



Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse

København 28.8.2014

Dansk Psykiatrisk Selskabs høringssvar vedr.

Forslag til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 11. juli 2014 sendt udkast til forslag om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien til høring.

Hermed følger kommentarer fra Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS).

DPS finder samlet set ændringsforlagene til psykiatriloven positive med deres overordnede fokus på patientrettigheder, patientinddragelse og ønsket om at begrænse brugen af tvang.

Samtidig ønsker DPS at henlede opmærksomheden på, at udøvelse af tvangsforanstaltninger generelt også må ses som sundhedsvæsenets *forpligtelse* i forhold til de sværest psykisk syge borgere, der pga. deres sygdom risikerer at bringe deres eget eller andres liv og helbred i fare.

Den samfundsopgave er i dag lagt i hænderne på det psykiatriske behandlingssystem. Hvis dette behandlingssystem ikke får rammer til at udføre denne vigtige samfundsmæssige opgave, vil både patienter, deres pårørende og selve behandlingssystemets kvalitet og effektivitet lide under det.

Med dette høringssvar ønsker vi derfor at rette en generel opfordring til, at lovrevisionen betænker behovet for at minimere juridisk detailregulering af lægelige beslutninger samt administrative barrierer for smidig og hurtig sagsbehandling.

I denne sammenhæng ønsker DPS at påpege det uetiske i, at flere og flere patienter er langvarigt frihedsberøvede uden at få den fornødne medicinske behandling. Dette øger risikoen for, at der opstår voldsomme konflikter på de lukkede/intensive afdelinger - og dermed risikoen for, at antallet af visse tvangsforanstaltninger stiger.

Samtidig med at *patientrettighedsaspektet* skal sikres, er det derfor også væsentligt at have øje for *patientsikkerhedsaspektet* (både patienten og medpatienternes sikkerhed). Dertil kommer behovet for at tilgodese de pårørendes sikkerhed og personalets sikkerhed (både i sengeafsnit og ambulante enheder). Uden en opmærksomhed på disse aspekter kommer lovrevisionen til at svigte både patienter, pårørende og de professionelle, der søger at hjælpe den syge.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center København, Distriktpsikiatrisk Center, Strandboulevarden 96, 2100 København Ø
Tlf. 3864 4634

Formand: Thomas Middelboe, thomas.middelboe@regionh.dk
Sekretær Lena Bjørn Rasmussen, lena.bjoern.rasmussen@regionh.dk



I udkastet til lovændringen indgår ni underpunkter, som danner udgangspunkt for vores svar:

1. Mindreårige psykiatriske patienters retsstilling skal fremgå tydeligt af psykiatriloven.

DPS kan støtte dette tiltag, men problemstillingen falder ind under det børne-/ungdomspsykiatriske område. Vi vil derfor foreslå, at der indhentes selvstændigt høringssvar fra Børne-/ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, BUP-DK.

Hvad angår Sundhedslovens §18 og § 19 savnes en nærmere beskrivelse af gruppen af personer, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Er det demente, udviklingshæmmede og hjerneskadede patienter, der betegnes som varigt inhabile? Kan også personer med akutte og kroniske psykoser betragtes som midlertidigt eller varigt inhabile? Hvem kan behandles i henhold til Sundhedsloven med f.eks. stedfortrædende samtykke eller uden samtykke. Er varigt inhabiles ret til behandling lovgivningsmæssigt sikret?

2. Psykiatriloven får en formålsbestemmelse med fokus på selvbestemmelse, ligeværd og respekt for den enkelte.

Forslaget er positivt, men vi må samtidig understrege, at disse værdier allerede indgår både i lægeløftet og i regionernes værdigrundlag.

I bemærkninger til lovforslaget er det på side 18 anført, at ”tvang aldrig må erstatte omsorg, behandling og pleje”.

Vi finder formuleringen uheldig, idet tvang ofte er nødvendigt for at yde omsorg, behandling og pleje af de mest syge, og dermed ikke står i et modsætningsforhold til omsorg. Se venligst vore bemærkninger under tvangsbehandling, punkt 4.

3. Fokus på at indhente forhåndstilkendegivelser fra patienten ved indlæggelsessamtalen eller snarest muligt herefter.

Man skal naturligvis til hver en tid søge at komme i dialog med patienten i forbindelse med indlæggelsen og om muligt også inddrage de pårørende fra første dag.

Langt de fleste tvangsforanstaltninger finder sted på de lukkede psykiatriske afsnit. Stort set alle patienter, der indlægges her, er svært psykotiske/sindssyge ved indlæggelsen. En mindre del af de indlagte kan være deprimerede med selvmordsforsøg eller have selvskadende adfærd. Mange af disse patienter er blevet tvangsindlagt, varetægtsfængslet eller indlagt i henhold til dom. De er ofte helt uden forståelse for behovet for indlæggelse og behandling, er ikke sjældent aggressive og truende og er nødt til at være bag en låst dør af hensyn til deres egen og andres sikkerhed.

Denne gruppe patienter kan sjældent indgå i en meningsfuld dialog om behandlingen i starten af indlæggelsen. De ønsker ofte heller ikke de pårørende involveret på dette tidspunkt.

**Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk**

Psykiatrisk Center København, Distriktspsykiatrisk Center, Strandboulevarden 96, 2100 København Ø
Tlf. 3864 4634

Formand: Thomas Middelboe, thomas.middelboe@regionh.dk
Sekretær Lena Bjørn Rasmussen, lena.bjoern.rasmussen@regionh.dk



Trods disse åbenlyse og iboende vanskeligheder ved at indgå forhåndsftaler med psykotiske personer, bør dialogen alligevel tilstræbes allerede tidligt under indlæggelsen. For patienter, der tidligere har været indlagt og udsat for tvang, bør man udnytte viden fra de lovbestemte *eftersamtaler*. Disse kan medvirke til bedre kommunikation mellem personale og patient efter en tvangsforanstaltning: Hvad kunne man have gjort i stedet for at udøve tvang? Hvad kan man gøre næste gang en episode opstår/ved næste indlæggelse?

4. Fokus på patientinddragelse og alternativer til den foreslåede behandling.

Der ligger implicit i 'mindste middels princip', at der skal diskuteres alternativer til tvangsbehandling med patienten. Den obligatoriske motivationsfase indebærer også, at en påtænkt behandling diskuteres med patienten, herunder at forskellige alternativer overvejes og diskuteres med patienten. Vi frygter, at krav om yderligere patientinddragelse vil øge dokumentationsbyrden og dermed tage tid fra behandlingen, uden at det skaber yderligere værdi for patienten.

I Psykiatriloven hedder det:

”Tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende *med henblik på behandling*, fordi:

1. Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet eller
2. Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre”.

Således er behandling en overordnet forudsætning for al frihedsberøvelse. Tidligere havde man et opdelt klagesystem med behandling af sager om tvangsbehandling i Patientklagenævnet og sager om frihedsberøvelse i retten. Man ændrede denne praksis for at undgå afgørelser, hvor beslutningen om frihedsberøvelse, men ikke om tvangsbehandling, blev godkendt.

Selvom det er anført i bemærkningerne til loven, at ”tvangsbehandling er et voldsomt indgreb i patientens selvbestemmelsesret”, så finder vi, at frihedsberøvelse uden behandling er uetisk. Stort set alle patienter, der indlægges på et lukket afsnit, har brug for medicin.

I flere lande giver en frihedsberøvelse automatisk adgang til behandling med medicin, om nødvendigt med tvang.

I Danmark er det blevet vanskeligere og vanskeligere at iværksætte en tvangsbehandling. Resultatet er at patienter ikke sjældent er frihedsberøvede i op til en måned, før man påbegynder behandlingen. I ventetiden er det nødvendigt at bruge andre former for tvang.



Patientombuddet/Det Psykiatriske Ankenævn (tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn) har strammet praksis år efter år. Afgørelserne danner præcedens for patientklagenævnens afgørelser. Men for de psykiatriske afdelinger er det svært at følge med i de konstant ændrede fortolkninger af loven. Mange sager vedrørende beslutning om tvangsbehandling bliver således underkendt på grund af *formelle fejl* – og man må starte helt forfra. Det forlænger patienternes indlæggelse unødigt.

5. Kriterier for og tilsyn med tvangsfiksering skærpes

DPS ønsker at afskaffe bæltefikseringer.

I Danmark findes der ikke et brugbart alternativ til fiksering, så som 'seclusion' (ophold i aflåst rum med et pansret glasvindue og et personalemedlem siddende udenfor).

For at kunne undvære muligheden for bæltefikseringer er der nødt til at være tilstrækkelige muligheder for alternative måder at håndtere svært syge og farlige patienter på. Det kan være bedre fysiske rammer, timeout-rum, skærmmingsmuligheder, udendørsarealer, rygemuligheder, aktivitetsmuligheder, bedre personalenormeringer mm.

Der vil altid være patienter, som er svært selvskadende/selv mordstruende eller farlige for andre. DPS vurderer derfor ikke, at der i øjeblikket forefindes alternativer i et omfang, som vil gøre det forsvarligt at foreslå afskaffelse af hverken korte eller længerevarende bæltefikseringer.

Vi ser imidlertid positivt på ønsket i lovforslaget om at reducere antal og varighed af bæltefikseringerne. Vi finder det i den sammenhæng hensigtsmæssigt, at det er *overlægen*, der skal træffe beslutning om anvendelse af fiksering, og at der foretages en ekstern vurdering allerede efter 24 timer.

Forslaget om tilsyn tre gange i døgnet er i god tråd med det daglige kliniske arbejde. Under alle omstændigheder må det forventes, at det enkelte afsnit afslutter en bæltefiksering hurtigst muligt uanset tidspunkt på døgnet/uanset tilsyn..

Det anføres i udkastet, at der indsættes en *undtagelsesbestemmelse* for at tage højde for de tilfælde, hvor der undtagelsesvis kan være væsentlige grunde til at fortsætte en tvangsfiksering ud over nogle få timer, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.

Vi ved ikke nok om, hvad der karakteriserer de patienter, der fikses kortvarigt eller langvarigt, for det fremgår ikke af de statistiske opgørelser fra SSI. Man må dog formode, at langt størstedelen af fikseringerne finder sted pga. farlighed. Der er behov for en grundig analyse af især de langvarige fikseringer for at kunne tilrettelægge en målrettet indsats, der kan eliminere behovet for disse.

6. Oppegående fiksering får en permanent hjemmel

Oppegående fiksering burde ses som en patientrettighed og ikke som en ekstrem form for tvang.

Det er et gode at komme ud af værelset, at møde de andre patienter og have mulighed for at få frisk luft.



Der har i forsøgsperioden været fem svært sindssyge, farlige patienter i oppegående fiksering. De har i flere år været låst inde på deres værelser eller været bæltefikseret i seng. Man kunne overveje på længere sigt også at give særlige tilladelser til patienter, der er langvarigt fikserede på andre retspsykiatriske afdelinger/almene lukkede afsnit.

Et af argumenterne for ikke at udvide det til f.eks. andre afdelinger har været det ”uetiske”. Hertil kan kun bemærkes, at alle patienter på et lukket psykiatrisk afsnit altid ved, hvem der er bæltefikseret. Ofte er medpatienterne meget bekymrede over, hvad der sker bag den lukkede dør. Det er ikke ufarligt at være langvarigt fikseret i seng.

Det er positivt, at man nu vil fjerne de mange krav om dokumentation. Aktuelt skal overlægen på Sikringsafdelingen dagligt (også på helligdage) beslutte, om en patient kan komme i oppegående fiksering. Også selv om det drejer sig om patienter, der er indlagt i årevis, for fleres vedkommende måske hele livet.

7. Mulighed for at foretage undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation, uden at der foreligger en begrundet mistanke i forhold til en konkret patient.
Det er meget positivt, at man vil gøre det lettere at forhindre forekomsten af medicin, rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger.
Det vil både forbedre behandlingen og sikkerheden.

8. Lægeforeningen skal så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Må anbefales. Det er vigtigt, at der i nævnet sidder en person, der har kendskab til psykopatologi/psykiatriske patienter.

9. Forsøgsordningen med tvungen opfølgning efter udskrivning udvides med yderligere fire år.

Der har i den forløbne forsøgsperiode fra 2010 til 2014 været usikkerhed om fortolkning af loven. Det gælder både på de psykiatriske afdelinger, i Sundhedsstyrelsen og i de psykiatriske patientklagenævn.

Skal der igangsættes en ny forsøgsperiode, må der, som foreslået, gøres en mere intensiv indsats for at udforme klare og tydelige vejledninger.

På DPS' bestyrelses vegne

Thomas Middelboe, formand

Lykke Pedersen, næstformand

**Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk**

Psykiatrisk Center København, Distriktspsykiatrisk Center, Strandboulevarden 96, 2100 København Ø
Tlf. 3864 4634

Formand: Thomas Middelboe, thomas.middelboe@regionh.dk
Sekretær Lena Bjørn Rasmussen, lena.bjoern.rasmussen@regionh.dk