
ÅRSBERETNING

Det Psykiatriske Ankenævn 2024

INDHOLD

1. FORORD	3
2. INDLEDNING.....	5
3. NØGLETAL.....	7
3.1. Modtagne sager	7
3.2. Afsluttede sager	7
3.3. Ændringsprocenten.....	8
3.4. Sagsbehandlingstid.....	8
 4. NÆVNETS PRAKSIS.....	 10
4.1. Tvangsbehandling	10
4.2. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)	23
4.3. Brug af fysisk magt	24
4.4. Indgivelse af beroligende medicin med magt	25
4.5. Personlig skærmning	29
4.6. Døraflåsning	31
 5. AFSLUTNING.....	 34
5.1. Læring	34
5.2. Forventninger til fremtiden	34

1. Forord

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2024, ligesom i de tidligere år, behandlet flest sager vedrørende tvangsbehandling og indgivelse af beroligende medicin med magt. Derfor er årsberetningens hovedfokus igen i år på disse områder.

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

For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin med magt er det særligt spørgsmålet om sædvanlig dosering af præparatet, der har været i fokus.

Fælles for begge tvangsindgreb gælder, at vi i forhold til de nævnte problemstillinger vurderer, om dokumentationen i forbindelse med indgrebene er i orden. Derudover vurderer vi altid, om mindstemiddelprincippet er overholdt, herunder om mindre indgribende tiltag har været forsøgt.

I 2024 konstaterede vi i en række afgørelser, at betingelserne for indgreb ikke var opfyldt. Det skyldtes blandt andet, at der var truffet beslutning om for høje doseringer, eller at mindstemiddelprincippet ikke var overholdt.

Vi har valgt 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.

Vi har i år også valgt at inddrage eksempler på afgørelser om tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT), brug af fysisk magt, personlig skærmning og døraflåsning.

Fra den 1. marts 2025 er jeg tiltrådt som ny formand for ankenævnet efter Steen Mejer. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke Steen Mejer for hans mangeårige, engagerede indsats som formand for ankenævnet.

God læselyst.

Jesper Jarnit
Formand

INDLEDNING



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN



2. Indledning

Vi behandler klager over de afgørelser, der træffes af Det Psykiatriske Patientklagenævn, 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 og
- aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

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

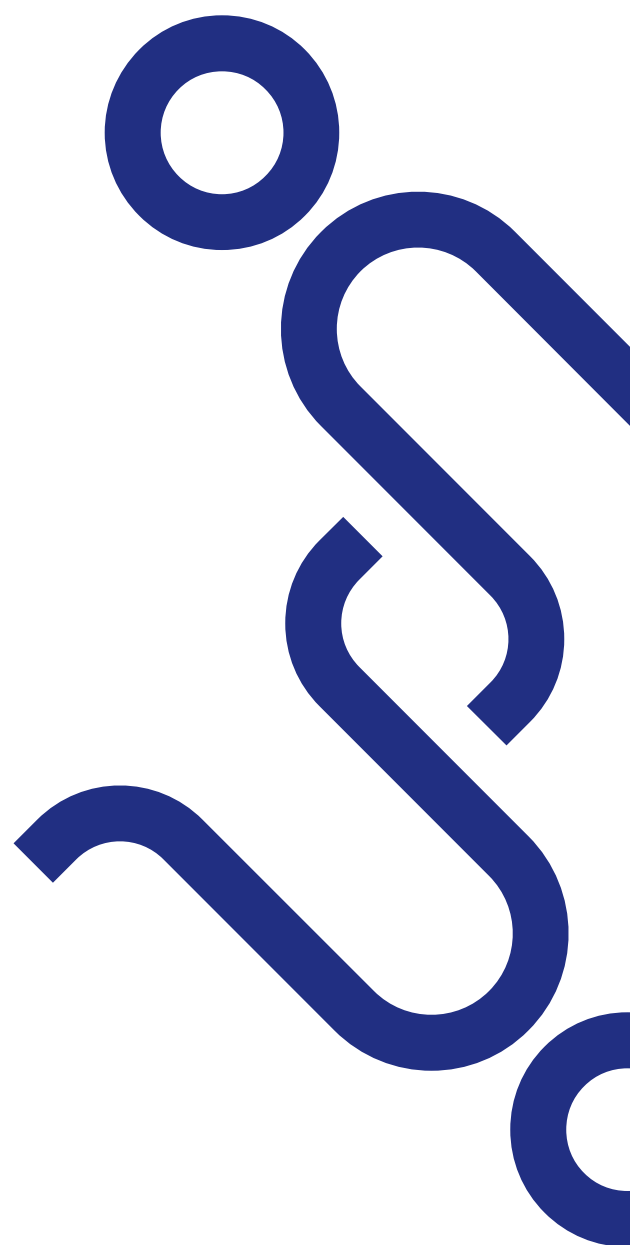
Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn, der nedsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Nævnet består af:

- en dommer, som er formand
- to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri og beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen
- to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Du finder flere informationer om Det Psykiatriske Ankenævn, herunder sammensætning, kompetence og sagsgang her:

LÆS MERE PÅ VORES HJEMMESIDE

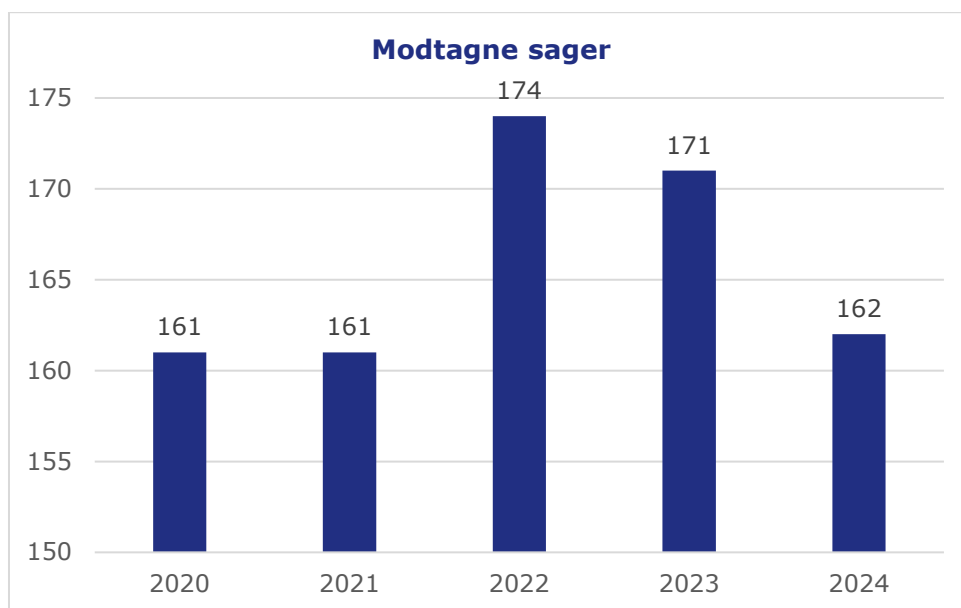
NØGLETAL



3. Nøgletal

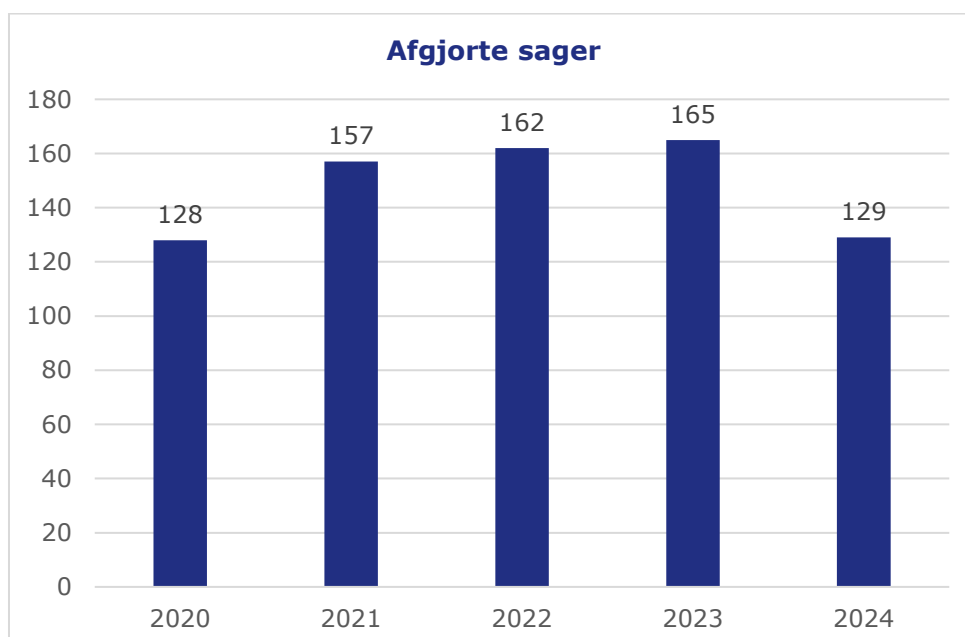
3.1. Modtagne sager

I 2024 modtog vi 162 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Tallet ligger nogenlunde på niveau med de foregående år.



3.2. Afsluttede sager

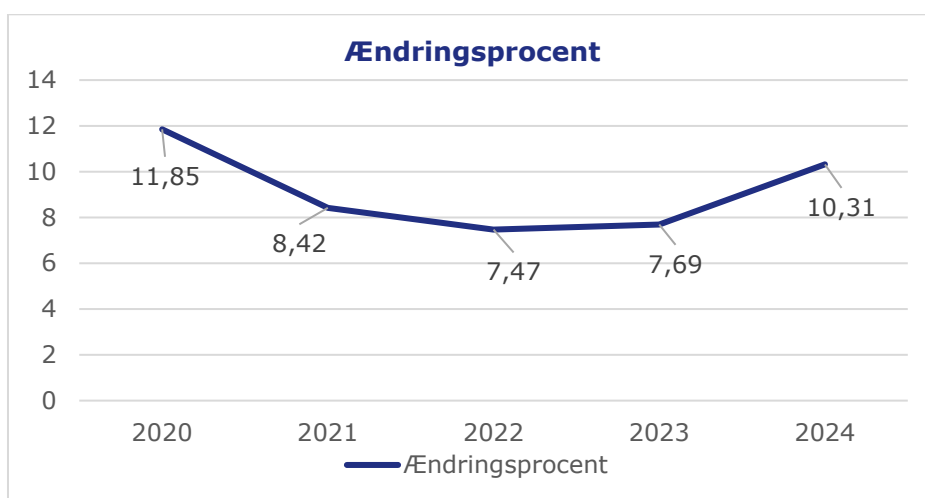
Vi afgjorde 129 sager i 2024. Derudover blev 9 sager afsluttet på anden måde – primært fordi klager trak sin klage tilbage. Som det fremgår herunder, er det et lavere antal end de foregående tre år. Det skyldes, at nævnet afholdt fem møder mod sædvanligvis seks møder på et år.



3.3. Ændringsprocenten

Der kan i den enkelte klagesag være klaget over flere tvangsindgreb. I de 129 sager, der blev afgjort i 2024, tog vi stilling til i alt 223 tvangsindgreb. Vi ændrede i 23 tilfælde Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Det svarer til en ændringsprocent på 10,31 %.

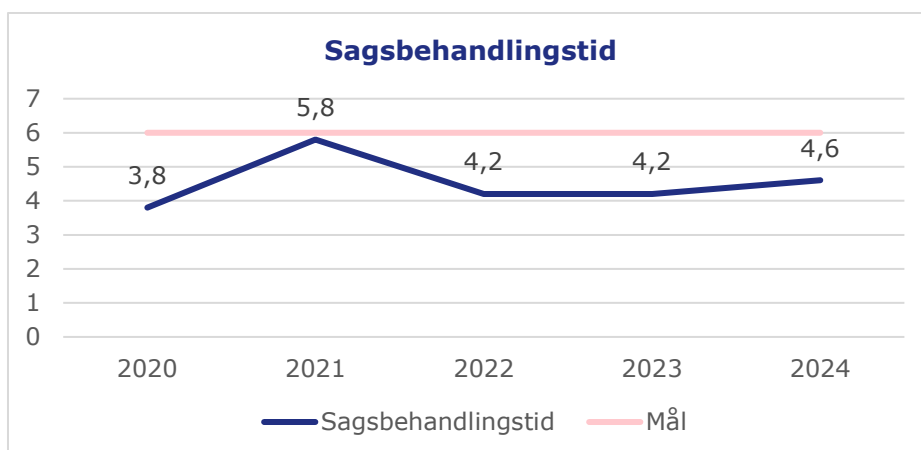
Til sammenligning havde vi en ændringsprocent på 7,69 % i 2023 og 7,47 % i 2022. Den let forhøjede ændringsprocent i år skyldes blandt andet en praksisændring vedrørende, hvornår der er tale om ekstraordinære store doseringer, samt fastlæggelse af en praksis om sædvanlig dosis ved anvendelse af præparatet Zyprexa. Vi henviser til sag nr. 9, sag nr. 11 og sag nr. 22 i afsnit 4.



3.4. Sagsbehandlingstid

Styrelsen for Patientklager har et overordnet politisk mål om, at den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Det Psykiatriske Ankenævn ikke overstiger seks måneder.

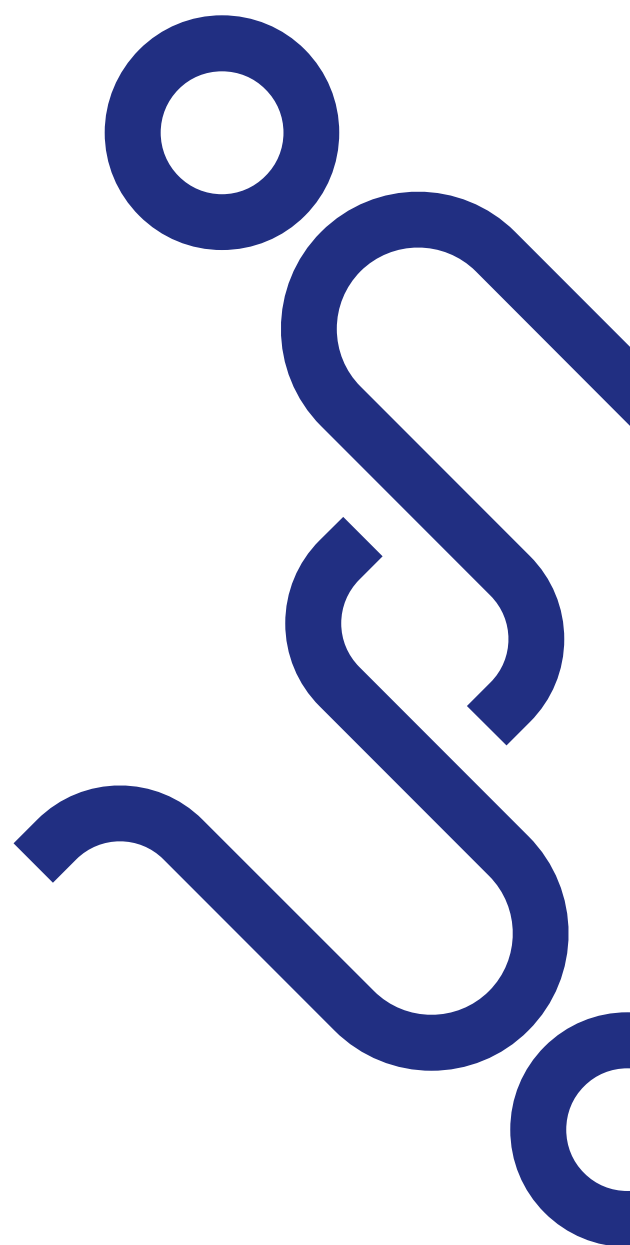
Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i 2024 4,6 måneder, hvilket således er inden for målsætningen.



NÆVNETS PRAKSIS



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN



4. Nævnets praksis

I dette afsnit opsummerer vi vores praksis. Vi gengiver praksis med et resumé af en række afgørelser, som vi har truffet i 2024. Afgørelserne er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som vi har behandlet i 2024.

Afgørelserne er inddelt i seks overordnede emner:

- Tvangsbehandling
- Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)
- Brug af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende medicin med magt
- Personlig skærmning
- Døraflåsning

4.1. Tvangsbehandling

Informeret samtykke

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

Informeret samtykke er et samtykke fra patienten, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson inden enhver behandling begynder eller forsætter. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 1 og 3.

Patienten skal blandt andet have information om sine muligheder for behandling, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Det fremgår af § 16 i samme lov.

Patienten skal løbende informeres om sin sygdom og den behandling, lægerne ønsker at give. Informationen skal desuden være forståelig for patienten.

Manglende samtykke

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

Ankenævnets praksis

Som udgangspunkt vil vi tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt ud fra følgende kriterier:

- Er patienten sindssyg eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed?
- Vil det være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, fordi udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Har patienten haft en passende tid til at overveje spørgsmålet om behandling (betænkningstid)?
- Er patienten dagligt motiveret til at tage medicinen frivilligt?
- Er motivationen ensartet og i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling?
- Har patienten haft mulighed for at drøfte spørgsmålet om behandling med sin patientrådgiver?

- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger?
- Er patienten informeret om både det primære og det sekundære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?
- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

4.1.1. Patientens tilstand

Regler

Den psykiatriske afdeling må kun bruge tvangsbehandling i følgende tilfælde:

- Hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der kan ligestilles hermed og
- Det vil være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, fordi:
 - Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller
 - Patienten frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5.

Ankenævnets praksis

Det første vi vurderer, når vi skal afgøre, om tvangsbehandlingen kan godkendes, er, om patienten var sindssyg eller i en tilsvarende tilstand.

Vi tager derefter stilling til, om det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten.

Det er ikke en betingelse for at tvangsbehandle, at patienten rent faktisk er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Det afgørende er, at patienten opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter lovens § 10, stk. 1 og § 5.

SAG 1

Det var ikke en betingelse, at patienten var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

I klagen til ankenævnet var det anført, at der efter klagers opfattelse ikke kunne træffes afgørelse om tvangsbehandling, når der ikke var truffet beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt. Det var ikke nødvendigt, at patienten faktisk var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, men blot at betingelserne for tvangstilbageholdelse var opfyldt. Patienten skulle derved være tvangstilbageholdelig ved beslutningen om tvangsbehandling. Det var vores opfattelse, at beslutninger om henholdsvis tvangsbehandling og frihedsberøvelse kunne klagebehandles uafhængigt af hinanden.

4.1.2. Mindstemiddelprincippet

Regler

Tvang må ikke bruges, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået. Hvis mindre indgribende tiltag er tilstrækkelige, skal disse bruges.

Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå formålet.

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, 2 og 4.

Ankenævnets praksis

Mindstemiddelprincippet indebærer, at vi som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end behandling med tabletter. Behandling med depotmedicin betragter vi som det mest indgribende middel.

4.1.2.1. Depotbehandling

Regler

Depotmedicin bør så vidt muligt undgås og må ikke være den første behandling ved tvangsmedicinering, hvis patientens reaktion på behandlingen er ukendt. Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at depotmedicin som udgangspunkt er den mest indgribende form for behandling. Derfor kræver det særlige grunde at vælge depotmedicin ved tvangsbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten tidligere gentagne gange har haft medicinsvigt, og at det ikke har været muligt at sikre en stabil behandling med tabletter. Begrundelsen skal være konkret og journalføres.

SAG 2

Behandling med depotmedicin var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling med depotmedicin.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at der var særlige grunde til at behandle patienten med depotmedicin. Vi lagde vægt på, at patienten tidligere ikke kunne samarbejde regelmæssigt om tabletbehandling. Det havde medført en forværring af patientens psykiske tilstand og et tilbagefald i misbrug.

4.1.2.2. Polyfarmaci

Sundhedsstyrelsens vejledning

Der er ikke dokumentation for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) giver bedre virkning. Derimod kan polyfarmaci give flere bivirkninger. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens

vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser.

Man skal forsøge behandling med Clozapin, hvis der ikke er kontraindikationer, før man træffer beslutning om behandling med polyfarmaci. Polyfarmaci kan i enkelte og konkrete tilfælde være relevant til behandling af patienter, som ikke tåler Clozapin, når Clozapin ikke har haft den ønskede virkning, eller når der har været uacceptable bivirkninger til den hidtidige behandling.

Det fremgår endelig af vejledningen, at patienter med kendt skizofreni og gentagne psykoser efter den akutte fase som oftest med fordel kan fortsætte behandlingen med det præparat, som viste sig effektivt i den akutte fase, når der ikke var uacceptable bivirkninger.

4.1.2.3. Successive behandlingssæt

Et successivt behandlingssæt betyder, at den psykiatriske afdeling beslutter, at patienten først skal tvangsbehandles med ét præparat, én dosis eller en behandlingsmåde, og at behandlingen kan ændres til en anden tvangsbehandling, hvis det senere bliver nødvendigt.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at det som udgangspunkt ikke er i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at træffe beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det skyldes, at patienten i denne situation ikke har mulighed for at forholde sig til spørgsmålet om den efterfølgende behandling, mens patienten modtager den indledende behandling.

Konkrete omstændigheder kan dog føre til, at en beslutning om tvangsbehandling med et successivt behandlingssæt vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet.

SAG 3

Behandling med successivt behandlingssæt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling med tablet Cisordinol med overgang til depotinjektion Cisordinol.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at behandle med et successivt behandlingssæt. Vi lagde blandt andet vægt på, at beslutningen om først at behandle med tablet måtte betragtes som et supplerende (accessorisk) middel til at gennemføre behandlingen med depotmedicin. Der opnås maksimal plasmakoncentration efter injektion af Cisordinol depotmedicin efter 3-7 dage. Ved samtidig indgift af hurtigere virkende Cisordinol sikrede man sig, at patienten fik en tilstrækkelig og relevant behandling.

Regler**4.1.3. Betænkningstid**

Patienten skal før overlægens beslutning om tvangsbehandling have en passende betænkningstid, hvor patienten kan overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5.

Overlægen skal i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens tvivl i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre brug af andre former for tvang samt patientens forpinthed m.v.

Det fremgår af § 3, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit samtykke, men patienten har dog højst krav på tre dages betænkningstid.

Det fremgår af psykiatrilovens §12, stk. 5 og § 3, stk. 2, i samme bekendtgørelse.

Længere eller kortere betænkningstid

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

SAG 4**Betænkningstid på to timer var passende**

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling efter en betænkningstid på to timer.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betænkningstiden på to timer var passende for patienten. Vi lagde blandt andet vægt på, at patienten var tvangsfikseret på grund af personfarlig adfærd. Patienten havde tre dage tidligere slået en ansat på afdelingen i hovedet med en knytnæve.

Afbrudt betænkningstid

Betænkningstiden afbrydes, hvis ikke patienten dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandling. I så fald skal motivationen starte forfra. Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der er sket en tilstrækkelig motivation, indgår det i vores vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

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, medregner vi som udgangspunkt ikke "den frivillige periode" i betænkningstiden. I sådanne tilfælde regner vi først betænkningstiden fra det tidspunkt, hvor det fremgår af journalen, at patienten igen har modsat sig behandlingen. Der er dog tilfælde, hvor vi vurderer, at betænkningstiden ikke afbrydes.

SAG 5

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Frivillig indtagelse af medicin afbrød ikke betænkningstiden

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling. Patienten havde i betænkningstiden taget medicinen frivilligt, hvilket, ifølge klagenævnet, afbrød betænkningstiden, som derfor var for kort.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betænkningstiden ikke blev afbrudt, da patienten frivilligt modtog medicinen. Vi lagde vægt på, at patienten frivilligt indtog medicinen efter behov, men afviste en fast behandling.

4.1.4. Indhold af motivationen

Regler

Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed. Det gælder dog ikke akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred.

Det fremgår af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Det fremgår af § 3, stk. 5, i samme bekendtgørelse.

Ankenævnets praksis

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

Tvangsbehandlingen skal normalt ske 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 vi 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 derfor være klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og patienten skal have tilstrækkelig mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Hvis der er uoverensstemmelser i motivationen, foretager vi en konkret bevisafvejning. Vi behandler sager på et skriftligt grundlag og er derfor afhængige af, hvad der står i journalen.

En patient bliver typisk motiveret for både en primær og en sekundær (subsidiær) behandling. Det primære præparat er det præparat, som man i første omgang vil give patienten. Det sekundære præparat er andetvalget.

Patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling – altså den behandling, som man i første omgang planlægger at behandle patienten med. Det er ikke et krav, at patienten løbende er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog have information om den sekundære behandling i motivationsperioden.

4.1.5. Overlægegodkendelse

Regler

Det er overlægen, der beslutter, om patienten skal behandles under tvang, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal bruges magt for at gennemføre behandlingen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 4.

En anden læge kan i overlægens fravær træffe beslutningen, men overlægen skal i sådanne tilfælde efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 4 a.

4.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge

Regler

En patient, der bliver tvangsbehandlet, skal have beskikket en patientrådgiver.

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 1.

Det gælder dog ikke, hvis patienten har en bistandsværge.

Det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om patientrådgivere.

Det er patientrådgiverens opgave at vejlede og rådgive patienten om alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 2, 1. punktum.

Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og fortsat være i kontakt med denne. Første besøg skal være inden 24 timer efter beskikkelsen.

Det fremgår af psykiatrilovens § 26, stk. 1.

Ved tvangsbehandling sker beskikkelsen, inden der træffes endelig beslutning om tvangsbehandling med henblik på, at patienten så vidt muligt får lejlighed til at drøfte indgrebet med patientrådgiveren i betænkningstiden.

Det fremgår af § 4, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Vores praksis er, at en beslutning om tvangsbehandling ikke underkendes alene fordi, at det ikke fremgår af journalen, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver.

4.1.7. Præparat og dosis

Regler

Ved tvangsmedicinering skal der bruges afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger.

Det følger af bekendtgørelsen § 4, stk. 1.

4.1.7.1. Afprøvede lægemidler

Regler

Afprøvede lægemidler er præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Det følger af bekendtgørelsens § 4, stk. 2.

Ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Det følger af bekendtgørelsens § 4, stk. 3.

4.1.7.2. Sædvanlig dosis

Regler

Sædvanlig dosis betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der fremgår af lægemiddelfortegnelsen, og det, der svarer til god lægelig praksis.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven.

Ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 4, stk. 3.

Ankenævnets praksis

Ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosis, bruger vi medicinoversigten på pro.medicin.dk, der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

Det er vores praksis at bruge det doseringsforslag på pro.medicin.dk, der er relevant i forhold til patientens diagnose. Doseringsforslaget kan derfor eksempelvis være forskelligt afhængigt af, om patienten lider af mani eller skizofreni.

Doseringsforslaget kan også afhænge af patientens øvrige helbredssituation.

Det kan i visse tilfælde være tilladt at bruge en større dosis end den, som er sædvanlig for de fleste patienter. Behovet skal være konkret og velbegrundet

beskrevet i forhold til den enkelte patient. Det er praksis, at der skal være en konkret begrundelse for dosis, når den overstiger den sædvanlige dosis.

SAG 6

Større dosis end sædvanlig dosis var konkret begrundet

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Olanzapin stigende op til 40 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Et flertal af Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at doseringen ikke var sædvanlig, da det fremgik af pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis var op til 20 mg ved behandling af skizofreni. Vi lagde dog vægt på, at det fremgik af journalen, hvorfor man ville behandle patienten med en dosis, der var ud over sædvanlig dosis. Patienten var tidligere behandlet med 20 mg i mere end en måned, uden det havde haft tilstrækkelig effekt på patientens tilstand. Beslutningen blev derfor godkendt.

SAG 7

Man burde have forsøgt behandling med Cisordinol før behandling med Cisordinol-Acutard

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Cisordinol-Acutard.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede blandt andet, at det ikke var tilstrækkeligt begrundet, hvorfor patienten skulle behandles med Cisordinol-Acutard. Vi lagde vægt på, at det igennem en årrække har været en del af nationale og internationale retningslinjer, at en patient ikke bør behandles med zuclopenthixolacetat (indholdsstoffet i Cisordinol-Acutard), hvis patienten ikke tidligere har tålt behandling med zuclopenthixol, eller hvis der ikke forud for behandlingen gives en testdosis via munden (peroralt). Beslutningen blev derfor ikke godkendt.

SAG 8

Sædvanlig dosis trods nedsat nyrefunktion

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Invega 3 mg stigende til højst 6 mg dagligt. Patienten havde nedsat nyrefunktion.

Det psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at doseringen i det konkrete tilfælde var almindelig for patienten. Det fremgik af pro.medicin.dk, at der ved behandling af patienter med nedsat nyrefunktion med GFR 0-50 ml/min anvendes 3 mg hver anden dag stigende til højst 3 mg dagligt. Vi lagde vægt på, at øgning af dosis over 3 mg alene kunne ske, efter plasmaniveauet var undersøgt. Dermed var der taget højde for risikoen for høje koncentrationer på baggrund af patientens nedsatte nyrefunktion. Vi lagde også vægt på, at patienten tidligere havde været i behandling med det konkrete præparat gennem flere år.

Regler**4.1.7.3. Ekstraordinært store doser**

Brug af ekstraordinært store doser må ikke finde sted.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 4, stk. 1.

Ankenævnets praksis

I praksis betyder det, at en dosis, der er ekstraordinært stor, ikke kan godkendes, selvom den er konkret begrundet i journalen.

Grænsen for, hvornår der er tale om en ekstraordinært stor dosis, beror på en konkret og individuel vurdering. Når en dosis i et konkret tilfælde er nødvendig og begrundet i journalen, kan der anvendes en større dosis end den maksimalt angivne dosis på pro.medicin.dk. Der vil i sådan et tilfælde ikke være tale om en ekstraordinært stor dosis.

SAG 9**Der var ikke tale om en ekstraordinært stor dosis**

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært Cisordinol 25 mg stigende til højst 50 mg dagligt.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at der i det konkrete tilfælde ikke var tale om en ekstraordinært stor dosis, selvom dosis ifølge pro.medicin.dk var højere end den maksimalt anbefalede dosis for en ældre patient. Vi lagde vægt på, at det fremgik, at patientens daværende dosis ikke havde haft en tilstrækkelig effekt, og at man vurderede, at patienten ville kunne samarbejde, hvis patienten var mindre psykotisk. Vi godkendte derfor beslutningen ud fra en konkret og individuel vurdering.

Ankenævnets praksis**4.1.7.4. Sædvanlig dosisadministration**

Vi ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når vi vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering.

Dosis skal normalt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på pro.medicin.dk, for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af pro.medicin.dk, at et bestemt præparat skal gives to gange i løbet af et døgn, opfylder en beslutning om én samlet

administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

Vi ser også på, hvordan medicinen gives. Medicinen skal gives i overensstemmelse med retningslinjerne for den pågældende administrationsform. Det betyder, at doseringen af et præparat ved tabletbehandling skal følge dosisintervallet for tabletbehandling på pro.medicin.dk.

SAG 10

Ikke sædvanlig dosis at gentage injektion efter én time

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Cisordinol 10 mg stigende til højst 40 mg dagligt fordelt på to doser, sekundært injektion Olanzapin 10 mg en gang dagligt stigende til højst 10 mg to gange dagligt med mindst en time mellem hver dosis.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at dosisintervallet for injektion med Olanzapin gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanligt. Det fremgik af pro.medicin.dk, at dosis kunne gentages efter to timer og eventuelt igen efter fire timer efter anden injektion. Den usædvanlige dosis var ikke konkret begrundet i journalen. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor ikke godkendt.

SAG 11

Ikke sædvanlig dosis at give mere end 10 mg injektion Zyprexa ad gangen

Sagen drejede sig om en patient, der klagede over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Zyprexa 5 mg stigende til højst 20 mg én gang dagligt.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at doseringen ikke var sædvanlig. Det fremgik af pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis er 5 mg stigende op til 10 mg, og at dosis kan gentages. Vi vurderede, at man ikke bør give mere end 10 mg injektion Zyprexa ad gangen. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor ikke godkendt.

4.1.8. Information om præparaterne

Regler

Der må ikke benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt, for at patienten medvirker frivilligt.

Det fremgår psykiatrilovens § 4, stk. 1.

Patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål.

Det fremgår af psykiatrilovens § 31, stk. 1.

Tvangsmedicinering forudsætter som udgangspunkt, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Det fremgår af § 3, stk. 6, i bekendtgørelse om anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Ankenævnets praksis

Det er vores praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det sekundære præparat, da der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen udføres med det sekundære præparat. Det skal desuden journalføres, at der er givet eller er forsøgt givet information.

Regler

4.1.9. Opsættende virkning

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

Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Ankenævnets praksis

Det betyder, at hvis der er klaget over en beslutning om tvangsbehandling, må behandlingen normalt først udføres, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning.

SAG 12

En beslutning om ikke at tillægge en klage opsættende virkning blev godkendt

En patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Overlægen besluttede, at klagen ikke skulle tillægges opsættende virkning.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ved deres afgørelse godkendt beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi vurderede, at det var nødvendigt at starte tvangsbehandlingen, da der var en nærliggende fare for, at patienten ville udsætte andre for skade. Vi lagde ved afgørelsen vægt på, at patienten var tvangsfikseret på tredje døgn og var svært personfarlig.

SAG 13

En beslutning om ikke at tillægge en klage opsættende virkning skal være begrundet

En patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Patientens klage blev ikke tillagt opsættende virkning. Dette var ikke begrundet i patientens journal.

**Det Psykiatriske
Patientklagenævns
afgørelse**

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning.

**Ankenævnets
vurdering**

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn, fordi det ikke fremgik af journalen, at der blev taget stilling til, hvorvidt klagen skulle tillægges opsættende virkning.

Det havde dog ikke betydning for vores vurdering af beslutningen om tvangsbehandling af patienten.

SAG 14

Klage over beslutning om tvangsbehandling burde være tillagt opsættende virkning

En patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Patientens klage blev ikke tillagt opsættende virkning.

**Det Psykiatriske
Patientklagenævns
afgørelse**

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om ikke at tillægge klagen opsættende virkning.

**Ankenævnets
vurdering**

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi vurderede, at patientens liv eller helbred ikke var udsat for væsentlig fare, og at der ikke var en nærliggende fare for, at patienten ville udsætte andre for skade. Vi lagde vægt på, at der ikke var tale om en akut situation.

4.1.10. Fortsat tvangsbehandling

Beslutninger om fortsat tvangsbehandling af en patient, der allerede er i behandling, kræver, at patienten stadig opfylder betingelserne for at blive tvangsbehandlet. Betingelserne herfor er beskrevet i afsnit 4.1.1. til 4.1.8.

Den tidsmæssige udstrækning af en fortsat tvangsbehandling skal være begrænset til det absolut nødvendige, da tvang ikke må anvendes i et videre omfang, end hvad der er nødvendigt for formålet.

Det er overlægen, der har ansvaret for, at en tvangsbehandling ikke anvendes i et videre omfang end nødvendigt. Dette følger af psykiatrilovens § 21, stk. 1.

**Ankenævnets
praksis**

Når vi vurderer lovligheden af en beslutning om fortsat tvangsbehandling af en patient, tager vi derfor stilling til, om patienten fortsat opfylder betingelserne for tvangsbehandling, og om behandlingens udstrækning opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Man forventer normalt, at behandling med antipsykotisk medicin viser optimal effekt i løbet af 1,5 til cirka 3 måneder. Det er dog ikke muligt at angive et præcist tidsrum for, hvor lang tid en tvangsbehandling må vare. I vurderingen

af udstrækningens lovlighed tager vi i øvrigt hensyn til, om behandlingen indledes med en periode, hvor dosis af præparatet justeres op til et niveau, hvor der må antages at være en effekt af behandlingen.

SAG 15

Beslutning om fortsat tvangsbehandling blev godkendt

En patient havde klaget over en beslutning om fortsat tvangsbehandling med injektion depot Serenase 50 mg hver 4. uge, stigende afhængigt af effekt og bivirkning til højest 300 mg, hvor dosis kunne justeres med op til 50 mg hver 4. uge.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om fortsat tvangsbehandling frem til en bestemt dato, men underkendte beslutningen om en fortsat tvangsbehandling derefter med henvisning til, at det på dette tidspunkt ikke længere var tilstrækkeligt dokumenteret i journalen, at patienten fortsat var psykotisk eller i en tilstand, der kunne sidestilles hermed.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at betingelserne for fortsat tvangsbehandling af patienten var opfyldt. Vi fandt, at patienten fortsat befandt sig i en psykotisk tilstand, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten. Vi vurderede også, at den fortsatte tvangsbehandlings udstrækning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Vi lagde vægt på, at den fortsatte behandling var nødvendig for at opnå den fornødne bedring og stabilitet af patientens tilstand.

4.2. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

Regler

Særligt for tvangsbehandling med såkaldt elektrostimulation (ECT) gælder, at behandlingen kun må gennemføres, hvis patienten udover at opfylde de almindelige betingelser for tvangsbehandling også befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3 og bekendtgørelsens § 8.

SAG 16

Tvangsbehandling med ECT godkendt, selvom patienten ikke fik betænkningstid

En patient klagede over en beslutning om tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT). Det fremgik ikke af journalen, at patienten blev motiveret for behandlingen og dermed fik en betænkningstid.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling med ECT, da kravet om mindst indgribende behandling i forhold til motivation og betænkningstid ikke var opfyldt.

Ankenævnets vurdering

Vi godkendte beslutningen om tvangsbehandling med anvendelse af ECT. Vi vurderede, at patienten var psykotisk og befandt sig i en livstruende tilstand. Det blev konkret begrundet med, at patientens tilstand var blevet forværret, og at patienten ikke spiste og stort set ikke drak væske. Patienten havde lavt

kaliumniveau og var ukontaktbar. Vi vurderede, at en hurtigt indsættende bedring af den psykotiske tilstand derfor var nødvendig.

Hvad angår betænkningstiden vurderede vi, at der forelå en akut situation, hvor der var fare for patientens liv og helbred, hvis patienten ikke blev behandlet. Beslutningen om tvangsbehandling kunne derfor godkendes, selvom patienten ikke var blevet motiveret for behandlingen.

4.3. Brug af fysisk magt

Regler

En person, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om nødvendigt, med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, hvis betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt.

Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 1.

Efter § 14, stk. 2, må tvangsfiksering og dermed fysisk magtanvendelse kun bruges 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.

Spørgsmålet om hvilket middel, der skal bruges i det enkelte tilfælde, afgøres under iagttagelse af mindstemiddelprincippet, jf. psykiatrilovens § 4, stk. 2, som er beskrevet i afsnit 4.1.2.

Det vil i nogle tilfælde ikke være muligt at forsøge med mindre indgribende tiltag inden brug af fysisk magt, når det er en akut situation med et element af nærliggende fare.

Fastholdelse uden andre samtidige tiltag skal være så kort som muligt og bør aldrig have en varighed på mere end 30 minutter. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien.

SAG 17

Brug af fysisk magt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet

En patient havde klaget over brug af fysisk magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om brug af fysisk magt.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at brugen af fysisk magt var nødvendig for at undgå, at patienten groft forulempede sine medpatienter.

Vi vurderede også, at den fysiske magt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. Vi lagde vægt på, at man før fastholdelsen havde forsøgt mindre indgribende tiltag ved at skærme patienten til egen stue og ved at korrigere patienten, uden at dette havde tilstrækkelig effekt. Vi lagde også vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt. Beslutningen om brug af fysisk magt blev derfor godkendt.

4.4. Indgivelse af beroligende medicin med magt

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

Når vi vurderer, om betingelserne for at give beroligende medicin med magt er opfyldt, gøres det som udgangspunkt efter følgende kriterier:

- Er det nødvendigt at give beroligende medicin med magt med henblik på at bringe patienten til ro og på bedring af dennes tilstand?
- Er kravet om mindst indgribende tiltag opfyldt?

Vi tager ved vurderingen stilling til, om man, før indgivelse af beroligende medicin med magt, har:

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

Hvis nogle af ovenstående tiltag ikke er forsøgt, tager vi stilling til, om det var konkret begrundet i journalen.

Vi tager desuden stilling til, om der er tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til pro.medicin.dk. Hvis der er tale om en usædvanlig dosering, tager vi stilling til, om det konkret fremgår af journalen, hvad begrundelsen var for at gå ud over sædvanlig dosering.

4.4.1. Patientens tilstand

Regler

En læge kan bestemme, at en patient skal have beroligende medicin med magt, hvis det er nødvendigt og af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand.

Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 2.

4.4.2. Mindstemiddelprincippet

Mindstemiddelprincippet er beskrevet i afsnit 4.1.2.

Det følger af mindstemiddelprincippet, at en patient ikke må gives beroligende medicin med magt, før der er gjort, hvad der er muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. En patient skal således tilbydes at tage medicinen frivilligt, før det besluttes at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at medicinen er tilbudt til frivillig indtagelse.

Derudover skal indgivelsen af beroligende medicin med magt stå i et rimeligt forhold til det, man vil opnå. Der skal anvendes mindre indgribende tiltag, såsom at skærme patienten eller tale patienten til ro, hvis disse er tilstrækkelige.

Det skal journalføres, hvis man forgæves har forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro. Dette vil kunne dokumentere, at mindre indgribende tiltag ikke var tilstrækkelige.

Vi kan konkret vurdere, at mindstemiddelprincippet er opfyldt, selvom mindre indgribende tiltag ikke er forsøgt, inden den beroligende medicin gives med magt. Dette vil dog bero på de konkrete omstændigheder.

SAG 18

Godkendt at give beroligende medicin med magt uden først at have forsøgt med mindre indgribende foranstaltninger

En patient klagede i sagen blandt andet over en beslutning om indgivelse af beroligende medicin med magt. Der blev ikke forsøgt mindre indgribende tiltag forud for, at patienten fik den beroligende medicin.

Føroya Kærustovnus afgørelse

Føroya Kærustovnu (klagemyndigheden for psykiatriske patientklager på Færøerne) havde godkendt beslutningen om at give beroligende medicin til patienten.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i afgørelsen. Vi vurderede, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på at bedre hans tilstand. Vi lagde vægt på, at patienten var svært urolig og psykotisk.

Vi vurderede også, at det var den mindst indgribende måde at berolige patienten på i situationen. Vi lagde vægt på, at der var tale om en akut fare, hvor hurtig indgriben var nødvendig, og hvor mindre indgribende tiltag ikke var mulige. Det fremgik af journalen, at patientens evne til at være i kontakt var helt ophørt.

Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor godkendt.

SAG 19

Indgivelse af beroligende medicin med magt opfyldte ikke kravet om mindst indgribende tiltag

En patient klagede blandt andet over et forhold med indgivelse af beroligende medicin med magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn underkendte beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på at bedre tilstanden. Vi lagde vægt på, at patienten ifølge journalen fremstod hurtigtgående, truende og paranoidt tolkende, ligesom den pågældende gik ind på medpatienters stuer.

Desuden blev patientens adfærd forsøgt begrænset og korrigeret, idet man havde forsøgt at tale patienten til ro og forsøgt at ændre hans adfærd ved at skærme ham, uden at dette havde en tilstrækkelig effekt.

Vi vurderede dog, at indgivelsen af beroligende medicin med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende tiltag. Vi lagde vægt på, at patienten ikke var blevet tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse, inden han fik medicinen med magt. Det var derfor ikke tilstrækkeligt dokumenteret, at der var gjort, hvad der var muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. Vi lagde også vægt på, at der ikke var tale om en eskaleret situation.

Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor ikke godkendt.

4.4.3. Fysisk magt som accessorisk indgreb

Der kan ske fastholdelse af en patient i forbindelse med et andet tvangsindgreb. Dette fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien. En sådan fastholdelse er ikke udtryk for et selvstændigt tvangsindgreb, men en nødvendig fastholdelse for at gennemføre et andet tvangsindgreb – såkaldt fysisk magt som accessorisk indgreb.

Det fremgår også af vejledningen, at varigheden af denne form for fastholdelse skal være kortvarig og udelukkende kan foretages i direkte tilslutning til et andet tvangsindgreb. Hvis der er behov for fastholdelse herudover, er der tale om et selvstændigt tvangsindgreb.

Vi tager derfor stilling til, om fastholdelsen i forbindelse med indgivelsen af beroligende medicin med magt opfylder mindstemiddelprincippet i de tilfælde, hvor der er klaget over fastholdelsen.

SAG 20

Fastholdelse af patient ved indgivelse af medicin skulle betragtes som et accessorisk indgreb

En patient var blevet fastholdt i sammenlagt 29 minutter, herunder i forbindelse med at man havde indgivet beroligende medicin. Patienten klagede over indgivelse af beroligende medicin samt anvendelse af fysisk magt.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt indgivelsen af beroligende medicin. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde dog lagt til grund i afgørelsen, at hele fastholdelsen skulle betragtes som et selvstændigt indgreb.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i beslutningen om, at indgivelse af medicin skulle godkendes. Vi vurderede, at den del af fastholdelsen, som var sket i umiddelbar tilknytning til medicinindgivelsen, skete for at kunne give patienten den beroligende medicin. Det var derfor tale om et accessorisk indgreb til indgivelsen. Vi

vurderede, at den øvrige fastholdelse skulle anses som et selvstændigt tvangsindgreb.

Vi vurderede, at fastholdelsen i forbindelse med indgivelse af den beroligende medicin var nødvendig for at sikre, at medicineringen foregik forsvarligt. Vi lagde vægt på, at patienten sparkede ud mod personalet. Vi vurderede også, at der ikke i øvrigt blev anvendt fysisk magt i videre omfang, end formålet tilsagde.

4.4.4. Præparat og dosis

Sædvanlig dosering i forbindelse med tvangsbehandling er også beskrevet i afsnit 4.1.7.

Når patienten får beroligende medicin med magt, vurderer vi den indgivne dosis på baggrund af den samlede døgn dosis, hvis der for eksempel er givet beroligende medicin flere gange inden for ét døgn.

Når det besluttes at give beroligende medicin med magt, skal præparat og dosis desuden normalt svare til det præparat og den dosis, patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse. Hvis der er tale om en optrappet situation, kan der dog være grundlag for at give beroligende medicin i en højere dosis end den, der er tilbudt, eller at give et andet præparat.

Det følger af mindstemiddelprincippet, at der ikke må gives mere medicin, herunder en højere dosis eller flere præparater, end hvad der er nødvendigt for at bringe patienten til ro. Det betyder, at vi konkret kan vurdere, at mindstemiddelprincippet er opfyldt, selv om der indgives to præparater samtidig.

SAG 21

Injektion Diazepam var ikke et godkendt lægemiddel på det tidspunkt, hvor medicinen blev givet

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet afgørelse om tilsidesættelse af indgivelse af beroligende medicin med magt.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige med det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi lagde vægt på, at injektion Diazepam ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse og markedsført i landet på tidspunktet for indgivelse af medicinen. På pro.medicin.dk fremgik det således, at Diazepam i injektionsform var udgået, da patienten fik medicinen. Der var derfor ikke tale om et afprøvet lægemiddel i lovens forstand.

Det forhold, at der forelå en generel udleveringstilladelse på præparatet fra Lægemiddelstyrelsen kunne efter vores vurdering ikke føre til et andet resultat.

Vi godkendte derfor ikke beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Sag 22**Indgivelse af beroligende medicin godkendt, selvom døgndosis var større end anbefalet**

En patient klagede over et forhold med indgivelse af beroligende medicin, hvor patienten havde fået tablet Zyprexa (Olanzapin) 10 mg sammen med tablet Lorazepam 4 mg ved magt.

Patienten havde tidligere inden for samme døgn fået beroligende medicin med tablet Lorazepam 4 mg. Dermed var der en samlet døgndosis på 8 mg Lorazepam.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om at give patienten beroligende medicin med magt.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Den samlede døgndosis på 8 mg Lorazepam oversteg som udgangspunkt den maksimale anbefalede døgndosis, der ifølge pro.medicin.dk er 7,5 mg.

Vi vurderede dog, at doseringen ikke udgjorde en ekstraordinært stor dosis for patienten i den pågældende situation.

Vi lagde vægt på, at patienten havde modtaget Lorazepam tidligere, og at effekten af medicinen på patienten dermed var velkendt. Derudover fremgik patienten svært forpint og psykotisk. Vi vurderede, at det ville have været i strid med mindstemiddelprincippet, hvis man havde givet patienten en mindre dosis.

SAG 23**Indgivelse af beroligende medicin med magt blev ikke godkendt**

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutning om at give en patient beroligende medicin, i form af injektion Lorazepam 4 mg, med magt.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at den anvendte dosis ikke var sædvanlig. Vi lagde vægt på, at injektion Lorazepam sædvanligvis gives i en dosis på 2-4 mg til at starte med, og at dosis ved behov kan gentages efter to timer. Patienten havde tidligere samme dag fået indgivet injektion Lorazepam 2 mg, og der var ikke gået to timer, da man gav patienten medicinen igen.

Vi godkendte dermed ikke beslutningen om at give beroligende medicin med magt.

4.5. Personlig skærmning

Personlig skærmning i psykiatrilovens forstand er tiltag, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Regler

Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun bruges i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten begår selvmord, eller på anden måde udsætter sit eller andres helbred for betydelig

skade, eller forfølger, eller på anden lignende måde groft forulemper, medpatienter eller andre.

Det følger af psykiatrilovens § 18 d.

Umiddelbar nærhed

Ved udtrykket "umiddelbar nærhed" skal forstås, at patienten til stadighed er under opsyn, også ved badning og toiletbesøg, og at personalet dermed har mulighed for at gribe hurtigt ind. Det fremgår af § 39, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Personlig skærmning

Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen i psykiatrilovens § 18 d, at personlig skærmning i bestemmelsens forstand ikke nødvendigvis har det samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge. Det fremgår også af forarbejderne, at lavere grader af observation og overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen.

Vi kan kun tage stilling til personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer. Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 1.

Vi tager først stilling til, om der var tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, og om skærmningen uafbrudt har været mere end 24 timer. Herefter tager vi stilling til, om betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Mindstemiddelprincippet gælder også for personlig skærmning. Vi henviser til afsnit 4.1.2. Det vil derfor have betydning i vores vurdering, om det er dokumenteret i journalen, at mindre indgribende tiltag har været forsøgt inden brug af personlig skærmning.

SAG 24

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Ikke kompetence til at behandle klage over personlig skærmning

En patient havde klaget over personlig skærmning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist sagen, da nævnet ikke havde kompetence til at behandle patientens klage.

Ankenævnets vurdering

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at der ikke var tale om personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d.

Det fremgik af journalen, at patienten på et tidligere tidspunkt var blevet skærmet til sin stue "det næste døgn", hvor han kunne ryge én gang i timen. Det var observeret, at patienten brød denne skærmning. I journalnotaterne fra den pågældende dag, hvor patienten havde klaget over personlig skærmning, fremgik det, at patienten havde opholdt sig på egen stue i løbet af dagen og røg én gang i timen. Han blev tilset efter en ordineret frekvens i tidsrummet mellem kl. 15:00 og 20:30. Der var ikke udfyldt en tvangsprotokol vedrørende personlig skærmning.

Vi bemærkede, at det er vores opfattelse, at det ved en beslutning om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand påhviler personalet at befinde

sig i umiddelbar nærhed af patienten, og at det således ikke er op til patienten at overholde den personlige skærmning.

Vi bemærkede også, at en klage over, at en patient er skærmet på stuen for at sikre, at de øvrige patienter ikke generes af den pågældende patient, kan påklages til regionen, idet disse foranstaltninger må betragtes som anstaltsforhold med det formål at opretholde ro og orden på afdelingen.

4.6. Døraflåsning

Regler

En læge kan træffe beslutning om aflåsning af patientstue for at anvende det behandlingsmæssigt på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, hvis det er med henblik på:

- at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- at skærme patienten mod for mange stimuli.

En læge kan også træffe beslutning om aflåsning, hvis det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

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

Dette følger af psykiatrilovens § 18 a, stk. 2 og § 18 a, stk. 3.

Beslutninger om aflåsning af en patientstue skal træffes af en læge.

Dette fremgår af § 18 a, stk. 4.

Konkret vurdering

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 18 a, at en beslutning om aflåsning af patientstuer af behandlings- og sikkerhedsmæssige årsager kræver en konkret vurdering og skal være begrundet i et individuelt behov.

Grænse-sættende foranstaltning

Det fremgår også af forarbejderne, at afskærmningen blandt andet kan virke som en grænsesættende foranstaltning over for patienter med svære psykoser, hvor disse fremtræder meget grænsesøgende og uden forståelse for egne eller andres grænser. For at hjælpe disse patienter til at forstå andres grænser og indgå i en mere social dialog med omgivelserne, kan det være nødvendigt at begrænse den grænseoverskridende adfærd ved at afskærme patienten på egen stue med låst dør.

Tilsyn

Der skal føres regelmæssigt tilsyn med patienter, der er indelåst på egen stue. Dette tilsyn skal udføres under hensyntagen til patientens ønsker. Som udgangspunkt skal patienter, der er indelåst på egen stue i dagtimerne, tilses én gang i timen med ca. 10 minutters besøg på stuen. Det skal i øvrigt altid være muligt at tilkalde personale. Dette er reguleret i bekendtgørelsens § 30.

Revurdering

Der skal foretages en revurdering af, om betingelserne for opretholdelse af indgrebet fortsat er tilstede efter én uge og herefter hver måned. Denne vurdering skal også foretages af en læge. Dette blev bemærket i Folketingets Ombudsmands udtalelse i FOU nr. 2015.55.

Der er i psykiatriloven og bekendtgørelsen ligeledes særlige regler for aflåsning af patientstuen om natten og under behandlings- og ugekonference, når personalet har behov for at samles.

Ankenævnets praksis

Ud over at tage stilling til, om en beslutning om aflåsning er sket i overensstemmelse med de nævnte betingelser, vurderer vi også, om låsningen opfylder kravet om mindst indgribende foranstaltning.

SAG 25

Beslutning om at aflåse patientstue blev godkendt

En patient havde klaget over en beslutning om aflåsning af patientens stue. Patienten var indelåst i lidt over 11 døgn.

Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om aflåsning af patientens stue med henvisning til, at indgrebet ikke var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet.

Ankenævnets vurdering

Vi vurderede, at det var korrekt at foretage aflåsning af patientens stue.

Vi lagde i afgørelsen vægt på, at aflåsningen ifølge journalen skete med henblik på at sikre faste rammer for behandlingen, og at patienten var beskrevet som farlig og truende. Patienten fremgik psykotisk med vrangforestillinger, og han havde afvist tilbud om behandling med antipsykotisk medicin. Vi vurderede derfor, at det var nødvendigt at foretage aflåsningen af patientstuen.

Vi lagde også vægt på, at der løbende blev taget stilling til, om det var nødvendigt at fastholde aflåsningen af stuen, og at overlægen ligeledes foretog en revurdering af beslutningen.

Vi vurderede, at beslutningen om aflåsning af patientstuen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Vi bemærkede, at døraflåsningen blev lempet med daglige gårdture.

Vi vurderede, at der var ført korrekt tilsyn med patienten under aflåsningen, idet overlægen i forbindelse med beslutningen om aflåsning af patientstuen ordinerede fast vagt med patientens samtykke. Overlægen havde også efterfølgende truffet beslutning om et udvidet observationsniveau med tilsyn minimum én gang i timen.

AFSLUTNING



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN



5. Afslutning

5.1. Læring

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

Ønsket er, at denne årsberetning medvirker til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger får indsigt i praksis og kan inddrage denne læring i deres arbejde.

Vi 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 Styrelsen for Patientklagers hjemmeside stpk.dk. I 2024 offentliggjorde vi 11 afgørelser.

Det faste team af sagsbehandlere drøfter tvivlssager, 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 også et tæt samarbejde med de sagkyndige, der afgiver udtalelser i sagerne. Samarbejdet bidrager positivt til læring i teamet, men også til læring udadtil gennem de sagkyndiges arbejde i psykiatrien.

5.2. Forventninger til fremtiden

Vi vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre principielle afgørelser og afgørelser, som bidrager til læring i psykiatrien i 2025.

Vi vil desuden arbejde for at fastholde en sagsbehandlingstid under det politiske mål på seks måneder i gennemsnit.



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N