



Årsberetning 2014

Det Psykiatriske Ankenævn

Titel: Årsberetning 2014, 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	7
4 Sagsgang	8
4.1 Klageberettigelse	8
4.2 Formelle regler	8
4.3 Patientombuddets forberedelse af sagen	8
4.4 Afgørelsen	9
4.5 Genoptagelse	13
5 Afgørelser	14
5.1 Tvangsbehandling	14
5.2 Beroligende middel med magt	27
5.3 Øvrige udvalgte afgørelser	29
6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	34
7 Læring	35
8 Forventninger til fremtiden	36
Bilag	37
Bilag 1 Forretningsorden.....	37
Bilag 2 Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2014	41

Forord

Det Psykiatriske Ankenævn sætter i årsberetningen for 2014 fokus på praksis om tvangsbehandling.

Det valgte fokus afspejler, at det særligt var problemstillinger om betænkningstid og valg af dosis ved beslutning om tvangsbehandling, der i 2014 førte til, at ankenævnet flere gange kom frem til, at betingelserne ikke var opfyldt. Derudover oplevede ankenævnet som året før, at manglende eller tvetydig dokumentation i journalen var årsag hertil.

Ankenævnet har derfor ikke så stort fokus på klager over indgivelse af beroligende middel med magt i denne udgivelse, selvom det sammen med tvangsbehandling stadig er det tvangsindgreb, som ankenævnet modtog flest klager over i 2014. Det er vores indtryk, at spørgsmålet om opfyldelse af mindstemiddels-princippet giver størst vanskeligheder i praksis ved indgivelse af beroligende middel med magt. Derfor vælger vi dog at tage enkelte eksempler med om det.

Endelig er der et eksempel på en afgørelse om beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse og en afgørelse om aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen. Det skyldes, at det er sjældent, at ankenævnet tager stilling til disse indgreb.

Vi vil i år ikke referere afgørelserne i samme omfang som tidligere år. Det er for at sætte fokus på de specifikke problemstillinger, vi har udvalgt i år. Alle de afgørelser, vi refererer, offentliggør vi, når årsberetningen udgives, i anonymiseret form og i fuld længde på Patientombuddets hjemmeside.

Henrik Gunst Andersen
Formand

1 Indledning

Det Psykiatriske Ankenævn blev oprettet den 1. januar 2011 som et selvstændigt nævn.

Ankenævnet er ankeinstans for afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen og kan ifølge § 38, stk. 1, 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.

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

2 Præsentation af Det Psykiatriske Ankenævn

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 i 2014 fremgår af bilag 2.

Ankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Ankenævnets afgørelser kan ikke indbringes for en anden administrativ myndighed.

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

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

Ankenævnet afgør sager ved stemmeflerhed. Et eventuelt mindretal kan afgive en mindretalsudtalelse, og den vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste tilfælde er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

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 er i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn (bilag 1).

3 Nøgletal

Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen har oplyst, at de i 2014 traf 1117 afgørelser, der kunne indbringes for ankenævnet. Af disse blev 132 anket. Det svarer til 12 % af de 1117 afgørelser.

I 2014 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 176 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Til sammenligning modtog nævnet 142 sager i 2013. Det svarer til en stigning i antallet af klager fra 2013 til 2014 på 23,94 procent.

Ankenævnet afgjorde 145 sager, men afsluttede i alt 183 sager. Sagerne kom ind i både 2013 og 2014, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2015 også fortsat behandlede sager, der kom ind i 2014. Da ankenævnet også afgjorde sager fra 2013, sluttede det flere sager, end det modtog, i 2014.

Ankenævnet holdt 10 møder og afgjorde, som nævnt ovenfor, 145 sager i 2014. Af de 176 nye ankesager blev 38 sager afsluttet på anden måde. For eksempel fordi de var forældede, eller fordi klager trak sin anke tilbage.

- Ankenævnet tiltrådte i 63 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Det svarer til 43,45 procent af alle afgjorte klager.
- Ankenævnet ændrede i 75 sager de psykiatriske patientklagenævns afgørelser, hvilket svarer til 51,72 procent.
- Ankenævnet hjemviste 4 sager til ny behandling, hvilket svarer til 2,76 procent.

Til sammenligning tiltrådte Det Psykiatriske Ankenævn i 2013 i alt 52 procent af sagerne fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, ændrede 40 procent og hjemviste 7 procent.

I 2014 afviste ankenævnet desuden at genoptage 2 afgørelser.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 6,3 måneder i 2014 mod 5,1 måneder i 2013.

4 Sagsgang

Det samme team af sagsbehandlere i Patientombuddets Patientklagecenter forbereder og behandler alle ankesager, som Det Psykiatriske Ankenævn skal afgøre. I 2014 bestod teamet af fire sagsbehandlere.

4.1 Klageberettigelse

Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser for Det Psykiatriske Ankenævn, hvis klager ikke får fuldt ud medhold i afgørelsen.

I praksis indgiver patienten eller patientens patientrådgiver de fleste klager, og det sker ofte via Det Psykiatriske Patientklagenævn. Sammen med klagen sender Det Psykiatriske Patientklagenævn også samtidig det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse.

4.2 Formelle regler

Når Patientombuddet modtager en sag, undersøger sagsbehandlere, om forholdet falder under ankenævnets kompetence, om forholdet, der klages over, er afgjort i 1. instans, om klagen er indgivet af en klageberettiget, og om klagen er forældet.

Det Psykiatriske Ankenævn skal have modtaget en klage senest tre måneder, efter at klageren har fået besked om Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet kan se bort fra, at klagefristen er overskredet, når særlige grunde taler for det. I praksis vurderer ankenævnet, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor klager har fået afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Hvis Patientombuddet modtager en anke over et forhold, der falder uden for ankenævnets kompetence, afviser Patientombuddet at behandle den og henviser i stedet klager til 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 eventuel partshøring laver Patientombuddet et udkast over de faktuelle forhold, der juridisk kan lægges til grund, og opstiller sundhedsfaglige spørgsmål.

Så vurderer en sagkyndig lægekonsulent med speciale i psykiatri sagen, og herefter kommer Patientombuddet med et forslag til afgørelse til ankenævnet.

4.4 Afgørelsen

Det Psykiatriske Ankenævn holder skiftevis telefon- og almindelige møder. Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Når Det Psykiatriske Ankenævn tiltræder, betyder det, at ankenævnet er enig i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Når ankenævnet ændrer, betyder det, at det annullerer patientklagenævnets afgørelse kombineret med en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige.

Når Det Psykiatriske Ankenævn ophæver, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse træder ud af kraft, uden at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige. Ophævelse sker blandt andet, fordi der mangler kompetence hos patientklagenævnet, for eksempel hvis indgrebet ikke er reguleret af psykiatriloven.

Hjemviser ankenævnet anken, betyder det, at Det Psykiatriske Ankenævn overlader det til Det Psykiatriske Patientklagenævn at afgøre sagen igen. Hvis der er tale om rent formelle fejl, som eksempelvis skrivefejl, herunder at patientklagenævnet har skrevet forkerte datoer eller navne i sin afgørelse, vil Det Psykiatriske Ankenævn som udgangspunkt rette fejlen. Er der tale om fejl i indhold, som eksempelvis at sagen er afgjort på et klart utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag, vil ankenævnet hjemvise sagen til ny behandling.

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet alene tager stilling til forhold, patientklagenævnet tager stilling til i sin afgørelse. Ankenævnet foretager en fuld prøvelse af patientklagenævnets afgørelse, herunder faktum, regelfortolkningen, den konkrete regel-anvendelse og bevisafvejningen. Ankenævnets afgørelser indeholder derfor 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 dermed ikke stilling til, om en klage burde være 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 er egnede til at influere på afgørelsens indhold. Det falder derfor uden for ankenævnets kompetence at behandle klager, der alene angår Det Psykiatriske Patientklagenævns sagsbehandling. 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.

Eksemplet herunder viser en hjemvisning, der gik på sagsbehandlingen i 1. instans.

Inhabilitet ved 1. instans medførte hjemvisning

En mandlig patient klagede over en afgørelse om godkendelse af tvangsbehandling, og at et nævnsmedlem i Det Psykiatriske Patientklagenævn var inhabil, da nævnet afgjorde sagen den 17. december 2013.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at nævnsmedlemmet ikke var inhabil i sagen.

Ankenævnet fandt, at det lægelige nævnsmedlem var inhabil på afgørelsestidspunktet.

Ankenævnet lagde vægt på, at nævnsmedlemmet måneden inden nævnsmødet ansøgte om en stilling på behandlingsstedet, var til samtale på stedet, og før nævnsmødet fik et mundtligt ansættelsestilbud.

Ankenævnet mente, at der var en formodning for, at der for det pågældende lægelige nævnsmedlem, før nævnsmødet og sagens afgørelse, var opstået en særlig loyalitetsfølelse over for hans kommende arbejdsplads og dermed hans kommende overordnede. Selvom en sådan loyalitetsfølelse ikke skulle være opstået, mente ankenævnet, at tilknytningsforholdet til afdelingen var egnet til at skabe tvivl om nævnsmedlemmets upartiskhed i forhold til afgørelsen. Der var derfor fare for, at afgørelsen i sagen var påvirket af uvedkommende hensyn.

Ankenævnet mente også, at der i afgørelser om at iværksætte foranstaltninger imod en patients ønske, som ved tvangsbehandling, er tale om en meget indgribende indskrænkelse af vedkommendes autonomi. Der må derfor særligt ikke opstå tvivl om inhabilitet i de sager.

Ankenævnet vurderede, at inhabiliteten var så væsentlig, at afgørelsen, som blev truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, var ugyldig, og at det ikke var muligt for ankenævnet at reparere afgørelsen.

Ankenævnet lagde vægt på, at afgørelsen var indgribende for patienten og gjorde det muligt umiddelbart at iværksætte tvangsbehandling, når han fik kendskab til afgørelsen. Hvis ankenævnet traf en materiel afgørelse på det grundlag, der forelå, og reparerede afgørelsen, ville det reelt gøre det umuligt for patienten at få en to-instansbehandling.

Ankenævnet hjemviste sagen til ny behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Eksemplet herunder viser en afgørelse, hvor ankenævnet fastslog, at der ikke var inhabilitet, og derfor også tog stilling til tvangsindgrebet.

Ankenævnet fastslog, at der ikke var inhabilitet ved 1. instans, og tog stilling til anke

En mandlig patient klagede over Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningens afgørelse af 4. september 2013 om tvangsbehandling. Patienten anførte, at formanden for nævnet var inhabil, da nævnet behandlede sagen. Han anførte også, at formanden tidligere havde deltaget i behandlingen af hans sager og blandt andet givet medhold i, at hospitalet måtte tvangsbehandle ham på et forkert grundlag. Han anførte også, at han havde politianmeldt formanden.

Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at formanden ikke var inhabil i sagen.

Det fremgik, at formanden deltog som sagsbehandler, da Det Psykiatriske Patientklagenævn behandlede tidligere klager fra patienten, men ikke som formand. Endvidere kendte formanden ikke til politianmeldelsen.

Ankenævnet vurderede, at formanden ikke havde en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald. Det forhold, at formanden var med til at behandle tidligere klagesager, var ikke et udtryk for, at hun var repræsentant for nogen, der havde en sådan personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald.

Ankenævnet lagde vægt på, at formanden i de tidligere sager repræsenterede sekretariatet for Det Psykiatriske Patientklagenævn og ikke én af sagens parter.

Ankenævnet mente også, at selvom de tidligere sager eventuelt blev underkendt i en 2. instansbehandling medførte det ikke i sig selv inhabilitet, og at der ikke i øvrigt var omstændigheder, som rejste tvivl om hendes upartiskhed, da sagen blev afgjort den 4. september 2013.

Ankenævnet tog herefter stilling til indholdet i afgørelsen om tvangsbehandling af patienten.

Når ankenævnet afgør en sag, vurderer det samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Patientombuddets hjemmeside.

Når ankenævnet slutter sin sagsbehandling, sender det sin endelige afgørelse til klageren, sygehuset, Det Psykiatriske Patientklagenævn, den pågældende region og Sundhedsstyrelsen.

4.5 Genoptagelse

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

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. Det fremgår hertil af § 14 i bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn.

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

Eksemplet herunder viser et tilfælde, hvor ankenævnet i 2014 ikke fandt grund til at genoptage en sag.

Ingen sagsbehandlingfejl eller nye og væsentlige oplysninger

En klager bad om at få genoptaget en afgørelse, som var truffet af Det Psykiatriske Ankenævn. Hun mente, at det var en fejl, at hun var behandlet i psykiatrisk regi, da hun var somatisk syg, og at hun havde oplevet bivirkninger ved tvangsmedicineringen. Hun var også forundret over, at hun ikke fik mulighed for at komme med oplysninger i sagen, inden ankenævnet afgjorde den.

Ankenævnet afviste at genoptage sagen, fordi der ikke var tale om nye og væsentlige oplysninger eller var sket sagsbehandlingsfejl.

Ankenævnet mente ikke, at hendes oplysning om, at hun ikke havde en psykiatrisk lidelse, men var somatisk syg, var ny, da den fremgik af de dokumenter, som lå til grund for ankenævnets oprindelige afgørelse.

Oplysningen om bivirkninger ved behandlingen var ny. Men ankenævnet mente ikke, at den var væsentlig, når det gjaldt den beslutning om tvangsbehandling, som sagen handlede om, fordi det var viden, man ikke havde på beslutningstidspunktet.

Det var også muligt for patienten at komme med bemærkninger ved anken af afgørelsen. Ankenævnet antog, at patienten kendte det faktiske grundlag for sagen, fordi der ikke var indhentet nye oplysninger i forhold til 1. instansens behandling af sagen. Ankenævnet mente derfor ikke, at det var en sagsbehandlingsfejl, at patienten ikke havde haft mulighed for at komme med flere bemærkninger til sagen.

5 Afgørelser

Ankenævnet resumerer herunder en række afgørelser fra 2014, som er udvalgt på baggrund af de tendenser og problemstillinger, som ankenævnet konstaterede i 2014. Afgørelserne er delt i tre overordnede emner: tvangsbehandling, beroligende middel med magt og øvrige udvalgte afgørelser.

5.1 Tvangsbehandling

Behandling på psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens samtykke. Det fremgår af § 3 i psykiatriloven. Lovens § 1, stk. 2, henviser til sundhedslovens kapitel 5 om betingelserne for et informeret samtykke.

Informeret samtykke er et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 3. Ifølge § 16 i samme lov skal patienten blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten skal have løbende information og fremstillingen af dennes sygdom og den påtænkte behandling skal være til at forstå.

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

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

Det er en betingelse, at patienten var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed. Det er også et krav, at det er uforsvarligt ikke at tvangsbehandle patienten. Det vil sige, at udsigten til at blive helbredt, eller at tilstanden bliver betydeligt og afgørende bedre, ellers vil være væsentligt forringet. Eller at patienten udgjorde en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Sundhedspersonalet skal også have forsøgt at motivere patienten tilstrækkeligt, og kravet om betænkningstid skal være opfyldt. Dette har vist sig at være et vanskeligt område i praksis, og vi har derfor valgt at komme nærmere ind på dette under punkt 5.1.1 og 5.1.2.

Det skal desuden være en overlæge, som skal beslutte at tvangsbehandle. Se nærmere herom under 5.1.3.

Opfyldes de krav, vurderer ankenævnet, om det er besluttet at tvangsbehandle med afprøvede lægemidler med markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet. Et eksempel på en beslutning, der ikke opfyldte det krav står under punkt 5.1.4. Der skal desuden være tale om en sædvanlig dosering og medicin med færrest mulige bivirkninger. Det emne så ankenævnet forskelligt fortolket i 2014. Det medførte, at ankenævnet i flere tilfælde måtte underkende beslutninger om tvangsbehandling. Se mere om det under punkt 5.1.5.

Patienten skal også være informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen træffes. Der skal desuden tages stilling til spørgsmålet om opsættende virkning. En klage over tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, medmindre det var nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare, eller for at afværge at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Ankenævnet berører også herunder emnet depotbehandling ved akutte situationer under afsnit 5.1.6.1 og samtidige beslutninger om tvangsbehandling og tvungen opfølgning under afsnit 5.1.6.2.

5.1.1 Indhold af motivationen

Motivationens indhold har stor betydning for, om ankenævnet kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Tilstrækkelig motivation betyder, at det reelt er muligt for patienten at tage stilling til, om han eller hun vil tage frivilligt imod behandlingen. Hvis patienten ikke dagligt motiveres relevant op til beslutningen, kan betænkningstiden blive afbrudt, og motivationen skal dermed starte forfra. Det sker for at sikre, at det er klart, hvilken behandling der tilbydes, og for at patienten har tid til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der er motiveret tilstrækkeligt, indgår det, når ankenævnet vurderer, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

Ankenævnet så i 2014 flere sager, hvor journalen ikke var klar. Der stod f.eks., at patienten var motiveret for forskellige doser af et præparat. Ankenævnet må i de sager bevisafveje for at komme frem til, hvad patienten må være motiveret for. Anke-

nævnet behandler sager på skriftligt grundlag og er derfor afhængigt af, hvad der står i journalen. Ankenævnet går som udgangspunkt ud fra, at oplysningerne i journalen er korrekte. Hvis der ifølge journalen samme dag er motiveret for forskellige doser, kan det føre til, at ankenævnet lægger til grund, at der var motiveret for alle de forskellige doser den pågældende dag, som der står i journalen. Motivationen bliver dermed så ukonkret, at ankenævnet ikke kan antage, at patienten forstod, hvilken behandling der blev truffet beslutning om.

Forskellige angivelser i journal og motivationsark gjorde det usikkert, om patienten var motiveret konkret

I perioden fra den 11. til den 14. juli 2014 forsøgte sundhedspersonale at motivere en patient for behandling. Den 14. juli 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle med tablet Zyprexa 5-20 mg.

Den 11. juli 2014 kl. 13 blev der ifølge et særskilt motivationsark motiveret for tablet Zyprexa 5-20 mg. Det fremgik også af motivationsarket, at patienten den 12. og 13. juli 2014 blev motiveret, men der stod ikke for hvilket præparat eller hvilken dosis.

Ankenævnet bemærkede, at det ikke fremgik noget sted i journalen, herunder motivationsarket, at patienten konkret blev motiveret for tvangsbehandling med Zyprexa den 12. juli 2014.

Den 13. juli 2014 kl. 10 blev patienten ifølge en anden del af journalen motiveret for tablet Zyprexa 5-20 mg. Forskellige sundhedspersoner skrev i notatet den 13. juli 2014 i motivationsarket og i journalen.

Den 14. juli 2014 kl. 13.41 noterede sundhedspersonale i journalen, at patienten var i motivationsfase for Zyprexa. Et andet sted i journalen fremgik det, at patienten var motiveret for tablet Zyprexa 5-20 mg den 14. juli 2014.

Ankenævnet fandt ikke, på grund af de forskellige angivelser i motivationsarket og journalen for den 13. juli 2014 og den manglende motivation for det fulde dosisinterval den 12. juli 2014, at det tilstrækkeligt sikkert kunne fastslås, at patienten blev motiveret konkret for den tvangsbehandling, der blev besluttet den 14. juli 2014.

Ankenævnet mente ikke, at det kunne lægges til grund, at patienten fik en tilstrækkelig motivation og betænkningstid før beslutningen den 14. juli 2014.

5.1.2 Betænkningstid

Det er en betingelse for tvangsbehandling, at patienten får en passende betænkningstid før beslutningen, så patienten kan nå at overveje, om han eller hun vil tage frivilligt imod behandlingen. Det fremgår af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst tre dage, jf. § 12, stk. 5.

Patienten skal, før overlægen beslutter at tvangsbehandle, så vidt muligt have mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver.

Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres, jf. bemærkningerne til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

På den baggrund mener ankenævnet, at en patient har krav på højst tre dages betænkningstid, inden tvangsbehandling besluttet. En betænkningstid på tre fulde dage vil derfor som udgangspunkt stemme overens med lovens krav, hvis motivationen i de dage var tilstrækkelig. Det er også muligt at give en kortere betænkningstid, hvis det konkret er muligt for patienten at overveje sit samtykke til behandlingen og så vidt muligt at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Endelig kan overlægen konkret vurdere, at en patient skal have en længere betænkningstid end tre dage.

Herunder følger en række eksempler på ankenævnets praksis til udstrækningen af betænkningstiden i 2014.

Et døgn betænkningstid var ikke tilstrækkelig

En patient blev motiveret for den primære behandling den 27. til den 28. december 2012, hvor det blev besluttet at tvangsmedicinere.

Ankenævnet fandt, at ét døgn ikke var tilstrækkelig betænkningstid. Der blev lagt vægt på, at patienten ikke var kendt i psykiatrien før den aktuelle indlæggelse og heller ikke tidligere havde fået antipsykotisk medicin.

Betænkningstid på 2 døgn og 22 timer var tilstrækkelig, da patienten var tilbudt at tale med en patientrådgiver

Ankenævnet fandt, at en patient, der var motiveret for hele den primære behandling fra den 19. april 2013 kl. 16, til det blev besluttet at tvangsmedicinere den 22. april 2013 kl. 14, fik en tilstrækkelig betænkningstid.

Ankenævnet lagde vægt på, at der blev motiveret i 2 døgn og 22 timer, og at patienten var tildelt en patientrådgiver, som han - inden beslutningen blev truffet - blev opfordret til at drøfte forholdet med.

Over tre dages betænkningstid var tilstrækkeligt

Ankenævnet fandt, at en patient fik en tilstrækkelig betænkningstid, da der var motiveret for hele den primære behandling fra den 22. til den 25. maj 2013, før det blev besluttet at tvangsmedicinere den 26. maj 2013.

Betænkningstid på 2 døgn og 8 timer var tilstrækkelig, da patienten var tilbudt at tale med en patientrådgiver

Ankenævnet fandt, at en patient fik en tilstrækkelig betænkningstid, da han var motiveret for hele den primære behandling fra den 8. juni kl. 8, til det blev besluttet at tvangsmedicinere den 10. juni 2014.

Ankenævnet lagde vægt på, at betænkningstiden varede i 2 døgn og 8 timer, og at patienten var tildelt en patientrådgiver, som det var muligt at drøfte forholdet med, inden beslutningen blev truffet.

5.1.3 Overlægegodkendelse

Det er overlægen, der beslutter om der skal tvangsbehandles, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal anvendes magt for at gennemføre behandlingen. Det fremgår af § 12, stk. 4, i psykiatriloven.

Det Psykiatriske Ankenævn refererer herunder et eksempel fra 2014 på, at ankenævnet tog stilling til, om kravet om overlægegodkendelse var overholdt.

Uvished om overlægegodkendelse

Det fremgik ikke af journalen, at det var en overlæge, der besluttede at tvangsbehandle. På tvangsprotokollen stod navnet på en læge, som, Det Psykiatriske Ankenævn fik at vide af behandlingsstedet, ikke var overlæge og ikke fungerede som overlæge på det tidspunkt, hvor det blev besluttet at tvangsbehandle.

Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt. Blandt andet fordi det ikke fremgik, at en overlæge traf beslutningen om at tvangsbehandle.

5.1.4 Afprøvede lægemidler

Der skal, når der tvangsmedicineres, anvendes afprøvede lægemidler. Det fremgår af § 12, stk. 2, i psykiatriloven. Forarbejderne til loven siger, at afprøvede lægemidler er præparater, der er velkendte, og som er optaget i Sundhedsstyrelsens specialitetsregister, jf. Lægeforeningens medicinfortegnelse og Lægemiddelkataloget. Da www.pro.medicin.dk har erstattet Lægemiddelkataloget, holder ankenævnet sig til den fortegnelse.

Det fremgår derudover af § 2 i bekendtgørelsen nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at afprøvede lægemidler er præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7, og som markedsføres her i landet.

Herunder er et eksempel på en afgørelse om tvangsbehandling, hvor kravet om markedsføringstilladelse ikke var opfyldt, fordi der var tale om et kopipræparat, som ikke var markedsført i Danmark.

Der manglede en markedsføringsgodkendelse på præparatet Peratsin ved tvangsmedicinering. Det betød, at beslutningen om at tvangsbehandle ikke kunne godkendes

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen af en 76-årig mand med præparatet Peratsin ikke opfyldte kravet om at anvende afprøvede lægemidler.

Ankenævnet lagde blandt andet vægt på, at præparatet Peratsin ikke var et almindeligt og velafprøvet lægemiddel, fordi præparatet ikke var godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddellovens § 7 og derfor ikke var markedsført i Danmark.

5.1.5 Sædvanlig dosering

5.1.5.1 Generelt om sædvanlig dosering

Der skal også, når der tvangsmedicineres, anvendes lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Det fremgår af § 12, stk. 2, i psykiatriloven. Forarbejderne siger, at sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der står i lægemiddelfortegnelsen, og det der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser – megadoser – vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling.

Ankenævnets praksis er derfor, at det har tilladt en større dosis end den sædvanlige i de tilfælde, hvor behovet konkret og velbegrunderet beskrives i forhold til patienten, så længe dosis holder sig, inden for det retningslinjerne angiver som maksimaldosis.

Nævnet arbejder dermed med en skærpet pligt til at begrunde, når doseringen overstiger den sædvanlige dosis, som www.pro.medicin.dk angiver, men overholder maksimaldosis.

Det følger af ankenævnets praksis, at "god lægelig praksis", som fremgår af forarbejderne, ikke giver en alternativ adgang til at fastlægge den tilladelige dosis i forhold til "sædvanlig dosering". "God lægelig praksis" skal anvendes til at udfylde det doseringsinterval, der står på www.pro.medicin.dk. "God lægelig praksis" kan kun udfylde den ramme, som følger af doseringsretningslinjerne på www.pro.medicin.dk i forhold til den konkrete patient.

Det Psykiatriske Ankenævn tog i en række sager i 2014 stilling til, om der var tale om sædvanlig dosering i beslutninger om tvangsbehandling. I den forbindelse påpegede ankenævnet over for Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse forskellige forhold, der drejede sig om forståelsen af § 12, stk. 2, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Overvejelserne fremgår også af Patientombuddets hørings svar til ændring af psykiatriloven, der blev foreslået i 2014.

Ankenævnet berører også emnet i sin praksissammenfatning om psykiatriske ankesager for 1997-2011 i afsnit 6.3.4 og i et nyhedsbrev fra 2012 om Zyprexa. Nyhedsbrevet kan læses på Patientombuddets hjemmeside under Publikationer – Nyhedsbreve - Patientombuddets Klagecenter – Nyhedsbrev, den 28. november 2012.

Derudover offentliggjorde ankenævnet i 2013 to afgørelser om sædvanlig dosis af præparatet Abilify. De ligger på Patientombuddets hjemmeside under Afgørelser - Afgørelser fra Det Psykiatriske Ankenævn – Nævnets afgørelser - 2013

Herunder er et eksempel på en afgørelse fra 2014 om den skærpede begrundelsespligt.

Godkendelse af ellers usædvanlig dosis Xeplion

Den 20. juni 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle en patient med injektion Xeplion 150 mg i.m. på 1. dagen og injektion Xeplion 100 mg på 8. dagen. Derefter injektion 75 mg hver fjerde uge stigende i dosis efter virkning og bivirkninger samt serumværdi til maksimum 125 mg Xeplion månedligt.

Det fremgik af www.pro.medicin.dk, at der ved behandling med injektion Xeplion initialt gives 150 mg i.m. på dag 1 og 100 mg i.m. på dag 8, eventuelt +/- 4 dage. Sædvanlig vedligeholdelsesdosis er 75 mg i.m. hver 4. uge, eventuelt +/- 7 dage. Dosis kan justeres i intervallet 25-150 mg i.m. månedligt.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om at anvende et afprøvet lægemiddel, selvom den besluttede dosis på op til 125 mg månedligt gik ud over sædvanlig vedligeholdelsesdosis, som anført på www.pro.medicin.dk. Dosis var inden for maksimal dosis.

Ankenævnet lagde vægt på, at det af journalen konkret fremgik, hvad grunden var til, at der blev ordineret en dosis, der gik ud over den på www.pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis, og at patienten konkret blev informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis.

Ankenævnet lagde også vægt på, at grunden til den ellers usædvanlige dosis var, at patienten tidligere ofte havde haft brug for større doser af antipsykotiske præparater og flere gange havde haft brug for at blive behandlet med flere præparater samtidigt. Nævnet lagde også vægt på, at formålet med behandlingen var at stabilisere patientens psykiske tilstand og lindre de psykotiske tegn, som han led af dagligt. Patienten var desuden kendt i psykiatrisk regi.

5.1.5.2 For ældre patienter

Når ankenævnet vurderer, om den besluttede dosis er sædvanlig, ser ankenævnet på patientens alder. Dette skyldes, at en dosis kan være sædvanlig for én aldersgruppe, men usædvanlig for en anden. På www.pro.medicin.dk står der derfor også ofte under de enkelte præparater, hvad dosis er for henholdsvis unge, voksne og ældre patienter.

Herunder er et eksempel, hvor patientens alder fik betydning, da ankenævnet vurderede, om der var tale om en sædvanlig dosis.

Den ordinerede dosis af Serenase var usædvanlig, fordi patienten var 68 år

Det blev besluttet at tvangsbehandle en 68-årig patient med tablet Serenase 5 mg x 2 stigende afhængig af effekt til max 20 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg x 2 i.v. stigende afhængig af effekt til max 20 mg i døgnnet.

Ankenævnet oplyste, at det fremgik af [pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at dosis ved tablet/mikstur behandling med Serenase ved akutte tilstande var 2-20 mg fordelt på en eller flere doser dagligt. Ved kroniske tilstande var dosis 1-3 mg 3 gange dagligt. Højst 20 mg dagligt. Ved injektionsbehandling blev der højst givet 20 mg dagligt. 5 mg kunne gives i.m. hver time til symptomkontrol eller højst 20 mg dagligt.

Ankenævnet oplyste også, at der skulle udvises forsigtighed over for ældre, fordi der blandt andet var øget risiko for ortostatisk hypotension.

Ankenævnet fandt, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om at anvende afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde vægt på, at Serenase er et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at den besluttede dosering gik ud over den sædvanlige dosering til ældre, som fremgik af www.pro.medicin.dk.

Ankenævnet lagde også vægt på, at der af journalen i relation til beslutningen om at tvangsbehandle ikke fremgik oplysninger om, hvad baggrunden var for at ordinere en dosis, der gik ud over den sædvanlige dosering, som fremgik af www.pro.medicin.dk.

Ankenævnet mente derfor, at det ikke fremgik konkret af journalen, hvad grunden var til, at der var blev ordineret en dosis, der gik ud over det, www.pro.medicin.dk angav som sædvanlig dosis. Det fremgik heller ikke, at patienten konkret var informeret om, at den ordinerede dosis gik ud over sædvanlig dosis for ældre patienter.

5.1.5.3 Sædvanlig dosisadministration

Ankenævnet ser også på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når det vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på www.pro.medicin.dk, for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Det vil sige, at hvis det eksempelvis fremgår af www.pro.medicin.dk, at et bestemt præparat skal administreres over to omgange i løbet af et døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgn dosis ikke kravet om sædvanlig dosis.

Eksemplet herunder illustrerer ankenævnets praksis i forhold til dosisadministration.

Usædvanlig dosisadministration af Serenase

Den 6. februar 2013 blev det besluttet at tvangsbehandle en 35-årig mand med tablet/mixtur Serenase 10 mg op til 30 mg x 1, subsidiært injektion Serenase 7,5 mg op til 15 mg, begge justeret efter effekt og bivirkninger.

Det fremgik på det tidspunkt af pro.medicin.dk, at dosis ved tablet/mikstur behandling med Serenase var 2-10 mg tre gange dagligt. Ved injektionsbehandling blev der givet doser i halvdelen af den påtænkte orale dosis.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om at anvende afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Ankenævnet lagde vægt på, at Serenase var et almindeligt anvendt og velafprøvet lægemiddel, men at de besluttede doseringer gik ud over den dosering, som www.pro.medicin.dk angav som sædvanlig.

Ankenævnet lagde videre vægt på, at der blev ordineret tablet/mixtur Serenase 10 mg op til 30 mg x 1, subsidiært injektion Serenase 7,5 mg op til 15 mg, uden angivelse af, at tablet Serenase skulle fordeles på doser af 10 mg tre gange dagligt, ligeledes skulle dosis ved injektion Serenase fordeles på flere doser.

5.1.6 Øvrige særlige afgørelser om tvangsbehandling

5.1.6.1 Depotbehandling (ved akutte tilfælde)

Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling, når patienter tvangsmedicineres, hvis reaktion på behandlingen, man ikke kender. Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Mindstemiddelsprincippet indebærer, at ankenævnet som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end peroral behandling. Det er ankenævnets praksis som udgangspunkt at anse behandling med depotmedicin for at være den mest indgribende behandlingsform. Derfor skal der være særlige grunde til stede for at vælge den behandlingsform.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten lider af giftfrygt/frygt for sprøjter. Her vil tvangsbehandling med tablet eller mikstur være umuligt. En særlig grund kan også være, at brugen af daglige injektioner vil være særligt angstvoldende eller for-

bundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse. Den særlige begrundelse skal være konkret og journalføres.

Eksemplet herunder viser, at tvangsbehandling med depotmedicin kræver en konkret og relevant begrundelse, og at det ikke er tilstrækkeligt kun at henvise til, at patienten tidligere har fået depotmedicin med god effekt.

Tvangsbehandling med depotmedicin uden tilstrækkelig begrundelse

Den 15. juli 2013 blev det besluttet at tvangsbehandle en 60-årig mand med injektion Cisordinol depot 100 mg, hver anden til fjerde uge i stigende dosering til 400 mg hver anden til fjerde uge, afhængig af effekt og under hensyntagen til eventuelle bivirkninger.

Det fremgik af en tidligere journal, at patienten under en indlæggelse i udlandet fik tvangsmedicin i depotform på grund af et mangelfuldt samarbejde om tabletbehandling.

Ankenævnet vurderede konkret, at tvangsbehandlingen i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform, på det tidspunkt hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde vægt på, at tvangsbehandlingen med Cisordinol Depot i journalen alene var begrundet med, at depotbehandling tidligere var effektiv.

Ankenævnet lagde også vægt på, at patienten ifølge journalen ikke led af giftfrygt/frygt for sprøjter. Ankenævnet fandt det derfor ikke godtgjort, at tvangsbehandling med tablet eller mikstur ville være umulig, eller at brugen af daglige injektioner ville være særligt angstvoldende eller forbundet med vedvarende daglig fysisk magtanvendelse.

Depotmedicin har oftest en langsomtvirkende effekt. Eksemplet herunder viser, at tvangsbehandling med depotmedicin som udgangspunkt ikke kan bruges til at afhjælpe en akut situation eller tilstand, da det har en langsomtvirkende effekt. Eksemplet illustrerer også kravet om, at det skal begrundes konkret, når der behandles med depotmedicin, og kravet om betænkningstid.

Tvangsbehandling med depotmedicin efter 24-timers betænkningstid

Den 4. oktober 2013 blev det besluttet at tvangsbehandle en 38-årig mand med depotpræparatet Trilafon Dekanoat 162,3 mg i.m. hver 14. dag.

Det fremgik af journalen, at patienten fik tilbudt behandling med injektion Trilafon Dekanoat 162,3 mg i.m. hver 14. dag gennem 24 timer, inden det blev besluttet at tvangsbehandle.

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

Ankenævnet mente, at der ikke var gjort, hvad der var muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, fordi det ikke kunne afvises, at han ville have modtaget behandlingen frivilligt, hvis der var forsøgt motiveret mere end 24 timer.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten, før overlægen besluttede at tvangsbehandle, fik mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Journalen beskrev heller ikke omstændigheder, der kunne begrunde den korte motivationsperiode.

Ankenævnet lagde også vægt på, at den besluttede depotbehandling havde en forventet langsomt indsættende virkning. Så hvis der blev iværksat depotbehandling, kunne det ikke forventes at afhjælpe en akut situation eller tilstand.

5.1.6.2 Samtidig beslutning om tvangsbehandling efter § 12 og tvungen opfølgning

En overlæge kan, før en patient udskrives, beslutte tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil holde op med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred. En beslutning om tvungen opfølgning kan kun omfatte et pålæg til patienten om at møde op til medicinering på en psykiatriske afdeling. Det fremgår af § 13 d i psykiatriloven.

Det fremgår også af Sundhedsstyrelsens rapport fra maj 2014 om tvungen opfølgning, at medicineringen på psykiatriske afdelinger som led i tvungen opfølgning foregår efter reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning og ikke efter psykiatrilovens regler om tvangsindlæggelse og tvangsbehandling.

Ankenævnet har ikke kompetence til at behandle klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn om tvungen opfølgning. En beslutning om tvungen opfølgning kan dog influere på ankenævnets afgørelse om beslutningen om at tvangsbehandle efter § 12.

Det skyldes, at det er en betingelse for at tvangsbehandle, at patienten er tvangstilbageholdelig. Det krav kan ikke forenes med en forventning om, at udskrivelse er tæt på.

Ankenævnet ændrede i 2014 to afgørelser om tvangsmedicinering, fordi det vurderede, at der ikke var tale om en beslutning om at tvangsbehandle efter psykiatrilovens § 12, men om medicinering som led i en samtidig beslutning om tvungen opfølgning. Det skyldtes, at beslutningen om medicinering blev truffet tæt på beslutningen om tvungen opfølgning, og dermed tæt på at patienten skulle udskrives.

Tvangsbehandling ikke truffet efter psykiatrilovens § 12, uanset at der ikke var en tvangsprotokol for tvungen opfølgning

Der blev besluttet tvungen opfølgning af en 65-årig mand og i denne sammenhæng også at tvangsmedicinere med depotbehandling.

Ankenævnet bemærkede til sagen, at der var en tvangsprotokol for tvangsbehandlingen med depotmedicin, men ikke en tvangsprotokol for beslutningen om tvungen opfølgning.

Det stod imidlertid i journalen, at beslutningen om tvangsbehandling og tvungen opfølgning blev truffet samme dag og i tilknytning til hinanden. Afdelingen iværksatte også begge dele samme dag, som patienten blev udskrevet fra afdelingen, efter Det Psykiatriske Patientklagenævns godkendte beslutningen om tvungen opfølgning og tvangsmedicinering. Det fremgik af en udtalelse fra den psykiatriske afdeling.

Ankenævnet mente derfor, at den beslutning, der blev truffet om tvangsbehandling med depotmedicin ikke var en beslutning efter psykiatrilovens § 12, men en beslutning om tvangsbehandling som led i en samtidig beslutning om tvungen opfølgning.

Ankenævnet anførte, at selvom, der var udfyldt en særskilt protokol for tvangsbehandlingen, så mente ankenævnet ikke, at beslutningen skulle behandles som en beslutning om at tvangsbehandle efter psykiatrilovens § 12.

Ankenævnet gjorde også opmærksom på, at det ikke kunne tage stilling til de materielle betingelser for tvangsindgrebet, fordi ankenævnet ikke fandt, at de var omfattet af ankenævnets kompetence, jf. psykiatrilovens § 38, stk. 1.

5.2 Beroligende middel med magt

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

Mindstemiddelsprincippet i psykiatrilovens § 4 fastslår, at tvang ikke må benyttes, før alt muligt er gjort for at få patienten til at medvirke frivilligt. Brugen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal de anvendes.

Ankenævnet mener også, at skal der gives beroligende middel med magt, skal det ske med afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering. Ligesom det er tilfældet for tvangsbehandling efter psykiatrilovens § 12.

5.2.1. Forsøg på mindre indgribende foranstaltninger

En patient skal efter mindstemiddelsprincippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttet at give beroligende middel med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse. Det skal også journalføres, at man forgæves har forsøgt at skærme og tale patienten til ro. Det skal til for at sikre, at mindre indgribende foranstaltninger ikke var tilstrækkelige. Ankenævnet underkendte i 2014 en række sager om beroligende middel med magt, fordi det ikke klart fremgik af journalen, at de tiltag var gjort.

Ankenævnet kan dog også konkret vurdere, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt, selvom alle tiltag ikke er forsøgt. Det sker, hvis der er tale om særlige omstændigheder, der er beskrevet i journalen, som tydeliggør, at flere tiltag ikke var mulige.

Den følgende afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet foretager en konkret vurdering i de sager.

Konkret vurderet, at der ikke var mulighed for flere tiltag

En 66-årig mand fik den 27. september 2013 indgivet beroligende middel med magt, fordi han var opkørt, verbalt truende, hurtigkørende, vredladet og truede personale og politi på livet og med knyttet næve.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at man først forsøgte at begrænse og korrigere mandens aktiviteter, der var blandt andet seks personalemedlemmer og to politibetjente til stede. Man forsøgte også at samtale med ham, hvilket var næsten umuligt, fordi han konstant var opkørt og talende. Endelig forsøgte man at tilbyde ham beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Ankenævnet fandt i andre sager, at der ikke var gjort tilstrækkeligt for at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning. Eksemplet herunder viser det.

Mindre indgribende foranstaltninger burde være forsøgt

En 47-årig kvinde fik den 5. oktober 2012 indgivet beroligende middel med magt, fordi hun ikke havde sovet mere end et par timer, hendes tilstand var yderligere forværret, og hun havde stigende uro.

Ankenævnet fandt, at indgivelsen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at selvom man først forsøgte at tilbyde beroligende middel til frivillig indtagelse, var der ikke i journalen oplysninger om, at man forsøgte at begrænse og korrigere hendes aktiviteter, og at hun var forsøgt talt til ro. Der var heller ikke oplysninger om, at samtale forværrede situationen, eller at hun havde nægtet at lade sig skærme.

Der skal som udgangspunkt gives samme præparat og dosis, som motivet for

Ankenævnet fandt, at mindstemiddelsprincippet ikke var opfyldt, da der blev givet en højere dosis Zyprexa til patienten, end hun fik tilbudt at indtage frivilligt.

Ankenævnet lagde vægt på, at patienten fik tilbudt medicin til frivillig indtagelse i form af tablet Zyprexa 10 mg, men at indgivelse af beroligende middel med magt i stedet blev givet i form af injektion Zyprexa 10 mg i.m. Det svarer til en højere dosis, end den der blev tilbudt.

Ankenævnet lagde også vægt på, at journalen ikke angav, at der var tale om en situation, der eskalerede, efter at patienten fik tilbudt medicinen, eller gav en anden eventuel begrundelse for at øge dosis i forhold til det tilbudte.

5.3 Øvrige udvalgte afgørelser

Ankenævnet afgjorde i 2014 enkelte sager om tvangsbehandling af legemlig lidelse og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen. Ankenævnet refererer et eksempel fra hvert emne herunder.

5.4.1. Tvangsbehandling af legemlig lidelse

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. Det følger af psykiatrilovens § 13.

Beslutning om behandling og observation af patient efter trombolysebehandling

Den 13. august 2014 blev det besluttet at tvangsbehandle legemlig lidelse hos en 68-årig mand. Da han blev indlagt samme dag, havde han en promille på 1,9. Han havde, før han blev indlagt, udviklet manglende kraft og nedsat følesans i 4. og 5. finger på højre hånd. Man konstaterede kort efter indlæggelsen, at årsagen til den nedsatte kraft i fingrene var en blodprop i hjernen. Han blev tilbudt trombolyse, som er en behandling, der opløser blodpropper, men samtidig indebærer risiko for efterfølgende blødning. Patienten accepterede behandlingen, men insisterede umiddelbart efter behandlingen på at blive udskrevet og begyndte selv at afmontere det apparatur, der skulle overvåge ham, ligesom han fjernede den anlagte venflon. Man forsøgte at forklare ham, at det var absolut nødvendigt, at han forblev indlagt. Han blev herefter tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling med udstationering på neurologisk afdeling. Samme dag blev der ordineret behandling i form af undersøgelse, observation og behandling i relation til trombolyse.

Ankenævnet fandt, at patienten på tidspunktet, da det blev besluttet at tvangsbehandle med undersøgelse, observation og behandling, var sindssyg eller i en tilstand, der ganske var at ligestilles hermed. Det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til, at han blev helbredt eller hans tilstand blev betydeligt og afgørende forbedret, ellers ville være væsentligt forringet. Nævnet lagde vægt på, at han befandt sig i en psykotisk tilstand præget af beruselse med en promille på 1,9 og manglende realitetssans. Han var agiteret, vredladet, diskuterende og uden nogen form for indsigt i den fare, han potentielt befandt sig i.

Ankenævnet lagde vægt på, at det fremgik af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, at man skal overvåge patienter, der har gennemgået trombolyse, i mindst 24 timer på grund af den øgede risiko for blødning. Hvis man undlod at observere ham og udskrev ham, ville der være en nærliggende og væsentlig fare på grund af den øgede risiko for blødning, som i værste fald kunne være fatal, hvis blødning skete uden for hospitalsregi.

Tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, fordi man først forsøgte at motivere for fortsat indlæggelse, så man kunne observere ham.

Tvangsbehandlingen opfyldte også kravet om at anvende afprøvede behandlingsformer. Undersøgelse, observation og behandling i relation til trombolyse er almindeligt anvendt og velafprøvet i forbindelse med behandling for blodprop i hjernen.

Beslutningen var godkendt både af en somatisk og en psykiatrisk overlæge.

Ankenævnet godkendte endeligt, at klagen ikke var blevet tillagt opsættende virkning, fordi det var nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte hans liv og helbred for væsentlig fare. Ankenævnet lagde vægt på, at der var tale om et uopsætteligt og livsvigtigt behandlings- og observationsbehov.

Derfor fandt ankenævnet, at betingelserne for at beslutte at tvangsbehandle legemlig lidelse hos patienten den 13. august 2014 var opfyldte.

5.4.2. Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen

Aflåsning af patientstue kan anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Det fremgår af psykiatrilovens § 18 a.

Det fremgår også af § 18 a, stk. 2, at aflåsning af en patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt for at:

- 1) etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- 2) for at skærme patienten mod for mange stimuli.

Aflåsning af patientstuer kan efter § 18 a, stk. 3, også anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at:

- 1) en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden, lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det fremgår videre af § 11 i bekendtgørelse om blandt andet tvangsprotokoller, at der ved aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk afdeling, Region Sjælland, efter lovens § 18 a, i tvangsprotokollen skal ske tilførsel af patientens navn, cpr-nr., begrundelsen for aflåsningen samt tidspunktet for aflåsningens iværksættelse og ophør samt navnet på den ordinerende læge.

Det fremgår også af § 15 i bekendtgørelsen, at tilførsler i tvangsprotokollen er journalpligtige, og at der ved udfærdigelse af tvangsprotokoller i journalen skal henvises til, at der er indført notat i tvangsprotokollen.

Det er ankenævnets opfattelse, at aflåsning af patientstuer kræver, at hver aflåsning er begrundet konkret. Den konkrete begrundelse skal fremgå af både journal og tvangsprotokol.

Den følgende afgørelse illustrerer, hvordan ankenævnet foretager en konkret vurdering i de sager.

Aflåsning af patientstue var ikke begrundet konkret og dokumenteret tilstrækkeligt

Den 11. og den 22. oktober og den 18. december 2013 blev det besluttet at låse en 32-årig mands patientstue af på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Region Sjælland.

Det stod ikke i journalen fra den 11. oktober 2013, at det var besluttet, at patientstuen skulle være aflåst, eller at en tvangsprotokol i den forbindelse var udfyldt.

Det fremgik dog af en tvangsprotokol, at patientstuen var låst af fra den 11. til den 16. oktober 2013 på grund af farlighed.

Ankenævnet præciserede, at når der laves tvangsprotokoller, skal der i journalen henvises til, at der er indført notat i tvangsprotokollen.

Ankenævnet fandt ikke, at betingelserne var opfyldt for at aflåse patientstuen fra den 11. til den 16. oktober 2013.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke stod i journalen i relation til beslutningen om døraflåsning den 11. oktober 2013, hvad baggrunden for at låse af var, herunder hvori den nærliggende fare bestod.

Ankenævnet bemærkede, at der kunne være en god grund til at aflåse patientstuen, men at en sådan ikke fremgik af journalen den 11. oktober 2013.

Det fremgik om beslutningen om at aflåse patientstuen den 22. oktober 2013 blandt andet af journalen, at patienten havde haft det svært ved nye regler omkring ham og hele tiden prøvede at få dem ændret. Han havde været opkørt en enkelt gang, fordi han ikke kunne få noget creme, som han mente, at han havde fået lov til. Han havde taget sin medicin uden problemer, og der var ikke observeret noget psykotisk. Patienten var bæltfikseret, men venlig og afdæmpet og kunne komme i bad umiddelbart efter bælteløsning. Døraflåsning blev herefter besluttet, som varede til den 16. december 2013 på grund af vedvarende farlighed i henhold til hans særdeles svære personlighedsforstyrrelse.

Det fremgik af tvangsprotokollen, at patientstuen var aflåst fra den 22. oktober 2013 til den 16. december 2013 på grund af farlighed.

Ankenævnet fandt, at betingelserne ikke var opfyldt for at aflåse patientstuen.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af journalen i relation til beslutningen om døraflåsning den 22. oktober 2013, hvad baggrunden for døraflåsningen var, herunder hvori den nærliggende fare bestod.

Ankenævnet bemærkede, at der kunne være en god grund til at aflåse patientstuen, men at en sådan ikke fremgik af journalen den 22. oktober 2013.

I forbindelse med beslutningen om at aflåse patientstuen den 18. december 2013 bemærkede ankenævnet, at beslutningen om, at patientstuen skulle være aflåst, ikke fremgik af journalen. Ankenævnet bemærkede videre, at det ikke stod i journalen, at tvangsprotokollen blev udfyldt.

Det stod dog i tvangsprotokollen, at patientstuen var aflåst fra den 18. december 2013 på grund af farlighed.

Ankenævnet præciserede, at når der laves tvangsprotokoller, skal der henvises i journalen til, at det er gjort.

Ankenævnet fandt, at betingelserne ikke var opfyldt for at aflåse patientstuen den 18. december 2013.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke stod i journalen i relation til beslutningen om døraflåsning den 18. december 2013, hvad grunden til at aflåse var, herunder hvori den nærliggende fare bestod.

Ankenævnet bemærkede, at der kunne være en god grund til at aflåse patientstuen, men at en sådan ikke fremgik af journalen den 18. oktober 2013.

6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

Det Psykiatriske Ankenævn havde i 2014 ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand.

7 Læring

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

Patienter oplever ofte en tvangsforanstaltning som meget indgribende i deres handlefrihed og selvbestemmelse. Men reglerne i psykiatriloven er til for, at patienter, der har behov for behandling, kan få den nødvendige behandling, selvom de ikke selv kan erkende behovet på tidspunktet for behandling. Det er derfor vigtigt for ankenævnet, at praksis er synlig både for patienterne, de personer, der varetager patienternes interesser, og de sundhedspersoner, der er med til at behandle den patientgruppe.

Der er stor interesse for tvangsbehandling og andre indgreb efter psykiatriloven, og sekretariatet modtager flere henvendelser med spørgsmål til praksis.

Derfor overvejer og vurderer ankenævnet ved hvert nævnsmøde, om en eller flere af sagerne skal offentliggøres i anonymiseret form på Patientombuddets hjemmeside. I 2014 behandlede ankenævnet en række sager, hvor det blev besluttet at tvangsbehandle med en usædvanlig dosis, uden at det blev konkret begrundet. Derfor har vi besluttet at offentliggøre den slags sager i 2015. Der er nu oprettet et nyt tema, "Tvangsbehandling: Sædvanlig dosis", under offentliggjorte afgørelser fra ankenævnet på Patientombuddets hjemmeside. Her offentliggør ankenævnet løbende i 2015 sager, der illustrerer, hvad ankenævnet betragter som sædvanlig dosis og i hvilke tilfælde.

Ankenævnet udbreder også gerne kendskabet til praksis gennem foredrag, når der er interesse for det. Ankenævnet har igen i år aftalt et møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

Det er en mindre gruppe af faste sagsbehandlere, der i sekretariatet behandler og forbereder sager til ankenævnet. Det gør det muligt indgående at drøfte sagerne og videndele og sikrer en ensartet praksis.

8 Forventninger til fremtiden

Der er fremsat et nyt forslag til ændring af psykiatriloven. Det gør, at forventningerne til fremtiden er svære at klarlægge lige nu. Ankenævnet ser frem til at finde ud af, om en eventuel ændret psykiatrilov vil få betydning for ankenævnets virke.

Vi håber også, at det tidligere nævnte øgede fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende i 2015 vil medføre en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet forventer desuden at kunne sænke sagsbehandlingstiden i 2015 i forhold til 2014. Sekretariatet har nemlig blandt andet udvidet den gruppe af sagsbehandlere, der behandler sagerne, så der i 2015 er i alt fem sagsbehandlere i gruppen mod fire sagsbehandlere i 2014. Derudover undersøger ankenævnet mulighederne for at få flere sagkyndige konsulenter på området.

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 patientklagenævnets 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 2014

Formand for nævnet:

Landsdommer Henrik Gunst Andersen

Stedfortrædere:

Landsdommer Karen Hald

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 Henrik André Kirsmeier