



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Årsberetning 2018

Det Psykiatriske Ankenævn

Kolofon

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2018

Udgivet af:

Styrelsen for Patientklager

Olof Palmes Allé 18 H

8200 Aarhus N

Telefon: 72 33 05 00

E-post: stpk@stpk.dk

Udgivelsesår: 2019

Version: 1.0.

Versionsdato: juli 2019

Publikationen er tilgængelig på <http://stpk.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	8
5.5	Genoptagelse	11
6	Afgørelser	12
6.1	Tvangsbehandling	12
6.1.1	Patientens tilstand	13
6.1.2	Mindste middel	13
6.1.2.1	Depotbehandling	14
6.1.3	Betænkningsstid	14
6.1.4	Indhold af motivationen	14
6.1.5	Overlægegodkendelse	16
6.1.6	Patientrådgiver og bistandsværge	16
6.1.7	Sædvanlig dosering	17
6.1.7.1	Generelt om sædvanlig dosering	17
6.1.7.2	Sædvanlig dosisadministration	18
6.1.8	Information om præparaterne	20
6.1.9	Opsættende virkning	21
6.2	Anvendelse af fysisk magt	21
6.3	Indgivelse af beroligende middel med magt	22
6.3.1	Patientens tilstand	23
6.3.2	Mindste middel	23
6.3.3	Præparat og dosis	23
6.4	Øvrige udvalgte afgørelser	25
6.4.1	Tvangsbehandling af legemlig lidelse	25
6.4.2	Tvangsernæring	26
7	Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	27

8	Læring	28
9	Forventninger til fremtiden	29
10	Bilag	30
	Bilag 1 Forretningsorden	30
	Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2018	35

1 Forord

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

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

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

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

I 2018 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer eller utilstrækkelig betænkningstid.

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

Ankenævnet har endvidere i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse, sondeernæring og fysisk magtanvendelse. Det skyldes, at det er sjældent, at ankenævnet tager stilling til disse indgreb.

Jeg oplever et meget velkvalificeret ankenævnssekretariat og nogle meget engagerede nævnsmedlemmer, der arbejder ihærdigt for at opnå faglig kvalitet i nævnets afgørelser samtidig med, at sagerne søges behandlet med fornøden hastighed. Jeg vil gerne takke sekretariatet og ankenævnets medlemmer for samarbejdet og ser frem til nye spændende udfordringer i 2019.

Steen Mejer

Formand

2 Indledning

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

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

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

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

3 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det består af fem medlemmer: en formand, som er dommer og udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne. Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2018 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet holdt i 2018 alene 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, som vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste sager er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

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

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Styrelsen for Patientklager.

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

4 Nøgletal

I 2018 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 205 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 172 sager i 2017. Antallet af indkomne klager er således steget.

Ankenævnet afgjorde i 2018 144 sager, men afsluttede i alt 155 sager. Sagerne indkom i både 2016, 2017 og 2018, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2019 også fortsat behandlede sager, der indkom i 2018.

Ankenævnet afholdte 5 møder i 2018 og afgjorde, som nævnt ovenfor, 144 sager. Derudover blev 11 sager afsluttet på anden måde, for eksempel fordi de var forældede, eller fordi klager trak sin anke tilbage.

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

I de 144 sager, som blev afgjort af ankenævnet i 2018, tog ankenævnet stilling til i alt 191 tvangsindgreb. I 2018 afviste ankenævnet at genoptage 6 afgørelser til fornyet behandling.

- Ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering i 154 tilfælde, hvilket svarer til 80,63 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ændrede Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering i 32 tilfælde, hvilket svarer til 16,75 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet hjemviste Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering i 3 tilfælde, hvilket svarer til 1,57 % af alle tvangsindgreb.
- Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering i 2 tilfælde, hvilket svarer til 1,05 % af alle tvangsindgreb.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2017 i alt 83,78 % af tvangsindgrebene fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, ændrede 14,41 %, hjemviste 0,90 % og ophævede 0,90 % af alle tvangsindgreb.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 5,96 måneder i 2018. I 2017 var sagsbehandlingstiden 4,99 måneder.

5 Sagsgang

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

5.1 Klageberettigelse

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

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

5.2 Formelle regler

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

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

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

5.3 Sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævns forberedelse af sagen

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

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

5.4 Afgørelsen

Der findes fire mulige udfald for ankesager: Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller

ophæve afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus.

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

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

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

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

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

Hjemvisning, da patienten først havde fået udleveret sagsakterne 21 minutter før mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn (18/6095)

En kvindelig patient klagede over en afgørelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende tvangsbehandling, og hun gjorde under mødet opmærksom på, at hun først havde fået udleveret sagsakterne kl. 12.24, hvor mødet startede kl. 12.45 samme dag.

Problemstillingen om tidspunktet for udlevering af sagsakterne blev ikke nærmere belyst under mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det var ankenævnets opfattelse, at sagsakterne var af væsentlig betydning for sagens afgørelse, ligesom de var til ugunst for klager, og at en part bør have rimelig tid til at sætte sig ind i sagens oplysninger samt overveje indholdet af en eventuel udtalelse.

Det var på den baggrund ankenævnets vurdering, at klager efter afholdelsen af mødet og inden afgørelsen blev truffet, burde have haft en yderligere frist til at fremkomme med sine eventuelle bemærkninger.

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

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

Ophævelse, da Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse i sagen, selvom afdelingen ikke havde truffet en beslutning om tvangsbehandling (17/9331)

En kvindelig patient havde mundtligt klaget over den påtænkte beslutning om tvangsbehandling.

Det fremgår af journalen, at patienten blev motiveret for hele den primære tvangsbehandling henholdsvis den 25., 26., og den 27. juni 2017, men det fremgik imidlertid hverken af journalen eller af en tvangsprotokol, at der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Xeplion. Ankenævnet havde i forbindelse med behandlingen af sagen forgæves forsøgt at indhente yderligere materiale fra både Det Psykiatriske Patientklagenævn samt fra den pågældende psykiatriske afdeling.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at der var tale om et tvangsindgreb efter psykiatriloven, idet der ikke var dokumentation for, at en overlæge havde truffet beslutning om tvangsbehandling, hvorefter ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ophævelse, da Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om fejlmedicinering (18/3909)

En mandlig patient havde klaget over den påtænkte tvangsbehandling den 6. marts 2018. Den 3. marts 2018 fik patienten ved en fejl indgivet tablet Zyprexa 5 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn kom frem til, at den indgivne medicin den 3. marts 2018 skulle betragtes som tvangsbehandling, uanset at der reelt ikke var truffet beslutning om at tvangsbehandle patienten og uanset, at der var tale om en fejlmedicinering.

Det var ankenævnets vurdering, at Det Psykiatriske Patientklagenævn burde have afstået fra at behandle fejlmedicineringen af patienten, idet han ikke havde klaget over denne behandling.

Det var videre ankenævnets opfattelse, at fejlmedicineringen ikke kunne betragtes som tvangsbehandling, idet den psykiatriske afdeling ikke havde iværksat en foranstaltning iht. Psykiatriloven.

Det er således ankenævnets opfattelse, at hverken Det Psykiatriske Patientklagenævn eller Det Psykiatriske Ankenævn har kompetence til at behandle klager over fejlmedicinering, idet der ikke er tale om tvangsbehandling eller indgivelse af beroligende middel magt.

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

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

den konkrete sag.

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

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

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

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

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

5.5 Genoptagelse

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

Hvis der kommer en genoptagelsesanmodning i en sag, der er afgjort af ankenævnet, kan den tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det, hvilket fremgår af § 14 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.

6 Afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn resumerer herunder en række afgørelser fra 2018, som er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2018.

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 løbende have information om sin sygdom og den påtænkte behandling af sygdommen. Informationen skal desuden være forståelig for patienten.

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

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

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

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

Patientklagenævn.

6.1.1 Patientens tilstand

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

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

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

6.1.2 Mindste middel

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

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

Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling med subsidiært præparat i kombination med præparat mod bivirkninger, da der ikke forelå grundlag for at antage, at patienten ville få bivirkninger (18/4460)

Den 8. marts 2018 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med smeltetablet Risperdal, alternativt orale dråber Risperdal, subsidiært injektion Serenase givet sammen med injektion Akineton mod bivirkninger.

Ankenævnet fandt ikke, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet at træffe beslutning om, at tvangsbehandlingen med injektion Serenase skulle suppleres med injektion Akineton mod bivirkninger som subsidiært præparat, da der ikke i journalen var beskrevet nogle omstændigheder, der gjorde, at man konkret måtte forvente, at patienten ville få bivirkninger ved indtagelse af Serenase.

6.1.2.1 Depotbehandling

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

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

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten lider af giffrygt. Her vil tvangsbehandling med tablet eller mikstur være meget vanskelig. En særlig grund kan også være, at patienten tidligere har haft gentagne tilfælde af medicinsvigt, og at det ikke har været muligt at etablere en fast tabletbehandling. Den særlige begrundelse skal være konkret og journalføres.

6.1.3 Betænkningstid

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

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

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

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

6.1.4 Indhold af motivationen

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

den forsøgte motivation skal journalføres.

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

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

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

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

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

Det vil sige, at patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling. Det er således ikke et krav, at patienten kontinuerligt er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog informeres om denne i motivationsperioden (se nærmere nedenfor i afsnit 5.4.1.3 vedrørende krav til informationen).

Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, idet der ikke var motiveret for hele dosisintervallet i forbindelse med dosisøgning (17/14583)

Den 12. oktober 2017 blev der ifølge journalen truffet beslutning om tvangsbehandling af en mandlig patient med velotablet Zyprexa 30 mg pr. døgn, alternativt kunne han fortsætte med de 20 mg, som han aktuelt fik, og der skulle i så fald gives yderligere 5 mg som injektion. Hvis det var nødvendigt med injektion i mere end tre dage, skulle der gives injektion Serenase 5 mg. Hvis der fortsat ikke var tilstrækkelig effekt af 30 mg kunne dosis øges til maksimalt 40 mg, hvilket svarede til en parenteral dosis på 20 mg pr. døgn, dog fordelt på 2 doser á 10 mg, og maksimalt i tre dage, hvorefter man skulle overgå til injektion Serenase maksimalt 10 mg.

Det fremgik af tvangsprotokollen af 12. oktober 2017, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med velotablet Zyprexa maksimalt 40 mg, alternativt injektion Zyprexa 10 mg og velotablet Zyprexa 20 mg, og efter tre dage, injektion Serenase 5 mg og velotablet Zyprexa 10 mg.

I motivationsperioden var patienten motiveret for smeltetablet Olanzapin 30 mg med stigning til 40 mg, alternativt injektion Serenase 10 mg en gang dagligt. På to af de tre dage, som motivationsperioden varede, blev han motiveret for, at stigningen fra 30 mg til 40 mg skulle ske efter et døgn.

Ankenævnet bemærkede på den baggrund, at der var diskrepans mellem motivationsskemaerne (indeholdt i journalen), tvangsprotokollen og den endelige beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet vurderede, at patienten reelt ikke fik nogen betænkningstid i relation til beslutningen om tvangsbehandling, idet han i motivationsperioden ifølge journalen ikke blev motiveret for hele det dosisinterval, som der efterfølgende blev truffet beslutning om.

6.1.5 Overlægegodkendelse

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

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

6.1.6 Patientrådgiver og bistandsværg

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

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

Det er ankenævnets praksis, at det forhold, at der ikke er oplysninger om, at patienten har

drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver, ikke i sig selv fører til, at tvangsbehandlingen underkendes.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1341 af 2. december 2010 om patientrådgivere § 3, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling, medmindre denne har en bistandsværge.

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

6.1.7 Sædvanlig dosering

6.1.7.1 Generelt om sædvanlig dosering

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

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

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

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

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

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.

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

6.1.7.2 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når nævnet vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på www.pro.medicin.dk, 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.

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

Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med injektion Serenase, selvom det ikke længere fremgik af pro.medicin.dk, at Serenase i injektionsform kunne anvendes til behandling af skizofreni (18/3612)

Den 12. februar 2018 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en patient med injektion Serenase 5 mg stigende til 10 mg.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at Serenase blandt andet kunne anvendes til behandling af skizofreni og skizoaffektive lidelser i tabletform eller oral opløsning, men der fremgik ikke længere en sædvanlig dosis for injektionsbehandling med Serenase.

Lægemiddelstyrelsen havde imidlertid oplyst til ankenævnet, at injektion Serenase fortsat kunne anvendes til behandling af patienter med skizofreni eller andre tilstande, hvis orale midler ikke var egnede, hvorfor ankenævnet foretog en konkret vurdering af den anvendte dosis.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, idet nævnet lagde vægt på, at Serenase var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom den besluttede dosering var almindelig.

Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med tablet Leponex med en startdosis på 25 mg, da der var en konkret begrundelse herfor i journalen (17/15990)

Den 2. november 2017 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en kvindelig patient med tablet Leponex, indledningsvis 25 mg gradvist øget til 300 mg. Døgndosis over 200 mg skulle fordeles på to doser, men afhængig af eventuelle bivirkninger skulle selv en mindre dosis fordeles på to doser.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at ved behandling af skizofreni med tablet Leponex skulle første dag anvendes 12,5 mg en til to gange.

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosisadministration var sædvanlig for patienten, idet nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at hun tidligere havde indtaget tablet Leponex 25 mg frivilligt og tålt dette.

Tiltrædelse af beslutning om tvangsbehandling med depot Xeplion med en startdosis på 75 mg med eventuel stigning til højst 150 mg hver fjerde uge (18/310)

Den 14. december 2017 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en patient med depot Xeplion med en startdosis på 75 mg og med eventuel stigning til højst 150 mg hver fjerde uge afhængig af effekt og bivirkninger.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at ved behandling af skizofreni med depot Xeplion anvendtes initialt 150 mg på første dagen og 100 mg på dag otte (+/- fire dage), og at sædvanlig vedligeholdelsesdosis var 75 mg hver fjerde uge (evt. +/- syv dage), samt at dosis kunne justeres i intervallet 25-150 mg månedligt.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Nævnet lagde herved vægt på, at Xeplion var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, ligesom de besluttede doseringer var almindelige, idet sædvanlig dosering af Xeplion måtte anses for at være 25-150 mg månedligt, når dosis kunne justeres i dette interval.

6.1.4.3. Sædvanlig dosering ved ældre patienter

Det fremgår på www.pro.medicin.dk, at der for en række antipsykotiske præparater er særlige doseringsforslag for så vidt angår behandling af ældre patienter.

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

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

Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler ikke var opfyldt henset til patientens alder (18/1084)

Den 23. november 2017 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af en 81-årig mandlig patient med injektion Zypadhera.

Det fremgik af pro.medicin.dk, at behandling af ældre over 75 år med Zypadhera blev frarådet på grund af manglende erfaring.

Det var på den baggrund ankenævnets opfattelse, at Zypadhera ikke var et afprøvet lægemiddel i forhold til behandling af personer over 75 år, og at det derfor ikke måtte anvendes til ældre over 75 år i forbindelse med tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt derfor ikke, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler.

6.1.8 Information om præparaterne

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, at der ikke må benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

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

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

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

Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling, da der ikke var informeret om præparaterne i forbindelse med den aktuelle motivationsperiode (18/4175)

Den 15. februar 2018 blev der truffet beslutning om at tvangsbehandle en kvindelig patient med tablet Olanzapin, subsidiært injektion Serenase.

Det fremgik ikke af journalnotaterne fra motivationsperioden fra den 12. februar 2018 til den 15. februar 2018, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Olanzapin (Zalasta) og Serenase. Det fremgik dog, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved Zalasta og Serenase den 8. februar 2018 i forbindelse med en anden motivationsperiode.

Ankenævnet vurderede, at det ikke var tilstrækkeligt, at der var blevet givet information om virkning og bivirkninger ved Olanzapin (Zalasta) og Serenase i en tidligere motivationsperiode.

Ankenævnet fandt på den baggrund, at patienten ikke var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved behandling med Olanzapin (Zalasta) og Serenase.

6.1.9 Opsættende virkning

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

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

6.2 Anvendelse af fysisk magt

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

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

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

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

Underkendelse af beslutning om anvendelse af fysisk magt, da betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke var opfyldt (18/5026)

En kvindelig patient forsøgte at komme ud af afdelingen kl. 1.30 om natten og råbte at dørene skulle åbnes, mens hun hev i håndtagene på yderdørene. Hun ville ikke slippe håndtaget, og der blev taget fat i hendes hånd for at få hende til at slippe håndtaget. Hun blev bedt om at gå til sin stue, idet hun vækkede de andre patienter. Hun fulgte ikke opfordringen og lagde sig på gulvet og skreg, hvorefter hun blev fulgt til stuen mod sin vilje af to personaler.

Ankenævnet fandt, at personalets handlinger udgjorde fysisk magt i psykiatrilovens forstand iht. Betænkning 1109/1987.

Ankenævnet fandt imidlertid, at fastholdelsen ikke opfyldte betingelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 1, 1. pkt., jf. § 14, stk. 2.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke udsatte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfulgte eller på anden lignende måde groft forulempede medpatienter eller øvede hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Godkendelse af beslutning om anvendelse af fysisk magt, hvor der ikke blev anvendt unødigt magt (18/3163)

En kvindelig patient ønskede ikke at rejse sig op og fjerne sig fra fællesarealerne efter at personalet havde fjernet hendes ejendele, der blokerede branddøren. Hun væltede et glas og var verbalt aggressiv over for personalet. Hun blev derefter fastholdt og slæbt gennem fællesrummet med benene hængende under sig.

Halvanden time efter fastholdelsen klagede hun over, at hun var øm i kroppen, og der blev foretaget en objektiv undersøgelse, hvor hun fremstod fysisk upåfaldende i sine bevægelser, og ikke fremstod smertepåvirket. Der blev fundet blå mærker på venstre overarm, kradsemærker i albuebøjningen og rødme på højre arm. Hun havde desuden rødme og enkelte kradsemærker på højre ben samt rødme på indersiden af venstre underben og kradsemærker op over brystet.

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 videre, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet fandt endeligt, at der ikke blev anvendt unødigt magt over for patienten, idet hun gjorde meget modstand under fastholdelsen.

6.3 Indgivelse af beroligende middel med magt

Hvis en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling befinder sig i en urolig tilstand, kan

der være behov for at indgive beroligende middel med magt.

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

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

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 Patientens tilstand

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

6.3.2 Mindste middel

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

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

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

6.3.3 Præparat og dosis

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

Ankenævnet vurderer den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede

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

Underkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da det indgivne præparat ikke svarede til det tilbudte (18/369)

Den 15. december 2017 blev en mandlig patient tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev tilbudt tablet Abilify 10 mg samt tablet Oxapax (Oxazepam) 15 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 (Diazepam) 10 mg i.m.

Ankenævnet lagde for så vidt angår Abilify vægt på, at der ikke er den samme farmakologiske effekt ved Abilify i tabletform som i injektionsform.

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

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

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

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

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

Ankenævnet godkendte dog beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt, uanset den indgivne dosis ikke svarede til den tilbudte, henset til at der var tale om en eskaleret situation.

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.

Godkendelse af beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt, da Fenemal kunne anvendes som beroligende middel (17/11461)

Den 21. juli 2017 blev en kvindelig patient tilbudt tablet Fenemal til frivillig indtagelse, forinden indgivelse af beroligende middel med magt i form af injektion Fenemal 100 mg i.m.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgår af pro.medicin.dk, at injektion Fenemal ved abstinensbehandling doseres individuelt, hvorfor ankenævnet må foretage en konkret vurdering.

Ankenævnet bemærkede, at injektion Fenemal ifølge pro.medicin.dk, anvendes til behandling af abstinenser, men at det desuden fremgik, at injektion Fenemal også kan virke sederende, hvorfor ankenævnet fandt, at det også kan anvendes som beroligende middel.

Ankenævnet godkendte på den baggrund beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt i form af injektion Fenemal 100 mg i.m.

6.4 Øvrige udvalgte afgørelser

Ankenævnet afgjorde i 2018 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse samt sondeernæring.

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 en somatisk afdeling.

Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse i form af en operation for brystkræft med fjernelse af det venstre bryst (17/10103)

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling i form af en operation for brystkræft med fjernelse af det venstre bryst (uden rekonstruktion), anlæggelse af IV-adgang, fuld narkose i forbindelse med operation samt ultralydsscanning og biopsi af bugspytkirtlen.

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

Ankenævnet fandt videre, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet man havde forsøgt at motivere patienten for at modtage operationen, før beslutningen om tvangsbehandling blev truffet

Ankenævnet fandt endvidere, at der var tale om en almindelig anvendt og velafprøvet behandling for en patient med den pågældende form for brystkræft.

6.4.2 Tvangsernæring

Det fremgår af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger § 7, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne for tvangsbehandling, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Delvis underkendelse af beslutning om tvangsernæring (17/16701)

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om beslutning af 22. september 2016 om tvangsernæring efter en kostplan svarende til et energitrin med en opstart på 6000 KJ dagligt, og der skulle stiles mod en vægtøgning på minimum 500 gram pr. uge, indtil den kvindelige patient opnåede en vægt på 52-54 kilo.

Den 2. juni 2017 traf overlægen beslutning om tvangsernæring efter en kostplan svarende til et energitrin på aktuelt 8100 KJ dagligt, og der skulle stiles mod en vægtøgning på 500-1000 gram pr. uge indtil patienten nåede sit målvægtsinterval på 58-60 kilo (50 % percentil).

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af anoreksi. Hun blev efter ophør af tvangsernæring med sonde den 30. maj 2017 opfordret til at begynde at indtage føde for at holde vægten.

Ankenævnet fandt ligeledes, at tvangsernæring var nødvendig, idet en undladelse heraf ville medføre en alvorlig risiko for hendes liv eller helbred i form af forlænget sygdom, forværring af skader på kroppen og fastlåshed i de kropslige vrangforestillinger og en yderligere risiko for, at der ville blive tale om en kronisk tilstand. Det var også nødvendigt at forhindre et akut vægttab med henblik på at opnå en bedre sygdomsindsigt hos patienten, stabilisere hendes vægt og fysiske tilstand samt arbejde med hendes motivation for selv at spise.

Ankenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på ca. 2 døgn var passende for patienten, henset til hendes tilstand.

Det var imidlertid ankenævnets vurdering, at der ikke var tale om tvangsbehandling med sondeernæring i sædvanlig dosering, idet der ikke forelå en relevant begrundelse for et målvægtsområde udover 25 % percentilen, da det ikke konkret blev begrundet, hvorfor patienten biologisk set måtte forventes at have et højere målvægtsområde end 25 % percentilen.

Ankenævnet underkendte på den baggrund beslutningen om tvangsbehandling med sondeernæring den 2. juni 2017.

7 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2018 ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand.

8 Læring

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

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

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.stpk.dk. I 2018 offentliggjorde ankenævnet 2 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.

Sekretariatet deltog også i 2018 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 2019, for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Vi vil desuden arbejde for at nedbringe vores sagsbehandlingstider.

Indholdet af de psykiatriske ankenævnssager kommer naturligt til at bære præg af de patienter, der bliver behandlet på de psykiatriske afdelinger det enkelte år samt, hvem der vælger at klage. Derfor opstår der jævnligt nye vinkler på sagerne. 2018 har været et meget interessant år på den front, og vi forventer det samme af 2019.

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 2018

Formand for nævnet:

Landsdommer Steen Mejer

Stedfortrædere:

Landsdommer Lisbeth Parbo

Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

Stedfortrædere:

Lennart Frandsen

Irene Hjortshøj

Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

Speciallæge Pia Glyngdal

Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen

Stedfortrædere:

Overlæge Lykke Pedersen

Overlæge Annick F. Urfer Parnas