svarer til 68,62 procent. Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse vedrørende 59 tvangsindgreb. Det svarer til 31,38 procent.

I 2015 afviste ankenævnet desuden at genoptage 3 afgørelser.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 4,66 måneder i 2015 mod 6,3 måneder i 2014.

4 Sagsgang

Det er et fast team af sagsbehandlere i styrelsens Patientklagecenter, der forbereder og behandler alle ankesager, som Det Psykiatriske Ankenævn skal afgøre. I 2015 bestod teamet af fem sagsbehandlere.

4.1 Klageberettigelse

Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævnets 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 ofte via Det Psykiatriske Patientklagenævn. Sammen med klagen sender Det Psykiatriske Patientklagenævn også samtidig det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse.

4.2 Formelle regler

Når styrelsen modtager en sag, undersøger sagsbehandleren, om forholdet falder under ankenævnets kompetence, om forholdet, der klages over, er afgjort i 1. instans, om klagen er indgivet af en klageberettiget, og om klagen er forældet.

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

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

4.3 Styrelsens forberedelse af sagen

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

Parterne høres over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part. Efter eventuel partshøring laver styrelsen et udkast over de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund, og opstiller sundhedsfaglige spørgsmål til en sagkyndig lægekonsulent med speciale i psykiatri.

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

4.4 Afgørelsen

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

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

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

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

Ophævelse sker blandt andet, når der mangler kompetence hos patientklagenævnet. Det sker eksempelvis, hvis indgrebet ikke er reguleret af psykiatriloven.

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

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

Eksemplerne herunder viser en hjemvisning, hvor ankenævnet vurderede, at Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse på et utilstrækkeligt grundlag.

Nye oplysninger i form af en tilføjelse til journalen, fremlagt for ankenævnet, medførte hjemvisning

Den 4. august 2015 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg.

Det fremgik af tvangsprotokollen, at han forinden indgivelsen fik tilbudt beroligende middel til frivillig indtagelse i form af tablet Olanzapin (Zyprexa).

Den 7. september 2015 modtog ankenævnet en tilføjelse til journalen af 2. september 2015 til brug for behandlingen af anken. Af journalnotatet fremgik, at patienten var blevet tilbudt både tablet Olanzapin (Zyprexa) 10 mg og tablet Oxazepam 15 mg.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at der var tale om nye væsentlige oplysninger, som ikke forelå, da Det Psykiatriske Patientklagenævn traf afgørelse i sagen, hvorfor ankenævnet hjemviste afgørelsen til fornyet behandling.

Utilstrækkelig sagsoplysning medførte hjemvisning

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

Ankenævnet hjemviste afgørelsen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet lagde vægt på, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde været i besiddelse af tvangsprotokollen, da afgørelsen blev truffet, og at der var uoverensstemmelse mellem journalen og tvangsprotokollen.

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

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

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

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

Ankenævnet tager dermed 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.

Det Psykiatriske Ankenævn kan som ankeinstans tage stilling til visse klager over sagsbehandlingen i 1. instans. Det sker i tilfælde, hvor der er klaget over forhold, som er egnede til at influere på

afgørelsens indhold. Det falder derfor uden for ankenævnets kompetence at behandle klager, der alene angår Det Psykiatriske Patientklagenævns sagsbehandling. Det falder også uden for Det Psykiatriske Ankenævns kompetence at behandle klager over navngivne sundhedspersoner, hvis der ikke samtidig klages over selve beslutningen om tvang.

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

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

4.5 Genoptagelse

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

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

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

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

5 Afgørelser

Ankenævnet resumerer herunder en række afgørelser fra 2015, som er udvalgt på baggrund af de tendenser og problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2015.

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

5.1 Tvangsbehandling

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

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

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

Det Psykiatriske Ankenævn tager som nævnt i praksis ikke stilling til samtlige betingelser, hvis det kun er nødvendigt at forholde sig til dele af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det er en grundlæggende betingelse, at patienten var sindssyg eller i en tilstand, der kunne ligestilles hermed.

Det er også et krav, at det var uforvarsligt ikke at tvangsbehandle patienten. Det vil sige, at udsigten til at blive helbredt, eller til at tilstanden bliver betydeligt og afgørende bedre, ellers vil være væsentligt forringet, eller at patienten udgjorde en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Sundhedspersonalet skal også have forsøgt at motivere patienten tilstrækkeligt, og kravet om betænkningstid skal være opfyldt. Dette har vist sig at være et vanskeligt område i praksis, og vi har derfor valgt at komme nærmere ind på dette under afsnit 5.1.1 og 5.1.2.

Det skal desuden være en overlæge, som skal træffe beslutningen om at tvangsbehandle. Se nærmere herom under afsnit 5.1.3.

Er disse krav opfyldt, vurderer ankenævnet, om det er besluttet at tvangsbehandle med afprøvede lægemidler med markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Der skal desuden være tale om en sædvanlig dosering og medicin med færrest mulige bivirkninger. I 2015 så ankenævnet i flere tilfælde, at der var truffet beslutning om en usædvanlig dosis. Dette medførte, at ankenævnet underkendte beslutning om tvangsbehandling. Se mere om det under afsnit 5.1.4.

Patienten skal også være informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen træffes.

Endelig skal der tages stilling til spørgsmålet om opsættende virkning.

En klage over tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, medmindre det var nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet har i 2015 truffet afgørelse i en sag, hvor nævnet fandt anledning til at bemærke, at der skal skelnes imellem akut behandlingsbehov og reglerne om opsættende virkning.

Kravene til akut behandlingsbehov og opsættende virkning er ikke ens

Den 6. november 2014 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient.

Det blev på tvangsprotokollen anført, at baggrunden for beslutningen om tvangsbehandling var at reducere patientens farlighed overfor andre.

Ankenævnet bemærkede, at det af journalen fremgik, at patienten i dagene op til beslutningen om tvangsbehandling fik tilbudt medicin.

Det var imidlertid ankenævnets opfattelse, at der ikke var tale om en regelret motivation af patienten forud for beslutningen om tvangsbehandling den 6. november 2014.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 3 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, 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.

Ankenævnet bemærkede hertil, at et akut behandlingsbehov alene er til stede, når udsættelse af behandlingen er til fare for patientens eget liv eller helbred i modsætning til reglerne om opsættende virkning, som også omfatter tilfælde, hvor patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke var tale om en akut situation, idet der i journalen og sagens øvrige akter ikke var anført oplysninger om, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling var i en tilstand, hvor udsættelse af behandlingen var til fare for hans liv eller helbred.

Derudover berører ankenævnet emnet depotbehandling ved akutte situationer under afsnit 5.1.5.

Under øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling, afsnit 5.1.6, vil ankenævnet komme ind på samtidige beslutninger om tvangsbehandling og tvungen opfølgning samt kravet til information om de præparater, der vil blive truffet beslutning om tvangsbehandling med.

5.1.1 Indhold af motivation

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

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

Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der er motiveret tilstrækkeligt, indgår det, når ankenævnet vurderer, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

Følgende er et eksempel på en afgørelse, hvor ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling, idet der alene var blevet motiveret for startdosis.

Motivation alene for startdosis var ikke tilstrækkeligt

I perioden fra den 5. til den 8. marts 2015 blev en kvindelig patient søgt motiveret for behandling med smeltetablet Olanzapin 10 mg samt tablet Delepsine 600 mg.

Den 9. marts 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 10 mg x 2, eventuelt stigende til 15 mg x 2, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg x 2 som

antimanisk og antipsykotisk behandling. Beslutningen indeholdt ligeledes behandling med stemningsstabiliserende medicin i form af Delepsine Retard 600 mg x 2, eventuelt stigende til 900 mg x 2.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke havde været motiveret for hele dosisintervallet, men alene startdosis, hvorfor motivationsperioden ikke kunne betragtes som reel betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling.

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

Ej truffet beslutning om tvangsbehandling med samme dosis, som der blev motiveret for

I perioden fra den 21. til den 23. maj 2015 blev en kvindelig patient søgt motiveret for behandling med tablet Zyprexa 5 mg dagligt stigende til 40 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg dagligt stigende til 10 mg dagligt.

Den 24. maj 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 5 mg dagligt stigende til 20 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg dagligt stigende til 10 mg dagligt.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke blev truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den samme dosis, som der blev motiveret for.

Ankenævnet så i 2015 desuden flere sager, hvor der var uoverensstemmelse mellem den motivation, der var registreret i den primære journal og de motivationsskemaer, som flere afdelinger er begyndt at anvende i forbindelse med registrering af motivationen, og som er en del af journalen. Det var derfor ikke helt klart, hvilken dosis, der var motiveret for.

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

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

Forskellige angivelser i journal og motivationsark gjorde det usikkert, om patienten var motiveret konkret

I perioden fra den 20. til den 22. oktober 2014 blev en mandlig patient, ifølge et særskilt motivationsskema, søgt motiveret for behandling med tablet Abilify 15 mg med eventuel stigning til 30 mg.

Den 23. oktober 2014 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify 15 mg med eventuelt stigning til maksimalt 30 mg.

Patienten blev imidlertid, ifølge journalen, alene motiveret for tablet Abilify 15 mg den 21. og 22. oktober 2014.

Ankenævnet bemærkede, at da der ikke var motiveret ensartet for hele dosisintervallet, kunne motivationen ikke betragtes som betænkningstid i relation til den beslutning om tvangsbehandling, der blev truffet den 23. oktober 2014.

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

5.1.2 Betænkningstid

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

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

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

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

Herunder følger en række eksempler på ankenævnets praksis vedrørende udstrækningen af betænkningstiden.

Konkret vurderet, at en betænkningstid på 1 døgn, 21 timer og 57 minutter var tilstrækkelig

En mandlig patient blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling fra den 28. marts 2015 kl. 16 til der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 30. marts 2015 kl. 13.57.

Ankenævnet vurderede konkret, at patienten fik en tilstrækkelig betænkningstid.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 1 døgn, 21 timer og 57 minutter var passende, da patienten var affektspændt og forpint samt personforvekslende, og følte sig forfulgt. På baggrund af patientens tilstand og sygehistorie var der således ikke udsigt til, at en længere betænkningstid ville ændre noget i hans motivering, og man ville i stedet kunne forvente flere tvangsindgreb, hvor han skulle beroliges med medicin, eventuelt isoleres i perioder og/eller fikseres for at undgå skader.

Ankenævnet godkendte en betænkningstid på 5 døgn og cirka 4 timer

En kvindelig patient blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling dagligt fra den 6. maj 2015 kl. 8.00 til, der den 11. maj 2015 kl. 11.52 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 5 døgn og cirka 4 timer var passende for patienten.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke fremgik oplysninger af journalen om, hvorvidt patienten i betænkningstiden havde mulighed for at drøfte forholdet med en patientrådgiver.

Ankenævnet fandt dog ikke, at dette i sig selv medførte, at der ikke blev givet en tilstrækkelig betænkningstid, da patienten fik en betænkningstid på over 2 døgn, samt derfor måtte antages at have haft mulighed for at drøfte forholdet med sin patientrådgiver, idet det fremgik af journalen, at en sådan var tilknyttet hende.

Betænkningstiden løber fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud. Hvis en patient således først har modtaget sin medicin frivilligt, men senere modsætter sig behandlingen, medregnes "den frivillige periode" således efter nævnets praksis ikke i

betænkningstiden. I sådanne tilfælde regnes betænkningstiden fra det tidspunkt, hvor det af journalen fremgår, at patienten har modsat sig behandlingen.

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

12 timer og 27 minutters betænkningstid, som følge af frivillig indtagelse i motivationsperioden, var ikke tilstrækkeligt

En mandlig patient blev i perioden fra den 11. til den 14. november 2014 motiveret for antipsykotisk behandling.

I perioden fra den 11. til den 13. november 2014 kl. 9.15 modtog patienten behandlingen frivilligt, om end modvilligt, og det blev noteret, at han var ambivalent over for behandlingen.

Ankenævnet fandt herefter, at det alene var perioden fra den 13. november 2014 kl. 22.53 til den 14. november 2014 kl. 11.20, som kunne betragtes som betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling, idet patienten først i denne periode modsatte sig behandlingen.

På den baggrund fandt ankenævnet, at patienten alene blev motiveret i 12 timer og 27 minutter, før beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet vurderede herefter, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at han ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt der var forsøgt motiveret i mere end 12 timer og 27 minutter.

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

5.1.3 Overlægegodkendelse

Det er overlægen, der beslutter om der skal tvangsbehandles, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal anvendes magt for at gennemføre behandlingen. Det fremgår af § 12, stk. 4, i psykiatriloven.

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

Det Psykiatriske Ankenævn refererer herunder et eksempel på, at ankenævnet tog stilling til, om kravet om overlægegodkendelse var overholdt.

Ankenævnet fandt, at kravet om overlægegodkendelse var opfyldt

En kvindelig patient blev søgt motiveret for behandling med smeltetablet Zyprexa 5-10 mg fra den 27. til den 29. december 2014, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 30. december 2014.

Ankenævnet bemærkede, at tvangsprotokollen var underskrevet af en 1. reservelæge uden anførsel af dato for overlægens stillingtagen, ligesom journalnotatet, der henviste til tvangsprotokollen ligeledes var udfærdiget af 1. reservelægen uden direkte henvisning til, at beslutningen blev godkendt af overlægen, idet det alene var anført, at overlægen traf beslutning om tvangsbehandling.

Af en udtalelse fra afdelingen fremgik det, at 1. reservelægen efter aftale med overlægen traf beslutningen om tvangsbehandling den 30. december 2014 i dennes fravær.

Af et journalnotat af 31. december 2014, udfærdiget af overlægen, fremgik det, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling af patienten, og at hendes klage havde opsættende virkning.

Det var herefter ankenævnets opfattelse, at overlægen tog stilling til beslutningen om tvangsbehandling, så snart denne igen var til stede på afdelingen.

Ankenævnet bemærkede, at datoen for overlægens stillingtagen til tvangsmedicineringen burde være anført på tvangsprotokollen, ligesom overlægegodkendelsen burde have fremgået af journalen.

5.1.4 Sædvanlig dosering

5.1.4.1 Generelt om sædvanlig dosering

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

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af doseringerne, der opfylder kravene i psykiatriloven og bekendtgørelsen den internetbaserede fortegnelse www.pro.medicin.dk.

Ankenævnets praksis er derfor, 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 patienten, og hvor dosis holder sig inden for det, som retningslinjerne angiver som maksimaldosis.

Ankenævnet arbejder dermed med en skærpet pligt til at begrunde doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder maksimaldosis som beskrevet på www.pro.medicin.dk.

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 her, og giver ikke en alternativ adgang til at fastlægge den tilladelige dosis i forhold til 'sædvanlig dosering'

Det Psykiatriske Ankenævn har offentliggjort en række afgørelser vedrørende fortolkningen af sædvanlig dosering på styrelsens hjemmeside under Afgørelser - Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn – Nævnets afgørelser.

Derudover har ankenævnet beskrevet problemstillingen udførligt i ankenævnets årsberetning fra 2014, hvorfor der alene vil blive medtaget enkelte særlige eksempler fra 2015.

Læs mere i Ankenævnets [årsberetning fra 2014](#).

Herunder er et eksempel på en afgørelse fra 2015, hvor ankenævnet fandt, at en begrundelse for en usædvanlig initialdosis ikke var tilstrækkelig.

Underkendelse af beslutning, da høj initialdosis ikke fandtes velbegrunderet

Den 17. april 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient med tablet Risperdal 3 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at den besluttede dosering på tablet Risperdal gik ud over den på pro.medicin.dk anførte sædvanlige initialdosis på 1 mg.

Begrundelsen for at ordinere en højere initialdosis end den på pro.medicin.dk anbefalede dosis var, at patienten tidligere havde fået tablet Risperdal 3 mg, og at hun tålte denne dosis. Endvidere havde hun været i behandling, omend ustabil, med den dosis inden den aktuelle indlæggelse.

Det blev over for ankenævnet præciseret, at patienten senest havde været i behandling med tablet Risperdal 3 mg i perioden fra marts 2014 til januar 2015, hvor præparatet blev seponeret.

Det var ikke muligt at få oplyst, hvorfor behandlingen var blevet seponeret.

Ankenævnet fandt på denne baggrund, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte, idet det forhold, at patienten tidligere havde modtaget Risperdal 3 mg ikke kunne begrunde en initialdosis på 3 mg.

Ankenævnet lagde vægt på, at behandlingen med Risperdal 3 mg blev seponeret i januar 2015, og at der således var gået tre måneder siden patienten havde været i behandling med Risperdal i den pågældende dosis, til der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

5.1.4.2 For ældre patienter

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

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

Ankenævnet vurderede, at der var tale om en megadosis til en ældre patient

Den 4. november 2014 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med dråber Cisordinol 10 – 50 mg, startende med 10 mg, subsidært injektion Abilify 9,75 mg i.m. en gang dagligt til maksimalt 9,75 mg to gange dagligt.

Ankenævnet bemærkede, at patienten var 69 år.

Ifølge medicinoversigten på www.pro.medicin.dk, kan ældre patienter behandles med 2-6 mg Cisordinol dagligt, eventuelt stigende til 10-20 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde vægt på, at Cisordinol og Abilify er almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at den besluttede dosering af Cisordinol gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering samt ud over den maksimale dosis for ældre patienter.

5.1.4.3 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser også på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når det vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som

udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på www.pro.medicin.dk, for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af pro.medicin.dk, at et bestemt præparat skal administreres over to omgange i løbet af et døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgn dosis ikke kravet om sædvanlig dosis.

5.1.5 Depotbehandling

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

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

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

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

Nedenfor følger et eksempel på en sådan særlig konkret begrundelse.

Depotbehandling godkendt, da det havde været umuligt at fastholde patienten i peroral behandling, og da der tidligere havde været god effekt af depotbehandling

Den 11. juli 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle en kvindelig patient med injektion Zypadhera 300 mg hver anden uge.

Ankenævnet vurderede konkret, at tvangsbehandlingen i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen tidligere havde været forsøgt behandlet med antipsykotisk medicin i tabletform, og at det havde været umuligt at fastholde hende heri.

Ankenævnet lagde også vægt på, at patienten tidligere havde modtaget behandling med Zypadhera depot med god effekt på tilstanden.

Nedenfor følger et eksempel, hvor ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling med depot, da der ikke forelå særlige grunde til at vælge depotbehandling.

Depotbehandling underkendt, da patienten kunne samarbejde omkring peroral behandling og led af frygt for sprøjter

Den 12. december 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle en kvindelig patient med Cisordinol depot injektion med initialdosis 200 mg hver anden uge, som kunne øges op til 400 mg hver anden uge.

Ankenævnet vurderede konkret, at tvangsbehandlingen i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten kunne samarbejde til tvangsbehandling med Cisordinol dråber.

Ankenævnet lagde også vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten led af frygt for sprøjter og depotbehandling, hvorfor det ville være særligt angstforvoldende at give depotmedicin ved injektion.

Nedenfor følger et eksempel, hvor ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling med dosis, der gik ud over sædvanlig dosis.

Depotbehandling underkendt på for høj dosis, selvom begrundelsen herfor fremgik af en tidligere truffet beslutning

Den 5. oktober 2015 blev det besluttet at tvangsbehandle en mandlig patient med Xeplion depot 150 mg, efter en uge 100 mg, og derefter 100 mg hver fjerde uge eventuelt stigende til 150 mg, justeret efter virkning og bivirkninger.

Ankenævnet vurderede konkret, at tvangsbehandlingen i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform, på det tidspunkt hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen var uden sygdomsindsigt og tidligere havde været indlagt flere gange på grund af medicinsvigt, idet det ikke var lykkedes at fastholde ham i antipsykotisk behandling, ligesom han allerede havde været i tvangsbehandling med depotmedicin, der gav færre tvangssituationer.

Ankenævnet underkendte dog beslutningen om tvangsbehandling på baggrund af, at der var truffet beslutning om en dosering, der gik ud over det, der på pro.medicin.dk var angivet som sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke af journalen konkret fremgik, med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, ligesom det ikke fremgik, at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

5.1.6 Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling

5.1.6.1 Samtidig beslutning om tvangsbehandling efter § 12 og tvungen opfølgning

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

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

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

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

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

Beslutning om tvangsbehandling godkendt, selvom der samme dag blev truffet beslutning om tvungen opfølgning

Den 6. februar 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient med depot Xeplion. Der blev samme dag truffet beslutning om tvungen opfølgning.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten forud for beslutningen om tvangsbehandling var vurderet tvangstilbageholdelig, ligesom det fremgår af lægeerklæringen, at varigheden af behandlingen af hende var vurderet til fortsat uger til måneder, hvorfor ankenævnet lagde til grund, at der ikke var tale om en nært forestående udskrivelse af patienten.

5.1.6.2 Information om præparaterne

Der må ikke benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Det fremgår af § 4, stk. 1, i psykiatriloven. I § 1, stk. 2, henvises der til reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5. Herefter forstås der ved informeret samtykke et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der in gen 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.

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

Ankenævnet godkendte en beslutning om tvangsbehandling, hvor patienten var forsøgt informeret

Den 23. august 2014 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

For så vidt angår informationen fandt ankenævnet, at det var dokumenteret i journalen, at patienten på tilstrækkelig vis var forsøgt informeret to gange både mundtligt og skriftligt, men at hun begge gange afslog informationen.

5.1 Anvendelse af fysisk magt

Det fremgår af § 17, stk. 1, i psykiatriloven, at en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt. Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelser af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindste middels princip, jf. lovens § 4.

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

Der skelnes imellem nødvendig fastholdelse efter psykiatrilovens regler om indgivelse af beroligende middel med magt og anvendelse af fysisk magt.

Nedenstående afgørelse illustrerer dette.

Ankenævnet fandt, at der var tale om anvendelse af fysisk magt, og at betingelserne herfor var opfyldt

En kvindelig patient havde gennem en time stået ude i badet med psykotisk adfærd, hvor hun havde taget bad og haft tøj og møbler med ud i badet. Hun blev forsøgt korrigeret og tilbudt beroligende medicin, som hun ikke ønskede at tage imod, men blev i stedet vred og slog ud efter personalet. Da hun fremstod vred, irriteret, udsældende og truende blev hun fastholdt af personalet og ført over til sengen, hvor hun fortsat blev fastholdt. Hun blev herefter tilbudt beroligende medicin, som hun afviste.

Det blev oplyst fra afdelingen, hvor hun var indlagt, at man anså fastholdelsen som led i den efterfølgende indgivelse af beroligende middel med magt, og at der derfor alene var udfærdiget tvangsprotokol vedrørende indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnets vurderede imidlertid, at der var tale om forhold omfattet af § 17, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten og overføre hende til hendes seng var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at hun selv ville lide skade på legeme eller helbred eller øve hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fremstod vred, irriteret, udsældende og truende i sin adfærd, i en sådan grad, at der blev tilkaldt ekstra personale til hjælp.

5.2 Indgivelse af beroligende middel med magt

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

Mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før alt muligt er gjort 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.

Ved indgivelse af beroligende middel med magt, skal det ske med afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling efter psykiatrilovens § 12.

5.3.1. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger

En patient skal efter mindstemiddelsprincippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttes at give beroligende middel med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse. Det skal også journalføres, at man forgæves har forsøgt at skærme og tale patienten til ro. Det skal til for at sikre samt dokumentere, at mindre indgribende foranstaltninger ikke var tilstrækkelige. Ankenævnet underkendte i 2015 en række sager om beroligende middel med magt, fordi det ikke klart fremgik af journalen, at de tiltag var gjort.

De følgende afgørelser viser, at ankenævnet som udgangspunkt stiller krav om, at alle ovenfor anførte mindre indgribende foranstaltninger skal være forsøgt, inden der indgives beroligende middel med magt.

Manglende forsøg på at begrænse og korrigere medførte underkendelse

Den 2. oktober 2014 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af smeltetablet Zyprexa 20 mg.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af beroligende middel ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter samt forsøgt at tale ham til ro.

Underkendelse, da der ikke forinden var tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse

Den 23. september 2014 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Det fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale ham til ro.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at tilbyde ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.

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

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

Konkret vurderet, at der ikke var mulighed for flere tiltag

Den 23. september 2014 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen af beroligende middel opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, selvom det ikke var forsøgt at begrænse, korrigere yderligere eller tale patienten til ro.

Det fremgik af journalen, at patienten allerede var bæltefikseret, men alligevel havde mobiliseret sig, raseret stuen og var svært affektspændt.

Ankenævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patienten yderligere eller tale ham til ro.

5.3.2. Sædvanlig præparat og dosis

Som tidligere nævnt skal en patient efter mindstemiddelsprincippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttes at give beroligende middel med magt. Såfremt det besluttes at give beroligende middel med magt, skal præparat og dosis som udgangspunkt svare til det præparat og den dosis, der oprindeligt blev tilbudt til frivillig indtagelse.

De følgende afgørelser illustrerer dette.

Indgivne præparat svarede ikke til det, der blev tilbudt

Den 23. maj 2015 fik en kvindelig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg.

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

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

Indgivne dosis svarede ikke til det, der blev tilbudt

Den 7. december 2014 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

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

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

Ankenævnet lagde også vægt på, at journalen ikke angav, at der var tale om en situation, der eskalerede, efter at patienten fik tilbudt medicinen. Ligesom der ikke forelå en anden eventuel begrundelse for at øge dosis i forhold til det tilbudte.

Ankenævnet kan dog konkret vurdere, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt, selvom der ikke blev givet samme dosis, som der oprindeligt blev tilbudt til frivillig indtagelse.

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

Konkret godkendelse, da der var tale om en eskaleret situation, der nødvendiggjorde at give en højere dosis end den tilbudte

Den 27. maj 2015 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Stesolid 20 mg i.m.

Ankenævnet fandt konkret, at mindstemiddelsprincippet var opfyldt, selvom der blev givet en højere dosis Stesolid til patienten, end han fik tilbudt at indtage frivilligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at situationen efter tilbuddet om frivillig indtagelse var eskaleret ved at patienten barrikaderede sig på badeværelset, foranstaltede vandskade, ødelagde en brandalarm og efterfølgende kom i slagsmål med personalet.

5.3.3. Øvrige afgørelser vedrørende beroligende middel med magt

Ankenævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag. Det skal derfor godtgøres i journalen, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt. Som udgangspunkt er det ikke tilstrækkeligt efterfølgende at reparere på manglende journalføring i en lægeerklæring eller under mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Nedenstående afgørelse illustrer dette.

Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger skal dokumenteres i journalen

Den 14. november 2014 fik en mandlig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion 10 mg Zyprexa i.m.

Ankenævnet fandt, at mindstemiddelsprincippet ikke var opfyldt, da det ikke fremgik af journalen, at patienten forud for indgivelsen af beroligende middel var forsøgt begrænset og korrigeret.

Ankenævnet bemærkede, at det fremgik af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningens afgørelse, at lægen på mødet havde oplyst, at man i forbindelse med hver tvangsforanstaltning i det omfang, det var muligt, forsøgte at tale patienten til ro, skærme ham og tilbyde ham frivilligt at tage beroligende middel.

Det var imidlertid ankenævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort i journalen, at patienten konkret var forsøgt begrænset og korrigeret, eller om og i så fald hvorfor dette ikke havde været muligt.

Efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, skal indgivelse af beroligende middel med magt bestemmes af en læge.

Det er ankenævnets opfattelse, at beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt skal besluttes af en autoriseret læge. Det er ikke tilstrækkeligt alene at drøfte beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt med en læge.

Den følgende afgørelse illustrerer dette.

Ankenævnet underkendte beslutningen, da ordinationen ikke var foretaget af en autoriseret læge

Den 5. februar 2015 fik en kvindelig patient indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m.

Ankenævnet fandt, at nævnet ikke kunne godkende beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet vurderede, at ordinationen burde have været foretaget af en autoriseret læge på afdelingen, og at det ikke var tilstrækkeligt, at tvangsforanstaltningen forud for iværksættelsen var drøftet med en læge.

Ankenævnet lagde vægt på, at tvangsprotokollen var underskrevet af en lægevikar, som var medicinstuderende, ligesom journalnotatet, der henviste til tvangsprotokollen ligeledes var udfærdiget af den medicinstuderende.

5.3 Øvrige udvalgte afgørelser

Ankenævnet afgjorde i 2015 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen. Ankenævnet refererer nogle eksempler fra hvert emne herunder.

5.4.1. Legemlig lidelse

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

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

Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse

En kvindelig patient blev indlagt på psykiatrisk afdeling og efter tilsyn fra medicinsk afdeling blev der konstateret behov for behandling for forhøjet stofskifte i form af tablet Propranolol og Propylthiouracil.

Efter at hun havde frasagt sig den somatiske behandling, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Propranolol 10 mg x 2 fire gange dagligt samt tablet Propylthiouracil 100 mg x 2 fire gange dagligt på vital indikation, som følge af et svært behandlingskrævende forhøjet stofskifte.

Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling med Propranolol og Propylthiouracil var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af tankeforstyrrelser og somatiske vrangforestillinger.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at hun fremstod med symptomer i form af vedvarende høj puls og feber samt havde kvalme og opkastninger, hvilket er tegn på en thyreotoksisk krise, der er en livstruende tilstand.

Ankenævnet underkendte beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse, da der ikke var fare for patientens liv eller helbred

En mandlig patient blev indlagt på psykiatrisk afdeling, idet han var blevet fundet ukontaktbar og med en abnormt lav koncentration af glukose i blodet. En måned senere blev der besluttet tvangsbehandling i form af udredning for en svulst i bugspytkirtlen (Insulinom) med 72-timers fastetest med anlæggelse af iv-adgang, blodsukkermåling hver anden time og udtagelse af blodprøver hver morgen samt ved symptomer på hypoglykæmi.

Ankenævnet fandt dog, at patienten ikke befandt sig i en tilstand, som udsatte hans liv og helbred for væsentlig fare.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde været indlagt i en måned uden, at der var observeret symptomer på lavt blodsukker, og at man havde målt helt normale fasteværdier af blodsukker og insulin samt forstadierne pro-insulin og c-peptid.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke fremgik nogen konkret begrundelse for tvangsbehandling med 72 timers fastetest i journalen, da patientens fasteværdier var normale, på tidspunktet hvor faste-undersøgelsen blev gennemtvunget.

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

5.4.2. Aflåsning af patientstue

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

Det fremgår også af § 18 a, stk. 2, at aflåsning af en patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt for at:

- 1) etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- 2) 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:

- 1) en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred
- 2) forfølger eller på anden, lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang

Af bemærkningerne til § 18a fremgår det, at det er velkendt, at meget sindssyge patienter ikke tåler at være for tæt på andre mennesker. Flere patienter føler sig meget trykke 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.

Det er herefter ankenævnets opfattelse, at aflåsning af patientstuer forudsætter, at hver aflåsning er begrundet konkret. Den konkrete begrundelse skal fremgå af både journal og tvangsprotokol.

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

Konkret godkendelse af beslutning om aflåsning af patientstue

Den 28. marts 2015 blev der truffet beslutning om aflåsning af en mandlig patients patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

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

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var blevet set i færd med at lirke et metalrivehoved ud af redskabsskuret i gården, at der blandt andet var fundet flere potentielt farlige genstande på stuen, som det ikke var tilladt at have, og at der var blevet observeret en adfærdsændring hos ham.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at der var udfærdiget flere farlighedsvurderinger af patienten, hvori der blev anbefalet en struktureret håndtering, omfattende faste regler for omgang og kommunikation samt isolering af ham på stuen.

Ankenævnet fandt herefter, at patientens adfærd, set i ovenstående kontekst, nødvendiggjorde en skærpelse af strukturen omkring hans behandling.

Ankenævnet fandt endvidere, at beslutningen om aflåsning af patientstuen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det ikke var muligt at sikre de nødvendige faste rammer i behandlingen uden at anvende døraflåsning.

5.4.3. Tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG

Der er ikke i psykiatriloven specifikt taget stilling til, hvilke former for behandling, der er omfattet af tvangsbehandling, og blodprøvetagning samt EKG ved tvang er ikke nævnt specifikt i loven eller dennes forarbejder.

Det er imidlertid ankenævnets opfattelse, at såfremt der træffes beslutning om tvangsbehandling, kan der gennemføres blodprøvetagning og EKG ved tvang, hvis blodprøvetagning og EKG er en nødvendig forudsætning for og dermed kan betragtes som et nødvendigt element i gennemførelse af tvangsbehandlingen.

Såfremt forudsætningen for en sådan tvangsbeslutning er opfyldt, gælder de almindelige regler og betingelser for tvangsbehandling, som er beskrevet tidligere.

Følgende afgørelse illustrerer, at patienten således, også i disse tilfælde, skal informeres om behandlingens formål og virkninger forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling.

Tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG

En mandlig patient var tvangsindlagt og i tvangsbehandling med tablet Zyprexa. Da han havde forsøgt at snyde med medicinen, blev det besluttet at opslæmme medicinen i vand. Senere blev det nødvendigt, at indgive medicinen via injektion, som subsidiært præparat, og samtidig blev der truffet en ny beslutning om tvangsbehandling i form af blodprøvetagning og EKG med henblik på kontrol.

Ankenævnet fandt, at patienten var sindssyg, og at blodprøvetagning og EKG kunne betragtes som et nødvendigt element i gennemførelse af tvangsbehandlingen, idet det fremgik af lægeerklæringen, at blodprøvetagning og EKG blev ordineret med henblik på kontrol af, om patienten kunne tåle doseringen af Zyprexa, da dosis potentielt kunne være livstruende, hvis patienten i en periode ikke havde indtaget den tilbudte medicin.

Ankenævnet fandt dog, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt, idet patienten ikke var blevet informeret om behandlingens formål og virkninger.

5.4.4. Tvangsbehandling med ECT

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

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

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

Tvangsbehandling med ECT godkendt, selvom omfanget ikke var anført på tvangsprotokol

Den 14. april 2015 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med tre ECT-behandlinger en bloc over tre dage.

Ankenævnet vurderede, at en undladelse af behandling ville have indebåret en betydelig risiko for patientens liv, idet hans tilstand fortsat blev forværret med risiko for udvikling af en livstruende delirøs tilstand, idet han spiste og drak sparsomt, ligesom han under indlæggelsen havde haft et betragteligt vægttab og havde tiltagende væskemangel.

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

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

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet bemærkede, at omfanget af beslutningen om tvangsbehandling ikke var anført på tvangsprotokollen.

Det fremgik dog af journalnotatet, der blev udfærdiget i tilknytning til tvangsbeslutningen, at der var tale om en beslutning om tre gange ECT-behandling en bloc, hvilket patienten også var informeret om.

Ankenævnet lagde herefter til grund, at der var tale om en beslutning om tre gange ECT-behandling en bloc.

Ankenævnet gjorde dog opmærksom på, at omfanget af ECT-behandlingen ligeledes burde være anført på tvangsprotokollen af den 14. april 2015.

5.4.5. Fortsat tvangsbehandling

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

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

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

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

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

Fortsat tvangsmedicinering godkendt efter cirka 1 måned

Den 19. juni 2015 blev der truffet beslutning om tvangsmedicinering af en kvindelig patient med injektion Zypadhera 300 mg i.m. hver 14. dag.

Den 6. august 2015 klagede patienten over fortsat tvangsmedicinering til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, idet patienten stadig fremstod psykotisk, og da hendes tilstand og symptomer var forværrede.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten alene havde været i den nye behandling i cirka en måned, hvorfor det måtte forventes, at behandlingen skulle udstrækkes over en længere periode, for at man kunne vurdere effekten.

Ankenævnet lagde videre lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at man var bekymret for hendes stigende aggressionsniveau, og at der uden den fortsatte tvangsbehandling var en forøget risiko for anvendelse af anden tvang, for blandt andet at undgå fysisk voldsomme situationer.

6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2015 ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand.

7 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, nyhedsbreve samt offentliggørelse af afgørelser for herigennem at medvirke til at den enkelte psykiatriske afdeling og den enkelte sundhedsperson lærer af forløbet op til tvangsforanstaltningen og umiddelbart efter.

Ankenævnet vurderer ved hvert nævnsmøde, om der er sager, der er principielle eller kan bidrage med generel læring. De sager, der vurderes at kunne bidrage til læring offentliggøres anonymt på styrelsens hjemmeside. I 2015 offentliggjorde nævnet 11 sager.

Samfundets interesse for forholdene i psykiatrien samt de love og regler, der regulerer disse, er fortsat stigende. Der har i særdeleshed været fokus på tvangsmedicinering samt hvilke doseringer, der kan anses for at være sædvanlige.

Ankenævnet har derfor i 2015 offentliggjort flere afgørelser for at klargøre sin opfattelse og vurdering af, hvilke doser, der kan betragtes som sædvanlige i forhold til de specifikke præparater.

Det faste team af sagsbehandlere, der behandler disse sager, drøfter sagerne inden de behandles af nævnet. På den måde deler sagsbehandlerne viden fra de enkelte sager. Det sikrer, at praksis er ensartet og giver en opmærksomhed på hvilke sager, der kan være relevante at 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. Ankenævnet afholder derfor fortsat årlige møder med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen. Endvidere har ankenævnet deltaget i et dialogbaseret foredrag ved Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde.

8 Forventninger til fremtiden

2015 har været et spændende år for Det Psykiatriske Ankenævn med forandringer og organisationsændringer i sekretariatet.

I oktober 2015 blev Patientombuddet nedlagt og Styrelsen for Patientsikkerhed oprettet med visionen om at styrke patientsikkerheden yderligere. Det er derfor nu denne styrelse, der sekretariatsbetjener ankenævnet, men gruppen af sagsbehandlere er den samme.

Psykiatriloven er ændret med virkning fra den 1. juni 2015 med særlig fokus på mindreåriges retsstilling. Ankenævnet har dog endnu ikke behandlet sager, hvor den nye psykiatrilov har haft betydning for nævnets virke.

Vi tilstræber at fortsætte fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2016 for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Derudover er det vores forventning, at vi i 2016 vil opdatere ankenævnets praksissammenfatning for så vidt angår tvangsbehandling, som fortsat er det område, hvor vi ser flest sager.

Endelig forventer ankenævnet at kunne fastholde en kort sagsbehandlingstid i 2016. sekretariatet har således ansat flere sagkyndige konsulenter på området.

Bilag

Bilag 1 Forretningsorden

BEK nr. 1574 af 15/12/2010

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. 1111 af 1. november 2006, som ændret ved lov nr. 706 af 25. juni 2010, fastsættes:

Kapitel 1

Det Psykiatriske Ankenævns opgaver og sammensætning

§ 1. Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over de psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk 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 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 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.

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

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

Kapitel 5

Forskellige bestemmelser

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

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

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

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

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,
- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patientforsikringen,
- 3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,
- 4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den psykiatriske afdeling, hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,
- 5) hvis nævnsmedlemmet er eller har været ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted,
- 6) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

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

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

§ 17. Det Psykiatriske Ankenævn afgiver en årsberetning om sin virksomhed, som sendes til indenrigs- og sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen og regionerne. Årsberetningen forberedes af sekretariatet.

Kapitel 6

Ikrafttræden

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 15. december 2010
Bertel Haarder

/ Mogens Jørgensen

Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2015

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