

Otte anbefalinger til en tryggere psykiatri

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	1
Anbefaling 1) Lovgivningen ændres, så overlæger i ambulatorier kan udarbejde behandlingsplansaftaler svarende til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	3
Anbefaling 2) Retspsykiatriske patienter, som ophører med antipsykotisk behandling, skal kunne underlægges tvungen ambulatant opfølgning.....	4
Anbefaling 3) Lovændring vedrørende tvangsbehandling, som sikrer patientens behov for hurtig behandling og symptomlindring.....	4
Anbefaling 4) Fjern forbuddet mod tvangsindlæggelse på egen afdeling.....	5
Anbefaling 5) Skærmning til stue bør være en mulig tvangsforanstaltning på linje med tvangsfiksering og fastholdelse	6
Anbefaling 6) De præparater og doser, som anvendes ved tvangsbehandling, skal følge begrundet klinisk lægeligt skøn, hvor der tages hensyn til effekt og bivirkninger	6
Anbefaling 7) Mulighed for at anvende seclusion rooms som alternativ til længerevarende bæltefiksering	7
Anbefaling 8) Udvid muligheden for tvangsbehandling med Elektro-Convulsiv Terapi (ECT), så ECT kan anvendes på lige fod med medikamentel behandling	7

Indledning

Efter tragiske begivenheder i psykiatrien har Dansk Psykiatrisk Selskab drøftet en række anbefalinger til lovændringer, som vi mener har potentiale til at øge sikkerheden i psykiatrien.

Følgende forhold er fælles for de 8 anbefalinger:

1. De skal være med til at øge kvaliteten af behandlingen i psykiatrien.
2. De skal være med til at øge trygheden i psykiatrien og i samfundet som sådan.
3. De skal være med til at forebygge at psykiatriske patienter begår personfarlig kriminalitet og dermed bliver retspsykiatriske patienter – hvilket medfører yderligere stigmatisering.

4. De forudsætter en justering af det nuværende retsgrundlag, når det handler om muligheder for at anvende tvang.

Vi har formuleret anbefalingerne ud fra det lægefaglige synspunkt, at patienternes autonomi tilgodeses bedst ved, at de får en tilstrækkelig behandling. Rettidig behandling af høj kvalitet vil styrke patienternes autonomi og forebygge tvang og kriminalitet på den lange bane.

Vi er opmærksomme på, at nogle af vores anbefalinger kan opfattes sådan, at det så bliver sværere at være patient. Men vi gør os disse overvejelser netop for at sikre, at vi kan give den rette behandling med det samme, når folk er mest syge.

Som det er nu, kan der gå alt for lang tid, før en pinefuld og psykotisk tilstand kan behandles. Dette kan føre til øget risiko for udadreagerende adfærd, og derved øge risikoen for yderligere tvang.

Ved at gennemføre ændringer af lovgivningen, vil den samlede mængde af anvendte tvangsforanstaltninger forhåbentlig kunne mindskes og trygheden for både patienter, pårørende og fagfolk øges.

Baggrunden for disse anbefalinger er barsk. De seneste år er fire læger blevet slået ihjel af patienter, som de havde eller havde haft i behandling. Alle i forbindelse med magtudøvelse i form af tvangsindlæggelse eller anden frihedsberøvelse. Flertallet af de patienter, som slog ihjel, var utilstrækkeligt behandlede (psykotiske) og i flere tilfælde havde de et stofmisbrug.

Hertil kommer, at antallet af såvel behandlingsdomme og anbringelsesdomme stiger¹. Ligesom antallet af patienter, som tvangsindlægges mange gange, de såkaldte svingdørpatienter, stiger.²

Vi har en situation, hvor mellem 13 og 25 % af alle drab, bliver begået af et menneske, som er psykotisk i gerningsøjeblikket.³ Der er desuden en betragtelig ventetid på domsfældelse. Nogle patienter er indlagte i denne ventetid, og optager dermed sengepladser i psykiatrien.

Retspsykiatrien er en del af løsningen, en del af et større system. Der er grænser for, hvad retspsykiatrien kan løse, og retspsykiatrien er afhængig af en velfungerende almenpsykiatri. En bedre og mere optimal behandling er formentlig de forhold, som bedst forebygger en stigning i antallet af retspsykiatriske domme, men dette emne ligger uden for disse anbefalinger.

¹ <https://www.justitsministeriet.dk/wp-content/uploads/2023/11/Foranstaltningsdomme-i-2022-Domme-idoemt-i-2022-antal-igangvaerende-domme-og-varighed-af-afsluttede-domme.pdf>

² **Antallet af tvangs-genindlæggelser er steget med over 60% de seneste 5 år (2018-2022).**

Data fra esundhed.dk:

2018: Antal personer som tvangsindlægges: 3361/ Antal tvangsindlæggelser: 4496/Dvs. 4496-3361=1135 af tvangsindlæggelserne må være genindlæggelser

2022: Antal personer som tvangsindlægges: 3223/ Antal tvangsindlæggelser: 5056/Dvs. 5056-3223=1833 af tvangsindlæggelserne må være genindlæggelser

³ <https://www.justitsministeriet.dk/pressemeddelelse/ny-rapport-hver-fjerde-drabsmand-er-psykisk-syg-i-gerningsoejeblikket/>

Vores anbefalinger flugter med målsætningerne i 10-årsplanen for Psykiatrien, som danner rammen om at udvikle det samlede psykiatriområde og indsatsen for at forbedre befolkningens mentale sundhed.⁴ En plan, som bl.a. indeholder følgende målsætninger:

- Børn, unge og voksne med psykiske lidelser udsættes for mindre tvang og magtanvendelse.
- Færre mennesker med psykiske lidelser får en behandlingsdom for kriminalitet.

Det er vores håb, at vores otte anbefalinger kan bidrage til at forebygge vold, forhindre drab og forbedre forholdene i både almenpsykiatrien og retspsykiatrien for såvel patienter, ansatte og pårørende.

Anbefaling 1) Lovgivningen ændres, så overlæger i ambulatorier kan udarbejde behandlingsplansaftaler svarende til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler⁵ skal være med til at sikre gennemførelse af de planer, der er lagt for og med patienten i psykiatriske behandlingstilbud og sociale støttetilbud. Dette skal hindre at patienterne bliver svært syge og sikre rettidig indlæggelse, evt. tvangsindlæggelse.

Lovgrundlaget er beskrevet i psykiatrilovens § 13 a, § 13 b, §13 c [A20220018529.pdf](#) samt servicelovens afsnit V.

Af lovteksten fremgår det, at overlægen, som er ansvarlig for behandling under indlæggelse, har ansvar for, at koordinationsplaner og udskrivningsaftaler bliver udarbejdet, før patienten bliver udskrevet.

Vi anbefaler, at lovgivningen ændres, så overlæger i ambulatorier også kan udarbejde/have ansvar for at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Dette anbefaler vi, fordi der er en gruppe af patienter i den ambulante psykiatri, som er nye i psykiatrien eller som endnu ikke har været indlagt, og som pludselig oplever udvikling af svær sygdom. Her er der brug for samme lovhjemmel til samarbejde og koordinering mellem behandlingspsykiatri, kommunale socialpsykiatri og andre relevante myndigheder for at forebygge, at patienten dropper ud af den ambulante psykiatri og den kommunale socialpsykiatri. Dette vil kunne lette arbejdet med udarbejdelsen af disse planer i den ambulante psykiatri, da overlægen ofte kender patienten mere indgående end overlægen på et sengeafsnit.

⁴ https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx?sc_lang=da&hash=AAEF690AFCD2E7998A4E687613C905ED

⁵ Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler har samme lovgrundlag, indhold og formål. Forskellen er at koordinationsplaner kan indgås uden patientsamtykke og udskrivningsaftaler er med patientsamtykke. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner beskriver forskellige aktørers aftaler og samarbejde med og omkring patienten. Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler giver behandlingspsykiatrien lovhjemmel til at opsøge patienten på dennes bopæl, og lovhjemmel til at behandlingspsykiatri og kommunal socialpsykiatri kan udveksle viden og informationer om patienten.

Et koordineret samarbejde og informationsudveksling uden samtykke (i form af en koordinationsplan) omkring patienten vil desuden kunne forebygge indlæggelser, tvangsindlæggelser og/eller kan være med til at sikre rettidig tvangsindlæggelse inden f.eks. personfarlig kriminalitet.

Ambulante udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil desuden kunne finde anvendelse i overgangen fra behandlingsdom til almindelig ambulat psykiatrisk behandling.

Anbefaling 2) Retspsykiatriske patienter, som ophører med antipsykotisk behandling, skal kunne underlægges tvungen ambulat opfølgning

I daglig praksis er det ofte nødvendigt at indlægge en patient, som er dømt til behandling, hvis patienten ikke vil tage den ordinerede medicin frivilligt. Patienten indlægges i disse tilfælde på retspsykiatrisk eller almenpsykiatrisk afdeling i henhold til behandlingsdommen, og udskrives først igen, når patienten samarbejder om behandlingen. Dette medfører en ustabil medicinering, altså underbehandling, med risiko for svære sygdomstilbagefald og med risiko for at patienten begår fornyet kriminalitet. Det koster desuden mange indlæggelsesdage i både almenpsykiatrien og retspsykiatrien.

Tvungen ambulat opfølgning skal foregå således, at patienten hentes ind til afdelingen af politiet og får en tvangsdepotbehandling i form af en injektion, og derefter køres tilbage.

Dette vil sikre en mere stabil medicinering og dermed bedre behandling og fremgang til patienter, som allerede er dømt til behandling.

En sådan ændring vil også betyde mindre belastning på sengepladser både i almenpsykiatrien og retspsykiatrien.

Anbefaling 3) Lovændring vedrørende tvangsbehandling, som sikrer patientens behov for hurtig behandling og symptomlindring

Vi anbefaler, at tvangsindlæggelse med henblik på behandling giver adgang til mulighed for tvangsbehandling umiddelbart og uden opsættende virkning. Vi foreslår således en justering i retsgrundlaget, så man kan iværksætte tvangsbehandling med det samme i forbindelse med tvangsindlæggelse.

I modsætning til mange andre lande skelnes der i dansk lovgivning mellem beslutningen om tvangsindlæggelse med henblik på behandling og selve behandlingen. Det vil sige, der skal ske en selvstændig beslutning om at indlede en behandling med tvang, og hvis patienten vil klage, vil behandlingen næsten altid blive udsat, indtil der foreligger en afgørelse i det Psykiatriske Patientklagenævn. Det er almindeligt at der går mindst to uger, før en tvangsindlagt patient i en sådan situation modtager tilstrækkelig behandling.

Varigheden, inden en tvangsbehandling kan iværksættes, har mange konsekvenser.

Jo længere patienten er ubehandlet, des mere forlænges perioden med forpinthed. Hvilket øger

risikoen for at tilstanden bliver kronisk, og at patienten får kognitive skader.

For den enkelte patient opstår der øget risiko for behov for akut beroligende medicin med tvang, ofte flere gange i venteperioden, ligesom der er øget risiko for tvangsfiksering med bælte.

Venteperioden med en svært psykotisk patient øger risikoen for vold mod personale og medpatienter og for at patienten sigtes for vold og får en behandlingsdom.

Patienten skal bibeholde klageretten over tvangsbehandling, men uden at klagen får opsættende virkning.

Anbefaling 4) Fjern forbuddet mod tvangsindlæggelse på egen afdeling

I Psykiatriloven, § 7, stk. 2, følger det, at den lægeerklæring, som går forud for en tvangsindlæggelse ikke må være udstedt af en læge, der er ansat på det psykiatriske hospital eller den psykiatriske afdeling, hvortil tvangsindlæggelse skal finde sted. Som det er nu, er det den praktiserende læge eller lægevagt, en somatisk læge eller en læge fra en anden psykiatrisk afdeling, som udformer disse lægeerklæringer. Under alle omstændigheder en omvej - i mange tilfælde ved en helt ukendt læge.

Vi ønsker, at loven justeres, så en læge, der ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted, også må udstede sådanne lægeerklæringer. Den behandlingsansvarlige overlæge, som følger patienten i ambulat behandling, har et indgående kendskab til patienten og dermed gode forudsætninger for at træffe beslutning om tvangsindlæggelse og for at udfærdige lægeerklæring med henblik på tvangsindlæggelse.

Vi ønsker med denne justering at undgå to scenarier:

- De tilfælde, hvor en nødvendig tvangsindlæggelse ikke finder sted, fordi ingen læge har kontakt til patienten ud over psykiateren.
- De tilfælde, hvor tvangsindlæggelse finder sted på en anden afdeling end den, hvor patienten er hjemmehørende og patienten derved bliver udsat for en unødvendig og uhensigtsmæssig overflyttelse.

Aktuelt er der lovgivningsmæssig mulighed for at en læge, der er ansat på samme afdeling, som patienten skal indlægges på, kan udfylde tvangsindlæggelsespapirer på patienten, men patienten skal så indlægges på en anden afdeling. Derefter kan patienten så overføres til stamafdelingen dagen efter. Dette fører til uhensigtsmæssige kontinuitetsbrud og mindre mulighed for at etablere trygge relationer.

Vi forudsætter, at tvangsindlæggelsen fortsat skal godkendes af den modtagende overlæge i psykiatrisk afdeling. Desuden skal en second opinion være lovpligtig ved tvangsindlæggelser, som foretages af den ambulante behandlingsansvarlige læge. Dette f.eks. ved at der i løbet af 48 timer skal foreligge en second opinion fra en uafhængig læge, som ikke er ansat på samme afdeling.

Anbefaling 5) Skærmning til stue bør være en mulig tvangsforanstaltning på linje med tvangsfiksering og fastholdelse

Skærmning til stue har traditionelt været anvendt for at forhindre farlighed, forulempelse af medpatienter og udøvelse af hærværk. Det er et mindre omfattende indgreb i patientens autonomi end tvangsfiksering og fastholdelse. Desuden kan indgrebet i nogle tilfælde forebygge brug af akut beroligende medicin med tvang.

Som lovgrundlaget i Psykiatriloven er udformet nu, kræver skærmning til stue informeret samtykke fra den patient, som skal skærmes. Hvis ikke dette samtykke kan opnås, kan skærmning opgives og det bliver da sværere at beskytte medpatienter, som kan være i fare for at blive overfaldet eller at blive udsat for overgreb.

Vi foreslår derfor, at skærmning til stue skal kunne anvendes med samme indikationer som tvangsfiksering og fastholdelse. Dette for at afværge farlighed, forulempelse og hærværk og for at beskytte medpatienter. Desuden ønsker vi lovhjemmel til at kunne bruge skærmning til stue i situationer, hvor patienten er i akut urolig tilstand.

Der har i patientklagenævnene været præcedens for, at personalet først skal forsøge at berolige patienten, dernæst skærme patienten, dernæst tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse, og hvis det ikke hjælper, og hvis kriterierne for bæltefiksering er opfyldte, da ville bæltefiksering kunne komme på tale.

Der er tale om et spektrum af urolig adfærd, hvor man benytter mindste middels princip til at håndtere situationen. Vi er i den mildere del af spektret. Vi ønsker at kunne sætte ind med skærmning til stue, før patienten bliver så urolig, at principperne for bæltefiksering vil være opfyldt, og vi vil gerne kunne stoppe situationen, inden patienten forulemper medpatienter eller personale.

Vi foreslår samtidigt, at der til muligheden for at skærme en patient til stuen, skal følge nærmere specificerede lovpåbudte krav om tilsyn og revurdering, så det sikres at skærmning til stue ikke udstrækkes over for lang tid.

Anbefaling 6) De præparater og doser, som anvendes ved tvangsbehandling, skal følge begrundet klinisk lægeligt skøn, hvor der tages hensyn til effekt og bivirkninger

Som det er nu, afgøres tilladte doser til patienter i tvangsbehandling ud fra vedligeholdelsesdosis i pro.medicin.dk. De er dermed ikke udtryk for en konkret, lægefaglig, klinisk vurdering af dosis-respons og bivirkninger hos den individuelle patient.

Vi mener, at de anvendte doser i tvangsbehandling bør følge vurdering af effekt og bivirkninger. Ligeledes mener vi, der skal være en høj faglig standard af tvangsbehandlinger med hensyn til vurdering af effekt og bivirkninger.

Klager over præparatvalg, startdosis, dosisøgning og slutdosis i en tvangsbehandling bør dermed afgøres af Styrelsen for Patientklager og ikke som nu i Det Psykiatriske Patientklagenævn. Det

Psykiatriske Patientklagenævn er nu placeret i Styrelsen for Patientklager, så måske skal sådanne klager afgøres hos dem. De afgør i forvejen lignende behandlingsklager, som ikke er med tvang.

Anbefaling 7) Mulighed for at anvende seclusion rooms som alternativ til længerevarende bæltefiksering

I retspsykiatrien har vi sjældne tilfælde, hvor en patient vedvarende er farlig uden at farligheden er knyttet til akut affekt. Undertiden vil en sådan tilstand kunne føre til bæltefiksering i længere tid. Vi ønsker lovhjemmel til, at man på retspsykiatriske afsnit (Medium Secure Settings) i særlige tilfælde kan anbringe patienten i seclusion room/på en isolationsstue som alternativ til tvangsfiksering. Dette eventuelt efter patientens eget valg.

Anbefaling 8) Udvid muligheden for tvangsbehandling med Elektro-Convulsiv Terapi (ECT), så ECT kan anvendes på lige fod med medikamentel behandling

ECT er en skånsom behandling, som er meget virkningsfuld overfor f.eks. svære depressioner, mani og psykoser. Behandlingen er langt mere effektiv end selv de bedste medicinske behandlinger og har generelt betydeligt færre bivirkninger.

Som det er nu, må ECT-behandling kun anvendes mod patientens vilje, hvis det kan sandsynliggøres, at patienten er i potentiel eller reel livsfare. Dette medfører, at en del patienter med svær sindslidelse unddrages denne - for det meste - skånsomme og yderst virksomme behandling.

Vi ønsker at kunne tvangsbehandle med ECT, før patienten kommer i livsfare, og at Elektro-Convulsiv Terapi (ECT) skal kunne anvendes på lige fod med medikamentel behandling i tvangsbehandling.