

Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr.4/2005

Mindre tvang i psykiatrien – et debatoplæg om den kommende revision af psykiatriloven

www.udsatte.dk



Indhold

Forord	s.1
1. Indledning	s.2
1.1 psykiatriloven set i lyset af retningen for den overordnede indsats overfor sindslidende	s. 3
2. Forebyggelse	s. 5
2.1 Recovery	s.5
2.2 Behandlingsgaranti	s. 7
2.3 Tilgængelighed/akuttilbud – også udenfor normale åbningstider	s. 8
2.4 Støtte- og kontaktpersonsordningen	s. 9
2.5 Samarbejdet mellem den (psyko-)sociale indsats, sygehus- og distrikpsykiatrien	s. 10
2.6 Fælles Værdigrundlag	s.11
3. Den kommende psykiatrilov	s. 12
3.1 definition af tvang	s. 12
3.2 Forhåndserklæring	s.12
3.3 Farebegrebet – og hvad giver det ret til?	s. 13
3.4 Ingen ambulant tvang	s. 14
3.5 Procedureregler ved tvang	s. 15
3.6 Bæltefiksering	s. 16
3.7 Retspsykiatrien	s. 16
Opsamling	s. 17

Mindre tvang i psykiatrien – et debatoplæg i forbindelse med den kommende revision af psykiatriloven

HOLMENS KANAL 22
1060 KØBENHAVN K

TLF. 3392 4704
FAX. 3392 9205
WWW.UDSATTE.DK
E-MAIL: POST@UDSATTE.DK

Forord

Rådet for Socialt Udsatte har det som et højt prioriteret fokusområde at bedre vilkårene og mulighederne for mennesker med en sindslidelse. Et vigtigt pejlemærke for Rådets arbejde indenfor dette område har været revisionen af loven om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (også omtalt som psykiatriloven.) som skal ske i 2005-2006. I Rådets Årsrapport for 2004 fastslog Rådet at det ville gå aktivt ind i debatten om psykiatriloven, og allerede i maj 2005 blev det første skriftlige bidrag til debatten forud for revisionen sendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Dette bidrag udmundede efterfølgende i nærværende 4. udgivelse i Rådets Småskriftserie. I dette småskrift redegør Rådet for Socialt Udsatte således for de grundpræmisser og -elementer Rådet mener, bør være fundamentet for en ny psykiatrilov. Afledt heraf fremføres ligeledes en række direkte anbefalinger til den konkrete udformning af loven.

Med venlig hilsen

Preben Brandt

Formand for Rådet for Socialt Udsatte

1. Indledning

I forbindelse med den kommende revision af psykiatriloven mener Rådet for Socialt Udsatte, at der er behov for at den nuværende lov billedligt talt ”rykkes op ved roden”, og en ny ”moderne lov” formuleres med et anderledes og tidssvarende sæt af grundpræmisser. Rådet mener, at den nuværende psykiatrilov er stærkt forældet. Menneskesynet den implicerer, og præmisserne den er baseret på samt dens rent sproglige formulering, afspejler det samfund, der var, da den blev vedtaget i sin oprindelige form første gang for ca. 70 år siden. Samfundsudviklingen har ændret meget i forhold til de værdier, normer og grundlæggende menneskesyn samfundet er baseret på. Derfor er der behov for helt at bryde med den tænkemåde, der er knyttet til den nuværende lov.

1.1 Psykiatriloven set i lyset af retningen for den overordnede indsats overfor sindslidende

Det er velkendt, at indsatsen overfor sindslidende har undergået meget store forandringer over de seneste 10-20 år. Opfattelsen af en sindslidelse som et rent biologisk fænomen er forladt, og man ved i dag, at forståelsen af en sindslidelse må søges i et komplekst samspil mellem både de sociale, psykologiske og biologiske forhold, der er knyttet til den enkelte sindslidende. Udviklingen har betydet en bevægelse væk fra de store totalinstitutioner, med standardiserede ydelser, lukkede og afsondrede fjernt fra det øvrige samfund, og udbygningen af tilbud til mennesker med en sindslidelse har nu i en årrække været et højt prioriteret område, og der er gennemført store forbedringer. De skiftende regeringer og Folketinget har ud fra et stærkt ønske om at fortsætte denne linje med bred politisk enighed fastholdt den høje prioritering af indsatsområdet.

Linjen om at integrere de sindslidende stiller naturligvis krav til samfundets rummelighed, men den ligger fast. Den understøttes økonomisk bl.a. gennem midler fra satspuljeaftalerne dels i 2002 og sidst med psykiatriaftalen for 2003-2006. Netop psykiatriaftalerne mellem regeringen og de kommunale

parter, som har et fireårigt perspektiv og sidste gang var på 1 mia. kr., illustrerer, at indsatsområdet fortsat er meget højt prioriteret.

Rent indholdsmæssigt afspejler indsatsområdet, hvad der heldigvis igennem mange år har været samfundets valg, at mennesker med en sindslidelse skal tilbydes muligheden for et liv på egne præmisser og indgå i det almindelige samfund – også lokalsamfundet. Med regeringens handlingsprogram for de svageste grupper ”Det fælles Ansvar” fra marts 2002 understreger regeringen at ville sikre en samlet indsats således at:

- de svageste grupper sikres en meningsfuld tilværelse
- de svageste gruppers egne behov og ønsker skal afspejles og respekteres i tilbud, der stilles til rådighed.
- de svageste gruppers muligheder for at indgå og bidrage til samfundets fællesskab skal styrkes.

Indsatsen i dag bærer præg af at have et langt *bredere* sigte end det tidligere rent lægefaglige. Den socialfaglige indsats har i dag en stor plads under den overordnede indsats, ligesom området også er under indflydelse af brugerorganisationer, pårørendeorganisationer og andre interesseorganisationer. Derfor kan tilbuddene til sindslidende i dag også karakteriseres som bestående af en langt bredere vifte af tilbud end tidligere.

Det er vigtigt, at mennesker med en sindslidelse oplever, at der er sammenhæng i og mening med det samlede behandlingsforløb. En forudsætning herfor er, at den sindslidende får ret til selvbestemmelse, det vil sige, at vedkommende er med til at tilrettelægge behandlingsforløbet og til at vælge, hvilke behandlingstilbud, der er de rette for netop ham/hende. At den enkelte har ret til selv at tilrettelægge et unikt sammensat behandlingsforløb indenfor en bred tværsektoriel vifte af tilbud, rejser et stort krav til, at der fungerer et godt samspil mellem de forskellige sektorer. Således har der igennem en

senere årrække været viet stor opmærksomhed mod de udfordringer, dette krav om samspil afføder.

Som led i aftalen om finansloven 2001 blev nedsat et udvalg, der skulle ”komme med et oplæg til et bedre samspil på psykiatriområdet, der baseres på tæt samarbejde mellem sundheds- og socialsektor samt på lydhørhed overfor pårørende”. Udvalgsarbejdet mundede ud i rapporten ”Rapport fra Udvalget om bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien”. Her blev det blandt andet konkluderet, at der fortsat opleves manglende koordinering og helhedssyn og manglende entydighed i ansvarsplaceringen, og at de grundlæggende forskellige udgangspunkter hos de involverede parter giver en række kulturelle barrierer. Det giver forringede vilkår for de mennesker, der er målgruppen for tilbuddene og en u hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Én af Udvalgets anbefalinger til Folketinget mundede herefter ud i arbejdet med et fælles værdigrundlag, som nu foreligger. Det *Fælles Værdigrundlag* er baseret på værdierne *respekt, faglighed og ansvar* og det skal bruges til at bygge bro mellem sektorerne, og bør indgå i dagligdagens sprog og kommunikationsmåder, tænkemåder og handlinger.

Ovenstående afsnit har som formål at ridse op, hvorledes det er vedtaget, at den overordnede indsats overfor sindslidende, skal se ud i dag, og hvilket værdigrundlag indsatsen skal udspringe af. Som nævnt, er det Rådets holdning, at den nuværende psykiatrilov *ikke* er fulgt med udviklingen af indsatsen overfor sindslidende og samfundet i øvrigt. Som loven er formuleret og praktiseres i dag, har den friheds- og rettighedsberøvelse som *udgangspunkt*. Dette i en udstrækning så den kan komme i decideret konflikt med de grundlæggende friheds- og menneskerettigheder. Oplevelsen af at blive tvangsindlagt/tilbageholdt er at sidestille med en total fratagelse af disse rettigheder. Som sådan er loven i modstrid med det nutidige samfunds vægtning af respekten for individets selvbestemmelse, værdighed og rettigheder, ligesom den bevæger sig imod retningen for den overordnede indsats overfor sindslidende.

dende, og derfor *ikke* bidrager til at skabe den sammenhæng, som vi ønsker, den enkelte sindslidende skal opleve. Derimod giver den anledning til oplevelsen af brud i form af voldsomme indgreb overfor individet, der vanskeliggør den sindslidendes mulighed og stræben efter at skabe livssammenhæng og efter at komme sig helt eller delvist

2. Forebyggelse

Rådet mener, at en ny lov bør have sit fundament i en anerkendelse af og respekt for individets menneskerets- og grundlovsbestemte rettigheder. Den bør i form såvel som i indhold afspejle det værdigrundlag, den skal tage afsæt i, det vil sige *sikringen* af individets rettigheder, ret til selvbestemmelse samt respekt og værdighed. Loven indeholder ganske vist en bestemmelse om ”*i videst muligt omfang at undgå tvang*”. Men hvis denne målsætning ikke skal stå uden betydning, må loven i væsentligt højere grad afspejle bredden i den overordnede indsats, og herunder betydningen og prioriteringen af den *forebyggende* indsats, som er altafgørende for, at sindslidende ikke kommer derhen, hvor den allersidste nødløsning, nemlig iværksættelsen af tvang, bliver nødvendig. Rådet fremhæver nedenfor en række elementer i en forebyggelsespolitik. Det er Rådets påstand, at hvis disse elementer gøres til grundlag for en ny lov, vil det mindske antallet af tvangsiværksættelser.

2.1 Recovery

Recovery har endnu ikke fået et dansk navn, men forstås som – *det at komme sig* – fra en alvorlig sindslidelse, set i modsætning til opfattelsen af en sindslidelse som en kronisk tilstand. Begrebet er siden 70'erne og i voldsomt stigende omfang op gennem 90'erne blevet den internationale betegnelse for en bevægelse, som sætter *håbet* om at komme sig i fokus, og den har fået godt fat. Nyorienteringen udspringer dels af brugerbevægelsen og dels af opsamlet erfaring omkring psykosocial rehabilitering, som er den internationale betegnelse for dele af den indsats, vi i Danmark kalder for socialpsykiatri. Gennem de seneste årtier er der indhøstet erfaring og opnået evidens om, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer og hæmmer recovery, og grund-

elementerne i, hvordan man tilrettelægger en recovery-orienteret indsats i såvel behandling som støtte og rehabilitering, begynder at tegne sig. En række lande har allerede gennem adskillige år haft recovery som pejlemærke for indsatsen, og erfaringerne opsamles og diskuteres internationalt i forskningslitteratur, på konferencer osv.

Recovery blev som begreb første gang introduceret i en dansk sammenhæng for blot 5 år siden i 2000 af Videnscenter for Socialpsykiatri i tidsskriftet "Socialpsykiatri". I 2001 blev recovery fremhævet af det tidligere nævnte "Udvalg vedrørende bedre samspil i psykiatrien og socialpsykiatrien", og i 2002 blev det medtaget af regeringen i handlingsprogrammet for de svageste grupper "Det fælles ansvar". På baggrund af anbefalinger herfra blev der igangsat tværsektoriel forskning og forsøg, hvor recovery har været og fortsat bliver gjort til genstand for nærmere undersøgelse.

Ud fra en recovery-tankegang er det afgørende at tage udgangspunkt i det enkelte menneske. Recovery karakteriseres som en individuel psykosocial proces den enkelte gennemlever, og der arbejdes med:

- at skabe et nyt syn på egne muligheder og håb for fremtiden
- at udvikle kontrol, ansvar og autonomi i eget liv
- i højere grad at tage ansvar for egne beslutninger
- at finde frem til en meningsfuld rolle i samfundet og at blive i stand til at udfylde den fremtidige rolle

Recovery kan således betegnes som en (re-)integrationsproces, hvor den sindslidende betragtes ud fra et samfundsborger-perspektiv. Recovery-processen handler om at (gen-)opnå en værdsat rolle i samfundet, hvilket indebærer at leve et tilfredsstillende og bidragende liv, og ikke *kun* fokus omkring omfang af symptomer eller ydre forhold som en plads på arbejdsmarkedet. Tæt knyttet til begrebet om recovery er *rehabilitering* og *empowerment*.

werment. Videnscenter for Socialpsykiatri har følgende udlægning af empowerment:

- at have magt til at træffe beslutninger
- at have adgang til information og ressourcer
- at have valgmuligheder
- at opleve at den enkelte kan gøre en forskel
- at lære færdigheder, som den enkelte mener, er vigtige
- at blive anset for at være kompetent

Recovery-tankegangen kan bedst forstås som en *orientering*, som skal være tilgangen for både den enkelte sindslidende selv, overordnet samfundsmæssigt, i behandlingssystemet, i den sociale indsats og i den direkte kontakt med brugere og/eller pårørende. Recovery-tankegangen understreger nødvendigheden af at indsatsen overfor mennesker med en sindslidelse er bygget op omkring respekt for individets selvbestemmelse og omkring en bred vifte af tilbud, der rækker ud over både det lægefaglige og det socialfaglige område.

Rådet mener, at en ny psykiatrilov bør tage afsæt i anerkendelsen af det recovery-orienterede perspektiv. Således bør loven formuleres på baggrund af den viden, vi i dag *har* omkring, hvilke faktorer der henholdsvis hæmmer og fremmer recovery. Inddrages recovery-perspektivet til at udvikle og forbedre indsatsen overfor sindslidende, og medtages det i grundpræmisserne for en ny psykiatrilov, mener Rådet, at vi i højere grad vil efterleve den overordnede målsætning om *mindst mulig tvang*.

2.2 Behandlingsgaranti

Rådet mener, at der parallelt med, hvad der er gennemført på alkohol- og stofmisbrugsområdet, bør arbejdes hen imod behandlingsgaranti på sindslidende-området. Behandlingsgaranti bør i denne sammenhæng drejes i retning af, hvad der kan forstås som ”garanti for kvalificeret behandling og

omsorg for hver enkelt bruger”. Hermed forlades en automatisk tænkning af *behandling* som alene værende den medicinske/lægefaglige dimension. Kvalificeret behandling og omsorg har derimod et bredere sigte med henholdsvis psykolog-behandling, psykosocial, socialfaglig såvel som medicinsk/lægefaglig behandling. De ansvarlige sektorer er således både sundhedssektoren og socialsektoren.

Garanti for behandling og omsorg skal fungere i tæt tilknytning med respekten for individets selvbestemmelse og til den allerede omtalte bredt favnende vifte af tilbud. Når en person med en sindslidende har behov for hjælp, *må det aldrig føre til*, at vedkommende pr. automatik og uden alternative valgmuligheder blot bliver underlagt medicinsk behandling.

Omsorgs- og behandlingsgarantien skal også indebære en garanti for, at brugeren (den sindslidende) ikke udskrives eller ”slippes” eller nægtes bevågenhed og omsorg fra den ene instans, med mindre denne har sikret, at et kompetent og relevant tilbud tager imod den sindslidende. Hermed lukkes ”huller” i systemet, så den sindslidende ikke ”falder igennem”, og ikke får den hjælp og omsorg, som vedkommende har brug for. Modellen kaldes også for Stafetmodellen, og Rådet mener, at den er et vigtigt element at medtage i den forebyggende indsats.

2.3 Tilgængelighed/akuttilbud – også uden for normale åbningstider

Der er de senere år lagt vægt på at fremhæve vigtigheden af, at der er tilbud, der er tilgængelige når normalsystemet er lukket. Dvs. weekends, om natten etc. Der er ved målrettede satspuljemidler igangsat projekter (2000-2003), hvis formål er i krisesituationer at yde akut rådgivning og støtte til sindslidende, specielt i døgnets ydertimer. De kan være organiseret i amt eller kommune, og i socialsektor eller sundhedssektor.

En sindslidelse og dermed den sindslidendes akutte behov for hjælp lader sig ikke tilpasse almindelig kontortid. Det er vigtigt for mennesker med en sindslidelse, at der er hjælp at hente og et sted at gå hen, uanset på hvilken

ugedag, og på hvilket tidspunkt af døgnet behovet opstår. Muligheden for at kunne opnå hjælp på det tidspunkt, hvor det er nødvendigt, vil naturligvis være med til at standse forværringen af den sindslidendes tilstand hurtigst muligt, herunder være med til at hindre at tvangsmæssige foranstaltninger bliver udvejen. Hertil kommer, at det efter Rådets opfattelse har en stor psykologisk effekt for mennesker med en sindslidelse, at der altid er et sted at gå hen og få hjælp, når behovet opstår akut. Alene visheden om døgntilbud vil have en angstdæmpende funktion, der kan være med til at hæmme forværringen af den sindslidendes tilstand. Rådet mener, at der bør arbejdes i retning af en udvidelse af døgntilbud til sindslidende i socialt regi. Dette med en geografisk spredning for øje, således at et tilbud er tilgængeligt, uanset hvor i landet man har bopæl.

2.4 Støtte- og kontaktpersonordningen

Ved Servicelovens ikrafttræden i 1998 blev der indført en støtte- og kontaktpersonordning for personer med en sindslidelse. Dvs. at kommunerne har pligt til at tilbyde en støtte- og kontaktperson til de mest socialt udsatte og isolerede personer med sindslidelser, som har store udækkede sociale behov. I dag er der ca. 5.500 modtagere af denne hjælp. Støtte- og kontaktpersonerne er uddannet til at være opsøgende og vedholdende i deres kontaktskabende arbejde. En evaluering af ordningen peger dog på, at kommunerne forvalter ordningen på meget forskelligt vis, samt at der er et stort uddannelsesbehov. Her tænkes både på introduktionsuddannelse, løbende supervision, teamstruktur og klare ansættelsesvilkår og kompetencer. Yderligere peges der på en kvalitetssikring af støtte- og kontaktpersons-arbejdet i daglig praksis. Faktorer, som bl.a. gør sig gældende her, er formaliseret tværsektorielt samarbejde, faglig ledelse, teamorganisering og supervision.

Rådet vil således opfordre til, at evalueringens resultater tages alvorligt, således at støtte- og kontaktpersonordningen opkvalificeres.

2.5 Samarbejdet mellem den (psyko-)sociale indsats, sygehus- og distrikpsykiatrien

Sundheds- og socialektoren har forskellige kerneopgaver overfor gruppen af mennesker med sindslidelser. Det afspejler sig bl.a. i, at der er udviklet forskellige kulturer, fagsprog, rutiner, handlemønstre osv. Det bunder i, at der er to forskellige perspektiver i spil: behandlingsperspektivet og det sociale rettigheds- og integrationsperspektiv.

Der kan tales om grænseflader dels mellem sygehuspsykiatrien og distrikpsykiatrien, dels mellem sygehus/distrikpsykiatrien og den (psyko-)sociale indsats og endelig mellem henholdsvis den (psyko-)sociale indsats i amtet og i kommunen. Borgeren/patienten vil opleve disse grænseflader i forløbet fra indlæggelse til ambulant behandling og til et socialt tilbud, hvad enten det sociale tilbud ydes af amtet eller kommunen. Organiseringen i dag betyder, at indsatsen på dette område skal koordineres mellem amtets tilbud og de almene kommunale sociale tilbud. Det er i grænsefladerne ved overgangen fra det ene system til det andet, at der er risiko for brud i indsatsen, med ringe vilkår for rehabilitering af borgeren til følge.

Den vedtagne strukturreform fastlægger, at ansvaret for den behandlende del af psykiatrien forankres i 5 sygehusregioner. Ansvar for den (psyko-)sociale indsats samles på kommunalt niveau i stedet for som i dag at være opdelt mellem amt og kommune.

Strukturændringerne vil forventeligt stille øgede krav til kommunerne om et løbende og formaliseret tværsektorielt samarbejde for at sikre patienter/brugere og deres pårørende en forsvarlig sammenhæng i den behandlingsmæssige og sociale indsats overfor mennesker med sindslidelser – både i forhold til forebyggelsesperspektivet og indsats og opfølgning i forhold til de mest socialt og sygdomsbelastede borgere.

Således må kompetenceudvikling og efteruddannelse af personalet til det fremtidige tværsektorielle arbejde sættes højt på dagsordenen. Både i forhold

til målsætning, indsats og opfølgning – og det nødvendige relationsarbejde, men også i forhold til håndtering og udvikling af handleplans- og koordinationsplans redskaber.

2.6 Fælles Værdigrundlag

Som nævnt i indledningen blev der som led i aftalen om Finansloven for 2001 iværksat et udvalgsarbejde med henblik på udarbejdelsen af oplæg til et bedre samspil på psykiatripsykiatriområdet. Udvalgsarbejdet resulterede bl.a. i ”Det fælles værdigrundlag (Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, marts 2005), som omfatter tre værdier: Respekt, Faglighed og Ansvar.

Værdierne har til formål at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for de sindslidende, som har behov for både behandling og social indsats. De systemer, der er til for at hjælpe, skal være helhedsorienterede, koordinerede, tilstrækkelige, gennemskuelige og respektfulde.

Rådet skal fremhæve, at man påtager sig en meget stor udfordring ved at forsøge at få to så forskellige foranstaltninger som behandlingspsykiatrien og den (psyko-)sociale indsats til at agere ud fra et fælles værdigrundlag. Rådet mener, der kan være mange faldgruber i at søge at samordne to sektorer med så forskellige udgangspunkter; behandlingspsykiatrien, hvorunder frihedsberøvelse og tvang kan finde sted, og på den anden side et indsatsområde, hvor omsorg, og social støtte og individets selvbestemmelse er indgangsvinkelen til den sindslidende.

Rådet håber derfor, at man både i behandlingspsykiatrien og i den (psyko-)sociale indsats vil respektere hinandens forskellige praktiske håndtering af værdigrundlaget, således at aktørerne indenfor områderne vil gøre værdierne levende og handle ud fra en forståelse om respekt, faglighed og ansvar. Men det forudsætter som førnævnt, at personale- og faggrupper løbende kompetenceudvikles og efteruddannes.

3. Den kommende psykiatrilov

Rådet anerkender, at det er nødvendigt at have en lovgivning, der giver mulighed for indgreb uden samtykke i visse nærmere definerede situationer, men skal understrege behovet for en række ændringer i den nuværende regulering.

3.1 Definition af tvang

I Psykiatriloven defineres tvang som *foranstaltninger, patienten modsætter sig*. Rådet for Socialt Udsatte mener, at tvang i stedet bør defineres som *foranstaltninger, som iværksættes uden informeret samtykke*. En sådan definition, mener Rådet, vil tydeliggøre grænsen mellem, hvornår der er tale om tvang, og hvornår der ikke er. Praksis i henhold til den nugældende definition medfører en stor gråzone af tilfælde, hvor det er uklart, om der er tale om tvang, ikke mindst for den sindslidende selv.

3.2 Forhåndserklæring

Især i de tilfælde, hvor personer med en sindslidelse har erfaring med behandlingssystemet, mener Rådet, at det vil være hensigtsmæssigt med et retsgyldigt redskab i form af en *forhåndserklæring*, hvori det udtrykkes, hvilke behandlingsformer og foranstaltninger, der henholdsvis foretrækkes og frabedes.

Forhåndserklæringen udarbejdes af personen med en sindslidelse på et tidspunkt, hvor vedkommende ikke er sindssyg (fornuftshabil). En sådan tilføjelse til psykiatriloven vil være i overensstemmelse med Etisk Råds anbefaling. At gøre forhåndserklæringen til et retsgyldigt redskab, vil betyde at det *skal* være dokumenteret forsøgt at efterkomme den sindslidendes ytringer i forhåndserklæringen *før* eventuelle tvangsmæssige foranstaltninger iværksættes som den sidste nødløsning. Hermed sikres den sindslidendes rettigheder og ønsker og endvidere vil det medvirke til at hindre at medicinsk behandling pr. automatik bliver den anvendte tilgang.

3.3 Farebegrebet – og hvad giver det ret til?

I den nuværende lov om frihedsberøvelse må tvangsindlæggelse og tvangs-tilbageholdelse finde sted, når en borger er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der må sidestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve borgeren med henblik på behandling fordi

- udsigten til helbredelse eller betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil være væsentlig forringet, eller
- den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre

Rådet for Socialt Udsatte mener i stedet, at frihedsberøvelse kun bør kunne finde sted med henblik på at *afværge* den situation hvor en person er til fare for eget liv eller for andres liv og førlighed. ”Fare-begrebet” må derfor defineres nøjere i lovgivningen som baseret på en konkret opførsel/adfærd, der principielt er uafhængig af, om den er knyttet til en person med en sindslidelse eller ej. Opfylder en person fare-kriteriet bør dette kun legitimere frihedsberøvelse, og det er Rådet meget magtpåliggende at det via den nye lovgivning hindres at frihedsberøvelse automatisk fører til videre tvangsmæssige foranstaltninger, eksempelvis medicinsk behandling, som det kan være tilfældet i dag. Den frihedsberøvedes ret til informeret samtykke i forbindelse med den behandling, der evt. iværksættes, skal således respekteres. Tvangsbehandling bør kun være mulig ved påviselige og overhængende livstruende tilstande og under ingen omstændigheder med behandlingsmetoder der - såsom neuroleptika eller elektrochok - kan påføre patienten uoprettelige skader.

Såfremt en kommende lovgivning stadig indebærer mulighed for at tilside-sætte den enkeltes informerede samtykke, bør det præciseres i loven, at det som en forudsætning for at kunne iværksætte tvangsmæssig behandling skal kunne dokumenteres, at alle muligheder for at efterkomme den enkeltes egne

ønsker i forbindelse med behandlingsformer er blevet gransket og overvejet nøje, *inden* en tvangsmæssig behandling sættes i værk.

Det er Rådets holdning at videre tvangsmæssige foranstaltninger ikke må iværksættes, uden at der på ny bliver taget stilling til om den sindslidende opfylder kriterierne for disse foranstaltninger, og der skal som altid tages udgangspunkt i forsøget på at efterkomme patientens ytringer i forhåndserklæringen.

3.4 Ingen ambulat tvang

Overordnet anbefaler Rådet, at arbejdet med revisionen af psykiatriloven vil indebære refleksioner omkring et øget tværfagligt samarbejde i nutidens psykiatri, frem for blot at bære præg af et forholdsvis stort fokus på tvangsaspektet.

På foranledning af Indenrigs- og Sundhedsministeriet har Rambøll Management udarbejdet en rapport om revisionen af psykiatriloven 2005¹, hvori indgår et forslag om indførelse af ambulat tvang. Rådet skal kraftigt understrege at gennemførelsen af et sådant forslag vil indebære, at en i forvejen udsat gruppe retssikkerhedsmæssigt stilles helt urimeligt ringe, og der er en åbenlys risiko for, at de nuværende kriterier for hvornår der må anvendes tvang, vil blive udhulet af en sådan bestemmelse.

Det kan få meget store konsekvenser for opfattelsen af menneskesyn, mål og midler i den distriktskykiatriske og den socialpsykiatriske indsats, hvis ambulat tvang (dvs. tvangsmæssige foranstaltninger der iværksættes udenfor sygehus-regi) bliver anbefalet som en brugbar metode – fordi man må forudsæ, at de oplevelser, der hos patienter og pårørende knytter sig til brug af tvang indenfor psykiatriens mure, i negativ grad vil kunne påvirke tilliden til kontakt og samarbejde med de lokale aktører. Konsekvensen kan på længere

¹ *Undersøgelse af Psykiatrilovsrevisionen af 1999*. Rapport af Rambøll Management, april 2005.

sigt blive, at vi nærmer os norske tilstande, hvor mellem 1600 og 1700 psykiatriske patienter, ifølge officielle undersøgelser, årligt anslås udskrevet til ambulans tvang. Rådet må derfor på det kraftigste afvise brugen af ambulans tvang.

3.5 Procedureregler ved tvang

Som det også er formuleret i loven, så skal anvendelsen af tvang udøves så skånsomt og kortvarigt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den pågældende og andre tilstedeværende, så der ikke forvoldes unødige krænkelse eller ulempe. Alligevel oplever mange sindslidende disse magtanvendelser som krænkende, nedværdigende og ydmygende.

Rådet vil således anbefale, at reglerne skal præciseres mere, eksempelvis via kvalitetsstandarder eller retningslinier, både i forhold til den læge/overlæge som forestår indlæggelsen, og i forhold til politiet, som foranstalter den konkrete tvangsinlæggelse. Man kunne også forestille sig, at en obligatorisk selvevaluering foretaget af politiet kunne indgå som et led i kvalitetsstandarderne.

3.6 Bæltefiksering

Rådet for Socialt Udsatte er stærkt bekymret for anvendelsespraksis i forhold til brugen af fiksering med bælte, hånd- og fodremme, hvor patienter kan være fastspændt i flere dage. Rådet anser sådanne længerevarende fikseringer for mishandling (hvilket også Den europæiske Komité til Forebyggelse af Tortur m.v. (CPT) gør). Rådet mener, at man snarere skal tilbyde patienterne en psykosocial indsats.

Eksempelvis har 22 psykiatriske afdelinger i Danmark siden august 2004 deltaget i et nationalt program, der skal nedbringe anvendelsen af tvang – og især brugen af bæltefikseringer. På den lukkede afdeling på Hvidovre Hospital, er det eksempelvis lykkedes at nedbringe antallet af tvangsfikseringer til en tredjedel. Det er sket, uden at patienterne er blevet udsat for flere tvangsbehandlinger med beroligende medicin. I stedet tilbydes patienterne samta-

ler, motion, musik og andre aktiviteter og dette uanset, hvor dårlige patienterne er. Rådet vil derfor anbefale helt at afskaffe brugen af bæltefiksering.

3.7 Retspsykiatrien

Rådet ønsker endeligt at fremhæve problemstillingen om psykisk syge, som begår lovovertrædelser og efterfølgende idømmes behandlings- og anbringelsesdomme. Antallet af behandlingsdomme er angiveligt steget markant i de seneste år. Der føres dog en diskussion om, hvordan det statistiske materiale skal fortolkes.

Det er Rådets opfattelse, at foranstaltningsdomme i alt for stort omfang anvendes ved ubetydelige lovovertrædelser og ved lovovertrædelser, der begås i forbindelse med psykiatrisk indlæggelse. Det bør i det hele taget overvejes at erstatte den udbredte anvendelse af foranstaltningsdomme med anvendelse af Straffelovens bestemmelser om formildende omstændigheder. Folketinget har således også i april 2004 vedtaget at regeringen skal undersøge og intensivere den forebyggende indsats i forhold til psykisk syge som begår lovovertrædelser.

Regeringen er blevet pålagt at iværksætte et projekt, som kan tilvejebringe viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet med fokus på betydningen af kapacitet, ressourcer og tilgængelighed af de forskellige behandlingstilbud og balancen mellem dem, sammenhængende patientforløb, tværsektorielt samarbejde mellem det sociale, sundhedsområdet og kriminalforsorgen samt en beskrivelse af behandlingsmulighederne i retssystemet. Resultaterne af projektet skal foreligge, så de kan indgå i revisionen af psykiatriloven i Folketingets samling 2005-2006. Der er således nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Indenrigsministeriet, Socialministeriet og Justitsministeriet, som skal belyse processen. Rådet vil vende tilbage med kommentarer til dette særlige spørgsmål, når resultatet af projektet foreligger.

Opsamling

Afslutningsvist samles i nedenstående op på de anbefalinger der løbende er blevet fremført i dette småskrift. Det er fremgået at Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- at der parallelt med, hvad der er gennemført på stofmisbrugsområdet, indføres en behandlingsgaranti på sindslidendeområdet
- en udvidelse af døgnåbne tilbud til sindslidende, udover de psykiatriske afdelinger og skadestuer
- at tvang defineres som fravær af informeret samtykke
- at den enkelte får mulighed for at udarbejde en retsgyldig forhåndserklæring, hvori det udtrykkes, hvilke behandlingsformer og foranstaltninger, der henholdsvis fortrækkes og frabedes.
- at frihedsberøvelse kun bør finde sted med henblik på at afværge den situation, hvor en person er til fare for eget liv eller for andres liv og førlighed.
- at afskaffe brugen af bæltefiksering
- at brugen af ambulant tvang afvises

Rådet ser frem til den kommende proces for revisionen af psykiatriloven og håber at den nye lov vil afspejle de grundpræmisser og de anbefalinger som Rådet har redegjort for og fremført i dette småskrift.

Med venlig hilsen

Rådet for Socialt Udsatte

Rådet for Socialt Udsatte
Holmens Kanal 22
1060 København K

tlf. 3392 4704
e-mail post@udsatte.dk
www.udsatte.dk

