

# Patientombuddet



## Årsberetning 2011

Det Psykiatriske Ankenævn

**Titel:** Årsberetning 2011, Det Psykiatriske Ankenævn

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Indledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Nøgletal</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Sagsgang</b> .....	<b>8</b>
4.1 Klageberettigelse .....	8
4.2 Formelle regler .....	8
4.3 Patientombuddets forberedelse af sagen.....	9
4.4 Afgørelsen .....	9
<b>5 Principielle afgørelser</b> .....	<b>12</b>
5.1 Tvangsbehandling .....	12
5.2 Beroligende middel med magt .....	21
5.3 Tvang i psykiatrilovens forstand.....	22
5.4 Øvrige udvalgte afgørelser .....	25
<b>6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstole</b> .....	<b>30</b>
<b>7 Læring</b> .....	<b>31</b>
<b>8 Forventninger til fremtiden</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>33</b>

## Forord

Den 1. januar 2011 blev Det Psykiatriske Ankenævn oprettet som et selvstændigt nævn. Oprettelsen skete samtidig med gennemførelsen af et nyt patientklagesystem, hvor en ny myndighed – Patientombuddet – blev oprettet. Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Patientombuddet.

Det Psykiatriske Ankenævn har som mål for sin første årsberetning at bidrage til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i behandlingen af psykiatriske patienter. De afgørelser, ankenævnet træffer, har ikke kun betydning for den enkelte patient og den psykiatriske afdeling. Afgørelserne påvirker også udøvelse af fremtidige tvangsforanstaltninger og er med til at lægge rammen for den behandling, som psykiatriske patienter modtager landet over. Og ikke mindst har ankenævnets afgørelser betydning for de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne, der er første instans i klager over tvang i psykiatrien.

At samfundet har valgt, at psykisk syge patienter kan underlægges tvangsbehandling, har medført en nødvendig og detaljeret lovgivning på området. Det er ankenævnets pligt at sikre, at disse regler overholdes. På de områder, hvor lovgiver overlader et skøn til sundhedspersonen, er det en vigtig opgave at sikre, at skønnet bliver udført i overensstemmelse med det formål, der ligger bag lovgivningen, og med iagttagelse af patientens bedste. Det vil derfor også fremover være en prioritet for ankenævnet, at afgørelserne danner et klart og værdifuldt vejlednings- og praksisgrundlag.

I tæt tidsmæssig tilknytning til oprettelsen af Det Psykiatriske Ankenævn blev der samtidig foretaget en række ændringer af psykiatriloven. Lovændringerne medførte blandt andet en ændring af betænkningstiden forud for beslutning om tvangsbehandling. Dette har budt på nogle spændende problemstillinger og udfordringer for ankenævnet i årets løb.

Enkeltdelen af årsberetningen har tidligere været offentliggjort i sammenfatninger af nævnets praksis på udvalgte områder og som nyhedsbreve fra Patientombuddet.

*Henrik Gunst Andersen*  
*Formand*

# 1 Indledning

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011 ved en ændring i psykiatriloven. Ankenævnet behandler klager over afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævn ved de respektive statsforvaltninger.

Indtil den 31. december 2010 blev psykiatriske ankesager behandlet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Den 31. december 2010 blev Sundhedsvæsenets Patientklagenævn nedlagt og i stedet blev Patientombuddet, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn oprettet den 1. januar 2011.

Formålet med oprettelsen af Det Psykiatriske Ankenævn som et selvstændigt nævn var at adskille afgørelser om anvendelse af tvang fra afgørelser med disciplinære elementer. Afgørelser om anvendelse af tvang i psykiatrien har en væsentlig anden karakter end klager over konkrete sundhedspersoner. I klager over tvang i psykiatrien tages der ikke stilling til, om der er grundlag for kritik af enkelte sundhedspersoner, men alene om psykiatrilovens betingelser for anvendelse af tvangsforanstaltninger har været opfyldte.

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Patientombuddet, som blev etableret blandt andet ved en omdannelse af Patientklagenævnets sekretariat. Det blev på den måde sikret, at erfaringen med forberedelsen af ankesagerne, som var opbygget i Patientklagenævnets sekretariat, blev bibeholdt.

Ved oprettelsen af Det Psykiatriske Ankenævn blev der i psykiatriloven indført en tre måneders frist til at påklage de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Ankenævnet vil dog kunne dispensere fra klagefristen, hvis der er særlige grunde til en dispensation.

Med oprettelsen af Det Psykiatriske Ankenævn blev den psykiatrifaglige kompetence ved behandlingen af sagerne i ankenævnet endvidere styrket. Efter psykiatriloven skal begge sundhedsfagligt uddannede medlemmer af nævnet være speciallæger i psykiatri. Et sådant krav til sammensætningen var ikke gældende før oprettelsen af Det Psykiatriske Ankenævn.

Patientrepræsentationen ved ankenævnets behandling er ligeledes blevet styrket, idet de to lægmænd, der deltager ved afgørelsen af sagerne, fremover beskikkes efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Danske Handicaporganisationer har gennem en årrække været repræsenteret både i de lokale psykiatriske patientklagenævn og ved Sundhedsvæsenets Patientklagenævns behandling af sagerne. Dette kan samtidig bidrage til at styrke patienternes tillid til ankenævnets afgørelser.

De nærmere regler om Det Psykiatriske Ankenævn findes i bekendtgørelse nr. 1574 af 20. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

## 2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er ankeinstans for afgørelser truffet af de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne.

Ankenævnet kan alene behandle ankesager om tvangsbehandling, fysisk magtanvendelse, indgivelse af beroligende middel med magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Dette følger af psykiatrilovens § 38, stk. 1. De psykiatriske patientklagenævns afgørelser om anden tvang kan indbringes for retten.

Ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Afgørelsen, som Det Psykiatriske Ankenævn træffer, kan ikke indbringes for en anden administrativ myndighed.

Ved afgørelsen tager ankenævnet stilling til, om betingelserne for at udøve tvang i henhold til psykiatriloven var til stede på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet blev foretaget.

En klage til Det Psykiatriske Ankenævn skal indgives senest tre måneder efter, at klageren har fået meddelelse om det psykiatriske patientklagenævns afgørelse.

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

Nævnet træffer afgørelse ved stemmeflerhed. Et eventuelt mindretal kan afgive mindretalsudtalelse, og den vil fremgå af afgørelsen. Afgørelserne træffes dog i langt de fleste tilfælde af et enigt nævn.

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

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Patientombuddets Patientklagecenter.

### 3 Nøgletal

Det Psykiatriske Ankenævn modtog 124 klager over afgørelser i de psykiatriske patientklagenævn mod 97 sager i 2010. Det svarer til en stigning på 28 procent.

Ankenævnet afsluttede 96 sager i 2011.

Ankenævnet afgjorde 69 sager.

Ankenævnet tiltrådte i 39 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 57 procent af alle afgjorte klager.

25 sager gav anledning til ændring af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse svarende til 36 procent. Herudover blev 5 sager svarende til 7 procent hjemvist til fornyet behandling i det psykiatriske patientklagenævn. Af de 124 nye ankesager blev 27 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse, især fordi klager trak sin anke tilbage.

I 2010 tiltrådte Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 70 procent af sagerne fra de psykiatriske patientklagenævn, ændrede 22 procent og hjemviste 8 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 5,5 måneder i 2011 mod 6,4 måneder i 2010.

## 4 Sagsgang

Alle ankesager, der skal behandles af Det Psykiatriske Ankenævn, forberedes og behandles af det samme team af sagsbehandlere i Patientombuddets Patientklagecenter.

### 4.1 Klageberettigelse

Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe de psykiatriske patientklagenævnets afgørelser for Det Psykiatriske Ankenævn, hvis afgørelsen ikke giver den pågældende fuldt ud medhold.

I praksis bliver de fleste klager indgivet af patienten eller patientens patientrådgiver, og det sker ofte via de psykiatriske patientklagenævn. Når klagen bliver indsendt via de psykiatriske patientklagenævn, modtages samtidig det materiale, der har ligget til grund for patientklagenævnets afgørelse.

### 4.2 Formelle regler

Når en sag er modtaget i Patientombuddet, undersøges det, om forholdet falder under ankenævnets kompetence, om der er truffet afgørelse i 1. instans vedrørende det forhold, der klages over, om klagen er indgivet af en klageberettiget samt om klagen er forældet.

Hvis Patientombuddet modtager en anke over et forhold, der falder udenfor ankenævnets kompetence, må ombuddet afvise at behandle anken og i stedet henvise patienten til den rette myndighed.

#### **Eksempler på forhold, der faldt udenfor ankenævnets kompetence:**

##### **Blodprøve uden anvendelse af tvang**

En patient klagede til Patientombuddet over, at han under indlæggelse på en lukket psykiatrisk afdeling fik taget en blodprøve, mens han sov. Klager mente, at der muligvis var tale om tvang, og Patientombuddet oversendte derfor sagen til det psykiatriske patientklagenævn.

Det Psykiatriske Patientklagenævn tilbagesendte klagen med en udtalelse fra den psykiatriske afdeling om, at der var tale om en rutineblodprøvetagning og ikke en blodprøve taget med tvang. Sagen kunne derfor ikke behandles af Det Psykiatriske Ankenævn.

Klager blev oplyst om muligheden for at få behandlet klagen ved Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn som en klage over manglende indhentelse af informeret samtykke til blodprøvetagningen.



### **Manglende eftersamtale**

Patientombuddet modtog i 2011 en klage over, at en patient ikke havde fået tilbud om eftersamtaler i forbindelse med flere tvangsforanstaltninger.

Ifølge psykiatrilovens § 4, stk. 5, skal en patient efter ophør af enhver tvangsforanstaltning tilbydes en eller flere samtaler. Patientombuddet vurderede, at klage over eftersamtaler ikke havde en tilstrækkelig nær tilknytning til selve udførelsen af tvangsforanstaltningen.

Klagen kunne derfor ikke behandles af de psykiatriske patientklagenævn eller Det Psykiatriske Ankenævn, men klager blev tilbudt, at klagen over manglende eftersamtaler blev behandlet af enten Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

## **4.3 Patientombuddets forberedelse af sagen**

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

Fra den 1. januar 2011 blev sagsgangen hvad angår høring af sagens parter over sagens materiale ændret.

Før 1. januar 2011, da de psykiatriske ankesager blev behandlet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, blev parterne hørt over alt det materiale, der hørte til ankesagen samt et forslag til afgørelse forud for nævnets stillingtagen i sagen.

Fra den 1. januar 2011, hvor sagerne overgik til Det Psykiatriske Ankenævn, bliver parterne alene hørt over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part. Der høres ikke længere over et forslag til afgørelse og den sagkyndige konsulents udtalelse. Efter den eventuelle partshøring bliver der udarbejdet et udkast over de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund, og der bliver opstillet sundhedsfaglige spørgsmål.

Herefter bliver sagen vurderet af en sagkyndig lægekonsulent med speciale i psykiatri, og derefter udarbejder Patientombuddet et forslag til afgørelse.

Sager fra før 1. januar 2011, der blev antaget, men ikke afgjort af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, bliver nu afgjort af Det Psykiatriske Ankenævn. I disse sager høres sagens parter over sagens materiale efter den tidligere procedure.

## **4.4 Afgørelsen**

Det Psykiatriske Ankenævns møder bliver holdt skiftevis som telefonmøder og ved fremmøde.

Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævne.

Ved tiltrædelse forstås, at Det Psykiatriske Ankenævn er enig i det psykiatriske patientklagenævns afgørelse. Ved ændring forstås en annullering af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse kombineret med en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige.

Ved ophævelse forstås en afgørelse om, at det psykiatriske patientklagenævns afgørelse træder ud af kraft, uden at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige. Ophævelse kan blandt andet ske som følge af manglende kompetence hos det psykiatriske patientklagenævn, for eksempel hvis indgrebet ikke er reguleret af psykiatriloven.

Bliver anken hjemvist betyder det, at Det Psykiatriske Ankenævn overlader det til det psykiatriske patientklagenævn at træffe en ny afgørelse i sagen. Hvis der er tale om rent formelle fejl som for eksempel skrivefejl, herunder at det psykiatriske patientklagenævn har anført forkerte datoer eller navne i sin afgørelse, vil Det Psykiatriske Ankenævn som udgangspunkt rette fejlen. Er der tale om en indholdsmæssig fejl, som for eksempel at afgørelsen er truffet på et klart utilstrækkeligt eller forkert faktiskt eller retligt grundlag, vil ankenævnet hjemvise sagen til fornyet behandling.

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger de psykiatriske patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet alene tager stilling til forhold, der er taget stilling til i det psykiatriske patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet foretager ved sin afgørelse en fuld prøvelse af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, herunder faktum, regelfortolkningen, den konkrete regel anvendelse og bevisafvejningen. Afgørelserne fra ankenævnet indeholder altid en selvstændig begrundelse.

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

Ankenævnet tager derfor ikke tage stilling til, om en klage burde have været tillagt opsættende virkning, såfremt ankenævnet finder, at patienten ikke var sindssyg, eller at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling. Ligeledes vil ankenævnet ikke foretage en fuld prøvelse af en afgørelse fra det psykiatriske patientklagenævn om afledte tvangsforanstaltninger, hvis ankenævnet i en tidligere afgørelse ikke har kunnet godkende den beslutning, hvorpå de efterfølgende tvangsindgreb bygger.

Det Psykiatriske Ankenævn kan i egenskab af ankeinstans tage stilling til visse klager over sagsbehandlingen i 1. instans, nemlig hvor der er klaget over forhold, som efter deres karakter er egnede til at øve indflydelse på afgørelsens indhold. Det falder således uden for ankenævnets kompetence at behandle klager, der alene vedrører Det Psykiatriske Patientklagenævns sagsbehandling uden samtidig at omfatte afgørelsens indhold. Ligeledes falder det udenfor Det Psykiatriske Ankenævns kompetence at behandle klager over navngivne sundhedspersoner, hvis der ikke samtidigt klages over selve beslutningen om tvang.

Når afgørelsen træffes, vurderer ankenævnet samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Patientombuddets hjemmeside.

Den endelige afgørelse bliver sendt til klageren, sygehuset, det psykiatriske patientklagenævn, regionen samt Sundhedsstyrelsen.



## 5 Principielle afgørelser

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2011 truffet i alt 69 afgørelser, hvoraf størstedelen vedrørte tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt.

Nedenfor resumeres en række principielle afgørelser fra 2011. Afgørelserne er inddelt i fire overordnede emner: tvangsbehandling, beroligende middel med magt, tvang i psykiatrilovens forstand samt øvrige udvalgte afgørelser.

### 5.1 Tvangsbehandling

I denne årsberetning har vi valgt at fokusere på, hvordan mindstemiddelsprincippet kommer til udtryk i sager om tvangsbehandling i relation til patientens betænkningstid og motivation for konkret præparat og dosis, men også i det tilfælde hvor patienten overgår til frivillig behandling.

Sidst i afsnittet har vi medtaget en afgørelse om information af patienten om det subsidiære præparat ved tvangsbehandling, da praksis på dette område blev ændret i 2011.

#### 5.1.1 Betænkningstid

Ved en lovændring i 2010 blev bestemmelserne om betænkningstid inden iværksættelse af tvangsbehandling ændret. I 2011 har Det Psykiatriske Ankenævn derfor truffet de første afgørelser efter de nye bestemmelser.

##### Baggrund

Psykiatrilovens § 12, stk. 5, fastslår, 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. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage. Betænkningstiden giver patienten en reel mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen samt så vidt muligt drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Formålet med betænkningstiden er så vidt muligt at motivere patienten til at lade sig behandle frivilligt og undgå tvangsbehandling. Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres.

Før lovændringen i 2010 fremgik det alene af psykiatriloven, at patienten skulle have en passende betænkningstid, hvilket ofte medførte en betænkningstid på flere uger.

Efter lovændringen har en patient krav på højst tre dages betænkningstid, inden der træffes beslutning om tvangsbehandling. Dette forhindrer ikke overlægen i at give patienten en længere betænkningstid, idet det skal vurderes konkret i hvert enkelt tilfælde, hvor lang betænkningstiden skal være for at opfylde formålet med at undgå tvang og motivere patienten til at lade sig behandle frivilligt. En betænkningstid på over tre dage vil derfor ikke være retsstridig. Betænkningstiden anses for at være på-

begyndt, når der er ordineret behandling med et konkret medikament, og patienten er informeret om det.

Det er ankenævnets opfattelse, at der skal foretages en konkret afvejning af, om patienten i betænkningstiden har haft reel mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. I tilfælde hvor patienten ikke har haft en sådan mulighed, vil betingelserne for tvangsbehandling ikke være opfyldt, med mindre der konkret forelå en akut situation.

#### Konkrete afgørelser

Nedenstående tre sager er afgjort i 2011 og er udtryk for Det Psykiatriske Ankenævns praksis vedrørende varighed af betænkningstiden forud for beslutning om tvangsbehandling.

#### **Tvangsbehandling iværksat efter tre dages betænkningstid**

En 32-årig mand blev den 17. december 2010 tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling, idet han befandt sig i en psykotisk tilstand præget af forfølgelsesmæssige vrangforestillinger.

Fra den 27. til den 30. december 2010 blev patienten tilbudt behandling med tablet Risperdal 1 mg dagligt, hvilket han imidlertid var afvisende overfor.

Den 30. december 2010 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med mikstur Risperdal 1 mg dagligt i stigende dosering efter effekt og bivirkninger op til max 16 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg dagligt med stigende dosering efter effekt og bivirkninger til 9,75 mg 3 gange dagligt.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det var dokumenteret, at patienten fik en passende betænkningstid, da han fik lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen gennem tre dage, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.*

### **Tvang iværksat efter mindre end tre dages betænkningstid. Betænkningstiden blev godkendt efter konkret vurdering**

En 23-årig mand blev den 22. december 2010 indlagt i surrogat varetægtsfængsling på psykiatrisk afdeling. Han fremstod ved indlæggelsen forvirret og tankeforstyrret med privat logik og hørelsesshallucinationer.

Den 23. december 2010 blev der ordineret behandling med tablet Zyprexa 10 mg, som han skulle motiveres for de kommende dage, da han nægtede at modtage behandlingen frivilligt.

Den 31. december 2010 absenterede patienten dog fra afdelingen og blev først bragt tilbage den 3. januar 2011.

Fra den 3. til den 4. januar 2011 blev patienten tilbudt behandling med tablet Zyprexa 10 mg, hvilket han fortsat var afvisende overfor.

Den 4. januar 2011 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 10 mg dagligt med efterfølgende dosisændring indenfor normalt doseringsinterval, afhængigt af effekt og bivirkninger samt eventuelt serumværdier, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. dagligt med efterfølgende dosisændring indenfor normalt doseringsinterval, afhængigt af effekt og bivirkninger.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det var dokumenteret, at patienten fik en passende betænkningstid, da han fik tilstrækkelig lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.*

### **Tvang iværksat efter mere end tre dages betænkningstid**

En 48-årig mand blev den 8. september 2009 indlagt på retspsykiatrisk afdeling, idet han havde fået en dom til anbringelse. Det lykkedes ham at flygte fra afdelingen, men han blev genindlagt den 11. oktober 2010.

Fra den 25. november til den 2. december 2010 blev patienten tilbudt behandling med tablet Risperdal 1 mg to gange dagligt, hvilket han imidlertid var afvisende overfor.

Den 2. december 2010 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 1 mg dagligt i stigende dosering.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.

*Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet det var dokumenteret, at patienten fik en passende betænkningstid, da han fik lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen gennem mere end tre dage, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.*

### 5.1.2 Motivation for konkret dosis

Før en tvangsbehandling iværksættes skal det være forsøgt at opnå samtykke fra patienten til frivilligt at gennemføre behandlingen. I forsøget på at motivere patienten til frivillig behandling, skal patienten oplyses om, hvilken helt konkret behandling der planlægges iværksat.

#### Baggrund

Psykiatrilovens § 3 fastslår, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke. Overlægen skal opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til gennemførelsen. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken.

Afgørelsen om behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med reglerne i psykiatrilovens § 4 om det mindste middels princip.

En patient skal kunne forholde sig til hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Det er derfor en betingelse, at der motiveres for en konkret behandling. Motivationen skal foretages løbende, og tvangsbehandling skal iværksættes med det præparat og den dosis, der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

#### Konkrete afgørelser

Her refereres tre afgørelser fra 2011 om tvangsbehandling med en anden dosis, end patienten var blevet motiveret for. Den første afgørelse er også omtalt ovenfor i afsnit 5.1.1. Betænkningstid.

#### **Klage over tvangsbehandling med lavere dosis end den, der blev besluttet**

En 48-årig mand blev den 8. september 2009 indlagt på retspsykiatrisk afdeling, idet han havde fået en dom til anbringelse. Det lykkedes ham at flygte fra afdelingen, men han blev genindlagt den 11. oktober 2010.

Fra den 25. november til den 2. december 2010 blev patienten tilbudt behandling med tablet Risperdal 1 mg 2 gange dagligt, hvilket han imidlertid var afvisende overfor.

Den 2. december 2010 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 1 mg dagligt i stigende dosering.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.*

*Ankenævnet bemærkede, at patienten havde fået tilbudt behandling med Risperdal 1 mg to gange dagligt, men at beslutningen om tvangsbehandling vedrørte Risperdal 1 mg dagligt.*

*Ankenævnet fandt dog, at der i den konkrete situation var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken på trods af, at der var motiveret for en højere dosis end den, der blev truffet beslutning om. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var blevet tilbudt 1 mg ad gangen til frivillig indtagelse, hvorfor det var ankenævnets opfattelse, at man havde forsøgt at opnå patientens samtykke til behandling med alene 1 mg Risperdal.*

*Også kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger var efter ankenævnets opfattelse opfyldt. Endelig var det dokumenteret, at patienten var blevet informeret om virkning og bivirkninger ved Risperdal.*

### **Klage over tvangsbehandling med lavere dosis, end der var motiveret for**

En 37-årig mand blev den 26. januar 2011 tvangsindlagt på behandlingsindikation. Han fremstod ved indlæggelsen med hørehallucinationer, var paranoidt tolkende, angstpræget, forpint og udviste aggressiv adfærd. Patienten blev sat i behandling med tablet Risperdal 2 mg, og behandlingen blev herefter øget til 4 mg.

Den 18. februar 2011 ønskede patienten ikke længere at indtage den ordinerede medicin. Fra den 19. til den 24. februar 2011 blev patienten motiveret for 4 mg Risperdal, hvilket han imidlertid var afvisende overfor.

Den 24. februar 2011 blev der besluttet tvangsbehandling med tablet Risperdal 2 mg dagligt, stigende til 10 mg dagligt, alternativt injektion Abilify 9,75 mg dagligt, begge justeret efter virkning og bivirkninger og S-værdi.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn oplyste, tvangsbehandling som udgangspunkt skal iværksættes med det præparat og den dosis, der er motiveret for, medmindre der er særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.*



*Ankenævnet bemærkede, at patienten fik tilbudt behandling med Risperdal 4 mg gennem seks dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid Risperdal 2 mg dagligt.*

*Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.*

*Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det fremgik af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, at begrundelsen for, at der blev truffet beslutning om en anden dosering end den, der var motiveret for, var, at patienten ved motivationsstart havde været i behandling med Risperdal 4 mg, men derefter havde der været en pause i behandlingen, hvorfor optrapningen herefter burde ske langsomt, startende med 2 mg.*

*Det fremgik videre af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, at patienten adspurgt på mødet svarede, at han ikke ville have taget imod behandlingen frivilligt, selvom der alene havde været motiveret for 2 mg.*

*Ankenævnet fandt derfor, at det måtte antages, at patientens frivillige medvirken til medicineringen ikke kunne være opnået, selv om der var blevet motive- ret for en mindre dosis.*

### **Klage over tvangsbehandling med højere dosis, end der var motiveret for**

En 56-årig mand blev den 28. januar 2011 tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på behandlingsindikation. Fra den 31. januar til den 2. februar 2011 blev patienten tilbudt behandling med tablet Risperdal smelt 2 mg to gange dagligt (4 mg), hvilket han var afvisende overfor.

Den 2. februar 2011 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med Risperdal 3 mg dagligt i stigende dosis. Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte tvangsbehandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at der ikke var blevet gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, idet det ikke kunne afvises, at han ville have modtaget behandlingen frivilligt, såfremt man havde forsøgt at motivere ham for en lavere dosis.*

*Et flertal i ankenævnet ændrede afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn.*

*Et mindretal fandt, at afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn skulle tiltrædes. Mindretallet fandt ikke, at der skulle motiveres for en lavere dosis inden beslutningen om tvangsbehandling.*

### 5.1.3. Mindstemiddelsprincippet ved overgang til frivillig behandling

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2011 afgjort en sag om bortfald af beslutning om tvangsbehandling, fordi patienten overgik til frivillig behandling med et andet præparat end tvangspræparatet.

#### Baggrund

Psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Det fremgår videre, at tvangen skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, så der ikke forvoldes unødigt krænkelse eller ulempe. Tvangen må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen illustrerer, at beslutning om tvangsbehandling bortfalder, når det findes tilstrækkeligt at behandle patienten frivilligt med et andet præparat end det besluttede tvangspræparat.

#### **Klage over bortfald af beslutning om tvangsmedicinering samt efterfølgende ny beslutning om tvangsmedicinering**

En 62-årig kvinde, som var kendt i psykiatrisk regi under diagnosen udifferentieret skizofreni, blev tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på behandlingsindikation den 11. december 2009.

Den 12. januar 2010 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal 2 mg dagligt, alternativt injektion Abilify.

Den 26. januar 2010 ønskede patienten frivillig behandling med Seroquel Prolong, hvilket blev imødekommet. Den 3. februar 2010 afviste patienten imidlertid behandlingen med Seroquel Prolong, og hun fik derfor tablet Risperdal som tvangsbehandling indtil den 4. februar 2010.

Patienten klagede over den fortsatte tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der fandt, at beslutningen om tvangsmedicinering var bortfaldet den 26. januar 2010.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.*

*Ankenævnet fandt, at beslutningen af 12. januar 2010 om tvangsbehandling af patienten bortfaldt den 26. januar 2010, da det blev fundet tilstrækkeligt at behandle hende frivilligt med et andet præparat end det besluttede tvangspræparat.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen og tvangsprotokollen fremgik, at patienten fra den 26. januar til den 2. februar 2010 ikke blev tvangsbehandlet, men derimod blev behandlet frivilligt med et andet præparat.*

*Det var ankenævnets opfattelse, at en beslutning om tvangsbehandling i henhold til mindstemiddelsprincippet i § 4 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien bortfalder, når der iværksættes frivillig behandling i stedet for tvangsbehandling.*

#### 5.1.4. Pligt til at informere patienten om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang, inden beslutningen træffes

Før en tvangsbehandling skal iværksættes, skal patienten informeres om virkning og bivirkning ved samtlige præparater, som vil indgå i beslutningen om tvang. Denne information skal også dokumenteres i patientens journal.

I 2011 afgjorde Det Psykiatriske Ankenævn den første sag vedrørende denne problematik, som repræsenterer en ny praksis indenfor tvangsbehandling.

##### Baggrund

Tvangsbegrebet i psykiatrilovens § 1, stk. 2 omfatter foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke i henhold til kapitel 5 i sundhedsloven.

Sundhedslovens § 15, stk. 1, fastslår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19, der omhandler patienter, der er varigt eller midlertidigt inhabile samt mindreårige.

Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jævnfør sundhedslovens § 15, stk. 3. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, jævnfør sundhedslovens § 16.

Informationen skal gives løbende og skal give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og af den behandling, afdelingen overvejer. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante behandlingsmuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder samt oplysninger om konsekvenserne af, hvis patienten ikke modtager behandling. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Tvangsmedicinering forudsætter, bortset fra visse akutte farlige situationer, at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Ved tvangsbehandling skal patienten også vejledes om udsigten til en bedring af helbredstilstanden og behandlingens virkninger og mulige bivirkninger.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen er den første afgørelse efter den nye praksis.

#### **Klage over beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel, subsidiært injektion Zyprexa, tertiært injektion Serenase**

En overlæge traf den 7. oktober 2010 beslutning om tvangsbehandling af en 24-årig mand med tablet Seroquel 200 mg i stigende dosering afhængig af virkning og bivirkninger, subsidiært injektion Zyprexa 5 mg i.m. i højst tre dage, herefter injektion Serenase 5 mg i.m., ligeledes i stigende dosering afhængig af virkning og bivirkninger.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte beslutningen om tvangsbehandling.

*Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.*

*Ankenævnet henviste til mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4, stk. 1, samt reglerne vedrørende informeret samtykke i sundhedslovens kapitel 5.*

*Det var ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger både for så vidt angår det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat.*

*Det var dokumenteret i journalen, at patienten blev informeret om virkning og bivirkninger, primært i form af svimmelhed og træthed, ved behandling med tablet Seroquel Prolong.*

*Det var imidlertid ikke dokumenteret, om patienten blev informeret om virkning og bivirkninger ved de subsidiære præparater, Zyprexa og Serenase.*

*Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldte.*

*Ankenævnet bemærkede, at den information, man i en situation som den aktuelle var forpligtet til at give vedrørende behandlingen med det subsidiære præparat, kunne være relativ enkel. Det ville således tilstrækkeligt blot at nævne virkning og bivirkninger ved præparatet.*

## 5.2 Beroligende middel med magt

Inden indgivelse af beroligende middel med magt til en patient, skal patienten tilbydes medicinen til frivillig indtagelse for at sikre, at mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige. Det skal ligeledes journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse.

### Baggrund

Psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Tvangen skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødige krænkelse eller ulempe. Tvangen må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Ifølge psykiatrilovens § 17, stk. 2, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel, såfremt det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand.

### Konkret afgørelse

Afgørelsen illustrer princippet om mindstemiddelsprincippet i sammenhæng med indgivelse af beroligende middel med magt.

#### **Klage over indgivelse af beroligende middel med magt**

En 30-årig mand blev indlagt frivilligt på psykiatrisk afdeling den 15. juli 2010, idet han befandt sig i en psykotisk tilstand med talepres og megalomane vrangforestillinger. Den 16. juli 2010 blev patienten højtråbende og truende og fik herefter indgivet beroligende middel med magt i form af Zyprexa 10 mg. Den 17. juli 2010 fik han igen indgivet beroligende middel med magt, da han var aggressiv.

Patienten klagede over beslutningerne om indgivelse af beroligende medicin til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte beslutningerne.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen, hvad angik den 16. juli 2010.*

*Ankenævnet fandt, at patienten opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 16. juli 2010, da det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på en bedring af hans tilstand. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten blev vurderet aggressiv og truende overfor medpatienter og personale.*

*Ankenævnet fandt videre, at indgivelsen opfyldte kravene om mindste indgribende foranstaltning, da det var blevet forsøgt at korrigere patienten ved at skærme ham, tale ham til ro og ved at tilbyde ham medicin til frivillig ind-*

*tagelse. Ankenævnet fandt endvidere, at der blev anvendt et afprøvet middel i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger.*

*Ankenævnet ændrede afgørelsen, hvad angik den 17. juli 2010.*

*Ankenævnet fandt, at patienten opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 17. juli 2010, da det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på en bedring af hans tilstand. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var meget aggressiv og skræmte sine medpatienter.*

*Ankenævnet fandt imidlertid, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten var blevet tilbudt medicinen til frivillig indtagelse.*

### 5.3 Tvang i psykiatrilovens forstand

Det Psykiatriske Ankenævn afgjorde i 2011 to sager, hvor det psykiatriske patientklagenævn havde vurderet, at der ikke var tale om tvang i psykiatrilovens forstand, da det blev vurderet, at der var givet samtykke.

#### Baggrund

Tvangsdefinitionen i psykiatrilovens § 1, stk. 2, fastslår, at tvang omfatter foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jævnfør kapitel 5 i sundhedsloven. I bemærkningerne til loven er det anført, at der vil være tale om frivillighed, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtales til at medvirke.

Sundhedslovens § 15, stk. 1, fastslår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19, der omhandler patienter, der er varigt eller midlertidigt inhabile samt mindreårige.

Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, i henhold til sundhedslovens § 15, stk. 3. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, jævnfør sundhedslovens § 16.

Det følger modsætningsvist af § 17, stk. 1, at en patient under 15 år ikke selv kan give sit informerede samtykke til behandling. Kompetencen til at afgive et samtykke tilkommer forældremyndighedens indehaver. Når et sådant samtykke foreligger, vil indgrebet ikke blive betragtet som et tvangsindgreb i psykiatrilovens forstand. Der er derfor ikke krav om registrering af indgrebet i en tvangsprotokol, men patientens tilkendegivelser, herunder modstand i forhold til behandlingen, registreres i journalen. Sundhedsstyrelsen har dog henstillet, at disse tilfælde alligevel indføres i tvangsproto-

kollen, jævnfør Vejledning nr. 9034 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner).

### 5.3.1. Behandling, som patienten selv efterspørger

Følgende afgørelse illustrerer, at der ikke foreligger tvangsbehandling efter psykiatriloven, når der er tale om en behandling, som patienten selv har efterspurgt, og at vilkår for udgang, som patienten accepterer, ikke anses som tvang.

#### **Klage over afvisning af klage over tvangsbehandling**

En 52-årig mand indlagt på psykiatrisk afdeling med henblik på genoptagelse af Antabusbehandling i henhold til en tidligere idømt behandlingsdom. Patienten havde inden indlæggelsen været i periodevis fast behandling med Antabus, som havde været en væsentlig faktor i behandlingen, idet han i beruset tilstand reagerede impulsivt og truende. Hans handlinger og opførsel i beruset tilstand blev ligestillet med en psykose.

Dagen efter indlæggelsen på psykiatrisk afdeling blev det bestemt, at patienten kunne få udgang, såfremt han tog sin Antabus.

Patienten klagede over, at han blev tvangsmedicineret med Antabus til det psykiatriske patientklagenævn, der afviste klagen, da der ikke forelå en beslutning om tvangsmedicinering.

Det psykiatriske patientklagenævn lagde vægt på, at patienten selv havde efterspurgt behandlingen, og at behandlingen byggede på en aftale mellem ham og afdelingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.*

*Ankenævnet fandt, at behandlingen ikke udgjorde en beslutning om tvangsbehandling efter psykiatriloven, men derimod var et vilkår for udgang, som patienten accepterede.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at patienten selv henvendte sig til personalet med henblik på genoptagelse af Antabusbehandling, at det ikke fremgik af journalen, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, og at der ikke forelå tvangsprotokol vedrørende behandlingen. Endelig blev der lagt vægt på, at Antabusbehandling var en vigtig del af patientens behandling.*

### 5.3.2. Informeret samtykke fra forældre til mindreårig patient

Følgende afgørelse illustrerer, at tvangsernæring af en mindreårig ikke anses som tvangsbehandling, så længe der foreligger samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

#### **Klage over tvangsbehandling af mindreårig**

En 12-årig pige blev henvist til ambulante behandling med diagnosen spiseforstyrrelse. Efter et utilstrækkeligt forløb blev hun indlagt på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling med et BMI på 13. Der blev lagt kostplan, som hun fulgte fint i starten, hvorefter der var tiltagende vanskeligheder med fødeindtagelsen på trods af motivation, og hun tabte sig hastigt.

Der blev herefter besluttet sondeernæring som supplement, som forældrene gav samtykke til. Forældrene tilbagekaldte imidlertid samtykket, og behandlingen blev herefter indstillet.

Landsforeningen for pårørende til spiseforstyrrede klagede på vegne af patienten over beslutningen om tvangsernæring. Det psykiatriske patientklagenævn fandt, at sondeernæringen af patienten ikke var sket med tvang i psykiatrilovens forstand, da forældrene havde givet samtykke til behandlingen.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.*

*Ankenævnet lagde til grund, at en patient under 15 år ikke selv kan give sit informerede samtykke til behandling, da samtykkekompetencen tilkommer forældremyndighedens indehaver. Når et sådant samtykke foreligger, vil indgrebet ikke blive betragtet som et tvangsindgreb i psykiatrilovens forstand. Der er derfor ikke krav om registrering af indgrebet i afdelingens tvangsprotokol, men patientens tilkendegivelser, herunder modstand i forhold til behandlingen, skal registreres i patientens journal, jf. journalføringsreglerne. Sundhedsstyrelsen har dog henstillet, at disse tilfælde alligevel indføres i tvangsprotokollen, i henhold til Vejledning nr. 9034 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner).*

*Ankenævnet fandt herefter, at der var blevet givet et gyldigt informeret samtykke, hvorfor der ikke var tale om tvangsernæring af patienten i psykiatrilovens forstand.*



## 5.4 Øvrige udvalgte afgørelser

Selv om hovedparten af Det Psykiatriske Ankenævns sager vedrører tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt, er der også i 2011 afgjort enkelte sager indenfor øvrige områder. Nedenfor har vi udvalgt fire af disse områder, hvor der blev truffet afgørelser i 2011; tvangsbehandling af en legemlig lidelse, tvangsernæring, fortsat tvangsbehandling og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen.

### 5.4.1. Tvangsbehandling af legemlig lidelse

Det følger af psykiatrilovens § 13, at en person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen illustrerer, at der skal tungtvejende årsager til at foretage en somatisk tvangsbehandling af en psykiatrisk patient.

#### **Klage over tvangsbehandling af legemlig lidelse**

En 54-årig kvinde blev den 7. januar 2011 indlagt på organkirurgisk afdeling, og der blev samme dag ordineret behandling med plasma- og blodtransfusion, gastroskopi, laparaskopi, blodprøver og A-gas. Patienten havde blodige opkastninger, en lav blodprocent på 3,8 mM og en høj pulsfrekvens på 103 slag per minut.

Patienten nægtede at modtage frivillig behandling for de somatiske lidelser, og der blev derfor besluttet tvangsbehandling.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling af legemlig lidelse til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.*

*Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling med plasma- og blodtransfusion, gastroskopi, laparaskopi, blodprøver og A-gas den 7. januar 2011 var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten, da udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.*

*Det var videre Ankenævnets opfattelse, at patienten befandt sig i en tilstand, der udsatte hendes liv og helbred for væsentlig fare, og at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at patienten nægtede at modtage frivillig behandling, uanset at tilstanden var livstruende, og at det ikke var muligt at behandle patienten uden anvendelse af tvang. Ankenævnet lagde endvidere*

*vægt på, at de besluttede behandlingstiltag var nødvendige, da der var mistanke om blødning i mave-tarmsystemet, og da tilstanden indebar en høj risiko for, at patienten kunne dø. Endelig lagde ankenævnet vægt på, at behandlingstiltagene var almindelige, relevante og nødvendige i den pågældende situation.*

#### 5.4.2. Tvangsernæring

Tvangsdefinitionen i psykiatrilovens § 1, stk. 2, fastslår, at tvang omfatter foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jævnfør kapitel 5 i sundhedsloven.

Ifølge § 12 i psykiatriloven må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jævnfør § 10.

Det fremgår videre af § 13, at en person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Ifølge bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller med videre på psykiatriske afdelinger må tvangsernæring kun gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne for tvangsbehandling og dermed også betingelserne for tvangstilbageholdelse, jævnfør § 10 i psykiatriloven. Tvangsernæringen må desuden kun gennemføres, hvis det er nødvendigt for at redde patientens liv eller, hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

#### Konkret afgørelse

Følgende afgørelse illustrerer, at anoreksi almindeligvis regnes for en psykisk sygdom, men at ekstrem afmagring også truer patientens helbred, hvorfor betingelserne i psykiatrilovens §§ 12 og 13 kan være opfyldt samtidigt.

#### **Klage over tvangsbehandling af legemlig lidelse (tvangsernæring)**

En 26-årig kvinde blev den 18. maj 2010 indlagt frivilligt akut til væskekorrektion og opstart på indtagelse af føde. Hun var siden 12-årsalderen kendt i psykiatrisk regi med anoreksi og kendt på kardiologisk afdeling med en forlænget hjertefrekvens.

Ved indlæggelsen blev hendes vægt målt til 22 kilo, og hun blev observeret for rytmeforstyrrelser i hjertet i et døgn på kardiologisk afdeling. Der blev ikke fundet rytmeforstyrrelser, og der var derfor ikke grundlag for fortsat indlæggelse på kardiologisk afdeling, hvorfor der blev taget kontakt til psykiatrisk afdeling.

Patienten blev efterfølgende den 25. maj 2010 tvangsindlagt i psykiatrisk regi, men udstationeret til fortsat overvågning på kardiologisk afdeling, og

der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med sondeernæring i henhold til psykiatrilovens § 13.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling med sondeernæring. Det psykiatriske patientklagenævn underkendte beslutningen om tvangsbehandling af patienten. Nævnet fandt, at patienten ikke havde modsat sig behandlingen af sin legemlige undervægt, og at det ikke var godtgjort, at formålet med behandlingen ikke kunne opnås ved mindre indgribende foranstaltning.

Overlægen ankede afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn.

*Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.*

*Ankenævnet fandt, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af vrangforestillinger omkring fødeindtag, og at tvangsernæring med sonde var nødvendig, da en undladelse ville medføre en alvorlig risiko for hendes liv og helbred, da hendes BMI var på 9. Ankenævnet fandt videre, at patienten ikke ville kunne opnå en tilstrækkelig vægtøgning ved mindre indgribende foranstaltninger som ernæring i drikform, idet der ikke ville kunne opnås en tilstrækkelig vægtøgning herved.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at patienten ikke ønskede frivillig behandling med sonde.*

*Ankenævnet fandt videre, betingelserne for tvangsbehandling i psykiatrilovens §§ 12 og 13 var opfyldt, og at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.*

#### 5.4.3. Fortsat tvangsbehandling

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

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

### Konkret afgørelse

Følgende afgørelse illustrerer, at der indgår flere momenter i afvejningen af den tidsmæssige udstrækning af en tvangsbehandling.

#### **Klage over fortsat tvangsbehandling**

En 33-årig mand, der var kendt i det psykiatriske regi, blev den 25. januar 2011 indlagt på psykiatrisk afdeling. Fra den 16. februar 2011 blev patienten tvangsbehandlet med Seroquel Prolong 50 mg med stigning i henhold til rekommanderede doser.

Den 6. maj 2011 klagede patienten over den fortsatte tvangsmedicinering til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte den fortsatte tvangsmedicinering.

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen. Ankenævnet fandt, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke var ikke muligt at angive et præcist tidsrum for den lovlige udstrækning af en tvangsbehandling. I ankenævnets vurdering af udstrækningens lovlighed indgik blandt andet hensyntagen til, at der går et tidsrum, i hvilken dosis af præparatet justeres op til et niveau, hvor en behandlingseffekt må antages at indfinde sig.*

*Ankenævnet fandt videre, at den fortsatte tvangsbehandling opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning for så vidt angik behandlingens udstrækning, da patienten på grund af manglende sygdomserkendelse og vilje til samarbejde ved en eventuel udskrivning med stor sandsynlighed ville op-høre med den medikamentelle behandling og således efterfølgende skulle have været motiveret på ny og have iværksat fornyet tvangsbehandling.*

#### 5.4.4. Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen

Ifølge psykiatrilovens § 18a, stk. 2, kan aflåsning af en patientstue på Sikringsafdelingen anvendes behandlingsmæssigt med henblik på at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstuer kan efter § 18a, stk. 3, også anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på krop eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Af bemærkningerne til § 18a fremgår det, at det er velkendt, at meget sindssyge patienter ikke tåler at være for tæt på andre mennesker. Flere patienter føler sig meget trygge ved, at døren til deres stue er aflåst i perioder, således at de ikke behøver at bruge energi på at kontrollere egne impulser eller handlinger. Behovet for at skærme en patient på egen stue med låst dør kan derudover være begrundet i konkret farlighed. Denne farlighed hænger sammen med, at de meget syge patienter ofte ikke er

forudsigelige i deres handlinger. Det kan derfor være nødvendigt at skærme patienten både af hensyn til patienten selv og af hensyn til medpatienters og personalets sikkerhed. Beslutning om aflåsning af patientstuen skal træffes af en læge efter en konkret vurdering og skal være begrundet i et individuelt behov.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen illustrerer, at der skal foretages en konkret og individuel vurdering af en patients farlighed forud for en beslutning om aflåsning af døren til en patientstue på sikringsafdelingen, og at det ikke er tilstrækkeligt, at der blot foreligger en tvangsprotokol.

#### **Klage over aflåsning af dør på patientstue på Sikringsafdelingen**

En 28-årig mand blev den 15. juli 2010 indlagt på Sikringsafdelingen med henblik på mentalobservation. Han var tiltalt for manddrab med adskillige knivstik. Han var tidligere flygtet fra en psykiatrisk afdeling og havde forsøgt at flygte ved et retsmøde. Den 15. juli 2010 havde han en samtale med en læge, og ifølge tvangsprotokollen traf lægen beslutning om aflåsning af patientstuen i henhold til psykiatrilovens § 18a begrundet i farlighed.

Patienten klagede over beslutningen om aflåsning af patientstuen til det psykiatriske patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

*Ankenævnet tiltrådte afgørelsen. Ankenævnet fandt, at der var foretaget en konkret og individuel vurdering af patientens farlighed forud for aflåsningen af døren til patientstuen.*

*Det var ankenævnets opfattelse, at det som altovervejende udgangspunkt skal være dokumenteret i journalen, at der er foretaget en konkret vurdering forud for beslutning om aflåsning af en patientstue i overensstemmelse med psykiatrilovens § 18 a, for at det kan lægges til grund, at en sådan konkret vurdering er foretaget. Det er således sædvanligvis ikke tilstrækkeligt, at der er udfærdiget en tvangsprotokol af en læge.*

*Det var ankenævnets opfattelse, at det på baggrund af det oplyste var tilstrækkeligt godtgjort, at beslutningen om aflåsning af patientstuen blev truffet efter en konkret vurdering og begrundet i et individuelt behov i forhold til den pågældende patient, uanset at det ikke fremgik entydigt af journalen.*

*Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at Retslægerådet havde forholdt sig til problemstillingen vedrørende patientens farlighed, og anbefalede anbringelse på Sikringsafdelingen i forbindelse med den af retten ønskede mentalobservation, hvorfor der forelå en entydigt beskrevet farlighed hos patienten ved indlæggelsen.*

## 6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstole

I 2011 har Det Psykiatriske Ankenævn ikke haft sager ved Folketingets Ombudsmand eller ved domstolene.

## 7 Læring

Det er vigtigt for Det Psykiatriske Ankenævn, at vi får udbredt kendskabet til vores afgørelser i konkrete sager. Det kan medvirke til at gøre det muligt for de psykiatriske patientklagenævn, den enkelte psykiatriske afdeling og den enkelte sundhedsperson at lære af sagerne.

En tvangsforanstaltning opleves oftest som meget indgribende i handlefrihed og selvbestemmelse. Overfor patienterne og de personer, der varetager patienternes interesser, er det derfor vigtigt for ankenævnet at få gjort det synligt, at vi som uvildig instans er med til at sørge for, at patienternes rettigheder i loven har været overholdt ved de tvangsforanstaltninger, der er klaget over.

Når en sag bliver behandlet på et møde, vurderer ankenævnet, om sagen kan bidrage med generel læring. Er det tilfældet, kan ankenævnet beslutte, at afgørelsen skal offentliggøres anonymt på Patientombuddets hjemmeside.

Det Psykiatriske Ankenævn udbreder derudover kendskabet til nævnets praksis gennem foredrag og udgivelser.

I marts 2011 udgav ankenævnet et nyhedsbrev om pligten til at informere patienterne om virkning og bivirkninger ved samtlige præparater omfattet af beslutningen om tvang, inden beslutningen træffes.

Vi har også udarbejdet en opdateret sammenfatning af praksis i psykiatriske ankesager med fokus på de ændringer af psykiatriloven, der trådte i kraft i 2011.

Med det sigte at medvirke til ensartet praksis i de psykiatriske patientklagenævn, offentliggør vi i anonymiseret form alle afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn, der ikke tiltræder det psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Disse udgivelser sker på et lukket internt net for de psykiatriske patientklagenævn.

Endelig vil vi nævne, at der også i denne årsberetning offentliggøres en række principielle afgørelser, se afsnit 6.

Når vi behandler sagerne i sekretariatet, holder vi ugentlige møder sagsbehandlerne imellem. Her diskuterer og forbereder vi sagerne, inden de skal behandles på nævn, for på den måde at sikre vidensdeling og en ensartet praksis. Sagsbehandlerne har endvidere et tæt samarbejde med den kreds af sagkyndige konsulenter, der giver udtaleselse til psykiatriske ankesager. Denne kontakt bidrager positivt til læringen både i de konkrete sager, men også generelt udadtil, da de sagkyndige konsulenter alle arbejder med psykiatriske patienter i deres hverdag.

Ved arbejdet med de psykiatriske sager er det vigtigt, at sagsbehandlerne har en god forståelse for den praktiske hverdag ude på de psykiatriske afdelinger. Sagsbehandlerne har derfor været på besøg på flere psykiatriske afdelinger og overværet møder ved de lokale psykiatriske patientklagenævn.

## 8 Forventninger til fremtiden

Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes nu af Patientombuddet, der ligesom ankenævnet blev oprettet den 1. januar 2011. Året igennem har vi arbejdet målrettet på at få konsolideret ankenævnets arbejde under disse nye forhold.

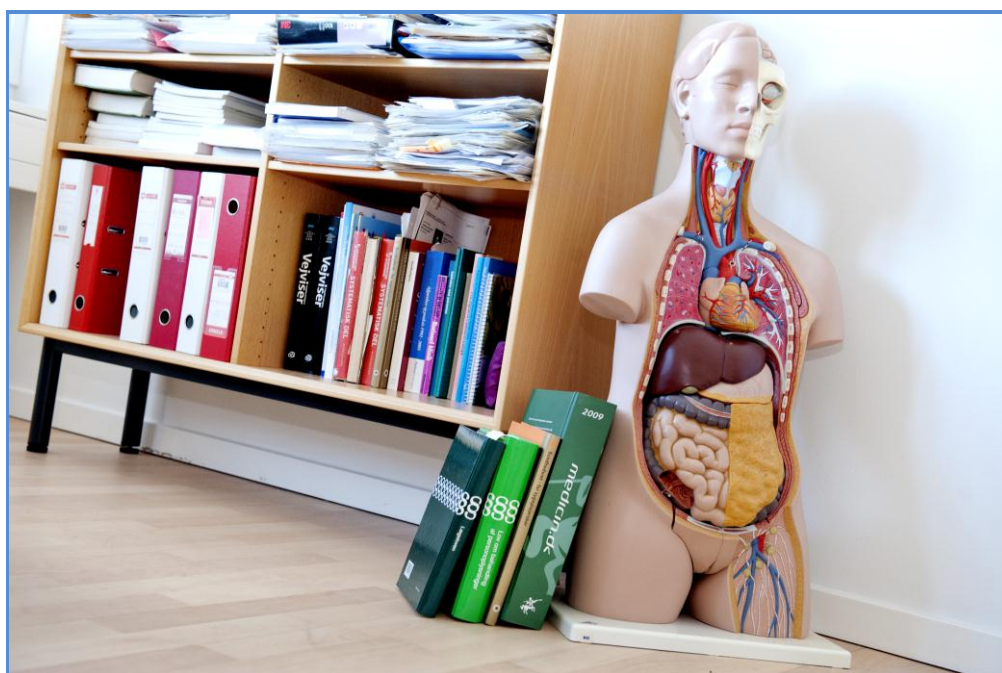
I 2012 har vi i ankenævnet fokus på læring og samarbejde med modtagere af nævnets afgørelser og andre med faglig interesse for tvang i psykiatrien.

Det er vigtigt for os at have et godt og tæt samarbejde med både interne og eksterne samarbejdspartnere. Dette sikrer og udbygger den viden og læring, der opstår ved behandlingen af ankenævnets sager.

Dialog med de psykiatriske patientklagenævn og patientrådgiverne, der ofte deltager ved behandlingen af klagesagerne i de lokale nævn, er derfor utrolig vigtig. Denne dialog vil vi blandt andet sikre gennem årlige møder med de psykiatriske patientklagenævn og patientrådgiverne.

Offentliggørelse af ankenævnets afgørelser og nyhedsbreve er ligeledes vigtige elementer i vores kommunikation udadtil om ankenævnets virksomhed. Vi vil derfor fokusere på i endnu højere grad at få offentliggjort nævnets afgørelser og dermed udbredt kendskabet til nævnets praksis.

Tilrettelæggelsen af sagsbehandlingen i sekretariatet vil også være i fokus i år. Ved at fokusere på at sikre den optimale tilrettelæggelse af forberedelserne af sagerne - og gennem tæt samarbejde med ankenævnets sagkyndige konsulenter - kan vi være med til at give Det Psykiatriske Ankenævn det bedst mulige grundlag for korrekte og hurtige afgørelser. Vores forhåbning er, at vi derved kan sikre en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på under seks måneder.





# Bilag

---

## Bekendtgørelse om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

I medfør af § 38 a, stk. 4, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006, som ændret ved lov nr. 706 af 25. juni 2010, fastsættes:

### Kapitel 1

#### *Det Psykiatriske Ankenævns opgaver og sammensætning*

**§ 1.** Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over de psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. § 38, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

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

### Kapitel 2

#### *Forberedelse af sagerne*

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

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

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

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

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

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

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

### Kapitel 3

### *Afholdelse af møde m.v.*

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

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

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

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

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

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

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

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

**§ 8.** Formanden leder og tilrettelægger mødet.

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

**§ 9.** Ankenævnets møder er ikke offentlige.

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

### Kapitel 4

### *Afgørelser m.v.*

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

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

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

**§ 11.** Ankenævnets afgørelse sendes til klageren, det psykiatriske patientklagenævn og den psykiatriske afdeling, afgørelsen vedrører. Afgørelsen sendes endvidere til regionsrådet.

*Stk. 2.* Afgørelsen kan endvidere sendes til Sundhedsstyrelsen og andre med berettiget interesse.

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

**§ 13.** Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve det psykiatriske patientklagenævns afgørelse.

**§ 14.** Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. § 38 a, stk. 1, 2. pkt., i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

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

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

## Kapitel 5

### *Forskellige bestemmelser*

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

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

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

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

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,
- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patientforsikringen,
- 3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,
- 4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den psykiatriske afdeling, hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,
- 5) hvis nævnsmedlemmet er eller har været ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted,

6) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

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

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

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

## Kapitel 6

### *Ikrafttræden*

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

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 15. december 2010*

Bertel Haarder

/ Mogens Jørgensen

## **Bilag 2    Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn**

### **Formand for nævnet:**

Landsdommer Henrik Gunst Andersen

Stedfortræder:

Landsdommer Dorte Jensen

### **Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer**

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

Stedfortrædere:

Knud Kristensen

Irene Hjortshøj

### **Medlemmer indstillet af Lægeforeningen**

Overlæge Peter W. Jepsen

Speciallæge Poul-Erik Carlsen

Stedfortrædere:

Overlæge Pernille Gansmo

Speciallæge Alice Madsen