



Til Sundhedsstyrelsen

Psykiatrilædelser
susk@rn.dk

24. februar 2020

Høringssvar fra Region Nordjylland

Vi fremsender hermed fra Psykiatrien i Region Nordjylland vores bemærkninger til Sundhedsstyrelsens udkast til Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien og Vejledning om registrering af tvang m.v. i psykiatrien.

Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien

Overordnet synes vi, at vejledningens ændrede opbygning er god, og at indholdet er beskrevet i en logisk / relevant rækkefølge. Vi har nedenfor skrevet bemærkninger og forslag til de enkelte afsnit i vejledningen, men vil indledningsvis særligt fremhæve følgende forslag:

- Uddybning af punkt 6 om anvendelse af fysisk magt, herunder en præcisering af "kortvarigt"
- Ændring i punkt 7, således at der ikke stilles krav om at den obligatoriske efterprøvelse af tvangsfiksering i somatikken skal ske ved en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri
- Nærmere beskrivelse i punkt 7 af udskudt revurdering af tvangsfiksering pga. at patienten sov ved forsøg på tilsyn, samt præcisering kortvarig løsning af bælte
- Præcisering i definitionen af begrebet "overlæge"
- Præcisering af ansvar for opfølgning på udskrivningsaftaler/koordinationsplan samt at det klart fremgår om der er en nedre grænse for, hvor kort en indlæggelse, der "udløser" en udskrivningsaftale/koordinationsplan

Punkt 1. Indledende om anvendelse af tvang

Side 1, 4. afsnit: I den aktuelt gældende vejledning er indsat følgende nye formulering: "Det er altid et konkret skøn hvad der er mindste middel i en given situation. Der skal således foretages en konkret faglig vurdering, der tager hensyn til patientens præferencer angivet i forhåndstilkendegivelser eller ved eftersamtaler".

Det er positivt, at det præciseres, at mindste middel er et konkret skøn ud fra en faglig vurdering. Vi kan foreslå en uddybning af, at såfremt patienten selv foretrækker bæltefiksering, bør man fortløbende arbejde med at få dette nuanceret ved at se på, hvordan man helt kan undgå at have brug for tvangsforanstaltninger. Dette for at undgå det negative i at blive fikseret uden, at overlægen vurderer det som en nødvendig foranstaltning (fx hvor unge med selvskade har søgt fiksering som en måde dels at fralægge sig ansvar og autonomi, dels for at udøve en slags selvskade by proxy). Forhåndstilkendegivelser bør være et dynamisk dokument, som går mod at undgå at have brug for tvangsanvendelse.

Nederst i anførte afsnit er der en fejllenhvisning til psykiatrilovens § 14, stk. 2. Rettelig § 4, stk. 2.

Side 2, næstsidste afsnit under punkt 1 indledes med: "Hvis der anvendes tvang på somatisk afdeling efter psykiatrilovens § 13, skal dette ske i overensstemmelse med reglerne i psykiatriloven, og patienten

skal samtidig være indlagt administrativt på en psykiatrisk afdeling ('dobbeltindlæggelse').

Det foreslås, at det præciseres i vejledningen, at patienten ikke blot administrativt skal være indlagt på en psykiatrisk afdeling, men skal frihedsberøves, enten ved tvangstilbageholdelse før overflytning til somatisk afdeling i de situationer, hvor patienten i første omgang er indlagt på psykiatrisk afdeling – eller ved tvangsindlæggelse (udfærdigelse af røde papirer mv.), såfremt patienten er indlagt/indlægges på somatisk afdeling, og opfylder betingelserne for somatisk tvangsbehandling iht psykiatriloven §13. Tilsvarende kan med fordel præciseres formalia for en retslig patient indlagt i psykiatrien frivilligt eller iht behandlingsdom, som får behov for somatisk behandling iht psykiatriloven § 13. I en sådan situation opfylder den retslige patient psykiatrilovens betingelser for frihedsberøvelse, men er allerede eller kan blive indlagt iht behandlingsdommen. Det vil være hensigtsmæssigt, med en klar beskrivelse af om den retslige patient uanset indlæggelsesgrundlag alene skal have dommen aktiveret eller om der er situationer, hvor den retslige patient skal frihedsberøves efter psykiatriloven.

I samme afsnit, sidste punktum anføres, at hvis der anvendes bæltefiksering i somatikken, skal den obligatoriske efterprøvelse ske ved en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I aktuelle vejledning er anført, at revurdering skal foretages af psykiater, hvilket tilsvarende forstås som en speciallæge i psykiatri/ungdomspsykiatri. Det var en tilføjelse, som blev indført i den gældende vejledning fra 2016, formentlig på baggrund af Det Psykiatriske Patientklagenævns opfattelse (jfr. Årsberetning 2014 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn side 96).

Vi vil anbefale, at vejledningen ændres på dette punkt – enten således at det udelades eller at det formuleres som en henstilling til, at revurdering af bæltefiksering i somatikken så vidt muligt sker ved en læge fra psykiatrien.

Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre, at alle lægelige opgaver, herunder revurdering af tvangsfiksering, varetages af en læge, som er kvalificeret til at varetage pågældende opgave, herunder eventuelt ved konferering med en mere erfarende læge (bagvagt).

Psykiatriloven og tilhørende bekendtgørelse fastsætter, at tvang besluttet af en overlæge/læge (jf § 4a), men definerer ikke krav til lægens uddannelse eller erfaring. Der er delegationsforbud, jf. bek. 1219 af 11/12 2009 § 2 nr. 6, som fastsætter, at beslutninger om iværksættelse, efterprøvelse mv. af tvangsforanstaltninger iht psykiatriloven ikke kan delegeres til en medhjælp. I relation til denne bekendtgørelse er en læge en læge.

Alle læger har kompetence til at foretage revurdering af tvangsfiksering 3 gange i døgnet iht psykiatrilovens § 21 stk. 4 og vil på psykiatrisk afdeling udenfor almindelig dagtid som hovedregel blive varetaget af forvagten, som ofte vil være en reservelæge. Den eksterne revurdering iht psykiatriloven § 21 stk. 5 skal varetages af en speciallæge i psykiatri.

Revurdering af tvangsfiksering i somatikken bør således kunne foretages af psykiatrisk forvagt eller af somatisk læge, i overensstemmelse med psykiatrilov og bekendtgørelse. Der er ikke nogen relevant begrundelse for at stille særlige krav til den læge, som skal foretage revurdering af en tvangsfiksering i forbindelse med somatisk behandling i forhold til revurdering af en tvangsfiksering på psykiatrisk afdeling. Begrundelsen for nødvendigheden af en tvangsfiksering i somatikken er ofte åbenlys, i og med begrundelsen ligger i behovet for at sikre den livsnødvendige somatiske behandling.

Det er endvidere urealistisk, at alle revurderinger ved en dobbeltindlagt tvangsfikseret patient på somatisk afdeling kan foretages af en speciallæge fra psykiatrien. Den somatiske afdeling kan geografisk ligge langt fra psykiatrisk afdeling – og det vil således dræne den psykiatriske afdeling for speciallæger, som skal anvende tid på landevejen. På visse tidspunkter af døgnet vil det ikke være muligt, at bagvagten er borte fra den psykiatriske matrikel i adskillige timer. Vi kan til eksempel oplyse, at for patienter i Region Nordjylland, som er dobbeltindlagte på Brønderslev Psykiatriske Sygehus og Sygehus Vendsyssel er afstanden mellem sygehusene 19 km.

Side 2, sidste afsnit:

Der indsættes en definition af begrebet "overlæge", som det skal forstås i begge vejledninger, som imidlertid ikke er entydig og således kan give anledning til tvivl fremfor klarhed. Skal definitionen "erfaren speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri" fx forstås sådan, at en overlæge i lovens forstand ikke nødven-



digvis skal have titel af (være ansat som) overlæge? Det er ligeledes uklart, hvornår en speciallæge kan betegnes som erfaren. Det anbefales, at der ske en præcisering af definitionen.

Punkt 4. Tvangsfiksering

Side 5, afsnit 6:

Som nyt i vejledningen anføres, at en revurdering af tvangsfiksering ikke kan foretages, hvis patienten sover. Dernæst anføres, at lægen skal tilkaldes så snart patienten vågner, så revurdering kan finde sted. Det bør præciseres, at kravet om, at lægen tilkaldes ”så snart patienten vågner” skal forstås sådan, at tilkaldelsen sker straks, og at lægen herefter skal komme og foretage revurdering, så snart, det er muligt. Eventuelt kan anføres en tidshorisont indenfor hvilken lægen vanligvis skal foretage revurdering, efter at patienten er vågnet, fx 2 timer. En sådan tidshorisont vurderes rimelig i og med det tilkommer plejepersonale til enhver tid at bringe en tvangsfiksering til ophør, når der ikke længere er behov tvangsfiksering (jfr. bek. nr. 1075 af 27/10 2019 § 16 stk. 10). En læge i vagtfunction vil til enhver tid være forpligtiget til at prioritere de lægelige opgaver.

Side 5, sidste afsnit:

Det anføres, at første lægelige revurdering af fortsat tvangsfiksering skal foregå senest 2-4 timer efter at tvangsfikseringen er påbegyndt. Det er således retningsanvisende i forhold til psykiatrilovens §14 stk. 3 om tvangsfiksering i længere tid end nogle få timer – og er beskrevet som et absolut krav. Det vurderes hensigtsmæssigt med en tilføjelse om, at hvis patienten sover, kan denne første revurdering udsættes til når patienten vågner.

Side 6, 2. afsnit: Det er positivt, at den nye formulering tydeligere viser, at revurderingstidspunkterne regnes fra iværksættelsen.

Side 7, 2. afsnit:

I den aktuelt gældende registreringsvejledning nr. 9798 af 16/8 2016 er i afsnit 2.3 anført, at ”Ved ophør af bæltefiksering forstås, at bæltet har været løsnet i længere tid end blot helt kortvarigt. Hvis bæltet er løsnet midlertidigt i op til en time, skal det ikke registreres”. Denne formulering udgår af registreringsvejledningen. I aktuelle udkast til vejledning anføres, at ved løsning i længere tid end blot helt kortvarigt, vil der være tale om en ny bæltefiksering, hvis patienten igen bæltefikseres. Som eksempel på kortvarig løsning af bælte anføres toiletbesøg.

Det foreslås, at der som eksempler på kortvarig løsning af bælte også nævnes løsning til rygning og bad. Uden en tidsangivelse på, hvornår løsning af bæltet ikke længere er ”kortvarig” kan gøre det sværere at arbejde målrettet mod at ophæve bæltet, hvis plejepersonale ofte kan blive i tvivl om der er gået ”for lang tid” til at kunne rummes under ”kortvarigt”. Den manglende konkrete maksimale tidshorisont for løsning af bælte kan således have en utilsigtet konsekvens.

Det foreslås derfor at vejledningen præciserer ”kortvarigt” samt beskriver muligheden for gradvis løsning af bælte med henblik på at afprøve stabilitet, hvilket vurderes at give mulighed for tidligere løsning fra en tvangsfiksering i særlige tilfælde.

Yderligere foreslås, at det beskrives i dette afsnit, at det tilkommer plejepersonale til enhver tid at bringe en tvangsfiksering til ophør, når der ikke længere er behov for tvangsfiksering, da denne kompetence er med til at forkorte en tvangsfiksering.

Punkt 6. Anvendelse af fysisk magt i form af fastholdelse

Det er positivt, at der i vejledningen indføjes et punkt med anvendelse af fysisk magt. Beskrivelsen vurderes imidlertid ikke tilstrækkelig klar i denne vejledning. Det er bedre beskrevet i Vejledning om registrering af tvang m.v. i psykiatrien, og afsnittet bør omformuleres med inspiration fra registreringsvejledningen.

Det foreslås, at der indledningsvis i punktet optages en uddybende beskrivelse af begrebet fastholdelser, dette i forhold til differencering med eksempler på, hvad der falder udenfor begrebet ”fastholdelse” (fx guidning, følge en patient til sengestue).



Opstilles formålene i numre, bør fastholdelse som selvstændig tvangsforanstaltning sættes som nummer 1, da det er "den klassiske fastholdelsessituation". Endvidere kan der med fordel ske en opdeling alene i 2 situationer – hhv. fastholdelse som selvstændig tvangsforanstaltning og fastholdelse i forbindelse med (accessorisk) til andet tvangsindgreb.

Det nuværende nr. 1 om "fastholdelse i forbindelse med overførsel" er uklart og misvisende. Der anvendes ordet "overførsel", hvilket leder forståelsen hen på overførselssituation som omhandlet i psykiatrilovens § 10, stk. 2. Fastholdelse ved en sådan overførsel er ikke et selvstændigt tvangsindgreb, men accessorisk til tvangstilbageholdelsen (jfr. nr. 2). I stedet for "overførsel" kan bruges lovens formulering: "anvendelse af fysisk magt i forbindelse med at patienten føres til et andet opholdssted på sygehuset".

Det bør endvidere tydeliggøres, at ordet "fornødent" henviser til det at bruge fysisk magt. Sætningens sidste led kan med fordel omformuleres til: "... og om fornødent føres til et andet opholdssted på sygehuset ved brug af fysisk magt".

I nummer 2 bør som eksempel tillige nævnes overførsel til lukket afdeling uden samtykke (efter akut beroligende medicin og bæltefiksering). Dette med henblik på at adskille den situation fra § 17 situationen, hvor en patient føres til et andet opholdssted ved brug af fysisk magt.

Under nummer 3 anføres som sidste punktum, at en fastholdelse aldrig bør have en varighed på mere end én time. Det kan være udmærket med en tidsbegrænsning, men en kontinuerlig fastholdelse på op til en time skønnes at være for lang en tidshorison og bør i stedet sættes til et max på 30 minutter. Til gengæld foreslås, at det i vejledningen beskrives, hvor længe en patient skal være "ikke fastholdt" - før der er tale om en ny fastholdelse.

Punkt 8. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Side 10, 4. afsnit: Det beskrives, at der skal indgås en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan for patienter, der modtager støtte efter servicelovens afsnit V, uanset om patienten skal følges ambulantly i psykiatrien efter udskrivelse eller ej.

Det foreslås, at det klart fremgår om er en nedre grænse for, hvor kort en indlæggelse, der "udløser" en udskrivningsaftale/koordinationsplan – fx indlæggelser af under 24 timers varighed. Hvis der ikke er en nedre grænse bør det fremgå, at krav om udskrivningsaftale/ koordinationsplan gælder enhver indlæggelse uanset varighed.

Side 10, 5. afsnit: Det foreslås, at det i vejledningen beskrives, at § 13 a, stk. 2, i modsætning til § 13 a stk. 1, gælder også for patienter under 18 år.

Side 11, 2. afsnit: Det anføres, at det er hensigtsmæssigt, at den ambulante regionale psykiatri er ansvarlig for opfølgning på aftalen, når patienten følges ambulantly efter udskrivning.

Det foreslås, at det præciseres og tilføjes, at det i andre situationer er hensigtsmæssigt, at eksempelvis en kommunal sagsbehandler eller kontaktperson er ansvarlig for opfølgning på aftalen, når der er tale om personer, der ikke følges i psykiatrien efter (en måske ganske kortvarig) indlæggelse.

Punkt 9.2. Patienter mellem 15-17 år

Side 15, sidste afsnit i punkt 9.2. beskriver, at personalet kan tage imod oplysninger fra pårørende. I den gældende vejledning var dette beskrevet under punkt 3 om behandlingsplaner.

I og med indholdet i dette afsnit er generelt gældende, og følgelig også for voksne patienter foreslås, at afsnittet flyttes til et af de generelle punkter i vejledningen, - fx til afsnit 2 om forhåndstilkendegivelser, hvor inddragelse af pårørende eller andet netværk er beskrevet

Det foreslås, at det tilføjes, at der er journalføringspligt over for oplysninger fra de pårørende, som skønnes af relevans og betydning for patientbehandlingen.



Punkt 10. Husordener

Dette punkt er uændret i forhold til den gældende vejledning. Eventuelt kan punktet helt udgå, idet vejledningen ikke er et væsentligt input til den konkrete udformning af en husorden. Det er forældet at anføre, at en husorden skal indeholde regler om adgang til at telefonere. Patienter har i dag som oftest en mobiltelefon, hvor der i husorden i stedet fx anføres regler for patienters brug og opførsel med mobil.

Punkt 11. Klageadgang

Side 16, 2. afsnit: der er undladt opremsning af afgørelser, der kan indbringes for retten, hvorved sætningen bliver ukorrekt, da ikke alle afgørelser kan indbringes for retten. Tilsvarende side 17, 3. afsnit om afgørelser, der kan indbringes for Det Psykiatriske Ankenævn – uden opremsning er sætningen misvisende.

Side 17, 2. afsnit: beskriver at møder i Det Psykiatriske Patientklagenævn kan afholdes som videomøder. Sidst i afsnittet anføres, at hvis patienten ikke ønsker at mødet afholdes som videomøde, skal mødet i stedet afholdes på afdelingen, medmindre afholdelse af møde på det pågældende sted ikke kan anses for hensigtsmæssigt for patienten. Det svarer til ordlyden i § 8 stk. 4 i bekendtgørelse nr. 1077 af 27/10 2019

Det er positivt, at patienten har mulighed for at vælge et fysisk/personligt møde med Patientklagenævnet. Det foreslås, at der vejledes om hvordan patientens oplyses om denne mulighed, fx at patientrådgiveren som en naturlig del af patientrådgiverens vejledningsopgave afklarer patientens ønske til mødeform.

Det foreslås endvidere, at det i vejledningen belyses nærmere, at patienten kan forlange et personligt møde uden at skulle begrunde dette ønske samt at det præciseres, at tilføjelsen om møde på afdelingen ”medmindre det ikke kan anses hensigtsmæssigt for patienten” alene relaterer til, hvor det personlige møde skal afholdes.

Punkt 12. Lægeerklæringer til brug for klagesagsbehandling

Dette punkt er enslydende med nugældende og tidligere vejledninger. På side 18, 1. afsnit anføres, at erklæringen skal være underskrevet af overlægen. Det foreslås, at det præciseres, at der ikke er tale om en fysisk underskrift, men at det skal fremgå af erklæringen, hvilken overlæge, der er ansvarlig for erklæringen.

Vejledning om registrering af tvang m.v. i psykiatrien

Den ændrede struktur, herunder med punktstilling af, hvad der skal registreres for hver enkelt type tvang, er god og let overskuelig.

Punkt 1. Indledende om registrering af anvendelse af tvang, samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

I sidste afsnit er der indsat passage om overlæge – der henvises til bemærkning ovenfor om samme i Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien.

Punkt 3. Registrering af de enkelte tvangsforanstaltninger

Side 3, 2. afsnit, sidste punktum anføres: ”Hvis en allerede iværksat tvangsforanstaltning videreføres ved overflyttelse til en ny afdeling skal dette ikke registreres som to selvstændige tvangsforanstaltninger ”

Den nugældende vejlednings beskrivelse af at registrering knyttes til ledende overlæge udgår.

Der er således tale om en ændring i hidtidig indberetning, som må forventes at kunne konstateres som en nedgang i antal tvangsforanstaltninger.

Det vurderes som en relevant ændring, der sikrer at samme tvang ikke skal registreres to gange alene begrundet i overflytning til en anden sengeafdeling under en anden overlæge. Der kan være bekymring i for-



hold til om SEI kan håndtere indberetningen på en sådan måde, at det samtidig sikrer muligheden for sygehusmyndigheden for at følge tvangen på det enkelte sengeafdeling.

Som det beskrives i vejledningen angives for alle tvangsprotokoller sygehus- og afdelingskode, hvilket ved en overflytning til en anden sengeafdeling således nødvendigvis skal kunne registreres på tvangsprotokollen.

Side 4, punkt 3.1 Frihedsberøvelse

I tredje dot bør benyttes samme formulering som i nuværende vejledning "Ved tvangsindlæggelse anføres altid kun én markering ved begrundelse, da dette er en registrering af, om patienten er indlagt på gule eller røde papirer" – i udkastet er ordet "tvangsindlæggelse" udeladt, og dermed bliver sætningen misvisende, da "gule eller røde papirer" relaterer sig til tvangsindlæggelse, ikke til tvangstilbageholdelse.

I 4. dot beskrives tidspunkter for de faste efterprøvelse af frihedsberøvelse som regnes fra den dag, hvor den første iværksatte frihedsberøvelse blev iværksat.

Det foreslås, at der i forlængelse af denne dot anføres, hvorledes registrering i tvangsprotokollen skal ske i de situationer, hvor en frihedsberøvet patient er rømmet fra eller udeblevet efter udgang og hvor politiet er anmodet om at tilbageføre patienten, altså en vejledning i forhold til registrering i tvangsprotokollen i den situation, hvor en af de faste revurderinger falder i 7 dages perioden, hvor politiet kan tilbageføre patienten.

Side 4, punkt 3.2. Tvangsbehandling

I dot 3 indføres som nyt, at tvangsfiksering i forbindelse med tvangsbehandling på psykiatrisk afdeling fremover skal registreres selvstændigt i skema 3. Det bemærkes, at dette vil kunne medføre en mindre stigning i anvendelse af tvangsfiksering, som foretages med en anden begrundelse end de i psykiatrilovens § 14 anførte begrundelse. Vi antager, at der tilføjes rubrik til dette i skema 3.

Side 6, punkt 3.3. Tvangsfiksering

Sidste dot: skal tilføjes, at også tvangsfiksering ifm tvangsbehandling skal registreres i særskilt felt, jf. punkt 3.2. om tvangsbehandling.

Det fremgår ikke direkte af lov, bekendtgørelse eller vejledning, at indberetning til Styrelsen for Patientsikkerhed skal gentages efter 60 dage, efter 90 dage osv. Dette imidlertid oplyst fra Styrelsen for Patientsikkerhed er gældende, hvorfor det foreslås, at det anføres eksplicit i vejledningen, at indberetningen iht psykiatrilovens §§ 21 a skal gentages.

Side 7, punkt 3.4. Anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin

3. dot 3. punktum: Det bør fremgå tydeligt, at det kun drejer sig om den situation, hvor en patient ved anvendelse af fysisk magt føres til andet opholdssted: "*Det registreres også som fastholden, når en patient ved anvendelse af fysisk magt føres til et andet opholdssted inden for den samme administrative enhed på sygehuset*"