



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

ÅRSBERETNING

Det Psykiatriske Ankenævn 2023

INDHOLD

1. FORORD	4
2. DET PSYKIATRISKE ANKENÆVN	5
2.1. Indledning	5
2.2. Ankenævnets sammensætning.....	5
2.3. Ankenævnets kompetence.....	5
2.4. Ankenævnets sagsbehandling	6
3. NØGLETAL	7
3.1. Modtagne sager	7
3.2. Afsluttede sager	7
3.3. Ændringsprocent	8
3.4. Sagsbehandlingstid.....	9
4. SAGSGANG	10
4.1. Formelle regler	10
4.1.1. Klageberettigede	10
4.1.2. Klagefrist.....	10
4.1.3. Ankenævnets kompetence	10
4.2. Sekretariatets forberedelse af sagen.....	11
4.3. Afgørelsen	11
4.4. Genoptagelse.....	12
5. AFGØRELSER	14
5.1. Tvangsbehandling	14
5.1.1. Patientens tilstand	15
5.1.2. Mindstemiddelprincippet.....	16
5.1.2.1. Depotbehandling	17
5.1.2.2. Polyfarmaci	18
5.1.2.3. Successive behandlingssæt	18
5.1.3. Betænkningstid	19
5.1.4. Indhold af motivationen	20
5.1.5. Overlægegodkendelse	21
5.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge.....	21
5.1.7. Afprøvede lægemidler	22
5.1.8. Sædvanlig dosering	22
5.1.8.1. Sædvanlig dosisadministration	24
5.1.9. Information om præparaterne	24
5.1.10. Opsættende virkning	25
5.2. Tvangsbehandling af legemlig lidelse	26
5.3. Tvangsernæring	27

5.4. Anvendelse af fysisk magt	28
5.5. Indgivelse af beroligende medicin med magt	29
5.5.1. Patientens tilstand	30
5.5.2. Mindstemiddelprincippet.....	30
5.5.2.1. Fysisk magt som accessorisk indgreb ved beroligende medicin med magt.....	32
5.5.3. Præparat og dosis.....	32
5.6. Personlig skærmning	33
6. FOLKETINGETS OMBUDSMAND OG DOMSTOLENE	35
7. LÆRING	36
8. FORVENTNINGER TIL FREMTIDEN	37
BILAG	38
Bilag 1: S sammensætningen af Det Psykiatriske Ankenævn i 2023.....	38
Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn	39

1. Forord

Vi har i 2023 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.

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

Med hensyn til indgivelse af beroligende medicin med magt er det præparatet og sædvanlig dosering af dette, der har været i fokus.

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

I 2023 konstaterede vi i en række afgørelser, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer, eller betænkningstiden var utilstrækkelig.

Vi har derfor 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. Disse afgørelser er beskrevet i de blå tekstbokse.

Vi har i år også valgt at inddrage eksempler på afgørelser om fysisk magt, tvangsernæring, tvangsbehandling af legemlig lidelse og personlig skærmning.

Helt overordnet oplever jeg et meget engageret nævn, som med inddragelse af fagpersoner tager stort ansvar for sagernes behandling i nævnet. Jeg oplever også et meget godt samarbejde med sekretariatet, som på allerbedste måde understøtter nævnets arbejde. Jeg vil derfor takke ankenævnets medlemmer og sekretariatet for det forgangne år.

Jeg ser frem mod et nyt spændende år for ankenævnet i 2024.

God læselyst.

Steen Mejer
Formand

2. Det Psykiatriske Ankenævn

2.1. Indledning

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011. Styrelsen for Patientklager sekretariatsbetjener nævnet.

2.2. Ankenævnets sammensætning

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det nedsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Kompetencen til at beskikke nævnets medlemmer er dog tildelt Styrelsen for Patientklager med virkning fra den 23. januar 2023. 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.

Det følger af psykiatrilovens § 38 a, stk. 1. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne.

Nævnsmedlemmerne er beskikket for en fireårig periode.

Den nuværende periode løber fra den 1. januar 2023 til den 31. december 2026.

Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2023 fremgår af bilag 1.

2.3. Ankenævnets kompetence

Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi kan behandle klager over:

- Tvangsbehandling
- Brug af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende medicin med magt
- Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse
- Personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland

Det følger af psykiatrilovens § 38, stk. 1.

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

Vi er i vores virksomhed uafhængige af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Det fremgår af psykiatrilovens § 38 a, stk. 1, 2. pkt.

2.4. Ankenævnets sagsbehandling

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

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

I modsætning til Det Psykiatriske Patientklagenævn holder vi vores møder uden, at sagens parter deltager. Behandlingen sker udelukkende på et skriftligt grundlag. Det medfører, at vi er afhængige af, hvad der er dokumenteret i patientjournalen og sagsakterne i forhold til det påklagede tvangsindgreb, når vi i hver enkelt sag vurderer, om det kan lægges til grund, at lovens betingelser er opfyldt.

Vi er et kollegialt organ, som træffer afgørelser ved stemmeflerhed. Hvis der er stemmelighed, er formandens stemme afgørende. 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 særlige regler om inhabilitet. Nævnsmedlemmerne er desuden underlagt tavshedspligt.

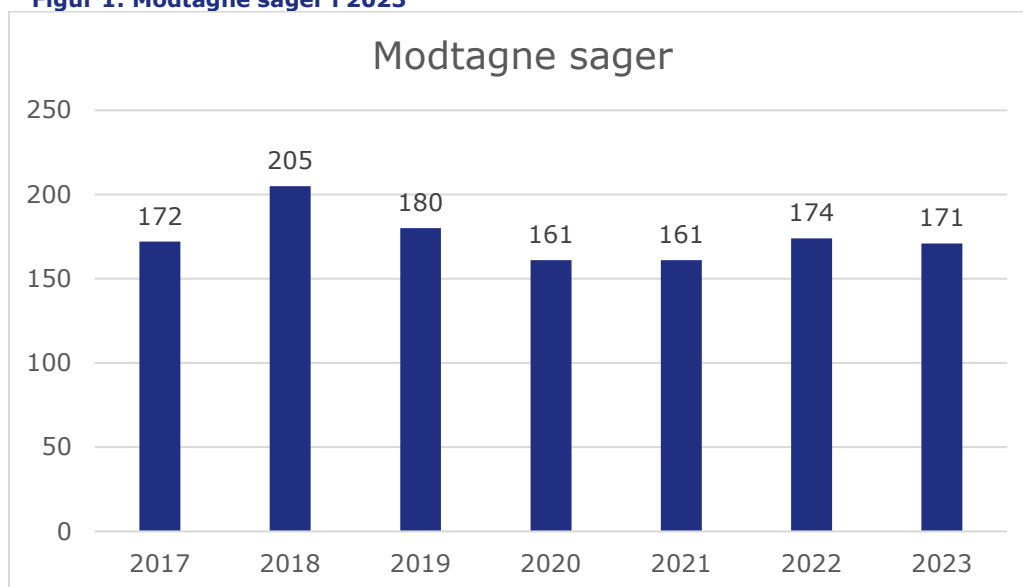
De nærmere regler vedrørende Det Psykiatriske Ankenævn er beskrevet i bekendtgørelse om forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn.

3. Nøgletal

3.1. Modtagne sager

I 2023 modtog vi 171 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Tallet ligger nogenlunde på niveau med de foregående år.

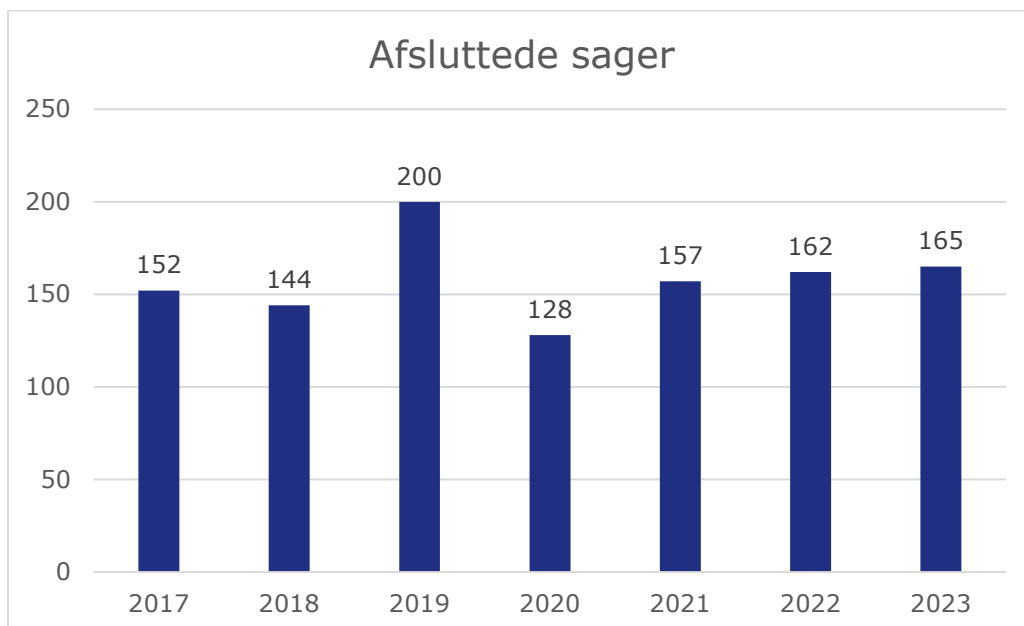
Figur 1: Modtagne sager i 2023



3.2. Afsluttede sager

Vi afholdt seks møder og afgjorde 165 sager i 2023. Derudover blev 3 sager afsluttet på en anden måde – primært fordi klageren trak sin klage tilbage. De afgjorte sager vedrører klager, som vi modtog i både 2022 og 2023, samt en enkelt sag modtaget i 2021, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2024 fortsat behandler en række sager, der blev modtaget i 2023.

Figur 2: Afsluttede sager i 2023

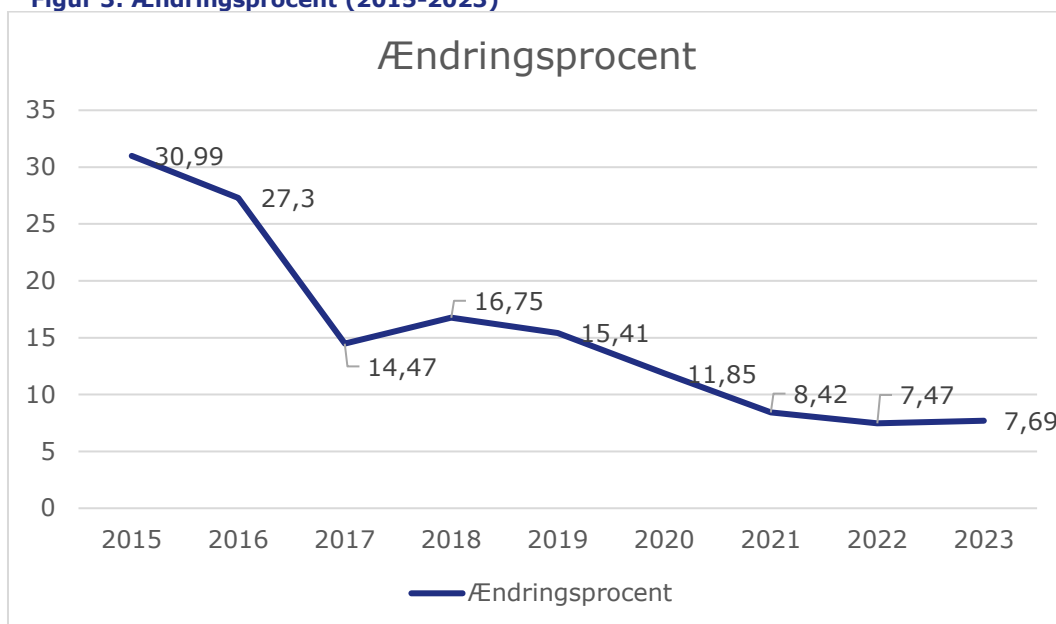


3.3. Ændringsprocent

I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb. I de 165 sager, der blev afgjort af ankenævnet i 2023, tog ankenævnet stilling til i alt 260 tvangsindgreb.

Vi ændrede i 20 tilfælde Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, hvilket svarer til en ændringsprocent på 7,69 %. Til sammenligning var ændringsprocenten i 2022 7,47 %. Ændringsprocenten er dermed på cirka samme niveau som sidste år.

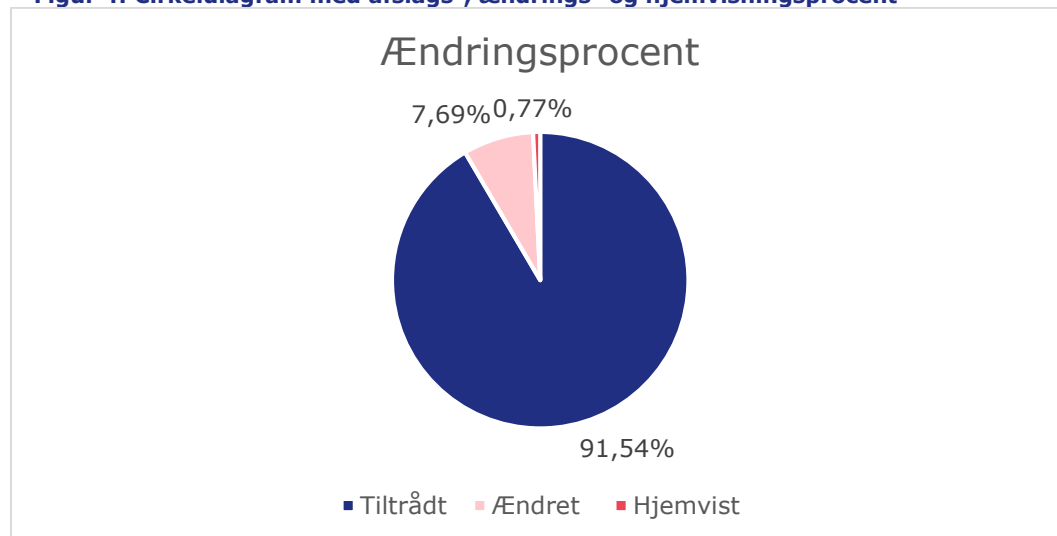
Figur 3: Ændringsprocent (2015-2023)



Herudover hjemviste vi afgørelsen i to tilfælde. I 2023 har vi ikke ophævet nogen afgørelser. Det betyder, at vi tiltrådte Det Psykiatriske

Patientklagenævns afgørelse i 238 tilfælde. Det svarer til 91,54 % af alle tvangsindgreb.

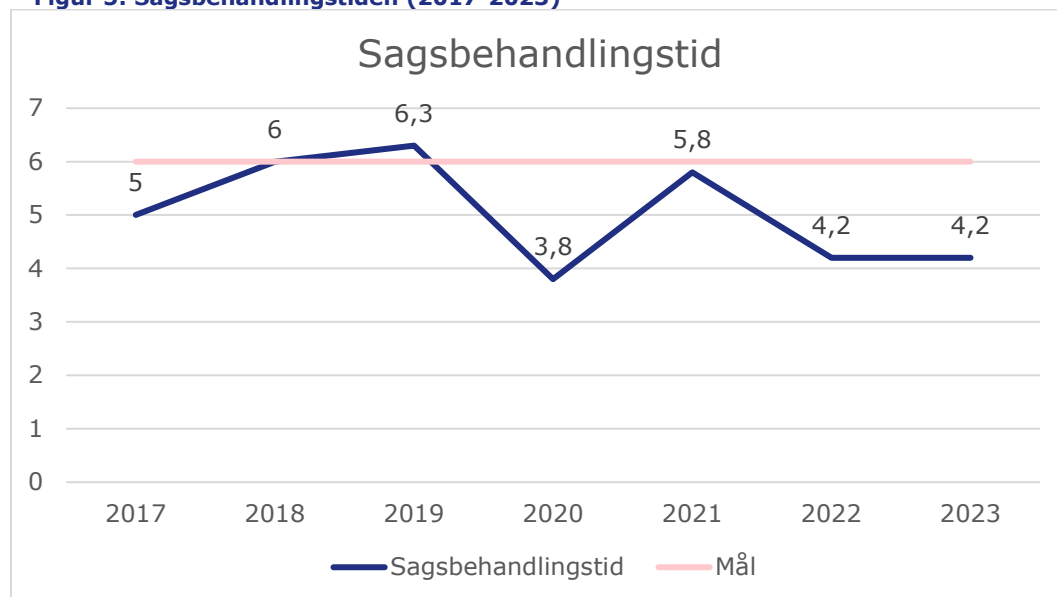
Figur 4: Cirkeldiagram med afslags-, ændrings- og hjemvisningsprocent



3.4. Sagsbehandlingstid

Målet er, at den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Det Psykiatriske Ankenævn ikke overstiger 6 måneder. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i 2023 4,2 måneder. Sagsbehandlingstiden er den samme som i 2022.

Figur 5: Sagsbehandlingstiden (2017-2023)



4. Sagsgang

I de efterfølgende afsnit er der refereret en række afgørelser. Hvis der i overskriften står TILTRÅDT, betyder det, at vi har tiltrådt afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn. Hvis der står ÆNDRET, betyder det, at vi har ændret afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

4.1. Formelle regler

Når vi modtager en sag, tager sagsbehandleren stilling til, om klageren er klageberettiget, om klagen er indgivet rettidigt, og om forholdet er omfattet af vores kompetence.

4.1.1. Klageberettigede

Klageberettigede er enhver med retlig interesse. Det fremgår af forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn § 3, stk. 1. Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse til os.

I praksis klager patienten, patientens patientrådgiver eller bistandsværge. Klagen indgives i de fleste tilfælde via Det Psykiatriske Patientklagenævn.

4.1.2. Klagefrist

Vi skal have modtaget en klage senest tre måneder efter, at klageren har modtaget Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi kan dog se bort fra en overskridelse af klagefristen, når særlige grunde taler for det. Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 2.

4.1.3. Ankenævnets kompetence

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

TILTRÅDT: Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn har ikke kompetence til at behandle klager over behandling, der ikke foregår med tvang. (SAG 1)

En patient havde klaget over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist at tage stilling til tvangsbehandling, da de vurderede, at patienten havde taget medicinen frivilligt.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at vi ikke havde kompetence til at behandle klagen, da der ikke var tale om tvang i psykiatrilovens forstand. Vi lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten efter påbegyndt motivations samtale accepterede den medicinske behandling frivilligt. Motivationsfasen blev derfor afsluttet. Vi lagde også vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling i forbindelse med motivationsfasen. Der forelå heller ikke en tvangsprotokol vedrørende en sådan beslutning.

4.2. Sekretariatets forberedelse af sagen

Det Psykiatriske Patientklagenævn videresender klagen og det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse, til os. Vi vurderer herefter, om der er behov for at indhente mere materiale. Når vi vurderer, at sagen er tilstrækkeligt oplyst, partshører vi sagens parter over eventuelt nyt materiale, de ikke allerede kender, og som kan tale imod deres synspunkter.

Efter partshøringen udarbejder sagsbehandleren sundhedsfaglige spørgsmål af relevans for vurdering af sagen. De sendes til en sagkyndig læge med speciale i psykiatri. Nogle sager bliver også sendt til en sagkyndig i klinisk farmakologi. Den sagkyndige lægekonsulent vurderer sagen på baggrund af sagens materiale og spørgsmålene fra sagsbehandleren.

Sagsbehandleren skriver med udgangspunkt i vurderingen fra den sagkyndige lægekonsulent et udkast til afgørelsen, som forelægges nævnet.

4.3. Afgørelsen

Vores kompetence følger af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at vi kun kan tage stilling til forhold, som Det Psykiatriske Patientklagenævn allerede har taget stilling til.

Vi foretager en fuld prøvelse af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, herunder:

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

- Regelanvendelsen, som er, hvordan reglerne anvendes i det konkrete tilfælde.

Vi tager i praksis ikke stilling til alle forhold i afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvis det kun er nødvendigt at tage stilling til dele af afgørelsen. Vi tager eksempelvis ikke stilling til, om patienten var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling, hvis vi vurderer, at patienten ikke var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der må ligestilles hermed.

Der er fire mulige udfald for en sag. Vi kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Tiltrædelse

Når vi tiltræder en afgørelse, betyder det, at vi er enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Ændring

Hvis vi ændrer en afgørelse, betyder det, at vi ikke er enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi annullerer derfor afgørelsen og træffer en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige afgørelse.

Hjemvisning

En hjemvisning af en afgørelse betyder, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal behandle sagen igen og træffe en ny afgørelse. Vi hjemviser en sag til fornyet behandling, hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn har afgjort sagen på et utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag. Vi hjemviser også sagen, hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn har begået en væsentlig sagsbehandlingsfejl. Hvis der er tale om rent formelle fejl som eksempelvis en skrivefejl, vil vi ofte blot rette fejlen i vores afgørelse.

Ophævelse

Når vi ophæver en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse træder ud af kraft, uden at vi træffer en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige. Vi ophæver en afgørelse, hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde kompetence til at træffe afgørelsen. Det er eksempelvis tilfældet, hvis indgrebet ikke er reguleret i psykiatriloven.

Når vi afgør en sag, vurderer vi samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside med henblik på læring.

Vi afslutter sagsbehandlingen med at sende vores afgørelse til patienten, behandlingsstedet, den pågældende region, Det Psykiatriske Patientklagenævn og Styrelsen for Patientsikkerhed.

4.4. Genoptagelse

Vores afgørelser kan ikke indbringes for en anden administrativ myndighed. Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 3. Vores afgørelser kan dog indbringes for domstolene efter de almindelige regler. Det følger af

grundlovens § 63. Der er i 2023 ikke indbragt nogen af vores afgørelser for domstolene.

Hvis vi modtager et ønske om genoptagelse i en sag, kan vi behandle sagen igen, hvis vi vurderer, at der er grundlag for det. Det fremgår af § 14, stk. 3, i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn.

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

5. Afgørelser

I dette afsnit opsummerer vi vores praksis. Vi gengiver praksis med et resumé af en række afgørelser, som vi har truffet i 2023. Afgørelserne er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som vi har behandlet i 2023.

Afgørelserne er inddelt i seks overordnede emner:

- Tvangsbehandling
- Tvangsbehandling af legemlig lidelse
- Tvangsernæring
- Brug af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende medicin med magt
- Personlig skærmning

5.1. Tvangsbehandling

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

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

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

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 ganske kan ligestilles hermed?
- 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 løbende og ensartet 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 dosering og med færrest mulige bivirkninger?
- Er patienten informeret om både det primære (førstevalg af præparat) og det subsidiære præparat (andetvalg af præparat), inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?

- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

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

5.1.1. Patientens tilstand

Den psykiatriske afdeling må kun bruge tvangsbehandling i følgende tilfælde:

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

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

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

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

ÆNDRER: Der var dokumentation for psykotisk tilstand. (SAG 2)

En patient havde klaget over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling, da et flertal af nævnet vurderede, at det ikke var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at behandle med tvang.

Vi vurderede, at patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der måtte ligestilles dermed. Vi lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var i en psykotisk tilstand præget af hallucinationer på hørelsen og lugtesansen samt vrangforestillinger om underboen, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten. Udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ville ellers blive væsentligt forringet. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

ÆNDRET: Der var dokumentation for psykotisk tilstand. (SAG 3)

En patient havde klaget over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling, da et flertal af nævnet vurderede, at patienten ikke opfyldte betingelserne for tvangsbehandling. Flertallet lagde blandt andet vægt på, at patienten endnu ikke var diagnosticeret, og at patienten tidligere ikke havde psykotiske symptomer efter udtræning af medicinsk behandling.

Vi vurderede, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle, da udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Vi lagde vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af vrangforestillinger om forfølgelse og overvågning, springende tankegang, eleveret stemningsleje med talepres og usammenhængende tale. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

5.1.2. Mindstemiddelprincippet

Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået. Hvis mindre indgribende tiltag er tilstrækkelige, skal disse bruges. Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 2.

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

ÆNDRET: Beslutning om tvangsbehandling var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. (SAG 4)

En patient havde klaget over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om at tvangsbehandle patienten, fordi nævnet vurderede, at beslutningen om tvangsbehandling ikke var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. Nævnet lagde vægt på, at det ikke var dokumenteret, at andre og mindre indgribende tiltag var blevet forsøgt. Nævnet lagde særligt vægt på, at patienten ønskede at samarbejde, at der havde været flere misforståelser mellem patienten og personalet, og at lægen på mødet oplyste, at der ikke var åbenlyse psykotiske symptomer.

Vi vurderede, at betingelserne for at tvangsbehandle var opfyldt. Vi vurderede blandt andet, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle, da udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

5.1.2.1. Depotbehandling

Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være første behandling, når patienter tvangsmedicineres, hvis man ikke kender deres reaktion på behandlingen. Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

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

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

ÆNDRET: Behandling med depotpræparat var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. (SAG 5)

En patient havde klaget over tvangsbehandling med et depotpræparat.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling med et depotpræparat. De lagde blandt andet vægt på, at det var mere end et år siden, at patienten senest havde modtaget præparatet, og at det derfor var usikkert, hvordan patienten ville reagere på behandlingen.

Vi vurderede, at tvangsbehandling med et depotpræparat opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen blev truffet. Vi lagde vægt på, at patienten havde haft talrige indlæggelser på psykiatrisk afdeling grundet medicinsvigt og forværring af psykose. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

TILTRÅDT: Behandling med depotpræparat var ikke i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. (SAG 6)

En patient havde klaget over tvangsbehandling med et depotpræparat.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling med et depotpræparat, da de vurderede, at behandlingen med et depotpræparat ikke var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi lagde blandt andet vægt på, at patienten senest havde været i behandling med præparatet i efteråret 2019, og at patienten ikke forud for beslutningen om tvangsbehandling var stabiliseret med tabletbehandling eller daglige injektioner for at sikre, at patienten tålte behandlingen inden opstart af depotbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor ikke godkendt.

5.1.2.2. Polyfarmaci

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.

Behandling med Clozapin alene skal derfor altid forsøges inden polyfarmaci, hvis der ikke er kontraindikationer. 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 (afsnit 5.2) 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.

5.1.2.3. Successive behandlingssæt

Et successivt behandlingssæt er, når den psykiatriske afdeling træffer beslutning om, at patienten først skal tvangsbehandles med ét præparat, én dosis eller en behandlingsmåde, som senere – hvis det er nødvendigt – skal suppleres med eller overgå til en anden tvangsbehandling. Det er vores praksis, at vi som udgangspunkt ikke vurderer, at det er i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at træffe beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det skyldes, at patienten ved denne fremgangsmåde fratages muligheden for under indflydelse af den indledende behandling at forholde sig til spørgsmålet om den efterfølgende behandling. Konkrete omstændigheder kan dog føre til, at en beslutning om tvangsbehandling med et successivt behandlingssæt vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet.

TILTRÅDT: Behandling med successivt behandlingssæt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. (SAG 7)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet/dråber Cisordinol initialdosis 10 mg dagligt stigende med 10 mg dagligt til højst 30 mg dagligt. Efter en uge skulle der gives Cisordinol Depot 200 mg en gang hver anden uge. Behandlingen med tablet/dråber skulle udtrappes i den første uge, efter at der var givet depotinjektion. Subsidiært injektion Serenase 5 mg dagligt.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt. Som udgangspunkt var det ikke i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet, at der blev truffet beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det var dog vores opfattelse, at det var nødvendigt først at tvangsbehandle med tablet eller dråber, før man behandlede med et depotpræparat. Vi lagde konkret vægt på, at maksimal plasmakoncentration (koncentration i blodplasma af et givent lægemiddel) efter injektion af Cisordinol Depot nås efter 3-7 dage, hvorfor man ved samtidig indgift af hurtigere virkende dråber/tabletter sikrer tilstrækkelig og relevant behandling.

Vi vurderede derfor, at det var udtryk for mindstemiddelprincippet at ordinere overgang til depotinjektion Cisordinol efter behandling med tablet eller dråber Cisordinol. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

5.1.3. 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 § 3, stk. 2, i samme bekendtgørelse.

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.

Betænkningstiden afbrydes, hvis ikke patienten dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandling. Så 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 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.

TILTRÅDT: Betænkningstid på halvanden time var tilstrækkelig. (SAG 8)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling efter en betænkningstid på halvanden time.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldt. Vi vurderede, at der var tale om en akut situation, fordi patienten havde det svært dårligt. Patienten havde ikke sovet gennem længere tid, og der var fare for, at patienten ville udvikle et livstruende delir. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

TILTRÅDT: Betænkningstid på få minutter var ikke tilstrækkelig. (SAG 9)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling efter en betænkningstid på få minutter.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling, da de vurderede, at patienten ikke havde haft en passende betænkningstid.

Vi var enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns vurdering. Vi vurderede, at der ikke forelå oplysninger, der kunne begrunde, at der var tale om en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen var til fare for patientens liv eller helbred. Der var ikke gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Det kunne ikke afvises, at patienten ville have modtaget behandlingen frivilligt, hvis man havde forsøgt at motivere i længere tid. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor ikke godkendt.

5.1.4. Indhold af motivationen

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. 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.

Det er vores praksis, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling, herunder et eventuelt dosisinterval, så patienten har 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.

Patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling. Det er ikke et krav, at patienten løbende er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog have information om denne i motivationsperioden.

5.1.5. Overlægegodkendelse

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.

5.1.6. Patientrådgiver og bistandsværge

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.

Det er vores praksis, at beslutningen om tvangsbehandling ikke i sig selv underkendes, selvom det ikke fremgår af journalen, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver.

5.1.7. Afprøvede lægemidler

Ved tvangsmedicinering skal der bruges afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det følger af bekendtgørelsen § 4, stk. 1. 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.

5.1.8. Sædvanlig dosering

Sædvanlig dosering 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. Brug af ekstraordinært store doser vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen. Det fremgår af bekendtgørelsens § 4, stk. 3.

Ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosering, bruger vi medicinoversigten på www.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, og doseringsforslaget kan derfor eksempelvis være forskelligt afhængigt af, om patienten lider af mani eller skizofreni.

Det kan i visse tilfælde kan være tilladt at bruge en større dosis end den, som er sædvanlig for de fleste patienter. Behovet skal være konkret og velbegrunderet beskrevet i forhold til den enkelte patient, og dosis skal være inden for den maksimale dosis. Det er praksis, at der skal være en konkret begrundelse for doseringen, når den overstiger den sædvanlige dosis, men overholder den maksimale dosis.

TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med en større dosis end sædvanlig dosis blev godkendt. (SAG 10)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Serenase 5 mg stigende til højst 20 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling. Flertallet af nævnet vurderede efter en konkret vurdering, at doseringen var sædvanlig.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte. Vi vurderede, at den besluttede dosering af tablet Serenase ikke var sædvanlig dosis, da det fremgår af pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis er 10 mg. Vi lagde dog vægt på, at det fremgik konkret af journalen, at patienten tidligere havde været behandlet med tablet Serenase 10 mg, hvor patienten ikke var velbehandlet. Patienten havde i den forbindelse ikke haft bivirkninger. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor godkendt.

TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med en større dosis end sædvanlig dosis blev underkendt. (SAG 11)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med primært tablet Zyprexa 10 mg fordelt på 1 dosis, stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 40 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsbehandling, da der ikke var tale om sædvanlig dosis.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at den besluttede dosering af tablet Zyprexa stigende op til højst 40 mg ikke var sædvanlig dosis, da det fremgår af pro.medicin.dk, at sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 5-20 mg dagligt.

Vi lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen konkret, hvorfor der blev ordineret en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosis på pro.medicin.dk. Det fremgik heller ikke, at patienten var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor underkendt.

ÆNDRET: Dosering var usædvanlig for en ældre patient. (SAG 12)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Der var blevet truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperidon 1 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 4 mg, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg med mulighed for stigning afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 10 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om tvangsbehandling. Flertallet af nævnet vurderede, at doseringen var sædvanlig.

Vi vurderede, at den besluttede dosering af injektion Serenase ikke var sædvanlig, da patienten var over 65 år gammel, og da det fremgår af pro.medicin.dk, at der ved behandling af ældre anbefales halvdelen af den laveste normale voksendosis. Det er for tabletbehandling af skizofreni med Serenase er 2-10 mg. Herudover fremgår det, at doser over 5 mg kun bør bruges, hvis patienten tidligere har kunnet tåle højere doser og efter nøje klinisk vurdering. Vi lagde vægt på, at det ikke fremgik konkret af journalen, hvorfor der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis. Det fremgik heller ikke, at patienten var blevet informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor underkendt.

5.1.8.1. 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 administreres 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.

Vi ser også på administrationsformen. 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.

5.1.9. Information om præparaterne

Der må ikke bruges 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, 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.

Det er vores praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, da 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.

ÆNDRET: Underkendelse af beslutning om tvangsbehandling på grund af manglende information om virkning og bivirkning. (SAG 13)

En patient havde klaget over tvangsbehandling.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen.

Vi vurderede, at betingelserne for at tvangsbehandle ikke var opfyldte, da det ikke var dokumenteret, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved henholdsvis tablet og injektion, som var det, man ønskede at tvangsbehandle med. Beslutningen om tvangsbehandling blev derfor ikke godkendt.

5.1.10. 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. Det gælder også, hvis det er nødvendigt at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Det betyder, at behandlingen normalt først må iværksættes, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning i de tilfælde, hvor der er klaget over en beslutning om tvangsbehandling.

TILTRÅDT: Klage over beslutning om tvangsbehandling burde være tillagt opsættende virkning. (SAG 14)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Klagen var ikke blevet tillagt opsættende virkning.

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

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at klagen over tvangsbehandling burde have været tillagt opsættende virkning. Vi lagde vægt på, at patientens helbred ikke var udsat for væsentlig fare, og at der heller ikke var nærliggende fare for andres helbred.

TILTRÅDT: Beslutning om ikke at tillægge patientens klage over tvangsbehandling opsættende virkning blev godkendt. (SAG 15)

En patient havde klaget over tvangsbehandling. Klagen var ikke blevet tillagt opsættende virkning.

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

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi lagde vægt på, at patientens tilstand var så akut, pinefuld og til dels farlig, at det var nødvendigt at iværksætte behandlingen for at afværge, at patienten ville udsætte andre for nærliggende fare.

5.2. Tvangsbehandling af legemlig lidelse

En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse efter psykiatrilovens § 5, og som ikke giver sit informerede samtykke til behandling af en legemlig lidelse, kan tvangsbehandles for denne lidelse, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Det fremgår af psykiatrilovens § 13.

Hvis patienten ikke er indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det også en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der først er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse efter psykiatrilovens § 6, stk. 3. Desuden skal overlægen på den psykiatriske afdeling have truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt efter psykiatrilovens § 9, stk. 2.

Vi tager derfor stilling til, om patienten opfylder betingelserne for frihedsberøvelse. Betingelserne er beskrevet under afsnit 5.1.1. Vi tager også stilling til, om lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare, ligesom vi foretager en prøvelse af, om de øvrige betingelser for tvangsbehandling er opfyldt. Betingelserne for tvangsbehandling er nærmere beskrevet under afsnit 5.1.

TILTRÅDT: Beslutninger om tvangsbehandling af legemlig lidelse blev godkendt. (SAG 16)

En patient havde klaget over to beslutninger om tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningerne.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at patienten befandt sig i en tilstand, som udsatte patientens liv og helbred for væsentlig fare. Patienten var nyretransplanteret og var derfor i vedvarende dialysebehandling tre gange om ugen. Hun havde accepteret dialysebehandling, men fortrød ved ankomst til dialyseafdelingen. Patienten var derfor i fare for at få forhøjet kalium, øget risiko for rytmeforstyrrelser og eventuelt hjertestop. Hun afviste både dialysebehandling og kontrol af kalium i blodet.

Vi vurderede også, at det var nødvendigt først at træffe beslutning om at tvangsbehandle patienten med blodprøver til monitorering af nyretal, og fire dage senere både at træffe beslutning om at tvangsbehandle hende med dialyse og blodprøver til monitorering af nyretal. Beslutningerne om tvangsbehandling af den legemlige lidelse blev truffet uden forudgående betænkningstid. Vi vurderede, at det ville være til fare for hendes liv at udsætte behandlingen. Beslutningerne blev ikke tillagt opsættende virkning. Vi vurderede, at det var nødvendigt at iværksætte behandling samme dag, som beslutningerne blev truffet, idet det kunne være farligt for hendes liv at udsætte behandlingerne. Beslutningerne blev derfor godkendt.

5.3. Tvangsernæring

Tvangsernæring må kun gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne for tvangsbehandling, og tvangsernæring er nødvendig for at redde patientens liv, eller når undladelse af tvangsernæring vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred. Det fremgår af § 7 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. Betingelserne for tvangsbehandling er beskrevet under afsnit 5.1.

TILTRÅDT: Beslutning om tvangsernæring blev tilsidesat. (SAG 17)

En patient havde klaget over tvangsernæring med sonde.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt beslutningen om tvangsernæring.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at det ikke forinden beslutningen i tilstrækkelig grad var sandsynliggjort, at en undladelse af tvangsernæring ville medføre en alvorlig risiko for hendes liv og helbred.

Vi lagde vægt på, at man ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser, før man traf beslutning om tvangsernæring med sondeanlæggelse. Vi bemærkede, at man kunne have anvendt en fast vagt eller have tilkaldt en somatisk læge forud for beslutningen. Beslutningen om tvangsernæring blev derfor ikke godkendt.

5.4. Anvendelse af fysisk magt

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.

Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved brug af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om hvilket middel, der skal bruges i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindstemiddelprincippet. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Det følger af psykiatrilovens § 4, stk. 2. Mindre indgribende tiltag skal bruges, hvis de er tilstrækkelige.

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.

Fysisk magtanvendelse må efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, 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.

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.

TILTRÅDT: Brug af fysisk magt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet. (SAG 18)

En patient havde klaget over brug af fysisk magt. Patienten var blevet fastholdt i 12 minutter.

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

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at brug af fysisk magt var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet, selvom man ikke før fastholdelsen havde forsøgt mindre indgribende tiltag. Vi lagde vægt på, at der var tale om en akut situation, hvor hurtig indgriben var nødvendigt, og hvor mindre indgribende tiltag derfor ikke var mulige. Vi lagde også vægt på, at magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt. Beslutningen om brug af fysisk magt blev derfor godkendt.

ÆNDRET: Godkendelse af langvarig fysisk magtanvendelse. (SAG 19)

En patient havde klaget over brug af fysisk magt. Patienten var blevet fastholdt i en time og 35 minutter.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde delvist underkendt brug af fysisk magt.

Vi vurderede, at betingelserne for at fastholde var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at patienten ville lide skade på legeme eller helbred. Vi lagde vægt på, at patienten var i en svær delirøs tilstand, hvor hun ifølge journalen var meget omtåget, havde tremor (rysten) og manglede orientering i tid og sted. Der var betydelig risiko for fald. Vi lagde også vægt på, at der i hele perioden var fare for patientens helbred. Man forsøgte sig undervejs med andre tvangsindgreb i form af indgivelse af beroligende medicin med magt og tvangsbehandling. På trods af dette var det fortsat nødvendigt at holde hende fast med henblik på at afværge, at hun ville lide skade på legeme og helbred. Beslutningen om brug af fysisk magt blev derfor godkendt.

5.5. 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.

5.5.1. Patientens tilstand

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

5.5.2. Mindstemiddelprincippet

Tvang må normalt ikke bruges, før der er gjort, hvad der er muligt, for at patienten medvirker frivilligt. Hvis mindre indgribende tiltag er tilstrækkelige, skal disse bruges, og tvang må ikke bruges i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Det fremgår af psykiatrilovens § 4.

Dette mindstemiddelprincip betyder, at tvang ikke må bruges, 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 tiltag tilstrækkelige, skal disse anvendes.

En patient skal efter mindstemiddelprincippet tilbydes at tage medicinen frivilligt, før det besluttet at give beroligende medicin med magt. Det skal journalføres, at medicinen er tilbudt til frivillig indtagelse. Det skal også journalføres, hvis man forgæves har forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro. Det dokumenterer, at mindre indgribende tiltag ikke var tilstrækkelige. Vi kan dog konkret vurdere, at mindstemiddelprincippet er opfyldt, selvom mindre indgribende tiltag ikke er forsøgt.

TILTRÅDT: Beslutning om at give beroligende medicin med magt blev godkendt, selvom patienten ikke blev forsøgt korrigeret og begrænset. (SAG 20)

En patient havde klaget over beroligende medicin. Det fremgik ikke af journalen, at patienten var forsøgt korrigeret og begrænset forinden.

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

Vi bar enige i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Vi vurderede, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på at bedre hans tilstand. Vi lagde vægt på, at han ifølge journalen var opkørt og truede med at overfalde personale. Han kastede med kage og smækkede med døren til stuen. Vi vurderede også, at indgivelsen af beroligende medicin med magt opfyldte kravet om mindst indgribende tiltag. Det var ikke muligt at korrigere og begrænse hans aktiviteter, da han fremkom med alvorlige trusler og blev vurderet at være personfarlig. Han blev dog tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse inden indgivelse af medicinen. Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor godkendt.

ÆNDRET: Beslutning om at give beroligende medicin med magt blev tilsidesat, da patienten ikke blev tilbudt medicinen til frivillig indtagelse. (SAG 21)

En patient havde klaget over beroligende medicin. Det fremgik ikke af journalen, at patienten var tilbudt medicin til frivillig indtagelse forinden.

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

Vi vurderede, at det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på bedring af hans tilstand. Vi lagde vægt på, at han ifølge journalen var tiltagende urolig og grænsesøgende i løbet af aftenen, hvor han kom tæt på personale og medpatienter. Han var desuden oppositionel i kontakten og provokerende over for en medpatient, som han havde været i fysisk konflikt med. Desuden blev hans adfærd forsøgt begrænset og korrigeret ved at skærme ham gentagne gange. Vi vurderede dog, at indgivelsen af beroligende medicin med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende tiltag. Vi lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at han blev tilbudt beroligende medicin til frivillig indtagelse inden han fik medicinen med magt.

Vi vurderede på den baggrund, at det ikke var tilstrækkeligt dokumenteret, at der var gjort, hvad der var muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. Der var efter vores vurdering ikke tale om en optrappet situation, hvor det ikke var muligt at forsøge at få ham til at medvirke frivilligt. Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor ikke godkendt.

5.5.2.1. Fysisk magt som accessorisk indgreb ved beroligende medicin med magt

Fastholdelse af en patient kan ske i forbindelse med et andet tvangsindgreb. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien. I dette tilfælde er der ikke tale om fastholdelse som selvstændig tvang, men fastholdelse som en nødvendighed 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 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.

TILTRÅDT: Fastholdelse i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin med magt. (SAG 22)

En patient havde klaget over beroligende medicin, og at hun har blevet fastholdt i forbindelse med indgivelsen.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt indgivelsen af beroligende medicin.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede blandt andet, at fastholdelsen var sket i umiddelbar tilknytning til medicinindgivelsen, og at fastholdelsen derfor skete for at kunne give hende beroligende medicin. Der var derfor ikke tale om et selvstændigt tvangsindgreb. Vi vurderede også, at fastholdelsen var nødvendig for at sikre, at indgivelsen af beroligende medicin foregik forsvarligt, da patienten var truende. Vi vurderede desuden, at der ikke blev brugt fysisk magt i videre omfang, end nødvendigt. Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor godkendt.

5.5.3. Præparat og dosis

Sædvanlig dosering i forbindelse med tvangsbehandling er beskrevet i afsnit 5.1.8.

Når patienten får beroligende medicin med magt, vurderer vi desuden 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 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.

TILTRÅDT: Indgivelse af beroligende medicin med magt blev tilsidesat, da det tilbudte ikke svarede til det indgivne. (SAG 23)

En patient havde klaget over indgivelse af beroligende medicin med magt. Patienten havde fået tilbudt tablet Cloxipol 10 mg eller lorazepam 2 mg inden indgivelse af injektion Cisordinol-Acutard 100 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt indgivelsen af beroligende medicin.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at de tilbudte præparater ikke svarede til det indgivne præparat. Vi lagde vægt på, at Cisordinol-Acutard er et depotpræparat. Patienten var blevet tilbudt lorazepam og Cloxipol, der ikke er i depotform. Der er betydelig forskel på absorptionsgrad- og tid samt halveringstid for de to administrationsformer. Dermed er der forskellige forløb af kurverne over plasmakoncentrationen på henholdsvis tabletformen og injektionsformen. Da man ikke havde tilbudt injektion Cisordinol-Acutard til frivillig indtagelse forud for indgivelsen, og der dermed ikke var overensstemmelse mellem det tilbudte og indgivne præparat, var indgivelsen af beroligende medicin ikke i overensstemmelse med kravet om mindst indgribende tiltag. Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor godkendt.

TILTRÅDT: Det var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet at give to præparater som beroligende medicin. (SAG 24)

En patient havde klaget over beroligende medicin. Patienten havde fået injektion Cisordinol-Acutard 100 mg og injektion Lorazepam 2 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde godkendt beslutningen om indgivelse af beroligende medicin.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Vi vurderede, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet, at man gav en kombination af Cisordinol-Acutard og Lorazepam. Vi lagde vægt på, at man ved at give de to præparater sikrede en god og hurtigt indsættende beroligende virkning. Beslutningen om at give beroligende medicin med magt blev derfor godkendt.

5.6. Personlig skærmning

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

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 som juridisk begreb har ikke nødvendigvis samme indhold, som når begrebet bruges i andre sammenhænge. Det fremgår af lovforslaget om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien af 9. november 2005 til den tidligere § 18 c i psykiatriloven. Det fremgår også, at lavere grader af observation og overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen, og efter regeringens opfattelse ikke er så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Vi kan kun tage stilling til personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer. Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 1.

Vi vil først tage stilling til, om der er tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, og om skærmningen uafbrudt har varet mere end 24 timer. Først herefter vil vi tage stilling til, om betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Kravet i psykiatrilovens § 4 om at bruge det mindst indgribende tiltag gælder også for personlig skærmning. 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.

TILTRÅDT: Manglende kompetence til at behandle klage over personlig skærmning. (SAG 25)

En patient havde klaget over personlig skærmning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist at tage stilling til personlig skærmning, da de vurderede, at der ikke var tale om personlig skærmning.

Vi var enige med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at der ikke var tale om personlig skærmning. Det fremgik af journalen, at patienten var informeret om, at han skulle skærmes i stuen, hvorefter rygning foregik én gang i timen, da han blev vurderet at have behov for ro og rammer til at korrigere sin adfærd. Desuden fremgik det, at han skulle overholde skærmningsregler med 10-15 minutter i miljøet pr. time, og at han gentagne gange brød sin skærmning. Der var ikke oplysninger i journalen eller klagen om, at han havde været skærmet i mere end 24 timer. Vi vurderede på den baggrund, at der ikke var tale om personlig skærmning, der uafbrudt havde varet mere end 24 timer, og som kunne henføres under psykiatrilovens § 18 d.

6. Folketingets Ombudsmand og domstolene

Det Psykiatriske Ankenævn havde ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand i 2023.

7. 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 kan medvirke til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger får indsigt i praksis og dermed kan inddrage den 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 www.stpk.dk. I 2023 offentliggjorde vi syv afgørelser.

Det faste team af sagsbehandlere, der behandler sagerne, drøfter tvivlsager, 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 læringen i teamet, men også udadtil gennem de sagkyndiges arbejde i psykiatrien.

8. Forventninger til fremtiden

Vi vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre vores praksis løbende og øge antallet af offentliggørelser i 2024 for at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til vores arbejde.

Vi vil desuden arbejde for at fastholde en sagsbehandlingstid under målet på 6 måneder i gennemsnit.

Bilag

Bilag 1: Sammensætningen af Det Psykiatriske Ankenævn i 2023

Formand:

- Landsdommer Steen Mejer

Stedfortræder for formand:

- Landsdommer Kaare Mønsted

Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen
- Speciallæge Lykke Pedersen

Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Johannes Krogh
- Overlæge Lene Hoy Christensen

Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Lisbeth Holmgaard
- Lennart Frandsen

Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Irene Hjortshøj

Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

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

Kapitel 1

Det Psykiatriske Ankenævns opgaver og sammensætning

§ 1. Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over Det Psykiatriske 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 m.v.

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

Kapitel 2

Forberedelse af sagerne

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 3

Afholdelse af møde m.v.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 8. Formanden leder og tilrettelægger mødet.

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

§ 9. Ankenævnets møder er ikke offentlige.

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

Kapitel 4

Afgørelser m.v.

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

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

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

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

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

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

§ 13. Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske 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 m.v.

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

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

Kapitel 5

Forskellige bestemmelser

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 6

Ikrafttræden

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

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

Sundheds- og Ældreministeriet, den 27. oktober 2019

Magnus Heunicke

/ Sabine Godsvig Laursen



DET PSYKIATRISKE
ANKENÆVN

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N