



STYRELSEN FOR  
PATIENTKLAGER

---

# ÅRSBERETNING

Det Psykiatriske Ankenævn 2021

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen:  
Årsberetning – Det Psykiatriske Ankenævn 2021

Udgivet af:  
Styrelsen for Patientklager  
Olof Palmes Allé 18 H  
8200 Aarhus N.

Telefon: 72 33 05 00  
E-post: [stpk@stpk.dk](mailto:stpk@stpk.dk)

Udgivelsesår: 2022

Version: 1.0  
Versionsdato: april 2022

Publikationen er tilgængelig på <https://stpk.dk/om-os/publikationer/>

# 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.....	5
3	Nøgletal.....	7
3.1	Modtagne sager.....	7
3.2	Afsluttede sager.....	7
3.3	Ændringsprocent.....	7
3.4	Sagsbehandlingstid.....	8
4	Sagsgang.....	9
4.1	Formelle regler.....	9
4.1.1	Klageberettigede.....	9
4.1.2	Klagefrist.....	9
4.1.3	Ankenævnets kompetence.....	9
4.2	Sekretariatets forberedelse af sagen.....	10
4.3	Afgørelsen.....	10
4.4	Genoptagelse.....	12
5	Afgørelser.....	13
5.1	Tvangsbehandling.....	13
5.1.1	Patientens tilstand.....	14
5.1.2	Mindstemiddelsprincippet.....	14
5.1.2.1	Depotbehandling.....	14
5.1.2.2	Successive behandlingsæt.....	15
5.1.3	Betænkingstid.....	16
5.1.4	Indhold af motivationen.....	18
5.1.5	Overlægegodkendelse.....	19
5.1.6	Patientrådgiver og bistandsværge.....	19
5.1.7	Sædvanlig dosering.....	20
5.1.7.1	Sædvanlig dosisadministration.....	22
5.1.7.2	Sædvanlig dosering til ældre patienter.....	22
5.1.8	Information om præparaterne.....	23
5.1.9	Opsættende virkning.....	24

5.2	Anvendelse af fysisk magt.....	24
5.3	Indgivelse af beroligende middel med magt.....	26
5.3.1	Patientens tilstand.....	26
5.3.2	Mindstemiddelsprincippet.....	27
5.3.3	Præparat og dosis.....	28
5.4	Personlig skærmning.....	29
6	Folketingets Ombudsmand og domstolene.....	31
7	Læring.....	32
8	Forventninger til fremtiden.....	33
	Bilag 1: Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2022.....	34
	Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn.....	35



# 1 Forord

---

Ligesom for de forrige år har Det Psykiatriske Ankenævn i 2021 behandlet flest sager inden for kategorierne tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt, hvorfor årsberetningens hovedfokus er på disse områder.

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

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

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

I 2021 kom ankenævnet flere gange frem til, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer eller utilstrækkelig betænkningstid.

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

Ankenævnet har endvidere i år valgt at inddrage eksempler på afgørelser om fysisk magtanvendelse og personlig skærmning.

Jeg har i 2021 oplevet et meget engageret nævn, som med stor ansvarlighed arbejder for at sikre, at sagerne behandles både hurtigt, grundigt og med inddragelse af faglig sagkundskab. Nævnets arbejde har været særdeles godt understøttet af sekretariatet, som har stor andel i, at nævnet har kunnet udføre sit arbejde så tilfredsstillende som sket. Jeg vil derfor gerne takke ankenævnets medlemmer og sekretariatet for et glimrende samarbejde, som jeg ser frem til at fortsætte i 2022.

Steen Mejer  
Formand

## 2 Det Psykiatriske Ankenævn

---

### 2.1 Indledning

Den 1. januar 2011 blev Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opgaver overtaget af Patientombuddet og de nævn, som sekretariatetsbetjenes af Patientombuddet, herunder Det Psykiatriske Ankenævn. Pr. 1. januar 2011 blev det Psykiatriske Ankenævn således oprettet som et selvstændigt nævn.

Patientombuddet blev i 2015 afløst af Styrelsen for Patientsikkerhed, som igen blev afløst af Styrelsen for Patientklager den 1. juli 2018. Pr. 1. juli 2018 er det derfor Styrelsen for Patientklager, der sekretariatsbetjener Det Psykiatriske Ankenævn.

### 2.2 Ankenævnets sammensætning

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det nedsættes af Sundhedsministeren og består af en dommer, som er formand, to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, jf. psykiatrilovens § 38 a, stk. 1. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne.

Nævnsmedlemmerne er udnævnt for en fireårig periode. Den nuværende periode løber fra den 1. januar 2019 til den 31. december 2022.

Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2021 fremgår af bilag 1.

### 2.3 Ankenævnets kompetence

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

- 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
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland

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

Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. psykiatrilovens § 38, stk. 1, 2. pkt.

### 2.4 Ankenævnets sagsbehandling

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

Når Det Psykiatriske Ankenævnet afgør sager, tager det stilling til, om betingelserne for at udøve tvang efter psykiatriloven var til stede på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet skete. Ankenævnet tager

derfor ikke stilling til, om der er grundlag for kritik af den enkelte sundhedsperson, hverken i forhold til behandling eller journalføring.

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

Ankenævnet er et kollegialt organ, hvor kun formanden har en særlig status. Afgørelser træffes derfor ved stemmeflerhed. Et eventuelt mindretal kan afgive en mindretalsudtalelse, som vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste sager er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

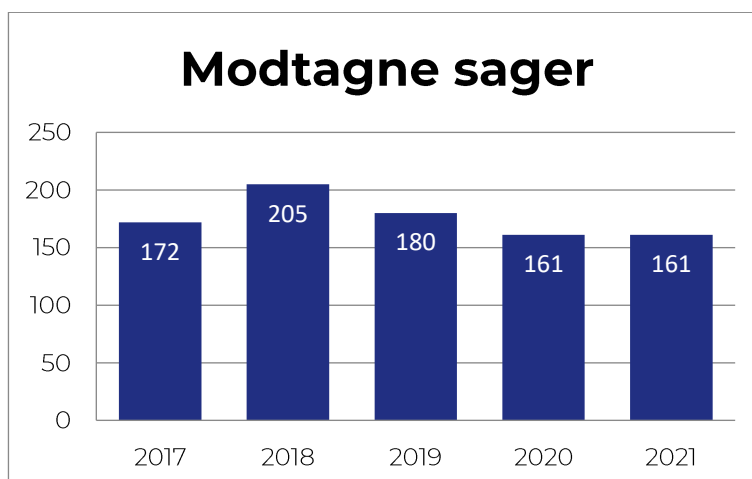
Forvaltningslovens regler om inhabilitet gælder for alle nævnsmedlemmerne, ligesom der i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn er opstillet regler om inhabilitet. Nævnsmedlemmerne er desuden underlagt tavshedspligt.

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

## 3 Nøgletal

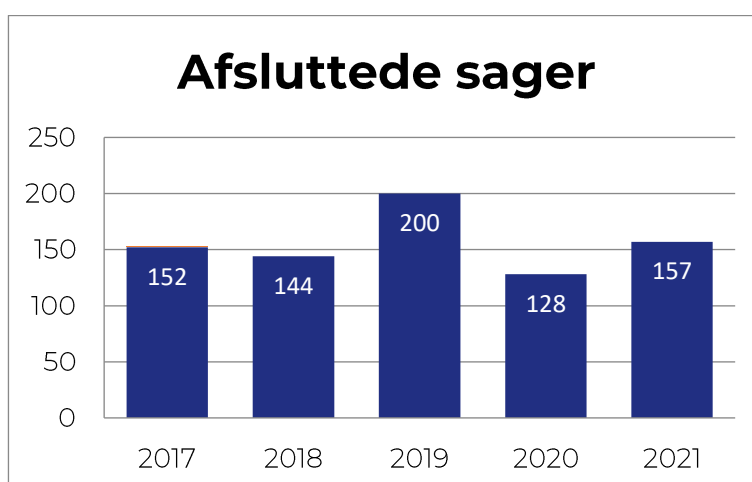
### 3.1 Modtagne sager

I 2021 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 161 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Ankenævnet modtog det samme antal klager i 2020, men modtog de foregående år lidt flere klager.



### 3.2 Afsluttede sager

Ankenævnet afholdt seks møder og afgjorde 157 sager i 2021. Derudover blev seks sager afsluttet på en anden måde – primært fordi klager trak sin klage tilbage. Sagerne indkom i både 2020 og 2021, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2022 forsat behandler en række sager der indkom i 2021.



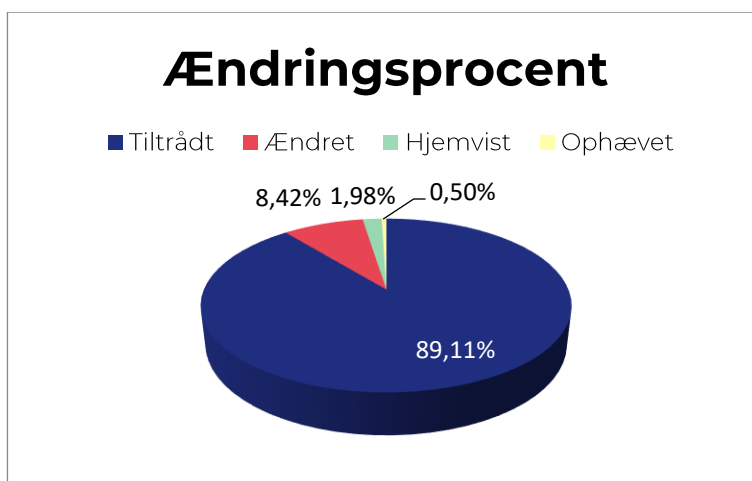
### 3.3 Ændringsprocent

I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb. I de 157 sager, der blev afgjort af ankenævnet i 2021, tog ankenævnet stilling til i alt 202 tvangsindgreb.

I 2021 afviste ankenævnet desuden at genoptage én afgørelse til fornyet behandling og afviste at tage stilling til én klage, fordi den ikke vedrørte ankenævnets kompetenceområde.

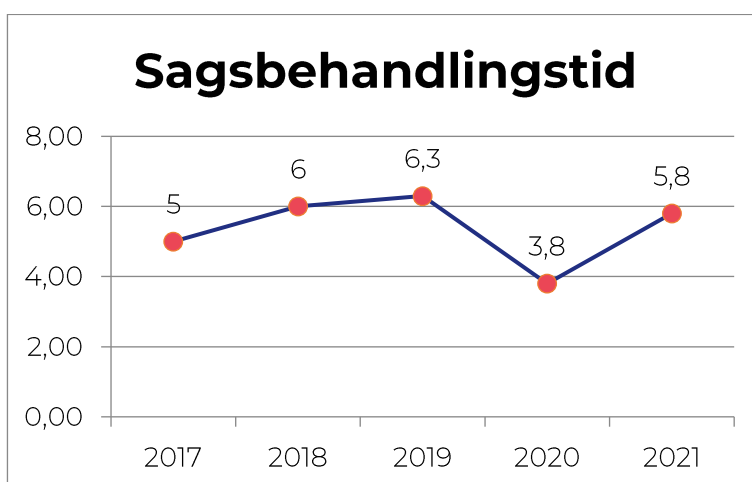
Ankenævnet ændrede i 17 tilfælde Det Psykiatriske Ankenævns afgørelse, hvilket svarer til en ændringsprocent på 8,42 %. Til sammenligning var ændringsprocenten i 2020 11,85 %. Ændringsprocenten er dermed faldt i forhold til sidste år.

Herudover hjemvise ankenævnet afgørelsen i fire tilfælde og ophævede afgørelsen i ét tilfælde. Det betyder, at ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævns afgørelse i 181 tilfælde, hvilket svarer til 90,05 % af alle tvangsindgreb.



### 3.4 Sagsbehandlingstid

Målet er, at den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Det Psykiatriske Ankenævn ikke overstiger seks måneder. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i 2021 5,8 måneder. Til sammenligning var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2020 3,8 måneder. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er således steget.



## 4 Sagsgang

---

### 4.1 Formelle regler

Når Det Psykiatriske Ankenævn modtager en sag, undersøger sekretariatets sagsbehandlere, om klagen er indgivet af en klageberettiget, om klagen er indgivet rettidigt, og om forholdet er omfattet af ankenævnets kompetence.

#### 4.1.1 Klageberettigede

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

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

#### 4.1.2 Klagefrist

Klage til Det Psykiatriske Ankenævn skal indgives senest tre måneder efter, at klageren har fået meddelelse om Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet kan dog se bort fra en overskridelse af klagefristen, når særlige grunde taler herfor, jf. psykiatrilovens § 38, stk. 2.

I praksis vurderer ankenævnet, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor klager har modtaget afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

#### 4.1.3 Ankenævnets kompetence

Hvis Det Psykiatriske Ankenævn modtager en klage over et forhold, der falder uden for ankenævnets kompetence, afviser ankenævnet 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.**

En kvindelig patient havde klaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn over medicinsk tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle klagen, idet nævnet ikke fandt dokumentation for, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling.

Ankenævnet vurderede, at hverken Det Psykiatriske Patientklagenævn eller Det Psykiatriske Ankenævn havde kompetence til at behandle klagen, idet der ikke var tale om tvang i psykiatrilovens forstand. Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten modtog tvangsbehandling under sin indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Det fremgik af journalen, at patienten flere gange i løbet af sin indlæggelse fik udleveret og indtog medicin efter eget ønske, ligesom hun flere gange afviste at tage medicin efter at være blevet forsøgt motiveret hertil. I den forbindelse lagde ankenævnet vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten ønskede behandlingen noteret som tvangsbehandling.

**AFVIST: Ankenævnet havde ikke kompetence til at behandle klage over en dom (2021-10301)**

En kvindelig patient ønskede at klage over en landsretsdom vedrørende tvangsindlæggelse.

Ankenævnet afviste at behandle klagen, idet Det Psykiatriske Ankenævn kun kan behandle klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes hus vedrørende de tvangsindgreb, der er opført i psykiatrilovens § 38, stk. 1.

## 4.2 Sekretariatets forberedelse af sagen

Sammen med klagen sender Det Psykiatriske Patientklagenævn det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse. Sekretariatets sagsbehandlere vurderer, om der er behov for at indhente yderligere materiale. Når sagen er tilstrækkeligt oplyst, høres parterne over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part.

Efter partshøringen udarbejder sagsbehandleren et udkast til afgørelsen på baggrund af de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund og formulerer sundhedsfaglige spørgsmål til en sagkyndig lægekonsulent med speciale i psykiatri. Den sagkyndige lægekonsulent vurderer herefter sagen på baggrund af sagens materiale og spørgsmålene fra sagsbehandleren.

Med udgangspunkt i vurderingen fra den sagkyndige lægekonsulent udarbejder sagsbehandleren et færdigt udkast til afgørelsen, og dette udkast forelægges ankenævnet.

## 4.3 Afgørelsen

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet kun kan tage stilling til forhold, som Det Psykiatriske Patientklagenævn allerede har taget stilling til i sin afgørelse.

Ankenævnet 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 identificere hvilke regler, der finder anvendelse, samt fastslå, hvordan reglerne skal forstås.
- Regelanvendelsen, som er hvordan reglerne anvendes i det konkrete tilfælde.

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

Ankenævnet tager i praksis ikke stilling til samtlige forhold i afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvis det kun er nødvendigt at tage stilling til dele af afgørelsen. Ankenævnet tager eksempelvis ikke stilling til, om en klage burde være tillagt opsættende virkning, hvis ankenævnet finder, at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling, eller at man havde truffet beslutning om tvangsbehandling med en for høj dosis.

Ifølge § 13 i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn er der fire mulige udfald for en sag i ankenævnet. Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

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

Hvis ankenævnet ændrer en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse annulleres, og at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige afgørelse.

En hjemvisning af en afgørelse indebærer, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal behandle sagen igen og træffe en ny afgørelse. Ankenævnet hjemviser en sag til fornyet behandling, hvis Det psykiatriske Patientklagenævn har afgjort sagen på et utilstrækkeligt eller forkert faktiskt eller retligt grundlag. Ankenævnet 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 ankenævnet som udgangspunkt rette fejlen i sin afgørelse.

#### **HJEMVIST: Det Psykiatriske Patientklagenævn havde foretaget utilstrækkelig partshøring (2020-10875)**

En mandlig patient havde klaget over indgivelse af beroligende middel med magt. På mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn blev nævnet gjort opmærksom på, at patienten hverken havde modtaget mødeindkaldelsen eller sagens akter forud for mødet, hvorfor patienten ikke deltog på mødet.

Det var ankenævnets opfattelse, at patienten burde have været partshørt over sagsakterne, inden der blev truffet afgørelse, idet sagsakterne var af væsentlig betydning for sagens afgørelse og var til ugunst for patienten.

Ankenævnet vurderede, at fristen i psykiatrilovens § 36, stk. 3, 3. pkt. ikke er en lovbestemt frist for sagens afgørelse, idet der alene er krav om, at sagen skal afgøres snarest muligt. Det Psykiatriske Patientklagenævn burde derfor efter afholdelse af mødet, og inden afgørelsen blev truffet, have givet patienten en kort frist til at fremkomme med eventuelle bemærkninger.

Ankenævnet fandt, at der blev begået en væsentlig sagsbehandlingsfejl i Det Psykiatriske Patientklagenævn og hjemviste sagen til fornyet behandling.

#### **REALITETSBEHANDLET: Det Psykiatriske Patientklagenævn havde foretaget utilstrækkelig partshøring, men dette var ikke en sagsbehandlingsfejl, idet klagen var tillagt opsættende virkning (2020-12544)**

En kvindelig patient havde klaget over en beslutning om tvangsbehandling. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

På mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn blev nævnet gjort opmærksom på, at patienten på grund af tekniske problemer hverken havde modtaget mødeindkaldelsen eller sagens akter forud for mødet.

Ankenævnet vurderede, at sagen ikke kunne udsættes med henblik på partshøring, idet der ifølge psykiatrilovens § 36, stk. 3, 1. pkt., skal træffes afgørelse inden syv hverdage, når en klage over tvangsbehandling er tillagt opsættende virkning. Det Psykiatriske Patientklagenævn havde derfor ikke begået en sagsbehandlingsfejl, og ankenævnet kunne realitetsbehandle sagen.



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

#### **OPHÆVET: Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist at behandle et forhold, der ikke var klaget over (2020-11456)**

En mandlig patient havde klaget over fysisk magt i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt den 18. oktober 2020.

På mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste patienten, at det var i forbindelse med, at han fik indgivet beroligende middel med magt den 15. oktober 2020, at der blev anvendt fysisk magt, og ikke i forbindelse med indgivelsen den 18. oktober 2020. Klagepunktet vedrørende anvendelse af fysisk magt blev derfor ikke behandlet på mødet.

Ankenævnet vurderede, at patienten på mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn trak klagen over anvendelse af fysisk magt den 18. oktober 2020 tilbage. Ankenævnet ophævede Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse om at afvise at behandle klagen over anvendelse af fysisk magt den 18. oktober 2020, idet patienten ikke havde klaget over indgrebet.

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

Sagsbehandlingen afsluttes med, at ankenævnets afgørelse sendes til patienten, behandlingsstedet, den pågældende region, Det Psykiatriske Patientklagenævn og Styrelsen for Patientsikkerhed.

## **4.4 Genoptagelse**

Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 3, at Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser ikke kan indbringes for en anden administrativ myndighed. Ankenævnets afgørelser kan imidlertid indbringes for domstolene efter de almindelige regler, jf. grundlovens § 63.

Hvis ankenævnet modtager en genoptagelsesanmodning i en sag, kan sagen tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det. Dette fremgår af § 14, stk. 3 i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn.

Ankenævnet 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.

## 5 Afgørelser

---

I dette afsnit opsummeres praksis for Det Psykiatriske Ankenævn. Løbende suppleres praksis med et resumé af en række afgørelser truffet af ankenævnet i 2021. Afgørelserne er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet har behandlet i 2021.

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

### 5.1 Tvangsbehandling

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

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

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

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

- Er patienten sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed?
- Vil det være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, da udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Har patienten haft en passende betænkningstid?
- Er patienten motiveret kontinuerligt og ensartet i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling?
- 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 og det subsidiære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?
- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

Som tidligere nævnt tager Det Psykiatriske Ankenævn i praksis ikke stilling til samtlige betingelser, hvis det kun er nødvendigt at forholde sig til dele af afgørelsen for Det Psykiatriske Patientklagenævn. Hvis en af betingelserne således ikke er opfyldt, vil ankenævnet som udgangspunkt ikke forholde sig til de øvrige betingelser.

### 5.1.1 Patientens tilstand

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

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

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

### 5.1.2 Mindstemiddelsprincippet

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

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

#### 5.1.2.1 Depotbehandling

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

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

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten 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: Beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat blev underkendt, idet der ikke fremgik en konkret begrundelse i journalen for behandling med et depotpræparat. Dissens. (2021-3764)**

Der blev besluttet tvangsbehandling med depotinjektion Xeplion 150 mg på dag ét efterfulgt af 100 mg på dag otte og herefter vedligeholdelsesdosis hver fjerde uge. Der skulle almindeligvis gives 75 mg i vedligeholdelsesdosis, men dosis kunne én gang om måneden justeres inden for intervallet 25-150 mg under hensyntagen til respons og behandlingsmål.

Et flertal på fire af ankenævnets medlemmer fandt ud fra en konkret vurdering, at Xeplion i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Flertallet lagde vægt på, at det ikke af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med depotmedicin.

Et mindretal på et medlem af ankenævnet fandt, at beslutningen om depotbehandling kunne godkendes. Der blev lagt vægt på, at det fremgik af referatet af mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn, at overlægen oplyste, at næsten alle præparater var afprøvet, og at de alle havde haft bivirkninger, samt at Xeplion var det præparat, som patienten havde bedst effekt og færrest bivirkninger af.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat blev godkendt, idet det i det konkrete tilfælde udgjorde det mindst indgribende middel (2020-11460)**

Der blev besluttet overgang til tvangsbehandling med injektion Zypadhera 210 mg hver 14. dag stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højest 300 mg hver 14. dag.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Zypadhera i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Der blev lagt vægt på, at det ikke havde været muligt at etablere tablet behandling, og at behandling med depotmedicin ville bevirke mindre magtanvendelse i forbindelse med tvangsmedicinering. Endvidere blev der lagt vægt på, at patienten tidligere havde modtaget Zypadhera med god effekt på tilstanden og havde tålt behandlingen.

### 5.1.2.2 Successive behandlingssæt

Det er ankenævnets praksis, at det som udgangspunkt ikke vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet, at der træffes 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 imidlertid føre til, at en beslutning om tvangsbehandling med et successivt behandlingssæt vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med successive behandlingssæt blev godkendt (2021-5467)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 10 mg dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa (olanzapin) 5 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst to injektioner af 5 mg dagligt med pause på fjerdedagen. Der blev samtidig truffet beslutning om, at behandlingen efter stabilisering på Olanzapin skulle overgå til depotinjektion Zypadhera (olanzapin) 210 mg hver anden uge stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 300 mg hver anden uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at beslutningen om indledningsvist at tvangsbehandle med tablet eller injektion måtte betragtes som et accessorisk middel til gennemførelsen af den besluttede depotbehandling. Endvidere vurderede ankenævnet, at det var udtryk for mindste middel at ordinere overgang til Zypadhera efter stabilisering på Olanzapin.

Ved vurderingen blev der lagt vægt på, at patienten tidligere havde været i depotbehandling med Trilafon Dekanoat, men at dette præparat ikke havde tilstrækkelig effekt, hvorfor det var nødvendigt at supplere med tablet Olanzapin, som patienten tidligere havde modtaget med god effekt på tilstanden.

Videre lagde ankenævnet vægt på, at patienten havde tilbagevendende problemer med medicinsvigt, hvilket medførte en forringelse af hans psykiske helbred, og at det blev vurderet, at erkendelse af behovet for medicin ikke ville indfinde sig hos patienten efter stabilisering på tabletbehandling.

**5.1.3 Betænkningstid**

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

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

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

**ÆNDRET: Beslutning om tvangsbehandling blev underkendt, idet betænkningstiden på ét døgn og 21 timer var utilstrækkelig. Dissens. (2021-7175)**

En mandlig patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 31. maj 2021 til den 2. juni 2021. Der var tale om en betænkningstid på 1 døgn og 21 timer.

Et flertal på fire af ankenævnets medlemmer fandt grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at betænkningstiden var passende for patienten, idet der ikke fremgik oplysninger om, at patienten var i en akut tilstand. Det blev tillagt vægt, at der ikke fremgik oplysninger i journalen om, hvorvidt patienten havde mulighed for at drøfte forholdet med en patientrådgiver i betænkningstiden.

På den baggrund vurderede flertallet, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Et mindretal på ét medlem af ankenævnet vurderede, at patienten var motiveret i tre på hinanden følgende dage. Der blev lagt vægt på, at der siden ændringen af psykiatriloven har været skiftende fortolkninger af udtrykket "højst tre dage", og at den oprindelige mening med lovændringen var, at patienten skulle motiveres i højst tre på hinanden følgende dage. Det blev gjort gældende, at udtrykket gennem flere år er blevet tolket således, at første motivation er dag nul, hvorefter der motiveres på dag ét, dag to og dag tre, hvorefter der træffes beslutning om tvangsbehandling.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling godkendtes, idet en betænkningstid på lidt over fem døgn var passende (2020-12317)**

En mandlig patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 4. november 2020 til den 9. november 2020. Der var tale om en betænkningstid på lidt over fem døgn.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering ikke grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på lidt over fem døgn var passende for patienten, idet det fremgik af journalen, at patientens tilstand var bekymrende, men ikke i en sådan grad, at det var uforsvarligt at forsøge at motivere ham i fem døgn. Endvidere var der ikke optræk til situationer, hvor der ville være behov for andre former for tvang.

På den baggrund vurderede ankenævnet, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Hvis patienten ikke dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandling, afbrydes betænkningstiden, hvorved motivationen skal starte forfra. Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der har fundet en tilstrækkelig motivation sted, indgår dette i ankenævnets vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

**AENDRET: Beslutning om tvangsbehandling blev underkendt, idet betænkningstiden blev afbrudt som følge af en dags pause i motivationen (2020-10892)**

En mandlig patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 22. september 2020 til den 24. september 2020. Han blev ikke motiveret for behandling den 25. september 2020. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 26. september 2020.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at betænkningstiden ikke var tilstrækkelig. Den manglende motivation den 25. september 2020 afbrød betænkningstiden, således at der først var tale om reel motivation, når patienten igen afviste at modtage medicinen.

Ankenævnet vurderede derfor, at patienten alene havde betænkningstid fra motivationen den 26. september 2020, til der senere samme dag blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Betænkningstiden var som følge heraf alene 15 minutter.

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

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling blev godkendt, idet betænkningstiden ikke var afbrudt på trods af frivillig indtagelse af medicin (2021-6313)**

En mandlig patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 14. maj 2021 til den 17. maj 2021. Både den 15. og den 16. maj indvilligede han i at indtage medicinen frivilligt.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at patienten var forsøgt motiveret i tilstrækkeligt omfang, og at han havde haft den fornødne betænkningstid.

Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at patienten flere gange tidligere havde indvilget i at tage imod den tilbudte medicin frivilligt for derefter at skifte mening, således at motivationen hertil måtte påbegyndes flere gange.

#### 5.1.4 Indhold af motivationen

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

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

Motivationen har stor betydning for, om ankenævnet kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Hensigten med motivationen er, at patienten selv skal have mulighed for at tage



stilling til, om han eller hun vil tage imod behandlingen frivilligt. Det skal således være klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og patienten skal have tilstrækkelig mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

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

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

Det vil sige, at patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling. Det er således ikke et krav, at patienten kontinuerligt er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog informeres om denne i motivationsperioden.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling blev underkendt, idet der var uoverensstemmelse mellem den behandling, der blev motiveret for, og den behandling, der blev truffet beslutning om (2021-8714)**

En kvindelig patient blev motiveret for tvangsbehandling med injektion Abilify 400 mg stighede afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 400 mg. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med intramuskulær depotinjektion Abilify Maintena 400 mg hver fjerde uge. I de første to uger af behandlingen fortsættes med supplerende tablet Abilify 25 mg.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at der ikke blev gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet der var uoverensstemmelse mellem den dosis og det præparat, der blev motiveret for, og den dosis og det præparat, der blev truffet beslutning om.

### 5.1.5 Overlægegodkendelse

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

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

### 5.1.6 Patientrådgiver og bistandsværge

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 1, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der udsættes for tvangsbehandling. Det fremgår videre af § 3 i bekendtgørelse om patientrådgivere, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling, medmindre denne har en bistandsværge. Ifølge § 24, stk. 2, 1. pkt., er det patientrådgiverens opgave at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af psykiatrilovens § 26, stk. 1, at patientrådgiveren snarest muligt efter beskikkelsen skal besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. 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, jf. § 4, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse end tvang på psykiatriske afdelinger.



Det er ankenævnets praksis, at det forhold, at der ikke er oplysninger om, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver, ikke i sig selv fører til, at beslutningen om tvangsbehandling underkendes.

### 5.1.7 Sædvanlig dosering

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

Ved afprøvede lægemidler forstås ifølge § 4, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven, at sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der fremgår af lægemiddelfortegnelsen og det, der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Videre fremgår det af § 4, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosering, medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

Det er ankenævnets praksis, at der skal anvendes det doseringsforslag på [pro.medicin.dk](http://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.

#### **TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling af skizofreni med aripiprazol blev godkendt (2021-3242)**

En mandlig patient havde behov for behandling af skizofreni. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify (aripiprazol) 15 mg én gang dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højest 30 mg, subsidiært injektion Abilify (aripiprazol) 9,75 mg højest to gange dagligt med minimum to timers interval.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af medicinoversigten på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at ved behandling af skizofreni med tablet aripiprazol anvendes initialt 10-15 mg en gang dagligt. Dosis kunne øges afhængigt af effekt og bivirkninger til 30 mg i døgnet. Ved behandling med injektion aripiprazol anvendes sædvanligvis initialt 9,75 mg intramuskulært. Dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer, og der kan højest anvendes tre injektioner og højest 30 mg dagligt.

Ankenævnet vurderede, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling af mani med aripiprazol blev godkendt (2021-7888)**

En kvindelig patient havde behov for behandling af mani. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Aripiprazol 15 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 30 mg, subsidiært injektion aripiprazol 9,75 mg én gang dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 19,5 mg fordelt på to doser med minimum to timers interval.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af medicinoversigten på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at ved behandling af mani med tablet aripiprazol anvendes almindeligvis initialt 15 mg en gang dagligt og maksimalt 30 mg dagligt. Ved behandling med injektion aripiprazol anvendes sædvanligvis initialt 9,75 mg intramuskulært. Dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer, og der kan højst anvendes tre injektioner og højst 30 mg dagligt.

Ankenævnet vurderede, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

Det er ankenævnets praksis, at det i visse tilfælde kan være tilladt at anvende en større dosis end den, som er sædvanlig for de fleste patienter. Det sker i de tilfælde, hvor behovet konkret og velbegrunderet beskrives i forhold til den enkelte patient, og hvor dosis holder sig inden for det, som retningslinjerne angiver som den maksimale dosis. Det er således ankenævnets praksis, at der skal være en konkret begrundelse for doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder den maksimale dosis som beskrevet på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

Det er ankenævnets praksis, at "god lægelig praksis" kun kan udfylde den ramme, som følger af doseringsretningslinjerne på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) i forhold til den konkrete patient. "God lægelig praksis" skal således alene anvende til at udfylde det doseringsinterval, der fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med en større dosis end sædvanlig dosis blev godkendt (2020-10184)**

Der blev truffet beslutning om tvangsmæssig dosisøgning af tablet Clozapin fra 50 mg dagligt til 75 mg dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 425 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg dagligt. Injektionsbehandlingen skulle pauseres på fjerdedagen.

Ankenævnet fandt, at den besluttede dosering af Clozapin ikke var sædvanlig dosis, idet det på behandlingstidspunktet fremgik af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at sædvanlig vedligeholdelsesdosis var op til 300 mg dagligt.

Videre fandt ankenævnet efter en konkret vurdering, at den besluttede dosis var sædvanlig for patienten. Der blev lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at begrundelsen for, at doseringen oversteg sædvanlig dosis var, at patienten tidligere havde været velbehandlet med 425 mg Clozapin.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med en lavere dosis end sædvanlig dosis blev godkendt (2021-4353)**

En kvindelig patient, der var 22 år gammel og lille af vækst, havde behov for behandling med antipsykotisk medicin. Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 1 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til 4 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg dagligt.

Ankenævnet fandt, at der for så vidt angik tablet Risperdal blev motiveret for en lavere initialdosis, end hvad der fremgik af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk). Det fremgik på behandlingstidspunktet af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at der initialt anvendes 2 mg dagligt stigende over dage til sædvanlig vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dagligt.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at der var tale om sædvanlig dosis, idet det ofte vil være velbegrunderet at påbegynde behandlingen med en lavere dosis end den anbefalede, når der er tale om et ungt menneske, der er lille af vækst.

### 5.1.7.1 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når nævnet vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.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.

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

### 5.1.7.2 Sædvanlig dosering til ældre patienter

Det fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at der for en række antipsykotiske præparater er særlige doseringsforslag for så vidt angår behandling af ældre patienter. Det fremgår desuden af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at ældre sædvanligvis defineres som personer, der er mindst 65 år. I visse tilfælde fremgår det imidlertid af doseringsforslagene for det enkelte præparat, at der alene er særlige retningslinjer vedrørende eksempelvis ældre over 75 år.

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

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling blev godkendt, idet der blev taget relevant hensyn til patientens alder og bivirkninger ved tidligere behandling (2021-3238)**

Der blev truffet beslutning om at tvangsbehandle en 76-årig kvindelig patient med tablet Abilify 5 mg dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til 15 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 3,75 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til 9,75 mg dagligt.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at ved behandling af skizofreni med tablet Abilify anvendes initialt 10-15 mg en gang dagligt. Dosis kan øges afhængigt af effekt og bivirkninger til maksimalt 30 mg. Ved behandling med intramuskulær injektion Abilify anvendes sædvanligvis initialdosis 9,75 mg og dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer. Der kan højst gives tre injektioner og højst 30 mg dagligt. Ved patienter over 65 år kan en lavere initialdosis overvejes, og der skal udvises forsigtighed ved behandling.

Ankenævnet vurderede, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering. Der blev lagt vægt på patientens alder og det forhold, at hun var kendt med bivirkninger ved behandling med Risperidon.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling blev godkendt, idet den ældre patient tidligere havde tålt behandling med antipsykotisk medicin (2021-4304)**

Der blev truffet beslutning om at tvangsbehandle en 81-årig mandlig patient med tablet Risperidon 1 mg dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til 4 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg.

Det fremgik på behandlingstidspunktet af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at ved behandling med intramuskulær injektion Abilify anvendes sædvanligvis initialdosis 9,75 mg, og dosis kan gentages efter behov efter mindst to timer. Der kan højst gives tre injektioner og højst 30 mg dagligt. Ved patienter over 65 år kan en lavere initialdosis overvejes, og der skal udvises forsigtighed ved behandling.

Ankenævnet vurderede, at beslutningen om tvangsbehandling opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering. Der blev lagt vægt på, at patienten tidligere havde været i behandling med Olanzapin 20, som han havde tålt.

**5.1.8 Information om præparaterne**

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 1, at der ikke må benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

Videre fremgår det af psykiatrilovens § 31, stk. 1, at patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår videre af § 3, stk. 6, i bekendtgørelse om anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsmedicinering forudsætter, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

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

### 5.1.9 Opsættende virkning

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

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

#### **ÆNDRET: Beslutning om ikke at tillægge patientens klage over tvangsbehandling opsættende virkning blev godkendt (2020-10876)**

En kvindelig patients klage over en beslutning om tvangsbehandling blev ikke tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet vurderede, at det var korrekt ikke at tillægge klage opsættende virkning. Der blev lagt vægt på, at patientens psykose var forværret med stor forpinthed, og at der var risiko for yderligere forværring. Videre var der risiko for, at patienten ville pådrage sig en infektion, der i kombination med hendes eksisterende symptomer og kliniske tilstand ville kunne medføre en delirøs tilstand, som fandtes at udgøre en væsentlig fare for hendes helbred.

## 5.2 Anvendelse af fysisk magt

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

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

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

Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien, at fastholdelse uden andre samtidige foranstaltninger skal være så kort som muligt og aldrig bør have en varighed på mere end 30 minutter.

**HJEMVIST: Det Psykiatriske Ankenævn havde afvist at behandle en klage over anvendelse af fysisk magt i forbindelse med varetagelse af personlig hygiejne (2020-12541)**

Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle en klage over beslutning om anvendelse af fysisk magt. Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at det ikke havde kompetence til at behandle forholdet, idet den fysiske magt var udøvet i forbindelse med varetagelse af patientens personlige hygiejne.

Ankenævnet vurderede, at der blev anvendt fysisk magt over for den mandlige patient for at afværge, at han udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Det forhold, at den fysiske magt blev anvendt i forbindelse med den nødvendige assistance til personlig hygiejne, herunder skift af sengetøj, ændrede ikke ved dette.

**ÆNDRET: Beslutning om anvendelse af fysisk magt blev godkendt. Der var ikke tale om et accessorisk indgreb (2021-7019)**

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde tilsidesat en beslutning om anvendelse af fysisk magt over for en kvindelig patient.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde patienten var opfyldt, idet der var nærliggende fare for, at andre ville lide skade på legeme eller helbred. Der blev herved lagt vægt på, at patienten var råbende, truende og slog ud efter personalet, herunder slog et personalemedlem i hovedet. Endvidere forsøgte hun gentagne gange at tiltvinge sig personalets adgangskort.

Ankenævnet vurderede, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning og lagde i den forbindelse vægt på, at patienten blev forsøgt korrigeret, talt til ro, skærmet til egen stue samt lagt under kugledyne. Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at magtudøvelse ikke varede længere tid end nødvendigt, idet fastholdelsen ifølge journalen varede i 15 til 20 minutter. Det fremgik ikke af sagens oplysninger, at der skulle have været anvendt unødigt magt i forbindelse med fastholdelsen.

Det forhold, at patienten blev fastholdt, var efter ankenævnets vurdering ikke et accessorisk indgreb til hverken den forudgående indgivelse af beroligende middel med magt eller den efterfølgende tvangsfiksering. Der var tale om et selvstændigt tvangsindgreb. I den forbindelse lagde ankenævnet vægt på, at administrationen af akut beroligende medicin var gennemført, og at patienten herefter blev lagt under en kugledyne og fastholdt. Der var på dette tidspunkt ikke truffet beslutning om tvangsfiksering, og der gik flere timer fra fastholdelsen indtil beslutningen om tvangsfiksering blev truffet.

Ankenævnet bemærkede, at der burde have været ført selvstændig tvangsprotokol over anvendelsen af fysisk magt over for patienten. Det var dog ankenævnets vurdering, at dette ikke kunne føre til en tilsidesættelse af anvendelsen af fysisk magt.

### 5.3 Indgivelse af beroligende middel med magt

Hvis en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, befinder sig i en urolig tilstand, kan der være behov for at indgive beroligende middel med magt. Når ankenævnet vurderer, om betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt er opfyldt, gøres dette som udgangspunkt efter følgende kriterier:

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

Ankenævnet tager ved vurderingen stilling til, om man forinden indgivelse af beroligende middel 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 ankenævnet stilling til, om denne undladelse var konkret begrundet i journalen. Ankenævnet tager desuden stilling til, om der er tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk). Hvis der er tale om en usædvanlig dosering, tager ankenævnet stilling til, om det konkret fremgår af journalen, hvad begrundelsen var for at gå ud over sædvanlig dosering.

#### 5.3.1 Patientens tilstand

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

#### **TILTRÅDT: Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev godkendt, idet det ikke var muligt at begrænse og korrigere patienten yderligere (2020-11462)**

Ankenævnet vurderede, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe en mandlig patient til ro med henblik på bedring af hans tilstand. Nævnet lagde vægt på, at han ifølge journalen var meget urolig og omkringfarende. Han hamrede og sparkede på vinduer og døre i fællesmiljøet og kastede med stole. I forbindelse med at han blev lagt i bælte, bed han et personalemedlem i kinden.

Videre vurderede ankenævnet, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere i den konkrete situation, hvor han var bæltefikseret, og at man havde tilbudt ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.



**ÆNDRET: Beslutningen om indgivelse af beroligende middel med magt blev underkendt, idet patienten ikke var akut urolig (2021-3280)**

Det fremgik af journaloplysningerne, at en mandlig patient blev indlagt efter, han tidligere på dagen havde været voldelig over for personalet på sit bosted. Han havde skubbet til dem og slået en tilfældig kvinde.

Videre fremgik det, at patienten på afdelingen var rolig i kontakten, men præget af sin udviklingsforstyrrelse. Han blev indgivet beroligende middel med magt.

Ankenævnet vurderede, at patienten på tidspunktet for indgivelse af beroligende middel med magt fremstod angst og forpint og præget af sin mentale retardering. Imidlertid fandt ankenævnet det ikke godtgjort, at der var tale om en akut urolig tilstand, der nødvendiggjorde indgivelse af beroligende middel med magt.

**5.3.2 Mindstemiddelsprincippet**

Det fremgår af psykiatrilovens § 4, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Videre fremgår det, at hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes, og tvang ikke må anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

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

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

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

**TILTRÅDT: Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev godkendt, selvom patienten ikke forinden blev tilbudt medicin til frivillig indtagelse (2021-2566)**

En kvindelig patient fik indgivet beroligende middel uden forudgående tilbud om frivillig indtagelse af den beroligende medicin.

Ankenævnet vurderede, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, uanset at man forud for indgivelsen af beroligende middel med magt ikke havde tilbudt patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde vægt på, at man havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter ved at føre hende til patientstuen, hvorefter hun begyndte at rive sig løs og sparke ud i luften. Der var således tale om en eskaleret situation, hvorfor det ikke var muligt at tilbyde hende medicin til frivillig indtagelse.



**TILTRÅDT: Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev godkendt, selvom alle mindre indgribende foranstaltninger ikke var forsøgt (2021-3280)**

En mandlig patient fik indgivet beroligende middel med magt. Det fremgik ikke af journalen, at patienten blev forsøgt talt til ro forud for indgivelsen. Det fremgik heller ikke, at hans aktiviteter blev forsøgt begrænset eller korrigeret ud over den bæltefiksering, der blev iværksat umiddelbart inden indgivelsen af beroligende middel med magt. Endelig fremgik det ikke, at man havde tilbudt patienten medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet vurderede, at det henset til den eskalerede situation, ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere eller tale ham til ro.

**5.3.3 Præparat og dosis**

Der henvises til afsnit 5.1.7 om sædvanlig dosering i relation til tvangsbehandling.

Ankenævnet vurderer i relation til beroligende middel med magt desuden den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede døgn dosis, hvis der for eksempel er indgivet beroligende middel flere gange inden for et døgn.

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

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

**ÆNDRET: Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev godkendt, idet injektion olanzapin 10 mg svarer til tablet olanzapin 10 mg (2020-12548)**

En kvindelig patient blev tilbudt tablet Zyprexa (olanzapin) 10 mg til frivillig indtagelse, inden der blev indgivet injektion Zyprexa (olanzapin) 10 mg med magt.

Ankenævnet vurderede, at betingelsen, om at patienten til frivillig indtagelse skal tilbydes det samme præparat og den samme dosis som det præparat og den dosis, der indgives med magt, var opfyldt.

Det var ankenævnets vurdering, at den samme mængde olanzapin administreret som tablet og injektion svarer til hinanden i den del, der optages, og at der derfor ikke skal ske dosisjustering ved administration i injektionsform i forhold til administration i tabletform.

Ankenævnet lagde vægt på, at lægemiddeleksponeringen for olanzapin administreret i injektionsform gennemsnitligt er cirka 23 procent større end lægemiddeleksponeringen for den samme mængde olanzapin administreret som tablet. Det fremgår af pro.medicin.dk, at denne forskel ikke kræver dosisjustering, fordi halveringstiden, clearance, distributionsvolumen samt den metaboliske profil er omtrent ens for olanzapin administreret som henholdsvis tablet og injektion.

**AENDRET: Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev underkendt, idet tablet Abilify 10 mg ikke svarer til injektion Abilify 9,75 mg (2020-12316)**

En mandlig patient blev tilbudt tablet Abilify 10 mg til frivillig indtagelse, inden der blev indgivet injektion Abilify 9,75 mg med magt.

Ankenævnet vurderede, at betingelsen, om at patienten til frivillig indtagelse skal tilbydes det samme præparat og den samme dosis, som det præparat og den dosis, der indgives med magt, ikke var opfyldt.

Ankenævnet lagde vægt på, at når Abilify indgives som tablet, er det omkring 50-75 procent af den indgivne dosis, der vil nå det systemiske kredsløb og dermed være virksomt. Der er således ikke den samme farmakologiske effekt ved Abilify i tabletform som i injektionsform.

## 5.4 Personlig skærmning

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det følger af psykiatrilovens § 18 d, at personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Det fremgår af § 39, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved udtrykket "umiddelbar nærhed" skal forstås, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Det skal bemærkes, at 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, at personlig skærmning som juridisk begreb ikke nødvendigvis har samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sammenhænge. Videre fremgår det, at lavere grader af observation og overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen og udgør efter regeringens opfattelse ikke så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet.

Ankenævnet vil indledningsvist tage stilling til, om der er tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, herunder om skærmningen uafbrudt har varet mere end 24 timer. Først herefter vil ankenævnet tage stilling til, om betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Kravet i psykiatrilovens § 4 om at anvende den mindst indgribende foranstaltning gælder også for så vidt angår personlig skærmning. Det vil således have betydning i ankenævnets vurdering, om det er dokumenteret i journalen, at mindre indgribende tiltag har været forsøgt, forinden anvendelse af personlig skærmning.

**TILTRÅDT: Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke kompetence til at behandle klage over personlig skærmning, idet patienten ikke var under konstant opsyn (2021-3764)**

En mandlig patient havde klaget over personlig skærmning i to timer. Det fremgik ikke af journalen, at patienten var underlagt personlig skærmning. Det fremgik imidlertid, at han blev henvist til egen stue i to timer, hvorefter pågældende personalemedlem ville tale med ham igen.

Det var ankenævnets vurdering, at patienten ikke var underlagt personlig skærmning. Der blev lagt vægt på, at han ikke blev overvåget, idet han skulle opholde sig på stuen uden opsyn.

**TILTRÅDT: Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke kompetence til at behandle klage over personlig skærmning, idet patienten ikke var under konstant opsyn (2020-11453)**

En kvindelig patient havde klaget over personlig skærmning. Det fremgik af journalen, at der var iværksat personlig skærmning, og at patienten overholdte sin personlige skærmning i weekenden.

På mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn oplyste patienten, at personalet ikke havde fulgt hende overalt, og at personalet heller ikke havde været i konstant nærhed af hende.

Det var ankenævnets vurdering, at patienten ikke blev overvåget, idet hun kunne opholde sig på stuen uden konstant opsyn, og at hun derfor ikke var underlagt personlig skærmning. Der blev lagt vægt på, 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.

## 6 Folketingets Ombudsmand og domstolene

---

Det Psykiatriske Ankenævn havde ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand i 2021.

## 7 Læring

---

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

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

Ankenævnet vurderer ved hvert nævnsmøde, om der er sager, der er principielle eller kan bidrage med generel læring. De sager, der vurderes at kunne bidrage til læring, offentliggøres anonymt på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside [www.stpk.dk](http://www.stpk.dk). I 2021 offentliggjorde ankenævnet 6 afgørelser.

Ankenævnet har desuden offentliggjort et notat om praksisændring på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside [www.stpk.dk](http://www.stpk.dk). Notatet er også sendt direkte til Dansk Psykiatriske Selskab og Det Psykiatriske Patientklagenævn med henblik på læring.

Samfundets interesse for forholdene i psykiatrien samt de love og regler, der regulerer disse, er fortsat stor. Der har i 2021 og vil også fremadrettet være stor fokus på psykiatrien og dermed også tvang i psykiatrien.

Det faste team af sagsbehandlere, der behandler disse sager, drøfter de sager, der frembyder tvivl, inden de behandles af nævnet. På den måde deler sagsbehandlerne viden fra de enkelte sager. Det sikrer, at praksis er ensartet og giver en opmærksomhed på hvilke sager, der kan være relevante at offentliggøre.

Teamet har endvidere et tæt samarbejde med den kreds af sagkyndige konsulenter, der afgiver udtalelser i sagerne. Samarbejdet bidrager positivt til læringen i teamet, men også udadtil gennem de sagkyndige konsulents arbejde i psykiatrien.

Sekretariatet deltog desuden i 2021 ved det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus.

## 8 Forventninger til fremtiden

---

Det Psykiatriske Ankenævn vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2022 for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet vil desuden arbejde for at fastholde sagsbehandlingstiden på under seks måneder i gennemsnit.

Sekretariatet vil i 2022 have fokus på en større viden om antipsykotisk medicin og samspillet mellem de juridiske regler for tvangsmedicinering og den kliniske virkelighed. I 2022 bliver en sagkyndig med speciale i klinisk farmakologi derfor tilknyttet Det Psykiatriske Ankenævn, og sekretariatet vil invitere [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) til det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Indholdet af de psykiatriske ankenævnsager kommer naturligt til at bære præg af de patienter, der bliver behandlet på de psykiatriske afdelinger det enkelte år, samt af hvem der vælger at klage. Derfor opstår der hvert år nye vinkler på sagerne. 2021 har været et meget interessant år på den front, og det samme forventes i 2022.

# Bilag 1: Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2022

Formand:

- Landsdommer Steen Mejer

Stedfortræder for formand

- Landsdommer Kaare Mønsted

Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen
- Speciallæge Pia Glyngdal

Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Lykke Pedersen
- Overlæge Annick F. Ufer Parnas

Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Lisbeth Holmgaard

Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Lennart Frandsen
- Irene Hjortshøj

# Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

Bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019 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 til 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



STYRELSEN FOR  
**PATIENTKLAGER**

Styrelsen for Patientklager  
Olof Palmes Allé 18H  
8200 Aarhus N