

# Patientombuddet



## Årsberetning 2012

Det Psykiatriske Ankenævn

**Titel:** Årsberetning 2012, Det Psykiatriske Ankenævn

© Patientombuddet, 2013. 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>11</b>
5.1 Tvangsbehandling .....	11
5.2 Beroligende middel med magt .....	18
5.3 Tvang i psykiatrilovens forstand .....	21
5.4 Øvrige udvalgte afgørelser .....	22
<b>6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstole</b> .....	<b>26</b>
<b>7 Læring</b> .....	<b>27</b>
<b>8 Forventninger til fremtiden</b> .....	<b>28</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>29</b>

## Forord

2012 har været endnu et interessant år for Det Psykiatriske Ankenævn med spændende og udfordrende problemstillinger. Ændringerne der blev indført den 1. oktober 2010 i psykiatriloven har også i 2012 betydet, at ankenævnet har udviklet og formet sin praksis nærmere, blandt andet om indholdet af motivationen og omfanget af betænkningstiden forud for en beslutning om tvangsbehandling. Ankenævnet har desuden i en række afgørelser i 2012 taget stilling til hvilke betingelser, der skal være opfyldt ved en tvangsbehandling, hvis behandlingen overstiger den sædvanlig anvendte dosis for et lægemiddel.

Foruden tvangsbehandling, behandler ankenævnet ofte klager over afgørelser om indgivelse af beroligende middel med magt. Derfor har ankenævnet også haft særlig fokus på dette område i sine afgørelser og tydeliggjort hvilke krav, der skal være opfyldt, før der kan indgives beroligende middel med magt. I relation til udformningen af afgørelserne har ankenævnet i begrundelserne fokuseret på at fremhæve de konkrete omstændigheder i hver enkelt sag i relation til reglerne i psykiatriloven og de hensyn, der ligger bag lovgivningen.

Ankenævnet har på denne baggrund både sat fokus på praksis vedrørende tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt i denne årsberetning.

Det er vores håb, at ankenævnets tydeliggørelse af praksis på disse områder fortsat vil bidrage til kvalitetsudvikling i behandlingen af patienter på landets psykiatriske afdelinger.

Enkeltdelen af årsberetningen har tidligere været offentliggjort som nyhedsbrev fra Patientombuddet.

*Henrik Gunst Andersen*  
*Formand*

# 1 Indledning

Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævn ved de respektive statsforvaltninger. I klager over tvang i psykiatrien tages der stilling til om psykiatrilovens betingelser for anvendelse af tvangsforanstaltninger har været opfyldte.

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011 som et selvstændigt nævn. Sammensætningen af nævnet med en dommer, to psykiatere og to lægfolk er fastsat i psykiatriloven for at sikre en faglig kompetent behandling af sagerne og sikre patienternes tillid til ankenævnets afgørelser.

Et vigtigt og grundlæggende princip for alle Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser om tvangsanvendelse er det mindste middels princip.

Et tvangsindgreb opleves oftest som meget indgribende for den patient, der udsættes herfor og tvang må derfor ikke anvendes i videre omfang end, hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Det vil sige, at der i videst muligt omfang skal tages hensyn til patientens selvbestemmelse, selvrespekt og værdighed, og tvangsansværelsen skal udføres så omsorgsfuldt, som det i situationen er muligt.

Det mindste middels princip er fastslået i psykiatrilovens § 4, og medfører, 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, og er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Derudover skal tvang udøves så skånsomt som muligt og med størst hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.

## 2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er ankeinstans for afgørelser truffet af de psykiatriske patientklagenævn 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. Ankenævnets afgørelser 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 kan se bort fra en overskridelse af klagefristen, når særlige grunde taler herfor. Det er ankenævnets praksis at vurdere, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor 1. instansafgørelsen kom frem til klager.

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.

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

### 3 Nøgletal

Det Psykiatriske Ankenævn modtog 95 klager over afgørelser i de psykiatriske patientklagenævn i 2012. Til sammenligning blev der i 2010 og 2011 modtaget henholdsvis 97 og 124 sager. Det svarer til et fald i antallet af klager fra 2011 til 2012 på 23 procent.

Ankenævnet afsluttede 128 sager i 2012. Sagerne var sager indkommet i både i 2011 og 2012. Derfor var tallet af afsluttede sager højere end antallet af modtagne sager.

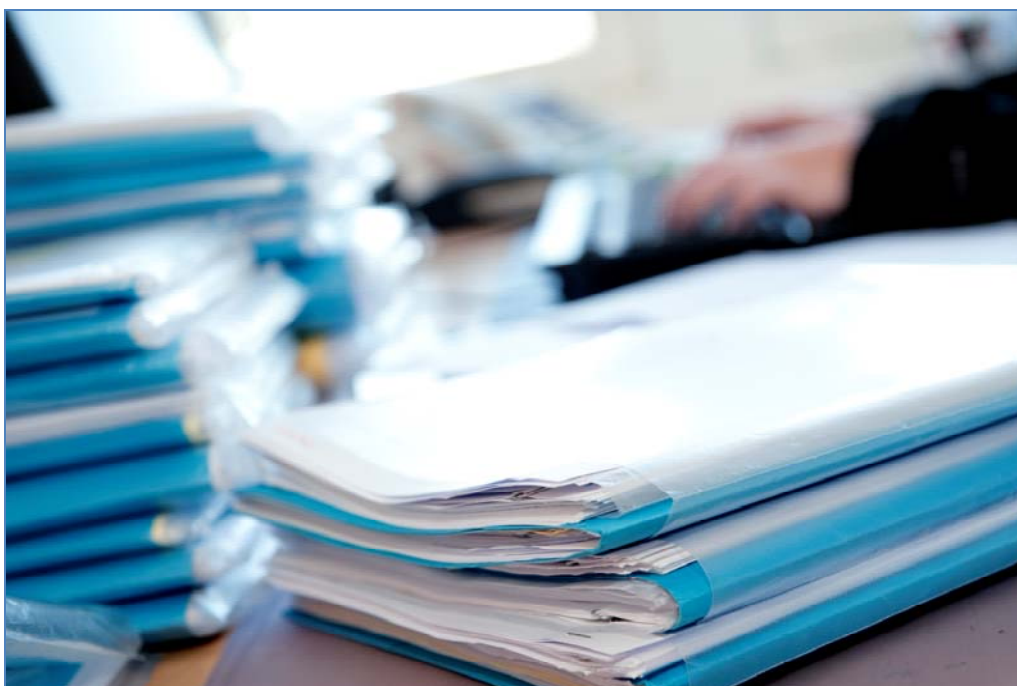
Ankenævnet afgjorde 110 sager og afholdt 10 møder i 2012. Af de 95 nye ankesager blev 18 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse, især fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 58 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 53 procent af alle afgjorte klager.
- Ankenævnet ændrede i 51 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser, hvilket svarer til 46 procent.
- Ankenævnet hjemviste 1 sag til fornyet behandling, hvilket svarer til 1 procent.

I 2011 tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn 57 procent af sagerne fra de psykiatriske patientklagenævn, ændrede 36 procent og hjemviste 1 procent.

I 2012 blev ankenævnets afgørelser i 2 tilfælde anmodet genoptaget. I begge sager afviste ankenævnet at genoptage sagen til realitetsbehandling.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 5,9 måneder i 2012 mod 5,5 måneder i 2011.



## 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.

Eksempel på klage, der faldt udenfor ankenævnets kompetence:

#### **Klage over manglende klagevejledning og underretning**

En patient klagede over, at han i forbindelse med en række tvangsindgreb ikke fik klagevejledning, samt at han ikke blev underrettet om tvangsindgrebene forud for disse.

Det Psykiatriske Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 31 i lov om tvang i psykiatrien, at en patient, inden frihedsberøvelse iværksættes og anden tvang anvendes, skal underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår videre af § 32, at ved enhver anvendelse af tvang skal patienten vejledes om adgangen til at påklage indgrebet. Det Psykiatriske Ankenævn er en ankeinstans, og kan derfor alene tage stilling til forhold, som det psykiatriske patientklagenævn som 1. instans har truffet afgørelse om.

Det var ankenævnets opfattelse, at ankenævnet kan behandle klager over manglende underretning efter § 31 og manglende klagevejledning efter § 32, når der er tale om et tvangsindgreb, der er omfattet af ankenævnets kompetence, idet disse forhold har en tæt tilknytning til selve tvangsindgrebet, og i forbindelse med tvangsbehandling kan medføre, at klagen får opsættende virkning.



Det var videre ankenævnets opfattelse, at det er en forudsætning for at ankenævnet kan tage stilling til en sådan klage, at klagen over manglende underretning eller klagevejledning er fremsat sammen med klagen til det psykiatriske patientklagenævn over selve tvangsindgrebet.

Det Psykiatriske Ankenævn afviste herefter at behandle klagen, da klagen over klagevejledning og underretning ikke var fremsat i umiddelbar forbindelse med klagen over tvangsindgrebet til det psykiatriske patientklagenævn.

### 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.

Parterne høres over det materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part. 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.

### 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 faktisk 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 regelanvendelse 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 2012 truffet i alt 110 afgørelser, hvoraf størstedelen vedrørte tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt.

Nedenfor resumeres en række principielle afgørelser fra 2012. Afgørelserne er inddelt i fire overordnede emner: tvangsbehandling, beroligende middel med magt, tvang i psykiatrilovens forstand samt øvrige udvalgte afgørelser.

### 5.1 Tvangsbehandling

Fokus for dette emne er dels en fortsættelse af sidste års beretning om, hvordan mindste middels princippet kommer til udtryk i sager om tvangsbehandling i relation til patientens betænkningstid. Derudover har vi valgt at sætte fokus på den information om præparat og dosis, en patient har krav på, når patienten skal tvangsbehandles, samt at dosis, der ligger udover det sædvanlige dosisområde, skal begrundes konkret.

Sidst i afsnittet har vi medtaget en afgørelse om ECT-behandling og motivationen herfor. Ankenævnet har i 2012 kun haft én sag om ECT-behandling med tvang. Afgørelsen berører endvidere reglerne om, hvorvidt en klage over en tvangsbehandling skal tillægges opsættende virkning.

#### 5.1.1 Betænkningstid

Ved en lovændring i 2010 blev bestemmelserne om betænkningstid inden iværksættelse af tvangsbehandling ændret. I 2011 traf Det Psykiatriske Ankenævn derfor de første afgørelser efter de nye bestemmelser, og praksis er gennem 2012 blev videreudviklet.

##### 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 at 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.

Det fremgår af loven, at en patient har krav på højst tre dages betænkningstid, inden der træffes beslutning om tvangsbehandling. Dette forhindrer ikke overlægen i at give patienten en længere betænkningstid, da 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. Betænkningstiden anses for at være påbegyndt, 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, så vidt muligt sammen med sin patientrådgiver. 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 2012 og er udtryk for Det Psykiatriske Ankenævns praksis vedrørende varighed af betænkningstiden forud for beslutning om tvangsbehandling.

#### **Tvangsbehandling iværksat efter to dages betænkningstid**

En 38-årig mand blev den 10. februar 2012 tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til dom. Det blev vurderet, at han befandt sig i en psykotisk tilstand præget af forfølgelsesforestillinger, fremstod garderet mistroisk, vred, udkældende og uden sygdomserkendelse.

Den 5. marts 2012 blev der ordineret tablet Zyprexa 20 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg, begge justeret efter virkning, som han skulle motiveres for de kommende dage, da han nægtede at modtage behandlingen frivilligt.

Den 7. marts 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa 20 mg justeret efter virkning.

*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 den 5. og 6. marts, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet den 7. marts.*

*Ankenævnet bemærkede endvidere, at der var truffet beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa 20 mg justeret efter virkning, men at der ikke var angivet en maksimal dosis.*

*Det var hertil ankenævnets opfattelse, at det måtte forstås, at dosis alene kunne justeres i nedadgående retning, da det fremgår af pro.medicin.dk, at sædvanlig dosisinterval for Zyprexa er op til 20 mg.*

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

En 68-årig kvinde blev den 15. maj 2012 frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling. Hun fremstod ved indlæggelsen psykotisk præget af privat logik og ordnydannelse samt fremstod usamlet.

Den 16. maj 2012 blev der ordineret behandling med 0,5 mg tablet Risperdal, subsidiært injektion Seranase 0,5 mg, begge stigende inden for sædvanligt dosisinterval efter effekt og bivirkninger. Patienten skulle de kommende dage motiveres for behandlingen, da hun nægtede at modtage den frivilligt.

Fra den 18. til den 20. maj 2012 blev patienten tilbudt behandling med 0,5 mg tablet Risperdal, hvilket hun fortsat var afvisende overfor.

Den 21. maj 2012 traf overlægen beslutning om tvangsbehandling med det ordinerede præparat

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

*Ankenævnet bemærkede hertil, at patienten var frivilligt indlagt, og at hun derfor ikke havde tilknyttet en patientrådgiver, før der ved beslutning om tvangsbehandling den 21. maj 2012 blev beskikket en.*

### **Tvang iværksat efter et døgn betænkningstid**

En 27-årig mand blev den 19. juli 2012 indlagt på psykiatrisk afdeling. Han fremstod ved indlæggelsen i en psykotisk tilstand præget af høre- og følehallucinationer og styringsoplevelser, der nedsatte hans koncentration i invaliderende grad.

Den 23. juli 2012 blev der ordineret behandling med tablet Abilify 15 mg dagligt, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg x 2. Patienten skulle de kommende dage motiveres for behandlingen, da han nægtede at modtage den frivilligt.

Den 23. juli 2012 blev patienten motiveret for behandling med Abilify 15 mg. Fra den 24. juli kl. 11 til den 25. juli kl. 14 blev patienten motiveret for behandling med Abilify 15 mg stigende til max 30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m. to gange dagligt stigende til max tre gange dagligt.

Den 25. juli 2012 kl. 14 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling i overensstemmelse med motivationen fra en 24. juli.

*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 hele behandlingen gennem et døgn, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.*

### 5.1.2 Motivation for konkret dosisinterval

#### Baggrund

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.

Når der træffes beslutning om tvangsbehandling af en patient, er beslutningen ofte delt op i et primært og et sekundært præparat. I mange tilfælde vil der blive truffet beslutning om tvangsbehandling med et dosisinterval af det primære præparat. Det Psykiatriske Ankenævn har i den forbindelse slået fast i en række afgørelser, at patienten skal motiveres for hele den primære behandling. Når den primære behandling involverer et dosisinterval, skal patienten motiveres for hele intervallet.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen vedrører en beslutning om tvangsbehandling med et dosisinterval, hvor patienten ikke blev motiveret for hele den primære behandling. Afgørelsen er også omtalt i Det Psykiatriske Ankenævns nyhedsbrev af 23. november 2012.

#### **Tvangsbehandling med dosisinterval**

En 63-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af forfølgelsesforestillinger og tankeforstyrrelser, blev den 2. august 2011 vurderet at være psykotisk i en sådan grad, at der blev besluttet tvangsbehandling, hvis ikke hun ønskede frivillig behandling.

Der blev herefter ordineret injektion Rispolept 25 mg i.m. i 14 dage og herefter injektion Risperdal depot 37,5 mg hver 14. dag, samt smeltetablet Risperdal 1 mg dagligt stigende med 1 mg ad gangen op til 4 mg med efterfølgende justering efter virkning, bivirkning og serumværdi.

Kvinden blev den 2., 3. og 4. august 2011 tilbudt 1 mg Risperdal og 25 mg Rispolept Consta, som hun nægtede at modtage. Den 2. og 4. august blev hun også tilbudt henholdsvis 25 mg Risperdal depot og Risperdal depot uden dosisangivelse. Kvinden afviste behandlingen, ligesom hun den 4. august 2011 afviste at modtage Abilify.

Den 5. august 2011 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal 1 mg optrappet med 1 mg dagligt til 4 mg med efterfølgende justering afhængig af virkning og bivirkninger til maksimalt 10 mg dagligt. Behandlingen skulle aftrappes over tre uger efter påbegyndelse af depotbehandling med injektion Rispolept Consta 25 mg i.m. og efter 14 dage injektion Rispolept Consta 37,5 mg i.m. hver 14. dag med justering efter virkning, bivirkning og serumværdi til maksimalt 50 mg i.m. hver 14. dag.

Ankenævnet konstaterede, at kvinden ikke var blevet motiveret for hele dosisintervallet op til 10 mg Risperdal og dosisøgningen med Risperdal 1 mg dagligt til 4 mg.

Ankenævnet oplyste, at en patient skal tilbydes en konkret behandling, så patienten kan forholde sig til hvilket præparat, hvilken dosis og eventuelt dosisinterval, som vil finde anvendelse ved beslutning om tvangsbehandling. Motivationen skal foretages løbende, og tvangsbehandling skal iværksættes med det præparat og den dosis, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet. Ankenævnet bemærkede, at motivationsdagene ikke kunne betragtes som betæknings-tid til beslutningen om tvangsbehandling. Baggrunden var, at kvinden i de tre dage ikke var motiveret for hele dosisintervallet.

Ankenævnet fastslog, at der ikke var truffet beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling med den dosis og dosisøgning, der igennem tre dage var motiveret for. Da indholdet af motivationen og beslutningen ikke var ens, havde kvinden reelt ikke haft mulighed for at tage stilling til behandlingen.

Ankenævnet kunne derfor ikke godkende den beslutning om tvangsbehandling, som overlægen traf den 5. august 2011.

### 5.1.3 Konkret motivation for usædvanlig høj dosis

#### Baggrund

Af § 4 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger fremgår, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

#### Konkret afgørelse

Afgørelsen vedrører en beslutning om tvangsbehandling med en dosis, der går ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, og hvor der ikke af beslutningen fremgik en begrundelse for den usædvanlige høje dosis.

#### **Tvangsbehandling med usædvanlig høj dosis**

En 58-årig mand var indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af forskellige forfølgelsesforestillinger. Den 2. juli 2012 blev manden vurderet psykotisk i en sådan grad, at overlægen besluttede iværksættelse af tvangsbehandling, hvis ikke han ønskede frivillig behandling. Overlægen ordinerede som primær behandling tablet Zyprexa 10 mg dagligt stigende til maksimalt 40 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg stigende til maksimalt 20 mg dagligt i højst tre på hinanden følgende dage og tertiært injektion Serenase 5 mg stigende til maksimalt 10 mg dagligt.

Manden blev i perioden frem til den 6. juli 2012 dagligt tilbudt behandlingen, hvorefter der blev truffet beslutning om at iværksætte tvangsbehandling med det, som blev ordineret den 2. juli 2012.

*Ankenævnet oplyste, at det fremgår af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at tablet Zyprexa gives i doser på 5-10 mg én gang dagligt. Vedligeholdelsesdosis er sædvanligvis 5-20 mg dagligt. Det kan dog være nødvendigt – og forsvarligt – at øge dosis op til højest 40 mg i døgnet.*

*Ankenævnet fandt, at der ikke var tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.*

*Ankenævnet fastslog, at den ordinerede dosis på op til 40 mg Zyprexa gik ud over det sædvanlige dosisinterval på 5-20 mg. Der fremgik ikke en konkret begrundelse i journalen, ligesom manden ikke var blevet informeret om, at der var tale om en dosis ud over det sædvanlige.*

*Ankenævnet bemærkede også, at det var noteret i journalen den 2. juli 2012, at 'man ind imellem må øge doseringen til 40 mg for at opnå ønsket effekt'. Ankenævnet fandt, at dette ikke kunne udgøre en konkret begrundelse for - og information til manden om - at han havde brug for medicin ud over den sædvanlige dosis.*

#### 5.1.4. ECT-behandling med tvang

Ifølge psykiatrilovens § 12, stk. 3, må tvangsbehandling med elektrostimulation kun iværksættes, hvis patienten befinder sig i en aktuell eller potentiel livstruende tilstand.

Ankenævnet traf i 2012 én afgørelse, der handlede om ECT-behandling med tvang. Ankenævnet har endvidere i afgørelsen taget stilling til spørgsmålet om, hvorvidt klagen burde være tillagt opsættende virkning.

#### **Tvangsbehandling med ECT**

En 52-årig kvinde var frivilligt indlagt på en psykiatriske afdeling. Den 4. juni 2012 blev der ordineret ECT-behandling til den 5., 6. og 8. juni 2012.

Efter behandlingen var afsluttet blev der indgivet en klage til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som underkendte beslutningen om ECT-behandling med tvang. Klagen blev ikke tillagt opsættende virkning.

*Ankenævnet fandt efter en samlet vurdering, at kvinden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde vægt på, at hun befandt sig i en psykotisk tilstand præget af vrangforestillinger, groft forstyrret adfærd og aggressivitet. Hun var kataton med forstyrret bevægelsesmønster og uro, usamlet, og med forstyrrelser af regulering af fysiske funktioner, herunder appetit, søvn, bevidsthed og bevægelse.*



Ankenævnet fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet lagde vægt på, at kvinden blev motiveret for ECT-behandling den 1. juni 2012 med oplysning om, at der blev stilet mod start på behandlingen den 4. juni 2012, samt motiveret igen den 3. juni 2012 kl. 13.30 forud for beslutningen om tvangsbehandling den 4. juni 2012 kl. 8.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke fremgik oplysninger af journalen om en eventuel motivation den 2. juni 2012.

Det var hertil ankenævnets opfattelse, at kvinden ikke på baggrund af den manglende motivation den 2. juni 2012 kunne antages at have haft en forventning om, at tvangsbehandling ikke længere var indiceret, da hun den 1. juni 2012 var oplyst, at der blev stilet mod opstart på behandling den 4. juni 2012.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, at tvangsbehandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Det var ankenævnets opfattelse, at en patient, forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling, skal informeres om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Ankenævnet fandt efter en konkret vurdering, at det kunne lægges til grund, at kvinden blev forsøgt informeret om formål, virkninger og bivirkninger ved ECT-behandling, men at dette ikke var muligt på grund af hendes reaktion på informationen.

Ankenævnet lagde vægt på, at kvinden, da overlægen oplyste, at der skulle skabes mulighed for at kvinden kunne påbegynde ECT-behandling, blev højt-råbende og udsældende og ville rejse sig fra sengen, for at løbe efter lægen.

Ankenævnet fandt derfor, at betingelserne for tvangsbehandling var opfyldte.

Ankenævnet bemærkede dog, at det bør fremgå af journalen, når det ikke er muligt at informere patienten om formål, virkninger og bivirkninger ved behandlingen.

Ankenævnet fandt det berettiget, at klagen ikke var blevet tillagt opsættende virkning, da klagen var indgivet efter behandlingen havde fundet sted.

Ankenævnet udtalte dog, at kvindens stærke, udtalte og konsekvente afvisning inden og i forbindelse med behandlingen burde have været opfattet som en klage, således at der allerede i forbindelse hermed blev taget stilling til, om klagen skulle tillægges opsættende virkning.

## 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 journalføres, at behandling er tilbudt til frivillig indtagelse, foruden at det forgæves er forsøgt at skærme patienten eller tale patienten til ro.

### Baggrund

Mindste middels princippet i 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 unødigt krænkelser eller ulempe. Tvungen 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.

### Konkrete afgørelser

Nedenstående tre afgørelser illustrer mindste middels princippet ved indgivelse af beroligende middel med magt, samt at der alene må anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

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

En 36-årig mand fik den 28. juni 2012 indgivet beroligende middel med magt med injektion Cisordinol Acutard 100 mg i.m., injektion Akineton 5 mg i.m. og injektion Stesolid 10 mg i.m., da han havde motoriske 'katoner' bevægelser, der oftest er pinefulde oplevelser for patienterne.

Den 23. juli 2012 fik han igen indgivet beroligende middel med magt med injektion Cisordinol Acutard 100 mg, injektion Akineton 10 mg og injektion Stesolid 20 mg, da han var svært psykotisk med voldsom motorisk uro.

Den 26. juli 2012 fik han atter indgivet beroligende middel med magt med injektion Cisordinol Acutard 100 mg, injektion Akineton 5 mg og injektion Stesolid 10 mg, da han var psykotisk, højtråbende og svær at tale med.

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

*Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen, hvad angik den 28. juni samt den 23. juli 2012.*

Ankenævnet fandt, at patienten opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 28. juni 2012, da det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på en bedring af hans tilstand.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten havde en hjertelidelse og tidligere på dagen var blevet medicineret med Zyprexa 20 mg med kortvarig effekt, og at Cisordinol Acutard har en mindre belastende virkning for hjertet end almindelig Cisordinol, samt at der samtidig blev givet Akineton for at modvirke bivirkninger ved Cisordinol Acutard.

Ankenævnet fandt videre, at indgivelsen opfyldte kravene om mindst indgribende foranstaltning, da det var forsøgt at korrigere patienten ved at skærme ham, tale ham til ro og ved at tilbyde ham medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt videre, at patienten opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 23. juli 2012, da det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på bedring af hans tilstand. Ankenævnet lagde vægt på, at han var voldsomt hyperaktiv og ukritisk indblandende, og både hyperaktiviteten og hans konstante vågne tilstand var belastende for hjertet.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter. Ankenævnet vurderede dog konkret, at patienten var i en væsentlig risiko for at udvikle delirium, som er en sygdomstilstand i kroppen, der er livstruende, hvis den ikke behandles tilstrækkeligt.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at patienten reagerede utilstrækkeligt på mindre potent behandling, hvorfor Cisordinol Acutard var indiceret og den sent indsættende effekt blev søgt imødegået af samtidig indgift af 20 mg Stesolid, der virker inden for minutter, men ikke så kraftigt og ikke i så lang tid.

Ankenævnet ændrede afgørelsen, som angik indgivelsen af beroligende middel med magt den 26. juli 2012, idet ankenævnet fandt, at patienten ikke opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten havde været psykotisk, højtråbende og svær at tale med, men at der i journalen og lægeerklæringen ikke var yderligere begrundelse for nødvendigheden eller kvalificering af uroens grad eller egenart.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at man ikke forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt forsøgt at tale ham til ro og tilbyde ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at det var tre dage siden patienten havde modtaget Cisordinol Acutard, og at det var planen, at han skulle have yderligere Cisordinol Acutard og skulle fortsætte med det, indtil han var steget i dosis Laponex.

Det var ankenævnets opfattelse, at indgivelse af beroligende medicin med magt ikke kan benyttes som systematisk behandling mod den psykotiske tilstand.

## Indgivelse af beroligende middel med magt

Den 10. november 2011 fik en 61-årig mand indgivet beroligende middel med magt med injektion Zeldox 20 mg samt injektion Ativan 4 mg, da han var højtråbende og psykotisk med vrangforestillinger. Han havde ikke sygdomsindsigt eller erkendt behandlingsbehov.

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

*Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.*

*Ankenævnet fandt, at betingelserne for at indgive beroligende middel med magt var opfyldt, idet det var nødvendigt at bringe patienten til ro med henblik på bedring af hans tilstand. Ankenævnet bemærkede dog, at det ikke fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter, samt havde forsøgt at tale ham til ro.*

*Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at patienten var bæltefikseret og farlig, samt at han fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse.*

*Det var ankenævnets opfattelse, at det skal begrundes konkret, såfremt der besluttet en dosis, der er højere, end det der er angivet på pro.medicin.dk som sædvanlig dosis. Den konkrete begrundelse skal fremgå af journalen*

*Ankenævnet lagde vægt på, at Zeldox blev anvendt i højere dosis end den på pro.medicin.dk anbefalede startdosis, og at de konkrete begrundelser ikke fremgik af journalen.*

*Ankenævnet præciserede endvidere, at der skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det var ankenævnets opfattelse, at der ved afprøvede lægemidler forstås præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og som markedsføres her i landet.*

*Ankenævnet fandt herefter ikke, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, idet Ativan ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og markedsføres ikke i Danmark.*

### **Indgivelse af beroligende middel med magt**

Den 30. november 2011 fik en 24-årig mand indgivet beroligende middel med magt i form af Zyprexa 10 mg.

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

*Ankenævnet fandt, at patienten opfyldte betingelserne for at indgive beroligende middel med magt den 30. november 2011, da det var nødvendigt at bringe ham til ro med henblik på en bedring af hans tilstand. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var forvirret, forpint, desperat og truende.*

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

*Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var meget truende, devaluerende og råbende ved bæltetilsyn. Han blev informeret om, at det kunne blive nødvendigt at tage en blodprøve med tvang, hvis ikke han ville indvillige i at få den taget, da det var vigtigt at sikre, at han tog den udleverede medicin. Patienten kørte herefter sig selv op, var aggressiv i tonen, samt devaluerende og provokerende. Han blev informeret om, at det kunne være nødvendigt, at han fik noget medicin at slappe af på, eventuelt med tvang, hvilket han tolkede som en trussel. Han blev herefter yderligere opkørt, og havde et udtalt aggressionsniveau samt manglende alliance.*

*Ankenævnet fandt på denne baggrund, at man på tilstrækkelig vis havde forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse.*

## 5.3 Tvang i psykiatrilovens forstand

### Konkret afgørelse

Afgørelsen illustrerer, at ikke alle begrænsninger i en patients mulighed for frit at bevæge sig på en psykiatrisk afdeling er at betragte som skærmning i psykiatrilovens forstand.

### **Ikke personlig skærmning i psykiatrilovens forstand**

En 41-årig mand var indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Den 30. april 2012 blev hans urin testet positiv for hash. Afdelingen havde mistanke om, at en medpatient havde leveret hash til den 41-årige mand. Afdelingen fastsatte på denne baggrund faste inde- og udetider for den 41-årige mand den 2. maj 2012. Inde- og udetiderne indebar, at han kun kunne have ophold i fællesarealerne forskudt af den pågældende medpatient indtil den 10. maj 2012.

Manden klagede til det psykiatriske patientklagenævn, idet han anførte, at der var tale om skærmning. Patientklagenævnet vurderede, at der ikke var tale om skærmning efter psykiatriloven og afviste at behandle sagen.

*Ankenævnet oplyste, at det fremgår af § 18d i psykiatriloven, at der ved personlig skærmning forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Endvidere fremgår det af bestemmelsens stk. 3, at en beslutning om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.*

*Ankenævnet tiltrådte afgørelsen. Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at inde- og udetiderne blev fastsat af hensyn til den praktiske planlægning af hverdagen og driften på afdelingen, samt at fastsættelsen af inde- og udetider var i relation til patientens mulighed for at opholde sig i fællesarealerne, og at der således ikke var tale om, at et eller flere personalemedlemmer konstant skulle befinde sig i umiddelbar nærhed af ham.*

## 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 2012 afgjort enkelte sager indenfor øvrige områder. Nedenfor har vi udvalgt tre af disse områder, hvor der blev truffet afgørelser i 2012; tvangsbehandling af en legemlig lidelse, fortsat aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen og fysisk magt.

### 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.

### **Tvangsbehandling af legemlig lidelse**

En 70-årig kvinde blev den 21. oktober 2011 indlagt på en psykiatrisk afdeling. Den 30. oktober 2011 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med intravenøs antibiotika (penicillin) på grund af lungebetændelse.

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

*Ankenævnet tiltrådte afgørelsen.*

*Det var 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, idet patienten blev fundet med fuldt respirationsstop og en meget lav iltmætning i blodet samt uregelmæssig hjerterytme. Efterfølgende fik patienten tiltagende åndenød, og der var lungebetændelse i begge lunger som følge af opkast/aspiration samt forhøjede infektionstal og feber.*

*Endelig lagde ankenævnet vægt på, at behandlingstiltagene var almindelige, relevante og nødvendige i den pågældende situation.*

#### **5.4.2. 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 beslutning om aflåsning af døren til en patientstue på sikringsafdelingen, og det ikke er tilstrækkeligt, at der blot foreligger en tvangsprotokol.

### **Aflåsning af dør på patientstue på Sikringsafdelingen**

En 29-årig mand blev den 23. juni 2011 indlagt på Sikringsafdelingen. Der blev truffet beslutning om aflåsning af hans patientstue samme dag begrundet i farlighed. Den 3. november 2011 traf overlægen beslutning om fortsat aflåsning af hans patientstue i henhold til psykiatrilovens § 18a begrundet i farlighed. Patienten klagede over beslutningen om fortsat 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.*

*Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var kendt med voldelig adfærd fra både fængsler og psykiatriske afdelinger, heraf fra tidligere indlæggelse på Sikringen. Hans holdning var nedladende, sarkastisk, manipulerende og uden tegn på vilje eller evne til samarbejde.*

*Ankenævnet lagde videre vægt på, at det var dokumenteret i journalen, at der løbende var foretaget vurderinger af patientens psykiske tilstand og farlighed under indlæggelsesforløbet, samt at der blev foretaget en psykologundersøgelse samt en risikovurdering for farlighed, hvor han opfyldte 31 ud af 40 beskrivelser for psykopati samt opfyldte kriterierne for farlighed.*

*Ankenævnet lagde endelig vægt på, at aflåsning af patientens patientstue fra beslutningen om døraflåsning, og på ethvert efterfølgende tidspunkt frem til hans klage, var en mindre indgribende foranstaltning end bæltefiksering, for at afværge, at han forfulgte eller på anden måde groft forulempede medpatienter, og særligt at han udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.*

### 5.4.3. Fysisk magtanvendelse

Ifølge psykiatrilovens § 17, stk. 1, kan en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, 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 om tvangsfiksering forudsat, at krænkelser af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Hvilket middel, der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres efter mindste middels princippet i § 4.

Fysisk magtanvendelse må kun anvendes 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.

#### Konkrete afgørelser

Nedenstående afgørelser illustrerer fysisk magtanvendelse i situationer, hvor det var nødvendigt for at afværge, at en patient udsatte andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

#### **Anvendelse af fysisk magt**

En 42-årig kvinde blev fastholdt i forbindelse med, at hun ikke var blevet på sin stue, efter at have været blevet skærmet hertil.

Patienten klagede over fysisk magtanvendelse til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte anvendelsen af fysisk magt.

*Ankenævnet fandt, at betingelserne for at anvende fysisk magt var opfyldt. Ankenævnet lagde vægt på, at patienten var vred, usamarbejdsvillig, truende og kastede med vand og slog ud efter personalet.*

*Ankenævnet fandt videre, at tvangsindgrebet opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at patienten inden anvendelsen af fysisk magt blev orienteret om at blive på sin stue, men at hun ikke kunne overholde skærmningen og nægtede gå på sin stue igen.*

#### **Anvendelse af fysisk magt**

En 76-årig mand blev fastholdt med magt i 10 minutter i forbindelse med, at han forsøgte at tvinge sig ud ad døren. Han var omkringvandrende, havde pakket, taget sit overtøj på og ville udskrives i utilfredshed med, at lægerne ikke havde fået skrevet en erklæring til fornyelse af hans kørekort, som han mente, at han var blevet stillet i udsigt.

Patienten klagede over fysisk magtanvendelse til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte anvendelsen af fysisk magt.

*Ankenævnet tiltrådte afgørelsen. Ankenævnet fandt, at betingelserne for at anvende fysisk magt var opfyldt, idet patienten forulempede personalet ved at være truende og verbalt og fysisk aggressiv.*

*Ankenævnet fandt endvidere, at tvangsindgrebet opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at fastholdelsen ikke varede længere end højst nødvendigt.*

## 6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstole

I 2012 har Det Psykiatriske Ankenævn ikke haft sager ved Folketingets Ombudsmand eller ved domstolene.

På baggrund af en konkret henvendelse til Folketingets Ombudsmand har Patientombuddet dog udtalt sig om en praksis, hvor Patientombuddet har truffet afgørelse i sager om aktindsigt efter offentlighedsloven i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelser.

Patientombuddet udtalte til Folketingets Ombudsmand, at man var enig i ombudsmandens vurdering af, at Patientombuddet er en selvstændig myndighed, som tillige sekretariatsbetjener blandt andet Det Psykiatriske Ankenævn, og at der derfor er tale om ekstern delegation, som kræver lovhjemmel, hvis Patientombuddet på vegne af Det Psykiatriske Ankenævn skal træffe afgørelser i sager om aktindsigt efter offentlighedsloven i ankenævnets sager.

I sager om aktindsigt efter offentlighedsloven i Det Psykiatriske Ankenævn afgørelser vil disse fremover blive forelagt ankenævnet med henblik på, at ankenævnet selv træffer afgørelse. Dog vil formanden kunne træffe afgørelse i de sager, der efter den af ankenævnet givne praksis ikke giver anledning til tvivl.

## 7 Læring

Det er vigtigt for Det Psykiatriske Ankenævn at få udbredt kendskabet til ankenævnets afgørelser i de konkrete sager og dermed også ankenævnets praksis. Kendskab til sagerne gør 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 november 2012 udgav ankenævnet et nyhedsbrev om medicin givet med tvang. Nyhedsbrevet handler om, at patienterne på det bedst mulige grundlag skal kunne tage stilling til, om de vil modtage behandlingen frivilligt. Derfor skal en patient have at vide, hvor meget og hvilken medicin, patienten skal have, hvis medicinen skal gives med tvang. Hvis dosis er usædvanlig, skal patienten endvidere informeres om hvorfor.

I 2012 deltog sekretariatet desuden i et møde arrangeret af de psykiatriske patientklagenævn. Forud for mødet havde de psykiatriske patientklagenævn stillet en række spørgsmål til emner, der havde særlig interesse, og sekretariatet fremlagde ved mødet en række af ankenævnets afgørelser og praksis til belysning af de stillede spørgsmål.

Endelig offentliggøres en række principielle afgørelser i denne årsberetning.

Når sagerne behandles og forberedes til ankenævnet i sekretariatet, holder vi ugentlige møder sagsbehandlerne imellem. Her diskuterer vi samtlige sager, 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 udtalelse til sagerne. 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

Med indgangen til 2013 har Patientombuddet fået et nyt digitalt it-system med det formål at effektivisere sagsbehandlingen yderligere samt at nedbringe sagsbehandlingstiderne.

Det er vores forhåbning med det nye system, at ankenævnets behandling af sagerne i fremtiden kan blive fuldt ud digital. Samtidig håber vi, at dette kan bringe til at skabe en endnu bedre platform for arbejdet med og udbredelsen af ankenævnets praksis til sikring af de psykiatriske patienters rettigheder.

En yderligere del af digitaliseringen er, at der i 2012 blev udarbejdet et særligt klageskema til Det Psykiatriske Ankenævn, som kan indsendes direkte via Patientombuddets hjemmeside eller printes og sendes. Vores forhåbning til det elektroniske klageskema er, at det fremover skal blive lettere at anke en afgørelse fra det psykiatriske patientklagenævn.

Fremadrettet håber vi endvidere på at kunne fortsætte den gode og konstruktive dialog med de psykiatriske patientklagenævn og patientrådgiverne, med fortsat fokus på læring og samarbejde med modtagerne af nævnets afgørelser og andre med faglig interesse for tvang i psykiatrien.

Endelig er også offentliggørelse af ankenævnets afgørelser og nyhedsbreve meget 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 få udbredt kendskabet til nævnets praksis.

## 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 i 2012**

### **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