

Patientombuddet



Årsberetning 2013

Det Psykiatriske Ankenævn

Titel: Årsberetning 2013, Det Psykiatriske Ankenævn

© Patientombuddet, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Indledning	5
2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn	6
3 Nøgletal	8
4 Sagsgang	9
4.1 Klageberettigelse	9
4.2 Formelle regler	9
4.3 Patientombuddets forberedelse af sagen	9
4.4 Afgørelsen	10
4.5 Genoptagelse	13
5 Principielle afgørelser	14
5.1 Tvangsbehandling	15
5.2 Beroligende middel med magt	25
5.3 Øvrige udvalgte afgørelser	32
6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	36
7 Læring	37
8 Forventninger til fremtiden	38
Bilag	39
Bilag 1 Forretningsorden.....	39
Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2013	43

Forord

Det Psykiatriske Ankenævn har i 2013 fortsat haft stor fokus på indholdet af motivationen i betænkningstiden forud for en beslutning om tvangsbehandling, men har også i år behandlet en række problemstillinger vedrørende mindste middels princippet og anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering ved indgivelse af beroligende middel med magt.

Årsberetningens fokus på tvangsbehandling og beroligende middel med magt er en afspejling af, at disse ankesager udgør størstedelen af de sager, som Det Psykiatriske Ankenævn behandler.

Ankenævnet har i relation til begge typer af sager oplevet, at udfordringerne i sagerne opstår ved, at der er manglende eller tvetydig dokumentation, og har derfor valgt at have fokus på dette i denne årsberetning.

Der sker en naturlig, løbende og nødvendig udvikling af praksis på disse områder, da hver sag behandles og vurderes konkret i forhold til reglerne på området og de omstændigheder, der er beskrevet i den enkelte journal. En sådan udvikling skaber uundgåeligt udfordringer for de personer, der håndterer reglerne og patienterne ude i den praktiske verden. Det er derfor også ankenævnets håb, at denne årsberetning kan bidrage til at tydeliggøre ankenævnets nuværende praksis.

Henrik Gunst Andersen
Formand

1 Indledning

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011 som et selvstændigt nævn, der behandler visse klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Ankenævnet består af en dommer, to psykiatere og to lægfolk, som fastsat i psykiatriloven, for at sikre en faglig kompetent behandling af sagerne og sikre patienternes tillid til ankenævnets afgørelser. Ankenævnet sekretariatsbetjenes af Patientombudet.

I modsætning til Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen afholder ankenævnet sine møder, uden deltagelse af sagens parter. Behandlingen sker således udelukkende på et skriftligt grundlag. Det medfører, at ankenævnet ved behandlingen af hver sag er afhængigt af, hvad der er dokumenteret i relation til det påklagede tvangsindgreb, i sin vurdering af, om det kan lægges til grund, at lovens betingelser er opfyldt.

Når ankenævnet behandler klager over tvang i psykiatrien tager nævnet alene stilling til, om psykiatrilovens betingelser for at anvende tvangsforanstaltninger har været opfyldte. Ankenævnet tager således ikke stilling til, om der er grundlag for kritik af den enkelte sundhedsperson – hverken i forhold til behandling eller journalføring.

2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er ankeinstans for afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

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. Det 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 er kommet 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. Ankenævnets sammensætning fremgår af bilag 2.

Ankenævnet 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 ankenævn.

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 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

3 Nøgletal

Det Psykiatriske Ankenævn modtog 142 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn i 2013. Til sammenligning modtog nævnet i 2012 95 sager. Det svarer til en stigning i antallet af klager fra 2012 til 2013 på 49,47 procent.

Ankenævnet afgjorde 82 sager, men afsluttede i alt 102 sager. Sagerne var indkommet i både 2012 og 2013, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2014 fortsat havde sager under behandling, der var indkommet i 2013. Derfor var antallet af afsluttede sager lavere end antallet af modtagne sager.

Ankenævnet afholdt 9 møder og afgjorde, som nævnt ovenfor, 82 sager i 2013. Af de 142 nye ankesager blev 20 sager afsluttet på anden måde, eksempelvis på grund af forældelse eller fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 43 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 52 procent af alle afgjorte klager.
- Ankenævnet ændrede i 33 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser, hvilket svarer til 40 procent.
- Ankenævnet hjemviste 6 sager til fornyet behandling, hvilket svarer til 7 procent.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2012 i alt 53 procent af sagerne fra de psykiatriske patientklagenævn, ændrede 46 procent og hjemviste 1 procent.

I 2013 blev ankenævnet anmodet om at genoptage 1 afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 5,1 måneder i 2013 mod 5,9 måneder i 2012.

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 Det 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 Det Psykiatriske Patientklagenævn. Når klagen bliver indsendt via Det Psykiatriske Patientklagenævn, modtages samtidig det materiale, der har ligget til grund for patientklagenævnets afgørelse.

4.2 Formelle regler

Når Patientombuddet modtager en sag, undersøges det, om forholdet falder under ankenævnets kompetence, om der er truffet afgørelse i 1. instans om 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 uden for ankenævnets kompetence, må Patientombuddet afvise at behandle anken og i stedet henviser klager til den rette myndighed.

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 udarbejder Patientombuddet et udkast over de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund, og opstiller 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 Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ved tiltrædelse forstås, at Det Psykiatriske Ankenævn er enig i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ved ændring forstås, at patientklagenævnets afgørelse annulleres 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 patientklagenævnet, 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 eksempelvis skrivefejl, herunder at patientklagenævnet 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 eksempelvis at afgørelsen er truffet på et klart utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag, vil ankenævnet hjemvise sagen til fornyet behandling.

Hjemvisning grundet manglende stillingtagen til sindssygdom

En overlæge klagede til Det Psykiatriske Ankenævn over, at Det Psykiatriske Patientklagenævn havde underkendt en beslutning om tvangsbehandling grundet utilstrækkelig motivation i betænkningstiden. Det fremgik imidlertid ikke af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse, om der var taget stilling til, hvorvidt patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed, på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling.

Det var ankenævnets opfattelse, at dette var så grundlæggende en betingelse for beslutning om tvangsbehandling, at ankenævnet ikke kunne berigtige afgørelsen ved alene selv at træffe en ny afgørelse med inddragelse af spørgsmålet om sindssygdom.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ellers ville fratage parterne muligheden for at få sagen behandlet ved to instanser.

Ankenævnet hjemviste på den baggrund sagen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet alene tager stilling til forhold, der er taget stilling til i patientklagenævnets afgørelse. Ankenævnet foretager en fuld prøvelse af patientklagenævnets 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 stilling til, om en klage burde have været tillagt opsættende virkning, hvis ankenævnet finder, at patienten ikke var sindssyg, eller at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling.

Det Psykiatriske Ankenævn kan som ankeinstans tage stilling til visse klager over sagsbehandlingen i 1. instans. Det sker i tilfælde, hvor der er klaget over forhold, som efter deres karakter er egnede til at influere 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. Det falder også uden for Det Psykiatriske Ankenævns kompetence at behandle klager over navngivne sundhedspersoner, hvis der ikke samtidig klages over selve beslutningen om tvang.

Nedenfor ses et eksempel på en hjemvisning, der gik på sagsbehandlingen i 1. instans.

Sag hjemvist, fordi der manglede stillingtagen til klage over inhabilitet

En patient klagede over indgivelse af beroligende middel med magt og klagede samtidig over, at formanden for Det Psykiatriske Patientklagenævn var inhabil ved sagens behandling.

Ankenævnet konstaterede, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde taget stilling til spørgsmålet om inhabilitet.

Ankenævnet oplyste, at det fremgår af forvaltningslovens § 3, stk. 1, nr. 1, "at den, der virker inden for den offentlige forvaltning, er inhabil i forhold til en bestemt sag, hvis vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald eller er eller tidligere i samme sag har været repræsentant for nogen, der har en sådan interesse". Det fremgår af § 3, stk. 1, nr. 5, at der også er tale om inhabilitet, hvis "der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed. Det fremgår videre af forvaltningslovens § 3, stk. 2, at der ikke foreligger inhabilitet, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen ikke kan antages at være fare for, at afgørelsen i sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn.

Ankenævnet oplyste videre, at det fremgår af forvaltningslovens § 3, stk. 3, at den, der er inhabil i forhold til en sag, ikke må træffe afgørelse, deltage i afgørelsen eller i øvrigt medvirke ved behandlingen af den pågældende sag.

Videre oplyste ankenævnet, at spørgsmålet om, hvorvidt en person er inhabil, afgøres af den i stk. 1 nævnte myndighed. Vedkommende må ikke selv deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om inhabilitet, jfr. dog § 4, stk. 1 og 2. Dette gælder dog ikke på områder, hvor andet er fastsat i henhold til lov.

Det var på denne baggrund ankenævnets opfattelse, at klagen over inhabilitet i forbindelse med Det Psykiatriske Patientklagenævn afgørelse vedrørende indgivelse af beroligende middel med magt først skulle afgøres af Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Ankenævnet hjemviste på denne baggrund sagen til fornyet behandling ved Det Psykiatriske Patientklagenævn.

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.

4.5 Genoptagelse

Det fremgår af psykiatrilovens § 38 stk. 3, at Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed.

Det fremgår af § 14 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn, at ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse i sin virksomhed. Hvis en sag, der er afgjort af ankenævnet, anmodes genoptaget, kan den tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det.

Om en sag kan genoptages, afhænger af, om der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som må antages at kunne føre til en ændret bedømmelse af sagen. Det skal forstås sådan, at der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da sagen blev afgjort. De nye oplysninger skal også være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat. En sag kan også blive genoptaget grundet væsentlige sagsbehandlingsfejl.

Ankenævnet blev i 2013 bedt om at genoptage en sag, som refereres nedenfor.

Genoptagelse af sag afvist, fordi nye og væsentlige oplysninger manglede

En 49-årig mand fik den 6. april 2009 indgivet beroligende middel med magt i form af smeltetablet Zyprexa 10 mg, fordi han var tiltagende energisk og kværulerende på manisk vis. Han kontaktede gentagne gange politiet via sin telefon og forlangte, at de straks skulle få ham ud af afdelingen. Patienten klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at det var nødvendigt at bringe patienten til ro for at bedre hans tilstand.

Ankenævnet fandt videre, at indgivelse af beroligende middel med magt opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at man forinden havde forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter samt havde forsøgt at tale ham til ro og tilbyde ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt endvidere, at indgivelsen af beroligende middel med magt opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Patienten anmodede herefter ankenævnet om at genoptage sagen. I genoptagelsesansøgningen blev det blandt andet anført, at han ikke havde været urolig, hans adfærd ikke var blevet forsøgt begrænset, og at der ikke blev tilbudt medicin til frivillig indtagelse i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at ankenævnet ikke kunne imødekomme patientens anmodning om genoptagelse af sagen.

Det var ankenævnets vurdering, at der ikke var fremkommet nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, der kunne begrunde en fornyet realitetsbehandling i ankenævnet.

Ankenævnet lagde vægt på, at oplysningerne ikke var nye, men fremgik af patientens partsindlæg i forløbet før afgørelsen den 28. august 2012, og dermed indgik i grundlaget for afgørelsen.

5 Principielle afgørelser

Nedenfor resumeres en række principielle afgørelser fra 2013. Afgørelserne er inddelt i tre overordnede emner: tvangsbehandling, beroligende middel med magt og øvrige udvalgte afgørelser.

5.1 Tvangsbehandling

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

I lovens § 1, stk. 2, henvises der til sundhedslovens kapitel 5 om betingelserne for et informeret samtykke.

Af sundhedslovens § 15, stk. 3 fremgår det, at informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten skal, ifølge § 16, blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af patientens sygdom og den påtænkte behandling.

Hvis det ikke er muligt at opnå patientens informerede samtykke, kan det blive nødvendigt at træffe beslutning om tvangsbehandling. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldt jf. psykiatrilovens § 12.

En af disse betingelser er, at patienten, før overlægens afgørelse efter stk. 4 om tvangsbehandling, skal have haft 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, jf. § 12, stk. 5.

Ankenævnet satte sidste år fokus på motivation for konkrete dosisintervaller og konkret motivation for usædvanligt høje doser. Ankenævnet har imidlertid i 2013 fortsat oplevet et stort antal sager, hvor indholdet af motivationen ikke var tilstrækkelig, fordi der ikke var givet tilstrækkelig konkret information om det primære præparat samt dosis og dosisinterval. I relation til betænkningstiden har ankenævnet også haft mulighed for at tage stilling til sager, hvor betænkningstiden af forskellige årsager var afbrudt.

Ankenævnet vil under afsnit 5.1.1 opridse praksis fra 2013 vedrørende motivation for dosisinterval af det primære præparat, mens afsnit 5.1.2 omhandler konkret motivation i øvrigt. Afsnit 5.1.3 omhandler afbrudt betænkningstid og afsnit 5.1.4. sædvanlig dosis ved tvangsbehandling.

5.1.1 Motivation for konkret dosisinterval

Baggrund

Beslutningen 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 blive brugt 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 er særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

Når det besluttet at tvangsbehandle en patient, er beslutningen ofte delt op i et primært og et sekundært præparat. I mange tilfælde vil det blive besluttet at tvangsbehandle 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.

Konkrete afgørelser

Alene motiveret for startdosis

En 43-årig kvinde var indlagt på psykiatrisk afdeling og blev vurderet til at være i en psykotisk tilstand. Det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis hun ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 11. april 2013 ordineret tablet Olanzapin i stigende doser til maksimalt 40 mg. Den 16. april 2013 besluttede overlægen at tvangsbehandle med tablet Olanzapin 10 mg. Ved manglende tilfredsstillende effekt stigende med 10 mg hver 2. uge til henholdsvis 20, 30 til maksimum 40 mg per dag. Subsidiært samme dosis Olanzapin i.m. i stigende doser.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at kvinden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at hun blev tilbudt behandling med tablet Olanzapin 10 mg fra den 12. til den 14. april 2013, og at hun herefter fik tilbudt "medicin" den 15. og 16. april 2013, inden det blev besluttet at tvangsbehandle. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid behandling med tablet Olanzapin 10 mg. og ved manglende tilfredsstillende effekt stigende med 10 mg hver 2. uge til henholdsvis 20, 30 til maksimum 40 mg.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at det var besluttet at iværksætte tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene blev motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 16. april 2013.

Alene motiveret for startdosis

En 26-årig mand var indlagt på psykiatrisk afdeling og blev vurderet til at være i en psykotisk tilstand. Det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis han ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 9. april 2013 ordineret tablet Cisordinol 2 mg med henblik på motivation for frivillig indtagelse af medicinen. Den 23. april 2013 besluttede overlægen at tvangsbehandle med tablet Cisordinol 2 mg dagligt i stigende doser under hensyn til virkning og bivirkninger op til maksimalt 30 mg dagligt.

Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at manden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at han var blevet tilbudt behandling med tablet Cisordinol 2 mg, fra den 12. til den 18. april 2013, samt at han den 22. april 2013 blev opfordret til at "tage medicin", inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid behandling med tablettablet Cisordinol 2 mg dagligt i stigende doser under hensyn til virkning og bivirkninger op til maksimalt 30 mg dagligt.

Ankenævnet fandt herefter ikke, at det var besluttet at iværksætte tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da der alene blev motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 23. april 2013.

Motiveret for forkert dosis

En 27-årig mand var indlagt på psykiatrisk afdeling og blev vurderet til at være i en psykotisk tilstand. Det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis ikke han ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 25. februar 2013 ordineret tablet Abilify 10 mg én gang dagligt, samtidig med at der blev besluttet motivation for tablet Abilify 5 mg stigende til maksimalt 30 mg. Den 1. marts 2013 besluttede overlægen at tvangsbehandle med tablet Abilify 10 mg justeret efter virkninger og bivirkninger inden for dosisinterval, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg i.m.

Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at manden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at han blev motiveret for 10 mg Abilify, og at der samtidig blev informeret om et dosisinterval på 5 mg stigende til maksimalt 30 mg, inden det blev besluttet at tvangsbehandle den 1. marts 2013. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid tablet Abilify 10 mg stigende til 30 mg.

Ankenævnet fandt herefter, at det ikke var besluttet at iværksætte tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for.

5.1.2 Konkret motivation i øvrigt

Baggrund

Som tidligere nævnt skal en patient kunne forholde sig til, hvilket præparat og hvilken dosis som vil blive anvendt ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling.

I forbindelse med at der skal motiveres for en konkret behandling, er det også en betingelse, at motivationen er ensartet op til beslutningen om tvangsbehandling. Det skyldes, at formålet med motivationsperioden er, at patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får en reel lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. En ensartet motivation er derfor nødvendig for, at patienten har mulighed for reelt at forstå den dosis, der motiveres for.

Det Psykiatriske Ankenævn har i den forbindelse slået fast i en række afgørelser, at patienten skal motiveres ensartet for hele dosisintervallet, når den primære behandling involverer et dosisinterval.

Konkrete afgørelser

Uensartet motivation

En 31-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling, blev vurderet psykotisk, blandt andet præget af paranoide forfølgelsesforestillinger i en sådan grad, at det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis hun ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 30. april 2013 besluttet motivation for Seroquel Prolong 300 mg og samtidig noteret, at det trinvist kunne øges. Den 3. maj 2013 besluttede overlægen at tvangsbehandle med tablet Seroquel Prolong 300 mg stigende til sufficient virkning, maksimalt 1200 mg. Subsidiært injektion Abilify 1,3 ml svarende til 10 mg i.m.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at kvinden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at hun blev tilbudt behandling med Seroquel 300 mg den 29. april 2013. Den 30. april kl. 11.30 blev der tilbudt Seroquel 300 mg, der trinvist kunne øges. Kl. 23.10 samme dato blev hun tilbudt "aften-Seroquel". Den 1. og 2. maj 2013 blev hun motiveret for "medicinen", hvilken hun afviste. Den 3. maj 2013 blev det besluttet at tvangsbehandle. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid Seroquel Prolong 300 mg stigende til sufficient virkning, maksimalt 1200 mg.

Ankenævnet fandt herefter, at det ikke var besluttet at iværksætte tvangsbehandling med den dosis, der var motiveret for, da motivationen var uensartet, og da der alene blev motiveret for en del af dosisintervallet, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 3. maj 2013.

Forvirrende/uens motivation medførte utilstrækkelig betænkningstid

En 46-årig kvinde var indlagt på psykiatrisk afdeling og blev vurderet til at være i en psykotisk tilstand. Det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis hun ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 10. maj 2013 ordineret Cisordinol 10 dråber. Den 13. maj 2013 besluttede overlægen at tvangsbehandle med dråber Cisordinol 10 mg eventuelt med øgning af dosis, dog maksimalt 20 mg, alternativt injektion Abilify 10 mg i.m.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at kvinden var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende.

Ankenævnet bemærkede dog, at det fremgik af journalen, at hun blev tilbudt behandling med Cisordinol dråber 10 mg med mulighed for stigning til 20 mg den 10. og 11. maj 2013, samt Cisordinol 10 mg den 12. maj 2013, inden det den 13. maj 2013 blev besluttet at tvangsbehandle. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte Cisordinol 10 mg med mulighed for øgning til 20 mg.

Ankenævnet fandt herefter, at det ikke blev besluttet at iværksætte tvangsbehandling med den dosis, der blev motiveret for, da motivationen ikke var ensartet, og da der alene var motiveret for startdosis, men ikke for hele det dosisinterval, der blev truffet beslutning om den 13. maj 2013.

5.1.3 Afbrudt betænkningstid

Baggrund

Det fremgår af § 12, stk. 5, i psykiatriloven, at en patient, før overlægen beslutter at tvangsbehandle, skal have en passende betænkningstid, og at betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage. Motivationen skal endvidere foretages løbende.

Det Psykiatriske Ankenævn har i den forbindelse i en række afgørelser slået fast, at frivillig indtagelse af medicin i motivationsperioden afbryder motivationen, så den tidligere motivation ikke medregnes, hvis patienten på ny afviser at modtage medicin.

Konkret afgørelse

Frivillig indtagelse medførte, at betænkningstiden blev afbrudt

En 43-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling, blev vurderet psykotisk blandt andet præget af paranoide forfølgelsesforestillinger i en sådan grad, at det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis hun ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 20. februar 2013 ordineret tablet Serdolect 4 mg.

Kvinden blev den 21. februar 2013 tilbudt "tablet Serdolect i de tidligere angivne doser", uden at det fremgik konkret, hvad der var motiveret for. Den 22. februar 2013 blev kvinden tilbudt behandling med tablet Serdolect 4 mg med stigning op til 20 mg afhængig af effekt og bivirkninger. Det fremgik af journalen den 23. februar 2013, at kvinden frivilligt tog imod behandlingen den 22. februar 2013, men at dette ikke var blevet journalført på selve dagen.

Den 23. februar 2013 blev kvinden igen motiveret for tablet Serdolect 4-20 mg, hvilket kvinden afviste, og det blev umiddelbart herefter besluttet at tvangsbehandle.

Det var ankenævnets opfattelse, at den frivillige indtagelse af medicin i motivationsperioden afbrød motivationen, så den tidligere motivation ikke kunne medregnes, da patienten på ny afviste at modtage medicinen.

Det var på denne baggrund også ankenævnets opfattelse, at da kvinden igen afviste motivation for behandling med Serdolect den 23. februar 2013 kl. 10.20, blev motivationen startet på ny, hvorfor hun alene blev motiveret den 23. februar 2013, inden det kort efter blev besluttet at tvangsbehandle.

Ankenævnet kunne ikke godkende beslutningen om tvangsbehandling, da der ikke var givet tilstrækkelig betænkningstid, efter at kvinden på ny havde nægtet behandlingen.

5.1.4 Sædvanlig dosering

Baggrund

Reglerne om tvangsbehandling fremgår af §§ 12 og 13 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 som ændret ved lov nr. 647 af 12. juni 2013.

Bestemmelsen i lovens § 12, stk. 2, om tvangsbehandling for psykiatrisk lidelse fastslår, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Af lovens § 12, stk. 6 fremgår, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

Af forarbejderne til bestemmelsen i lovens § 12, jf. LFS 76 af 26. oktober 1988, fremgår af bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser følgende: *"... Afgørelsen om behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med § 4 om det mindste middels princip. Ved tvangsmedicinering indebærer dette, at der skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, jf. § 12, stk. 2. ... Sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der er angivet i lægemiddelfortegnelsen, samt det der svarer til god lægelig praksis."*

Da lægemiddelkataloget blev erstattet af medicinoversigten på www.pro.medicin.dk, er ankenævnet overgået til at anvende den internetbaserede fortegnelse til brug for fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosis.

I flere sager vedrørende beslutning om tvangsbehandling har ankenævnet haft lejlighed til at tage stilling til, om der blev anvendt afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

Konkret afgørelse

Nedenstående afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet fortolkede sædvanlig dosis ved behandling med Abilify. [Afgørelsen er offentliggjort i sin helhed på Patientombudets hjemmeside.](#)

Abilify over 15 mg var ikke sædvanlig dosis

En 41-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling, blev vurderet psykotisk blandt andet præget af forfølgelsesvrangforestillinger i en sådan grad, at det blev vurderet, at medicinsk behandling med tvang var nødvendig, hvis hun ikke ønskede behandlingen frivilligt.

Der blev derfor den 30. januar 2013 ordineret tablet Abilify 5 mg. Den 12. februar 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle med tablet Abilify 5 mg justeret efter effekt og bivirkninger til maksimalt 30 mg.

Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen. Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at kvinden havde fået tilstrækkelig betænkningstid, da hun var motiveret for tablet Abilify i dosisintervallet fra 5 til 30 mg fra den 8. til den 12. februar 2013.

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

Det var ankenævnets opfattelse, at det skulle begrundes konkret i journalen, hvis der blev ordineret en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering som angivet på pro.medicin.dk, og at patienten skulle informeres om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på pro.medicin.dk, at initial dosis ved behandling med tablet/mikstur Abilify sædvanligvis var 10-15 mg en gang dagligt og vedligeholdelsesdosis 15 mg en gang dagligt. Maksimalt 30 mg dagligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at der blev besluttet en dosis op til 30 mg, uden at det af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis. Det fremgik heller ikke, at kvinden konkret var informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet bemærkede, at den høje dosis kunne være velbegrundet, men at en eventuel begrundelse ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om tvangsbehandling den 12. februar 2013.

5.2 Beroligende middel med magt

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

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. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal de anvendes.

Det er også ankenævnets opfattelse, at hvis der skal gives beroligende middel med magt, skal det ske med afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering, ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling i henhold til psykiatrilovens § 12.

5.2.1. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger

Som en følge af mindste middels princippet skal en patient, før det besluttes at give beroligende middel med magt, tilbydes at tage medicinen frivilligt. Det skal sikre, at mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse, ligesom det skal journalføres, at det forgæves er forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro. Ankenævnet måtte underkende en række sager om beroligende middel med magt, fordi det ikke klart fremgik af journalen, at disse tiltag var gjort.

Ankenævnet afgjorde dog også i 2013 sager, hvor det vurderede, at der ikke var tale om den mindst indgribende foranstaltning, fordi der ikke var tilbudt den samme medicin, som der efterfølgende blev givet som beroligende middel med magt.

Ankenævnet vurderede også enkelte gange konkret, at mindste middels princippet var opfyldt, selvom alle tiltag ikke var forsøgt, da der var tale om særlige omstændigheder beskrevet i journalen, som klargjorde, at yderligere tiltag ikke var mulige.

Konkrete afgørelser

Den følgende afgørelse illustrerer den konkrete vurdering, som ankenævnet foretager, når det tager stilling til, om mindste middels princippet er opfyldt.

Konkret vurderet, at mindste middels princippet var opfyldt

En 21-årig mand fik den 6. maj 2012 indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Diazepam 10 mg, fordi han var tiltagende råbende, sparkende, uden filter, meget hurtigtalende, usammenhængende, ukorrigerbar og truende. Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn tiltrådte afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at det var nødvendigt at bringe manden til ro med henblik på bedring af hans tilstand.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke tydeligt fremgik af journalen, om det blev forsøgt at tale ham til ro eller tilbyde ham beroligende middel til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt dog konkret, at mindste middels princippet var opfyldt, idet manden på tidspunktet for behandlingen var så truende og afvisende i sin adfærd, at det var fundet nødvendigt at bæltefiksure ham, og da han ikke havde vist evne til at samarbejde i den konkrete situation.

Nedenstående afgørelse viser, at mindste middels princippet kræver, at der som udgangspunkt er overensstemmelse mellem den medicin, som patienten tilbydes til frivillig indtagelse, og den medicin, der efterfølgende gives som beroligende middel med magt.

Patient fik ikke tilbudt samme beroligende præparat til frivillig indtagelse, som blev givet med magt

En 44-årig mand fik den 6. november 2012 indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Diazepam 10 mg i.m., da han var manisk, anspændt, sparkede på dørene og truede personalet.

Han klagede over beslutningen til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte denne.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen, fordi ankenævnet ikke fandt, at indgivelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Ankenævnet bemærkede, at manden var forsøgt begrænset og korrigeret, var forsøgt talt til ro og havde fået tilbudt medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet lagde dog vægt på, at mindste middel princippet ikke var opfyldt, fordi manden var blevet tilbudt medicin i form af Rivotril, mens indgivelsen af beroligende middel med magt bestod af injektion Diazepam 10 mg i.m.

5.2.2. Afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering

Baggrund

Ankenævnet behandlede i 2013 sager, hvor der blev givet beroligende middel i en dosis, der gik ud over den dosisangivelse, der var anført som sædvanlig på www.pro.medicin.dk under de enkelte lægemidler. Dertil var der sager, hvor patienten kort forinden havde modtaget et beroligende middel, eller hvor der var truffet beslutning om kombinationsbehandling. Ankenævnet fik i den forbindelse mulighed for at fastslå, hvilken indvirkning sådanne forhold skulle have på vurderingen af, om kravet om sædvanlig dosering var opfyldt.

Endelig fastslog ankenævnet ved en afgørelse, der handlede om Cisordinol-Acutard, i 2013, at der ved beroligende middel med magt skal anvendes et middel, der er egnet til hurtigt at opnå en effekt.

Usædvanlige doser

Det følgende uddrag fra en afgørelse illustrerer, at der skal anvendes sædvanlige doser, når der gives beroligende middel med magt.

Zeldox 20 mg i.m. var usædvanlig dosis

En 51-årig kvinde fik den 2. februar 2012 indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zeldox 20 mg i.m.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Det Psykiatriske Ankenævn ændrede afgørelsen, da ankenævnet fandt, at beslutningen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, og at der ikke var tale om anvendelse af lægemidler i sædvanlig dosering.

Ankenævnet fandt, at det var nødvendigt at bringe kvinden til ro med henblik på bedring af hendes tilstand, og at der var gjort tilstrækkeligt for at tale hende til ro, begrænse og korrigere hende.

Kravet om mindst indgribende foranstaltning var dog ikke opfyldt, fordi kvinden ikke ifølge journalen var tilbudt medicinen til frivillig indtagelse.

Ankenævnet vurderede også, at der ikke var tale om sædvanlig dosering, da det fremgik af www.pro.medicin.dk, at den sædvanlige dosis Zeldox var 10 mg i.m. efter behov med mindst to timers mellemrum. I særlige tilfælde 20 mg i.m., eventuelt efterfulgt af yderligere 10 mg mindst fire timer efter. Højest 40 mg dagligt.

Det var ankenævnets opfattelse, at det skulle begrundes konkret, hvis der blev besluttet en dosis, der var højere, end det der var angivet i medicinoversigten på www.pro.medicin.dk som sædvanlig dosis. Den konkrete begrundelse skulle fremgå af journalen.

Ankenævnet lagde vægt på, at der blev givet injektion Zeldox 20 mg, uden at det var begrundet konkret i journalen, hvorfor dosis var højere end sædvanlig dosis.

Akkumulerede doser og kombinationsbehandling

Alle lægemiddelstoffer udskilles fra kroppen, men hvor lang tid, det tager, varierer fra præparat til præparat. Hastigheden fremgår af lægemidlets halveringstid, der fortæller, hvor lang tid det tager at halvere koncentrationen af lægemiddelstoffet i kroppen.

Når det vurderedes, om der er tale om sædvanlig dosering, fastslog ankenævnet derfor, at når der gentagne gange gives beroligende middel med magt, kan det indvirke på, om en dosis er "sædvanlig". Det samme er tilfældet, når der gives flere forskellige præparater på samme tid.

Nedenfor refereres først et uddrag fra en afgørelse om indvirkningen, når der kort inden er givet beroligende midler, og dernæst et uddrag fra en afgørelse, hvor det blev besluttet at give to præparater samtidig og det ene præparat i en usædvanlig høj dosis.

Medicin givet kort inden betød, at Stesolid 10 mg i.m. ikke var sædvanlig dosis

En 37-årig kvinde fik den 11. marts 2013 indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Stesolid 10 mg i.m., og senere samme formiddag tablet Zyprexa 20 mg.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede afgørelsen, da ankenævnet fandt, at der ikke var anvendt lægemidler i sædvanlig dosering.

Ankenævnet fandt, at det var nødvendigt at bringe kvinden til ro for at bedre hendes tilstand, og at der var gjort tilstrækkeligt for at tale hende til ro, begrænse og korrigere hende samt tilbyde medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet oplyste, at Stesolid var et sædvanligt lægemiddel, og at sædvanlig dosis Stesolid ifølge www.pro.medicin.dk var 10-20 mg.

Ankenævnet lagde dog konkret vægt på, at kvinden kort før, hun fik indgivet Stesolid 10 mg i.m. den 11. marts 2013, modtog 30 mg Stesolid som p.n. samt 200 mg Seroquel som engangsordination.

Kombination af Zeldox 20 mg i.m. og Stesolid 20 mg var ikke sædvanlig dosis

En 62-årig mand fik den 4. januar 2010 indgivet beroligende middel med magt i form af injektion Zeldox 20 mg i.m. og injektion Stesolid 20 mg. Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at det var nødvendigt at bringe manden til ro for at bedre hans tilstand, og at der var gjort tilstrækkeligt for at tale ham til ro, begrænse og korrigere ham samt tilbyde medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af medicinoversigten på www.pro.medicin.dk, at sædvanlig dosis Zeldox ved injektionsbehandling var 10 mg i.m. efter behov med mindst 2 timers mellemrum. I særlige tilfælde initialt 20 mg i.m., evt. efterfulgt af yderligere 10 mg mindst 4 timer efter. Højest 40 mg dgl. Senest efter 3 dage burde der skiftes til oral behandling. Ved Stesolid var sædvanlig dosis som injektionsbehandling 10-20 mg langsomt i.v. Det fremgik endvidere, at den sederende virkning af Stesolid forstærkes af antipsykotika.

Ankenævnet fandt dog, at indgivelsen af beroligende middel med magt ikke opfyldte kravet om at anvende afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ankenævnet lagde vægt på, at Stesolid og Zeldox var almindeligt anvendte og velafprøvede lægemidler, men at der blev ordineret en dosis Zeldox ud over det sædvanlige i kombination med den højeste sædvanlige dosis Stesolid.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at det af journalen i relation til beslutningen om at indgive beroligende middel med magt ikke fremgik, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis af Zeldox, der gik ud over den sædvanlige dosering, som angivet på www.pro.medicin.dk, og for derudover at supplere behandlingen med 20 mg Stesolid.

Beroligende middel med sent indtrædende effekt (Cisordinol-Acutard)

Ankenævnet så i 2013 flere sager, hvor lægemidlet Cisordinol-Acutard blev givet som beroligende middel med magt. Det fremgår af www.pro.medicin.dk om Cisordinol-Acutard, at virkningsvarigheden efter intramuskulær injektion af sædvanlige terapeutiske doser på 50-150 mg gennemsnitlig er to til tre døgn. Det varer flere timer, inden effekten indtræder, og der er maksimal virkning efter cirka et døgn.

Brug af præparatet som akut beroligende middel blev derfor allerede problematiseret i 1990, hvor Sundhedsstyrelsen på baggrund af en konkret forespørgsel udtalte, at det

er op til den enkelte læge at vurdere, hvilken beroligende medicin, der kan komme på tale, hvis bestemmelserne i psykiatrilovens § 17, stk. 2 skønnes at skulle anvendes¹.

Ankenævnet har i nedenstående afgørelse vurderet, at præparatet kunne anvendes som beroligende middel med magt i nogle situationer, hvis der samtidig gives et hurtigtvirkende og mindre potent præparat.

Cisordinol-Acutard som beroligende middel med magt

En 22-årig mand fik blandt andet indgivet beroligende middel med magt den 6. juli 2012 i form af Cisordinol-Acutard 50 mg.

Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede afgørelsen, fordi nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at fastslå, at overlægen havde fundet et akut behov for beroligende middel.

Ankenævnet lagde vægt på, at overlægen besluttede at behandle med Cisordinol-Acutard, hvor virkningen på daværende tidspunkt ifølge www.pro.medicin.dk først ville sætte ind efter 2-6 timer, og at overlægen ikke samtidig fandt behov for et hurtigtvirkende og mindre potent præparat.

¹ Tvang i psykiatrien med kommentarer af Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1991, side 101.

5.3 Øvrige udvalgte afgørelser

Ankenævnet afgjorde i 2013 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse og anvendelse af fysisk magt, ligesom ankenævnet i flere sager fik lejlighed til at komme ind på journalføringen i sagerne.

Nedenfor er refereret én sag vedrørende tvangsbehandling af legemlig lidelse, én sag om anvendelse af fysisk magt samt tre sager, hvor ankenævnet bemærkede forhold om journalføringen.

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 tvangsbehandles, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Konkret afgørelse

Beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse

En 62-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling, blev vurderet psykotisk, blandt andet præget af forfølgelsesforestillinger.

Den 4. oktober 2012 blev det besluttet at behandle med Euthyrox 25 mikrogram én gang dagligt på grund af markante hjertemæssige symptomer og forstyrrelse i hjertets overledning, som vurderedes at kunne relatere sig til kvindens lave stofskifte.

Kvinden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte afgørelsen, da det vurderede, at kvinden var i en tilstand, der udsatte hendes liv og helbred for væsentlig fare, fordi hendes stofskifte var betydeligt nedsat.

Ankenævnet fandt videre, at kvinden flere gange var forsøgt motiveret for frivillig behandling med Euthyrox 25 mikrogram, og at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om at anvende afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering.

Ankenævnet lagde i den forbindelse vægt på, at Euthyrox er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel til brug for at afhjælpe nedsat hormonproduktion i skjoldbruskkirtlen, samt at dosis var inden for den dosisangivelse, der var anført som sædvanlig på www.pro.medicin.dk under lægemidlet.

5.4.2. Fysisk magtanvendelse

Baggrund

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, hvis betingelserne i samme lovs § 14, stk. 2, om tvangsfiksering er opfyldt. Det er ved formuleringen af betingelserne om tvangsfiksering forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter vil 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 psykiatrilovens § 4.

Fysisk magtanvendelse må kun bruges 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.

Konkret afgørelse

Beslutning om at bruge fysisk magt for at undgå fiksering

Den 3. december 2012 blev der truffet beslutning om at anvende fysisk magt overfor en 45-årig mand.

Manden klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at betingelserne for at fastholde manden var opfyldt, da der var nærliggende fare for, at han selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred. Ankenævnet lagde vægt på, at manden var udadreagerende, da han begyndte at slå voldsomt på genstande i afdelingen.

Ankenævnet fandt også, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Ankenævnet lagde vægt på, at manden ikke kunne stoppes eller korrigeres af personalet, hvorfor det var nødvendigt at trykke alarm og efterfølgende fastholde ham. Manden havde tidligere under samme indlæggelse indledningsvist været udadreagerende i forhold til genstande, hvorefter tilstanden eskalerede, og han blev udadreagerende over for personalet.

Ankenævnet fandt det derfor godtgjort, at det var nødvendigt at fastholde ham for at forhindre, at tilstanden udviklede sig, så han risikerede at blive fikseret, som det var sket to gange tidligere under samme indlæggelse.

5.4.3. Journalføring

Baggrund

Ankenævnets sagsbehandling foregår som tidligere nævnt på et skriftligt grundlag, og den skriftlige dokumentation i sagen er derfor en grundsten i ankenævnets vurdering af, hvad der kan lægges til grund ved afgørelsen af sagen. Nedenfor refereres et par eksempler herpå.

Konkrete afgørelser

Tvangsprotokol og dokumentation i journal for dosis manglede

En mand klagede over en beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt i form af Stesolid til Det Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede afgørelsen.

Ankenævnet vurderede, at beslutningen ikke kunne godkendes, da der ikke forelå en tvangsprotokol, og da det ikke var muligt at fremskaffe dokumentation for, hvilken dosis Stesolid, der var givet.

Ankenævnet præciserede, at der altid skal udfyldes en tvangsprotokol, når der indgives beroligende middel med magt samt foreligge dokumentation for, hvilken dosis der gives.

Tvangsprotokollen og journalen manglede oplysninger

En mand klagede til Det Psykiatriske Patientklagenævn over, at det den 23. oktober 2013 blev besluttet at tvangsbehandle ham. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen.

Ankenævnet tiltrådte afgørelsen.

Tvangsprotokollen var ikke dateret, og der var ikke en henvisning til tvangsprotokollen i journalen. Der var heller ikke anført dato for overlægens stillingtagen, den ordinerende læges navn, eller en begrundelse for ordinationen på tvangsprotokollen.

Ankenævnet fandt dog i den konkrete sag, at det kunne lægges til grund, at det blev besluttet at tvangsbehandle den 23. oktober 2013, fordi det fremgik af journalen, og at overlægen traf beslutningen med den begrundelse, som også var anført af overlægen i journalen.

Ankenævnet fandt, at beslutningen om at tvangsbehandle opfyldte lovens krav og tiltrådte afgørelsen. Ankenævnet fandt dog samtidig, at tvangsprotokollen var mangelfuld og præciserede, at journalen også skal henvise til tvangsprotokollen, og at tvangsprotokollen skal indeholde dato for beslutning, dato for overlægens stillingtagen, samt den ordinerende læges navn og begrundelse for ordinationen.

Journalnotat manglede, og det var uklart, om patienten blev fastholdt

Den 30. maj 2013 fik en kvinde indgivet beroligende middel med magt. Hun klagede over beslutningen til Det Psykiatriske Patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

Ankenævnet ændrede afgørelsen.

Ankenævnet fandt, at beslutningen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da kvinden ikke var forsøgt talt til ro eller tilbudt medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet bemærkede samtidig, at der ikke var et egentligt journalnotat for behandlingen, men kun en tvangsprotokol indsat i journalen på det pågældende tidspunkt. Tvangsprotokollen var sat ind i samme notat som en tvangsprotokol om bæltefiksering. Det fremgik ikke tydeligt, om der var tale om bæltefiksering og dernæst beroligende middel med magt eller omvendt. Det fremgik heller ikke klart, om det beroligende middel blev givet med eller uden fastholdelse.

6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

I 2013 havde Det Psykiatriske Ankenævn ingen sager ved domstolene, men én sag ved Folketingets Ombudsmand. Det drejede sig om en patient, der klagede til Folketingets Ombudsmand over, at hans genoptagelsesansøgning ikke var blevet imødekommet af Det Psykiatriske Ankenævn.

Ombudsmanden besluttede efter gennemgang af sagen ikke at undersøge den yderligere, da det blev vurderet, at der ikke var udsigt til kritik af ankenævnets afgørelse.

Ombudsmanden lagde blandt andet vægt på, at der til brug for sagens behandling i Det Psykiatriske Ankenævn var indhentet en sagkyndig udtalelse fra en overlæge i psykiatri.

Ombudsmanden oplyste også, at reglerne for ombudsmandens arbejde betyder, at ombudsmanden kun i begrænset omfang kan tage stilling til afgørelser, der helt eller delvist bygger på en særlig fagkyndig viden — for eksempel lægefaglig viden, fordi ombudsmanden ikke har den fagkundskab, som er nødvendig for at kontrollere, om myndighedernes fagkyndige vurderinger er rigtige. I det omfang myndighedernes afgørelser også bygger på en afvejning af en række forskellige hensyn og omstændigheder (en konkret vurdering), har ombudsmanden normalt heller ikke særlige forudsætninger for at afveje disse forskellige hensyn og omstændigheder på en anden og bedre måde end myndighederne, der netop har særlige forudsætninger for at træffe afgørelser på området, blandt andet i kraft af deres erfaringer. Folketingets Ombudsmand kan dog kritisere en afgørelse, hvis der foreligger særlige omstændigheder i sagen. Særlige omstændigheder kan for eksempel være, at sagen ikke er blevet tilstrækkeligt oplyst før afgørelsen, eller hvis myndigheden har tilsidesat processuelle regler.

Efter en gennemgang af klagen og sagens bilag fandt ombudsmanden ikke grundlag for at fastslå, at der forelå sådanne særlige omstændigheder.

7 Læring

Det Psykiatriske Ankenævn er meget bevidst om at udbrede kendskabet til ankenævnets afgørelser og praksis. Kendskab gør det muligt for Det Psykiatriske Patientklagenævn, de enkelte psykiatriske afdelinger og sundhedspersoner at lære af sagerne.

En tvangsforanstaltning opleves oftest som meget indgribende i handlefrihed og selvbestemmelse. Over for patienterne og de personer, der varetager patienternes interesser, er det derfor vigtigt for ankenævnet at få synliggjort, at vi som uvildig instans er med til at sikre, at patienternes rettigheder i loven overholdes i de tvangsforanstaltninger, der klages over.

Det er baggrunden for, at ankenævnet i forbindelse med hvert nævnsmøde overvejer og vurderer, om en eller flere af sagerne skal offentliggøres i anonymiseret form på Patientombuddets hjemmeside. Der offentliggøres også resumeer af en række væsentlige afgørelser fra 2013 i denne årsberetning.

Endelig udbreder ankenævnet også kendskabet til nævnets praksis gennem foredrag og nyhedsbreve. Der blev i 2013 holdt oplæg om blandt andet Det Psykiatriske Ankenævns virksomhed for psykiatere og ankenævnets virksomhed blev gennemgået i et oplæg for en udenlandsk ombudsmandsinstitution.

Sager behandles og forberedes til ankenævnet i sekretariatet af en mindre gruppe af faste sagsbehandlere. Det fortsatte i 2013, hvor der løbende blev afholdt møder for at drøfte sager for at sikre videndeling og en ensartet praksis. Den faste kreds af sagsbehandlere giver mulighed for et tæt samarbejde med den kreds af sagkyndige konsulenter, der udtaler sig til sagerne. Det bidrager positivt til læring både i de konkrete sager, men også udadtil, da de sagkyndige konsulenter alle arbejder med psykiatriske patienter i deres hverdag.

Som noget nyt i 2013 foretog den faste gruppe af sagsbehandlere også de indledende sagsskridt med at oplyse sagerne og tage stilling til andre indledende, afklarende forhold, eksempelvis om det påklagede forhold falder under ankenævnets kompetence. Det bidrager til et endnu bedre kendskab til den fulde proces for den enkelte sagsbehandler, men betyder også, at der hurtigere kan handles på problemstillinger, der opdaget i denne fase.

8 Forventninger til fremtiden

Som forventet var 2013 et udviklende år, hvor et nyt digitalt IT-system blev implementeret for at effektivisere sagsbehandlingen yderligere og nedbringe sagsbehandlingstiderne. I løbet af året fik ankenævnet erfaringer med en mere elektronisk baseret sagsbehandling, og det forventes videreudviklet i løbet af 2014. Med indgangen til 2014 er der taget flere initiativer til at kommunikere elektronisk internt med de sagkyndige konsulenter i de psykiatriske ankesager. Det vil også i 2014 være muligt at kommunikere med borgere via e-Boks.

Det er vores håb, at disse initiativer fører til en hurtigere proces i sagerne til gavn for patienterne og til gavn for en hurtig udbredelse af ankenævnets praksis.

Der er desuden planlagt et møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen i 2014. Ankenævnet ser det som en god mulighed for at fortsætte den gode og konstruktive dialog mellem de to instanser.

Bilag

Bilag 1 Forretningsorden

BEK nr. 1574 af 15/12/2010

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 2013

Formand for nævnet:

Landsdommer Henrik Gunst Andersen

Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer

Lisbeth Holmgaard

Finn Graa Jakobsen

Stedfortrædere:

Knud Kristensen

Irene Hjortshøj

Medlemmer indstillet af Lægeforeningen

Speciallæge Mie Brodersen

Speciallæge Poul-Erik Carlsen

Stedfortrædere:

Overlæge Pernille Gansmo

Speciallæge Alice Madsen