

Konferencerapport 1996

Psykiatriske patienters vilkår

- bedre behandling, mindre tvang?

Det Ethiske Råd

1996

Indhold

Forord

Lars Nordskov Nielsen: Velkomst

Psykiatriloven - principper og praksis

Tore Nilstun: Ideal og virkelighed i psykiatrien

Helle Aggernæs: Psykiatriloven i praksis

Marianne Kastrup: Kvalitet i psykiatrien

Birgitte Diderichsen: Et differentieret behandlingstilbud

Psykiatriloven - behovet for reform

Else Marie Skov

Nelly Christensen

Peter Storm

Kaja Neumann

Torben Østergaard

Ole Kølle

Erik Toftgaard

Ruth Jensen

Lars Nordskov Nielsen: Afslutning

Appendix

Program for Det Ethiske Råds konference:

Psykiatriske patienters vilkår - bedre behandling, mindre tvang?

Deltagere i høringen

FORORD

De fleste vil nok kunne være enige om, at de overordnede målsætninger for indsatsen over for psykiatriske patienter bør være:

- bedst mulig behandling, pleje, omsorg og støtte;
- mindst mulig tvang; samt
- mest mulig retssikkerhed og kvalitet.

I psykiatriloven har lovgivningsmagten udstukket en række principper for anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Loven blev gennemført i 1989 og skal til revision i den kommende folketingsamling. Det er en udbredt opfattelse, at loven på nogle områder har bidraget til en forbedring af psykiatriske patientens vilkår, men fra flere sider har dele af loven været udsat for skarp kritik. I debatten om psykiatriloven lægger nogle mest vægt på patienternes personlige integritet og retssikkerhed, mens andre er bekymrede for, at de juridiske rammer kan vanskeliggøre mulighederne for at hjælpe patienterne ved at udøve den nødvendige tvang.

Psykiatriloven pålægger sygehusmyndigheden at tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard. Formålet med denne programerklæring er at forebygge anvendelse af tvang. Forskellige forslag om indførelse af materielle patientrettigheder er ikke blevet gennemført. Psykiatriske patienter på et sygehus har således ikke krav på eneværelse, meningsfuld beskæftigelse og undervisning, udgang eller ophold i frisk luft. Der findes ikke nærmere regler om behandlingssystemets pligt til at etablere et differentieret behandlingstilbud. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at nogle stiller krav om en ret til medicinfri behandling.

I løbet af de seneste par årtier er der sket en omlægning af indsatsen over for psykiatriske patienter. Den hospitalsbaserede psykiatri er blevet indskrænket betydeligt, og i stedet arbejdes der med opbygning af distrikts- og socialpsykiatri. Denne omlægning foregår på kommunernes ansvar, og udviklingen er præget af uensartethed. Nogle af de psykiatriske patienter har måttet betale en høj pris for manglende indfrielse af de social- og sundhedspolitiske målsætninger.

Det Ethiske Råd arbejder for tiden med en redegørelse om principperne for indsatsen over for psykiatriske patienter. Med henblik på at belyse spørgsmålet om, hvordan ovennævnte målsætninger bedst virkeliggøres, afholdt rådet en høring med deltagelse af læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, jurister og repræsentanter for patient- og pårørendeorganisationer. Tillige var Folketingets udvalg vedrørende Det Ethiske Råd, Sundhedsudvalget samt Retsudvalget inviteret.

Alle oplæg fra høringen er samlet i denne udgivelse, som til dels er udarbejdet ud fra lydoptagelser af de mundtlige fremlæggelser, hvilket bidrager til at give fremstillingen et levende præg.

VELKOMST

Professor Lars Nordkov Nielsen,

formand for Det Ethiske Råd

Jeg vil gerne på Det Ethiske Råds vegne byde alle hjertelig velkommen til denne høring om psykiatriske patienters livsvilkår.

Et særligt velkommen selvfølgelig til dem, der er mødt op til trods for, at de på forhånd havde forpligtet sig til at være aktive ved denne lejlighed, og det er jo slet ikke så få.

Baggrunden for høringen er, at Det Ethiske Råd, foreløbig på arbejdsgruppeniveau men senere naturligvis i det samlede råd, beskæftiger sig med de etiske aspekter ved behandlingen af psykiatriske patienter. Et arbejde som foregår med henblik på, at rådet kan afgive en redegørelse, som forhåbentlig

kan gøre nytte bl.a. i forbindelse med det lovforberedelsesarbejde, som skal finde sted, fordi forslag til revision af loven om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien skal fremsættes i den kommende folketingssamling.

Den arbejdsgruppe, der står for planlægning af denne høring, består af fem rådsmedlemmer, nemlig Asger Baunsbak-Jensen, Barbara Gram, Søren Holm, Jørn Vestergaard, der er arbejdsgruppens formand, og Marianne Wangsted, som er næstformand i rådet.

Formålene med en høring som den, der finder sted her, kan siges at være tre forskellige. For det første at tilføre rådet og rådets arbejdsgruppe øget viden til brug for det aktuelle arbejde. Formålet er også at bidrage til en offentlig debat om psykiatriske patienters vilkår. En debat som i sig selv er vigtig, men som også skal ses i særlig sammenhæng, med et andet af de emner, rådet for tiden arbejder med, nemlig prioritering inden for sundhedssektoren. Det er i den forbindelse vigtigt at erkende, at det drejer sig om en forholdsvis svag patientgruppes berettigede krav på ligestilling med andre patientgrupper. Endelig er det vort håb, at denne høring også kan give besluttende myndigheder og politikere et bredere grundlag for deres afgørelser.

Det vil på basis af tidligere erfaringer nok ikke undre mig, om vi vil få at vide, at nu vil Det Ethiske Råd åbenbart til at bestemme, hvordan lovgivningen om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien skal være. Derfor har jeg lyst til at slå fast fra starten, at Det Ethiske Råd vil ikke, skal ikke og kan ikke bestemme noget som helst! Vi er et rådgivende organ, og vi har slet ikke sådan nogle "kategoriske" målsætninger.

Men jeg vil også godt understrege, at den lovgivning om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, som skal produceres, naturligvis er et produkt af mange forskellige faktorer: lægefaglige, socialfaglige, økonomiske og retspolitiske i en vis snævrere forstand. De etiske synspunkter er så at sige aspekter, der eventuelt kan begrænse de hensyn, man i øvrigt lader indgå i en sådan overvejelse.

De etiske aspekter er knyttet til to nøgleord: tvang - mere eller mindre - og levevilkår, herunder behandlingsintensitet eller mangel på samme, boligforhold osv.

Jeg vil også gerne understrege, at det ikke er Det Ethiske Råds opgave at afsige den endelige etiske dom over, hvordan disse ting skal ordnes. Men vor målsætning er, at vi ved at identificere etiske problemer og ved at belyse dem kan bidrage dels til den offentlige debat og dels til den beslutning, som skal træffes i sidste instans af de politiske myndigheder.

Jeg synes, at det er værd at sige, at hvor godt vi end måtte kunne bidrage ved denne høring, og senere ved en udtalelse eller redegørelse, så kommer vi ind i en bukete - en stor bukete - af indspark. Af sådanne indspark inden for de sidste - skal vi sige - halvandet år har vi haft Psykiatrisk Selskabs store rapport fra 1994, vi har haft væsentlige bidrag både fra Landsforeningen Sind og Landsforeningen Pårørende til Sindslidende. Vi har haft den vigtige rapport fra Sundhedsstyrelsen om målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. Vi har haft regeringens statusrapport og allersidst, men ikke mindst, har vi den 1. februar i år haft den store folketingsdebat om psykiatriske patienters levevilkår.

Vor målsætning rækker naturligvis ikke længere end til at være et yderligere bidrag i en sådan debat; men det kan måske netop have sin værdi, at et sådant bidrag kommer fra en lidt utraditionel og mindre indforstået kilde, som vi vel må siges at være.

PSYKIATRILOVEN -PRINCIPPER OG PRAKSIS

IDEAL OG VIRKELIGHED I PSYKIATRIEN

Tore Nilstun, docent i medicinsk etik,

Universitetet i Lund

Indledningsvis vil jeg præsentere otte forskellige idealer, som man inden for psykiatrien på en eller anden måde må tage hensyn til. Herefter skal jeg gå til det, jeg kalder virkeligheden, hvor jeg vil

forsøge at vise, hvordan man i de fem nordiske lande forsøger at kompromisere om disse idealer, og afslutningsvis skal jeg komme med et trøstens ord.

Det første, jeg vil bringe op, er spørgsmålet: Hvorfor skal tvang retfærdiggøres? Og den første anledning til det er, at vi - ikke bare i vort, men i de fleste samfund - har en grundlæggende tradition for respekt for den kompetente persons ønsker. Det indebærer, at denne person har ret til indflydelse på de beslutninger, som påvirker vedkommende selv. Administrativ frihedsberøvelse indebærer en indskrænkning i denne ret, og når man indskrænker den kompetente persons frihed, så må man kunne angive en særlig begrundelse for, at man kan forsvare det.

I flere af lovgivningerne finder man også noget, som ligner dette, men som i mange love opfattes som lidt svagere. Det er den ikke-kompetente persons ønsker - de skal også respekteres, og selv her mener man, at administrativ frihedsberøvelse kan indebære en krænkelse. Men der er forskellige opfattelser i de nordiske lovgivninger af, i hvilken grad man må retfærdiggøre, at man indskrænker friheden hos den inkompetente person.

Hvad er det, man kan anvende for at retfærdiggøre tvangen? Jo, der findes tre typer af overvejelser. Den første overvejelse er kompetence som ideal. Det er forestillingen om, at den person, som ikke har evnen til at tage vare på sig selv, må hjælpes på en eller anden måde, så vedkommende bliver kompetent og kan tage selvstændige beslutninger. Personer, der som en følge af psykisk sygdom har nedsat kompetence, bør have hjælp til at genoprette denne kompetence. I visse lovgivninger er dette meget eksplicit, i andre er det næsten usynligt.

Det andet argument, som anvendes for at retfærdiggøre tvang, er patientens lidelse. Tanken er, at den psykisk syge person skal beskyttes imod at skade sig selv. Vedkommendes lidelser bør mindskes og forebygges. Og er det dette, man mener, tvangsindgreb kan afstedkomme, så skal det opvejes imod indgrebet i den personlige frihed.

Det tredje argument, som ofte anvendes i debatten, vedrører andres lidelse. Man må foretage indgreb i patientens frihed, hvis det kan mindske andres lidelser. I en del tilfælde er tanken at mindske risikoen for lidelse hos andre; men man kan også i lovforarbejder finde formuleringer, som er udtryk for respekt for patienten selv. At hindre nogen i at skade andre er også til fordel for den, som evt. ville kunne skade andre.

Ser man nu på, hvad der omgiver tvangen, så er der tre typer af overvejelser.

Den første er, at misbrug af tvang skal forhindres. Man må have regler, således at tvangen ikke misbruges, så retsstridig tvang minimeres, og så eventuel misbrug opdages og rettes til. Man kan sige, at mange af de nye lovgivninger, som kommer til Norden, netop er ændret med henvisning til dette retssikkerhedskrav.

En yderligere overvejelse, som i mange tvangslovgivninger næsten er usynlig, men ofte kommer til udtryk i andre parallelle love, er dette at tilsikre tvang, når denne behøves. Risikoen ved ikke at anvende tvang og frihedsberøvelse bør minimeres, hvis patienten virkelig har behov for et indgreb. Hvis man havde for strenge regler for at tvangsindlægge, så ville man ganske vist aldrig tvangsindlægge nogen uden tilstrækkelig grund, men det ville også lede til, at man ikke tvangsindlagde den, som virkelig havde behov herfor. Det er en meget svær balance. Historisk har balancen skiftet mellem disse to hensyn i lovgivningen.

Den sidste overvejelse er én, som ikke er så eksplicit formuleret i lovforarbejdet, men som kommer meget tydeligt til udtryk, når man interviewer psykiatere, nemlig at psykiatrien må ikke misbruges. Psykiatrien må ikke tvinge andre end sindslidende, som har behov for behandling. Psykiatrien må ikke anvendes i alment samfundsbeskyttende øjemed.

Nu har jeg altså præsenteret otte vurderinger, og det bliver til et meget kompliceret billede, når jeg nedenfor skal forsøge at vise forholdene mellem disse.



Hvis man nu forsøger at få greb om disse otte idealer, så ser man her, at nr. 1 og nr. 2 kan formuleres som en form for respekt for personen. Nr. 1 er respekt for den kompetente person, og nr. 2 er respekt for den inkompetente person. Ser man på de nordiske lovgivninger, så kan man sige, at alle de nordiske lande meget stærkt betoner respekten for den kompetente person. Går man derimod til respekt for den inkompetente person, så betones dette specielt klart i dansk, islandsk og svensk lovgivning. Men både i den finske og i den norske lov tones dette ned. Det er på en måde lettere at udøve tvang mod den inkompetente person.

Går man derimod til autonomi som ideal, det vil sige, at tvangens hensigt skal være at få patienten gjort kompetent, så er det kun den svenske lov, som i paragrafferne eksplicit angiver, at det at øge patientens autonomi er et mål med plejen. Men når man interviewer psykiatere i de øvrige nordiske lande, så er det også vigtigt dér.

Dette har ført til vældigt store problemer, fordi man jo også har det mål, som er koblet til det fjerde ideal, nemlig at mindske og forebygge lidelse hos patienten og at forhindre patienten i at skade sig selv. I den svenske lov har man fået en sådan konflikt mellem nr. 3 og nr. 4, at man dér netop har igangsat en udredning for at vurdere lovgivningen.

Alle de nordiske love har som et vigtigt mål at hjælpe patienten, så lidelser kan forebygges eller mindskes.

Med hensyn til at beskytte andre i omgivelserne, er det frem for alt i den danske og i den norske lov, at beskyttelsen af tredje person har samme vægt som beskyttelsen af patienten selv. I de øvrige love, særligt i den svenske og i den islandske, er beskyttelsen af tredje person stærkt nedtonet i forhold til beskyttelsen af patienten selv. Den finske lovgivning står et sted midt imellem.

Vi går nu til nr. 6, som handler om dette at forhindre misbrug af psykiatrien, det vil sige, at ingen som i virkeligheden ikke behøver det, skal udsættes for tvang. Dette er et punkt, som fremhæves stærkt i alle de nordiske lovgivninger.

Går man nu til nr. 7, så ser man, at dette ideal hurtigt kommer i konflikt med nr. 6. Her gælder det nemlig om ikke at opstille så mange forhindringer og så mange krav om retssikkerhed, at de, som virkelig behøver tvangsindlæggelse, ikke kan få denne tvangsindlæggelse.

Det er i den islandske lovgivning, nr. 7 betones stærkest, hvilket også har ledt til, at Island nu er kommet i konflikt med Den europæiske Menneskerettighedskonvention, og de må sandsynligvis ændre deres lovgivning. På Island skal den person, som skal tvangsindlægges mere end 15 dage, umyndiggøres. Og denne umyndiggørelse er noget, som følger patienten. Ifølge Den europæiske Menneskerettighedskonvention skal umyndiggørelser, som sker i psykiatrisk sammenhæng, være tidsbegrænsede. Nu er det sådan på Island, at den, som er blevet umyndiggjort, selv må gå til domstolen for at få sin myndighed tilbage. Sandsynligvis vil dette blive ændret. Men det har gjort, at det er meget lettere at få dem, som har behov for tvangsindgreb, ind i tvangssystemet igen.

Når det gælder misbrug af psykiatrien, så kan man vel sige, at i alle de nordiske lovgivninger er det vældigt stærkt betonet, at psykiaterne skal have omsorg for psykisk syge mennesker, fordi disse har behov for pleje. Psykiatrien skal ikke anvendes til andet. Det er kommet meget klart til udtryk i alle lovgivninger.



Nu kommer det komplicerede! Den pil her betyder, at der er en konflikt, og det ville tage hele dagen at tale om alle disse konflikter, så jeg skal bare eksemplificere. Vi har sandsynligvis tre-fire konflikter mere i dette. Jeg skal bare kommentere, så man forstår tanken med dette billede.

En konflikt, som frem for alt er blevet diskuteret, går på beskyttelse af personen kontra beskyttelse af omgivelserne. Og hvis man sænker kravet om beskyttelse af patienten selv, så bliver det de pårørende og omgivelserne, som må tage vare på denne patient.

Er det sådan, at man i første omgang tænker på omgivelserne, og er hurtig til at indlægge patienten, så

ved man, at en hel del patienter vantrives i psykiatrien. Jeg skal - på grund af tiden - ikke trække yderligere konflikter frem. Jeg vil bare afslutte med at betone udfordringen i at udarbejde et tvangsforslag, som indebærer et intellektuelt og følelsesmæssigt acceptabelt kompromis mellem disse otte forskellige krav. De, som arbejder med psykiatrien, ved, at dette er nærmest umuligt. Der findes altid nogle, som oplever, at dette ikke er acceptabelt, mens andre oplever, at det er acceptabelt. Nu skulle jeg så komme med et afsluttende trøstens ord.

Jeg begyndte min karriere på universitetet som matematiker. Det forklarer det følgende eksempel. Folk, som har læst lidt matematik, ved, at matematikere i mange år forsøgte at løse problemet med cirkelns kvadratur. Det vil sige med passer og lineal og blyant at konstruere et kvadrat, hvis areal er lig arealet af en given cirkel. Der var udlovet store priser for at få folk til at klare dette problem, men det lykkedes ikke for nogen. 1882 lykkedes det Ferdinand Lindemann, som var en tysk matematiker, at vise, at der var behov for uendeligt mange operationer med passer og lineal for at løse denne opgave. Så hver gang man havde flyttet passeren, var der yderligere nok en gang, og i og med at man hver gang skulle bruge mindst 10 sekunder, og at det var ti gange uendeligt, så kunne ingen mennesker løse denne opgave.



Nu har jeg tænkt mig at afsløre, at der findes en løsning. Men man må snyde en smule, og jeg håber, at I ser analogien til psykiatrilovgivningen her - at der findes en løsning, når det gælder kompromiser mellem disse krav. Man tager først passer og lineal og deler denne cirkel i fire dele. Så tager man en saks og klipper langs stregerne og får fire dele. Nu har man løst problemet med cirkelns kvadratur. Man har fået en kvadrat. Og nu støder man på problemet. De, som skal udarbejde et forslag, siger selv, at de har fået en firkant, men kritikerne siger: Men der er jo et hul i firkanten!

PSYKIATRILOVEN I PRAKSIS

Helle Aggernæs, overlæge, Frederiksberg Hospital

Mit emne er Psykiatriloven i praksis, og jeg er meget glad for, at den første foredragsholder fremførte, at når psykiatere er ansvarlige for at udøve tvang efter denne lov, så er de sat på en umulig opgave, som svarer til at løse cirkelns kvadratur. Det er rent faktisk også sådan, psykiaterne i almindelighed oplever det. En psykiater er jo også en læge, som har aflagt et lægeløfte, som er meget paternalistisk. Min patients helbredelse skal være det, jeg tænker på allerførst. Så tænker man måske mindre på, hvad patienten selv vil eller ikke vil. Dette princip står i stærk kontrast til det autonomiprincip om patientens selvbestemmelse, som blev udviklet i løbet af 1980'erne og endelig blev indført den 1. oktober 1989 i psykiatriloven.

Lægerne er underkastet det samaritanske princip, dvs. vi vil gerne arbejde på at udrydde umiddelbare onder fremfor at søge at virkeliggøre abstrakte goder. Psykiaterne vil gerne overholde loven, og de mener, at der skal være en lov. Når man har fået magt til at udøve tvang, så skal der være en lov, der skal være kontrolfunktioner, og der skal være mulighed for at klage. Så derfor skulle vi have denne nye lov, og det er på mange områder, de væsentligste områder, en god lov.

Men psykiaterne er også praktikere, og tænker derfor ikke så meget på at virkeliggøre abstrakte goder, dvs. på at tilgodese, hvad den enkelte patient i teorien kunne have godt af, hvis han havde været normalt fornuftstænkende. Det, der nemlig er problemet, og den umulige opgave ved at have en psykiatrilov, er, at man gerne vil have, at patienten skal være selvbestemmende, men samtidig siger, at vi af hensyn til retssikkerhed og til patienten, når han igen bliver ikke-syg, skal overholde de forskellige regler; vi skal tilgodese "begge principper".

Meget væsentligt, når der udøves tvang, er ikke udelukkende, at der udøves tvang, men det er så sandelig også den måde, hvorpå tvangen udøves, og under hvilke vilkår tvangen udøves. Det er meget vigtigt at bevare og holde fast i respekten for den enkelte person. At forsøge, så vidt det er muligt og selv om der skal udøves en eller anden form for tvang, at respektere det enkelte individ, integriteten i personen, selv om personen nu er lidt ændret. Det synes jeg, vi kan have nogle problemer med ind imellem. Men det er det, vi skal stille imod som psykiatere. En anden ting, der er meget vigtig ved

denne lov og ved det etiske dilemma, psykiateren til stadighed bliver sat overfor, når der skal udøves tvang, er, at tvangen aldrig må blive en hovedløs rutine. Det skal være noget, der skal overvejes hver gang. Og det gør ikke noget, at det er besværligt at gennemtænke; sådan skal det være.

Fra 1987 og fire år frem udførtes på Frederiksberg Hospitals psykiatriske afdeling flere prospektive undersøgelser, der registrerede alle tvangsinlæggelser og al tvang udøvet. Undersøgelserne vedrørte alle 142 tvangsinlæggelser udført på fire år (1.11.87 - 31.10.91) og al tvangsanvendelse udøvet ved i alt 340 indlæggelser på 3 år og 8 mdr. (1.2.88 - 30.9.91). Den sidstnævnte tvang omfattede, udover tvangstilbageholdelse, 90 indlæggelser hvor der blev tvangsbehandlet (psykiatrilovens ¶ 12), og 205 indlæggelser hvor der udøvedes fiksering mv. (psykiatrilovens §§ 14-17). I alt var 128 patienter tvangsinlagt 1 eller 2 gange, og der blev udøvet tvang over for 289 patienter ved én eller flere indlæggelser.

I en 3 måneders periode efter indførelse af den nye psykiatrilov 1.10.89 registreredes personalets tidsforbrug.

Resultater

Psykiatriloven medførte ikke ændring i antallet af tvangsinlæggelser, tvangsbehandlinger eller tvangsfikseringer mv. Der var faktisk forbløffende få ændringer, det var egentlig ikke, hvad vi havde troet. Derimod steg varigheden af en bæltefiksering med 42% og varigheden af den tid, der tvangsbehandlede, fra gennemsnitlig 10 til gennemsnitlig 23 dage. Når 20 måneder under den gamle lov blev sammenlignet med 24 måneder under den nye lov, registreredes det, at antallet af klager, der blev behandlet i retten, steg fra 5 til 31, og antallet af klager om tvangsbehandling og fiksering steg fra 2 til 33. Interviewundersøgelsen viste, at patienterne havde en uændret vurdering af såvel den udøvede tvang som af patientrådgiverens funktion under den nye lov sammenlignet med tilsynsværgens funktion under den gamle lov.

Det forhold, at en klage over en besluttet tvangsbehandling har opsættende virkning, betød, at 18 patienter ventede i alt 251 dage i lukket afdeling uden at blive behandlet. Et år efter lovens indførelse steg antallet af tvangsfikseringer og tvangsmedicineringer jf. ¶17. Afdelingens belægningsprocent steg i undersøgelsesperioden fra 82% (1988) til 102% (1990). Indførelse af loven medførte initialt en øget arbejdsbyrde med et minimum ugentligt ekstra timeforbrug på 28 1/2 time (plejepersonale), 6 1/4 time (læge) og 1 time (sekretær). I det sidste år af undersøgelsesperioden udgjorde den fikseringstid, hvor patienterne ifølge loven skulle have fast vagt, mere end hvad der svarede til en fuldtidsstilling. Med den aktuelle sværhedsgrad af klagesager og indberetningssystemet vedrørende tvangsprotokoller estimeredes det, at tidsforbruget for såvel læger som sekretærer nu er mere end fordoblet.

Konklusionen fra Frederiksbergundersøgelserne var, at sindslidendes retsstilling er blevet bedret på grund af et regelsæt om klageadgang. Lovens intention er hermed opfyldt.

Der er sikret en kontrolfunktion i og med, at der hver gang, der udøves en eller anden form for tvang, skal udfyldes en tvangsprotokol. Der kommer nogen ind og ser, hvad der foregår i afdelingen, i og med at det er et system med patientrådgivere.

Mængden af tvang er ikke blevet formindsket, hvorved lovens intention ikke er opfyldt. Man havde, da loven blev planlagt, en intention om, at når man nu indførte et selvbestemmelsesprincip, informerede patienterne bedre, forsøgte at indhente deres samtykke, så kunne tvangen nok formindskes. En konklusion dels fra denne undersøgelse og også fra, hvad der ellers er lavet af undersøgelser, er, at der ikke er parametre, der viser, at tvangen er blevet formindsket, efter at denne lov er indført.

Det behøver ikke kun at have sammenhæng med loven, men kan bero på andre faktorer, at mængden af tvang ikke er blevet formindsket.

Det må konstateres, at der på enkelte parametre er sket en stigning af tvangsudøvelserne, efter at loven blev indført: Varighed af tvangsfiksering er i gennemsnit steget fra 5 til 8 timer, og den gennemsnitlige varighed af tvangsbehandling er steget fra 3 1/2 til 8 dage. Endvidere må det konstateres, at klagens opsættende virkning dels kan være en forklaring på den øgede varighed af tvangsbehandlingen, men

også kan medføre, at nogle patienter må vente på nødvendig behandling i op til 23 dage, indtil klagen er blevet behandlet ved Patientklagenævnene. Det kan konkluderes, at enkelte patienter ikke sikres en ret til nødvendig behandling.

Undersøgelserne viste også, at antallet af klager over tvang steg. Antallet af klager over frihedsberøvelser steg ikke i sig selv; men under den gamle lov frafaldt patienterne deres klage, og kun enkelte klager nåede frem til retten. Derfor steg antallet af klager over frihedsberøvelse, som blev behandlet i retten, seks gange med indførelsen af den nye lov. Antallet af klager over anden tvang til Patientklagenævnet steg 16 gange, sammenlignet med situationen før den nye lov blev indført.

Interviews med de patienter, der blev udøvet tvang over for, viste, at patienternes forståelse for tvangen var uændret, deres (u)tilfredshed med indlæggelsen var ligeledes uændret, ligesom deres tilfredshed med rådgivning og klagemuligheder var uændret. I modsætning til afdelingens personale, som var glade for patientrådgiversystemet, var patienterne således selv ikke mere tilfredse med patientrådgiversystemet end med det tidligere tilsynsværagesystem.

Loven medførte et behov for tilførsel af ressourcer i form af personaletimer, idet loven medførte øget arbejdsbyrde, uden at der blev tilført væsentlige ressourcer. Antallet af fikseringer og tvangsbehandlinger stiger, når belægningsprocenten stiger over 100%.

Frederiksbergundersøgelsen og andre senere undersøgelser giver endvidere velbegrunnet mistanke om følgende:

Overbelægning og manglende udbygning af distriktspsykiatrien medfører øget tvang. Den udbygning af distriktspsykiatrien, der rent faktisk er sket i de senere år, kan også have medført en stigning i tvangsindlæggelsestallene. Det behøver ikke nødvendigvis at være dårligt, for det skyldes jo, at vi rent faktisk finder lidende, nødstedte sindssyge, som måske i årevis har haft det elendigt, og som nu kan komme ind i systemet og blive behandlet.

Man kunne have mistanke om, at autonomiprincippet medfører øget tvang. Det er sådan, at hovedparten af dem, der tvangsindlægges, rent faktisk har langvarige kroniske psykoser, ofte skizofreni. En af de ting, som hører med til sygdommen, er det vi kalder et dobbeltbogholderi, dvs. at man på en gang er meget syg på nogle punkter - skizofreni hedder spaltningssindssygdommen - og på den anden side også har nogle helt raske sider. Ved dobbeltbogholderi "glemmer" patienten de syge sider. Når sådan en patient kommer ind i afdelingen, og vi til stadighed skal gå og sige: "Nu skal du huske, at du er sindssyg", og "du skal have en sprøjte, og det er, fordi du er sindssyg", så gør vi patienten meget vred; vi tillader ikke patienten at lave dette dobbeltbogholderi i den indledende fase. Jeg taler ikke for, at patienterne ikke skal informeres, og at de ikke selv skal bestemme; men det skal sandelig gøres med en vis gefühl, og selve informationsarbejdet skal måske nok ligge lidt senere, ikke i den akutte fase. Og jeg kunne have en mistanke om, at meget ihærdig information og "nu må du selv bestemme", og så må de slet ikke bestemme alligevel, måske i virkeligheden kan øge tvangen.

Autonomiprincippet kan også medføre øget ressourcebehov med henblik på den tid, det tager at informere, indhente samtykke, forklare patienten nødvendigheden af tvang, opstille behandlingsplan osv. I visse situationer, for enkelte meget syge, kan autonomiprincippet og det nuværende klageregelsæt medføre, at den sindssyges sygdom forværres, hvis klagesagen bliver langvarig.

Litteratur

1. Aggernæs, K.H. et al. 1990. Øget ressourceforbrug på psykiatrisk afdeling efter indførelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Ugeskrift for Læger 152; 2237-38.
2. Stender, A.K. et al. 1992. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital i perioden 1. nov. 1987 til 30. sept. 1989, karakteristik. Ugeskrift for Læger 154: 1839-43.
3. Stender, A.K. et al. 1992. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital i perioden 1. nov. 1987 til 30. sept. 1989, patienternes vurdering. Ugeskrift for Læger 154: 1844-47.
4. Schepelern, E.S. et al. 1993. Tvang udført på psyk. afd., Frederiksberg Hospital før og efter

indførelse af den nye psykiatrilov, oversigt. Ugeskrift for Læger 155: 443-7.

5. Schepelern, E.S. et al. 1993. Tvang udført på psyk. afd., Frederiksberg Hospital før og efter indførelse af den nye psykiatrilov, tvangsfikseringer. Ugeskrift for Læger 155: 4091-5.

6. Schepelern, E.S. et al. 1994. Tvang udført på psyk. afd., Frederiksberg Hospital før og efter indførelse af den nye psykiatrilov, tvangsmedicinering. Ugeskrift for Læger 156: 5524-27.

7. Raben, H. et al. 1994. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital efter den nye psykiatrilovs indførelse sml. med perioden umiddelbart før lovændringen. Ugeskrift for Læger 156: 5528-32.

KVALITET I PSYKIATRIEN

Marianne Kastrup, ledende overlæge, lic.med.,

Hvidovre Hospital

I 1995 udgav Sundhedsstyrelsen Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. Bogen er skrevet af en af Sundhedsstyrelsen nedsat ekspertgruppe, og jeg har tænkt mig i mit indlæg at tage udgangspunkt i denne publikation og knytte visse kommentarer hertil. Når jeg har valgt den fremgangsmåde, skyldes det, at jeg finder det væsentligt at drøfte, hvad der fra officiel side er meldt ud om kvalitet, samt inddrage en bog, der efter min mening ikke tilstrækkeligt har været debatteret.

Det forhold, at man som borger åbent kan stille krav til kvalitet i den offentlige sektor, herunder sundhedsvæsenet, er af relativt ny dato. Tidligere tiders let ophøjede status er forbi - og heldigvis for det. Som borgere forholder vi os i dag kritisk til den service, sundhedsvæsenet yder, og kravene til sundhedsvæsenets funktion og mål vurderes løbende både inden for og uden for systemets egne rækker.

De krav, der de senere år har været stillet, har relation til både kvalitet og service, og psykiatrien som lægevidenskabelig disciplin er selvfølgelig underlagt samme forhold. Men for os, der arbejder i psykiatrien, synes der at gælde særlige forhold. Som disciplin er vi vel mere end nogen anden lægelig disciplin genstand for offentlighedens bevågenhed og dette af mange grunde:

Vi befinder os i normalitetens grænseland, med fokus på normalitetens afhængighed af tid og sted og kulturelle forhold.

Vi står i et spændingsfelt, hvor begreber som autonomi, paternalisme, individets retssikkerhed, tvangsforanstaltninger er til stadig debat.

Forskellige gruppers krav til kvalitet

Som understreget af Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe er krav til kvalitet ikke nødvendigvis entydige, men afhænger af iagttagers synsvinkel. (1)

Hvilke interesser drejer det sig om?

For det første patienterne selv og deres pårørende med krav om kvalitet af behandling, præget af menneskelighed, værdighed, let tilgængelighed for alle og høj effektivitet.

Anden interessant er de psykiatriske behandlergrupper i bredeste forstand med deres krav om at kunne yde en fagligt optimalt effektiv behandling.

Tredje part i sagen er de offentlige myndigheder; de bevilgende instanser, det politiske bagland med krav om kvalitet i lyset af ønsket om en effektiv udnyttelse af tildelte ressourcer.

Endelig befolkningen som helhed, med ønsker udtrykt gennem medierne og i den offentlige debat, hvor kravene til psykiatrien kan være farvet af allehånde pressionsgrupper, og interesse modsætninger. (1)

Jeg tror, det er vigtigt i en diskussion om psykiatriens kvalitet, at gøre sig klart, hvor mangetydige og ikke nødvendigvis sammenfaldende interesser og krav der er tale om. Dette betyder dog ikke, at der ikke kan skabes enighed om visse overordnede kvalitetskrav. Det gælder:

- Kravet om et højt fagligt niveau, med stadig international udveksling, udvikling og forskning for at sikre patienterne den optimale, mest effektive behandling.
- Kravet om let tilgængelighed af adækvat kvalificeret behandling til alle med behov herfor.
- Kravet om flexible, acceptable behandlingstilbud tilpasset det enkelte individs specifikke behov.
- Kravet om koordination forskellige instanser imellem - den primære, den sekundære sundhedssektor samt socialsektoren - tilpasset den enkeltes skiftende omstændigheder. Desuden skal der være adækvat kommunikation imellem behandlende instanser, patient og pårørende.
- Kravet om, i videst muligt omfang, at integrere psykisk syge i det omgivende samfund med stadig vekselvirkning mellem respekt for autonomi og egenomsorg og tilbud om omsorg og støtte. (1)

Rammerne for behandlingen

Som borgere stiller vi stigende krav til udformning af behandlingsfaciliteter. Psykiatriske patienter har krav på behandlingsinstitutioner af samme standard som patienter med fysiske lidelser, hvortil kommer de særlige krav, psykiatrien stiller til udenomsfaciliteter og lignende. Forud for vedtagelsen af gældende lov om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien gjordes der fra psykiatrisk side et betydeligt - men forgæves - arbejde for at få lovfæstet visse standardminimumskrav. Ved den kommende revision af loven bør der stilles krav vedrørende sådanne forhold som: sengeafsnits størrelse, enestuer med let adgang til bad og toilet for alle, let adgang til udendørsarealer, mulighed for fysisk udfoldelse, værksteder, terapier og aktiviteter, let tilgængelighed af samtalerum/familie-/pårønderum, mulighed for uforstyrret kommunikation med omverdenen, varierede typer af opholdsrum og fleksibilitet i indretningen afhængig af de til enhver tid gældende behov. (1)

Behandlergrupper

Kvalitetsbehandling kræver et veluddannet personale med adgang til løbende supervision, videre- og efteruddannelse samt tilstrækkelig normering til at kunne tilgodese patienternes behov.(1) Til varetagelse af de mangeartede behov må der stilles krav om et differentieret sammensat personale med let adgang til psykologisk vurdering og behandling, socialrådgiverassistance, terapeutisk uddannet personale inklusive ergo-, fysio- og musikterapeuter. Ikke mindst i efterbehandlingsfasen er det også væsentligt at medinddrage pædagogisk uddannet personale, der sætter fokus på patienternes ressourcer.

Behandlingsforløbets faser

Henvendelse

Det psykiatriske behandlingssystem skal kunne tilbyde mulighed for, at en person kan blive akut vurderet til enhver tid uden henvisning med stillingtagen til evt. behov for videre behandling. Efter behov bør denne første vurdering kunne finde sted i personens eget hjem. Pårørende bør kunne tilbydes akut støtte og vejledning. (1)

Udredning

Udrednings-/diagnosticeringsfasen bør foregå på højt kvalificeret niveau med inddragelse af forskellige faggruppers specifikke viden. Den akutte fase bør færdigbehandles, før patienten transporteres til anden behandlingsinstitution. Den primære psykiatriske behandling bør omfatte vurdering af patientens eventuelle fysiske gener samt udredning af forhold vedrørende børn, bolig, beskæftigelse, uddannelse mv. Pårørende og - efter behov - sociale myndigheder bør medinddrages i denne udredning.(1)

Behandling

Moderne psykiatrisk behandling bør omfatte et sufficientt udbud af psyko-terapeutiske, biologiske og socialpsykiatriske behandlingsmetoder. Dette indebærer krav til behandlerkompetence og normering, til løbende supervision, løbende evaluering af afdelingernes miljø og miljøterapeutiske aktiviteter. Stadig tilbagemelding fra behandlere, pårørende og brugerundersøgelser om behandlingens kvalitet, tilgængelighed, tilstrækkelighed er indlysende krav, og de herskende behandlingsprincipper skal leve op til god klinisk praksis. Et differentieret tilbud af aktiviteter bør præge afdelingerne med betydelig fleksibilitet for at tilgodese særlige patientgruppers behov. (1)

Udskrivning

Udskrivning bør nøje planlægges og ske i et samarbejde mellem den psykiatriske institution, socialvæsen, primær sundhedstjeneste og familie. Efterbehandlende instanser skal sikres tilstrækkelig information til at fortsætte igangværende behandling. Eksistensen af en række socialpsykiatriske støttetilbud bør sikres, herunder især psykiatriske patienters beskæftigelses- og uddannelsesstilbud. Regionalt bør der være tilstrækkeligt med forskellige former for bo-støtteordninger, udslusningsboliger, "refugier" og lignende, til at varetage de mangeartede behov. Det er vigtigt, at de socialpsykiatriske tilbud spænder vidt, hvad angår graden af støtte til patienten fra døgninstitutioner med betydelig bemanning til udadgående hjælp i hjemmet.

Patientkategorier

I den aktuelle psykiatri udgør alvorlige psykotiske lidelser den primære kernegruppe for det psykiatriske behandlingssystem. I 1988 skrev jeg sammen med nu afdøde overlæge Mogens Bille, der også var socialdemokratisk viceamtsborgmester følgende:

"De kronisk psykotiske patienter udgør en stor gruppe, da 20% - 25% af de førstegangs-indlagte ender med en kronisk diagnose... Uanset at de terapeutiske muligheder for denne gruppe stadig er utilfredsstillende, bør sundhedssystemet ikke have mulighed for at prioritere disse patienter lavt. Afinstitutionalisering kan være gavnlige, men ikke hvis den gennemføres dogmatisk og uden at der tilbydes acceptable alternativer. Der bør bruges ressourcer på patienter, hvis forstyrrelser så at sige udgør kernen i komplekset af psykiske sygdomme. En af psykiaterens opgaver er at hjælpe patienten til at se livets realiteter i øjnene. Som politiker kan man have et fromt håb om, at psykiaterne selv vil gøre det samme og anerkende, at de skal leve op til mangeartede krav indenfor grænserne af de til rådighed stående ressourcer." ("It may be that the chronic psychotic patients comprise a large group, as 20-25% of firsttime admitted end up chronic ... Despite the fact that the therapeutic possibilities for this group are still unsatisfactory, the health services should not be entitled to give less priority to them. Deinstitutionalisation is appropriate but not when carried out dogmatically and with no acceptable alternatives. Resources should be allocated to patients whose disorders so to speak form the core of the psychiatric disease complex. One of the tasks of the psychiatrist is to help patients toward a recognition of the realities of life. A pious hope of a politician would be that psychiatrists will do the same for themselves and recognize the multiplicity of demands and the limits of available finance.")

(2)

På daværende tidspunkt fandt vi det nødvendigt at slå til lyd for den psykiatriske kernepopulation - de kroniske psykotiske patienter. I dag er situationen ændret, og ingen er længere i tvivl om nødvendigheden af, at der skal ydes kvalitetsbehandling til denne population, som ingen andre tager sig af. Men jeg anser det for problematisk, hvis vi ender i en situation, hvor psykiatri ækvivalerer med kronisk psykose. Psykiatrien har efter min mening en forpligtelse til også at varetage en lang række andre gruppers behov, hvoraf følgende skal fremhæves:

En ikke ubetydelig andel af den ældre befolkning får geronto-psykiatriske lidelser, der kræver pleje og behandling, og disse patienter må ikke blive kastebold mellem forskellige instanser, men tilbydes en tilstrækkelig og for dem og deres familie værdig behandling og pleje.

Vi oplever et stigende antal patienter komme fra andre kulturer, og udvikling af særlig ekspertise inden for behandlingen af denne population er påkrævet, så mennesker - uanset religion og kulturel baggrund

- kan sikres fornøden og adækvat psykiatrisk hjælp.

Der er en stigende erkendelse af, at traumatiske begivenheder og lignende kan efterlade personen med et behandlingskrævende psykisk problem, hvis afhjælpning bør sikres.

Personer med såvel alkohol- som stofmisbrug oplever sig jævnligt marginaliserede i det psykiatriske behandlingssystem. Behandlingen af misbrug bør sikres fornøden kvalitet, blandt andet ved et intensiveret samarbejde mellem sociale, somatiske og psykiatriske instanser.

Kriminelle psykiatriske patienter udgør en særlig belastet gruppe, der kan opleve sig marginaliseret i begge regier.

I arbejdet med de sværere psykiatriske lidelser bør det ikke glemmes, at en betydelig andel af befolkningen periodisk kan have forskellige former for nervøse lidelser, angstsymptomer, sorg/krisereaktioner eller depressive episoder - og et berettiget krav om, at også deres lidelser afhjælpes.

Etik

Det er for mig implicit i et kvalitetsarbejde, at det udføres på højt etisk grundlag. Den psykiatriske professions etiske retningslinier afstikker, hvorledes man bør forholde sig som professionel, hvad angår tavshedspligt, ajourføring af viden, informationspligt over for ens patienter. At der i de etiske principper især fokuseres på den individuelle terapeut-patient relation er naturligt set i lyset af denne relations centrale betydning i det daglige kliniske arbejde.

Etisk udøvelse af professionen betyder også, at psykiateren ikke må anvende sin profession udover dens grænser samt, at man som professionel har en forpligtelse, ikke blot over for den enkelte patient men også over for almenvellet, til retfærdig fordeling af ressourcerne.

Kvalitet i psykiatrien handler for mig at se om en efterlevelse af WHO's Sundhed for alle år 2000 principper. Kvalitet betyder ikke kvalitet for de få, men kvalitet for alle med lige adgang og ret til adækvat behandling. En balance mellem at sikre sufficient service til alle og udvikling af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder er væsentlig og nødvendig, hvis ikke mennesker med et behandlingsbehov skal unddrages muligheden for at få tilgodeset dette.

Historien har vist, at vores profession har kendt til regulært misbrug, uværdig behandling af psykisk syge, og sygeliggørelse af socialt marginaliserede grupper. Vi må erkende, at den psykiatriske profession ikke altid selv har været i front, når det gælder en kritisk forholden sig til disse ting.

Det er nødvendigt, men også ofte vanskeligt, at andre kritisk ser på os og til stadighed minder os om den rette vej, for kun i en stadig udveksling af ideer og erfaringer med andre professioner og det omgivende samfund udvikler psykiatrien sig til fælles bedste.

Jeg vil derfor hilse velkommen, såfremt det aktuelle initiativ vil blive efterfulgt af lignende til gavn for os som profession, og ikke mindst til gavn for de psykiatriske patienter.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. 1995. Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. København: Sundhedsstyrelsen.

2. Kastrup M. and M. Bille. 1988. Managing chronic psychotic patients: A clinical and a political point of view. In Schwefel D. et al. (eds.). Costs and effects of managing chronic psychotic patients. Berlin: Springer Verlag.

ET DIFFERENTIERET BEHANDLINGSTILBUD

Birgitte Diderichsen, professor i klinisk psykologi,

Min position i forhold til psykiatrien er den, at jeg kommer både udefra og indefra. Udefra fordi jeg har min faste stilling som professor i klinisk psykologi ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Indefra fordi jeg det sidste år har haft orlov for at arbejde i psykiatrien, nærmere bestemt Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling.

Mit oplæg tager sit udgangspunkt i det, som er psykiatriens vigtigste opgave, nemlig at behandle de psykisk syge patienter. Det drejer sig således ikke direkte om lovgivningen, idet behandling er noget, der vanskeligt kan lovgives om. Psykiatriloven kan højst være en overordnet ramme; men det er i det daglige arbejde den læge eller det behandlingsteam, som er ansvarlig for patienten, der afgør behandlingsformen.

Sådan bør det efter min opfattelse også være, idet behandlingstilbuddet i hvert enkelt tilfælde må bero på en konkret vurdering af, hvad den enkelte patient har behov for. I denne afgørelse må patienten naturligvis medinddrages således, at han i videst muligt omfang kan påtage sig et medansvar for sin egen behandling, under vejledning af lægen.

Kvalitet i psykiatrien indebærer et varieret og differentieret behandlingstilbud. Ikke alle patienter har samme behov - heller ikke selv om de har samme diagnose. Mange faktorer i det enkelte liv er afgørende for, hvad patienten har brug for, når han bliver psykisk syg - alder, uddannelse, erhverv, familiemæssig situation, livsforløb - og ikke mindst psykiske ressourcer. Kvalitet i behandlingen kræver derfor en vurdering, som tager patientens hele livssituation i betragtning.

Kvalitet i psykiatrien indebærer endvidere en prioritering af opgaverne, nøjagtig som det gælder sundhedssektoren som helhed. Prioritering af opgaverne vil sige, at behandlingsindsatsen udøves på en måde, som skaber de bedst mulige resultater med de økonomiske og personalemæssige ressourcer, der er til rådighed. Kvalitetssikring indebærer, at behandlingsindsatsen hele tiden følges op med evaluering og dokumentation af resultater.

Min overskrift for dette oplæg er et differentieret behandlingstilbud. Hermed vil jeg netop pege på det synspunkt, at ikke alle patienter skal have den samme behandling.

Stort set kan vi dele det psykiatriske behandlingstilbud op i tre kategorier: 1) medicinsk behandling, 2) psykoterapi og 3) omsorg og pleje. Det er individuelt for den enkelte patient, hvordan balanceforholdet mellem disse tre elementer i behandlingsindsatsen skal være. De fleste patienter i psykiatrien, som den er udformet i Danmark, vil få en behandling, som er en kombination af 1 og 3. De færreste vil få tilbudt det sidste element: psykoterapi. Og hvorfor så det? Fordi denne ekspertise i for ringe udstrækning er til stede på de psykiatriske afdelinger. Og fordi der nok ikke alle steder er en klar erkendelse af, hvad det er, psykoterapien bidrager med. Og fordi det ikke er alle patienter, der er egnede til længerevarende psykoterapi.

Når jeg i det følgende vil fokusere på psykoterapien, er det fordi, det er min opfattelse, at den mange steder spiller en for ringe rolle i psykiatrien. Enten foregår der stort set slet ikke psykoterapi, eller også er det, der foregår, for tilfældigt, og det er uklart, hvornår og hvordan psykoterapien udøves. Der savnes mange steder et professionelt niveau i den psykoterapeutiske indsats. Og af samme grund er der ingen registrering eller evaluering hverken af de anvendte metoder eller af de resultater, der opnås. Når det er sagt, skal det dog tilføjes, at der er tendenser flere steder i landet, som peger på, at det er ved at ændre sig. Der sker rundt omkring en professionalisering af den psykoterapeutiske indsats. Vi er dog endnu langt tilbage i denne henseende, sammenlignet med vore nordiske naboer. Både i Norge og i Sverige er intensiv psykoterapi en selvfølgelig del af den psykiatriske behandlingsindsats.

Og hvorfor er psykoterapi så vigtigt?

For det første er intensiv psykoterapi, når den udøves professionelt, en af de bedste behandlingsmetoder, vi har, over for såvel lettere som alvorligere psykiske lidelser. Psykoterapi har som det grundlæggende princip, at terapeuten lytter til patienten og er i den henseende en humanistisk tilgang til patientens lidelse, som mange patienter med god grund ønsker sig. Det er hele terapeutens

holdning til patienten, som er betydningsfuld, lige såvel som hans metoder. Psykoanalyse er grundlæggende en etisk handling, ifølge nyere forskning af terapeut-patient-relationen.

For det andet er psykoterapi ikke ressourcekrævende på anden måde end, at terapeuten skal have sin løn. Terapien kan med fordel foregå ambulant og koster således ikke en dyr hospitalsseng.

For det tredje kan psykoterapi - hvor det er nødvendigt - meget vel kombineres med den medicinske behandling. Efterhånden som terapien opnår resultater, kan medicinen trappes ned.

For det fjerde forøges patientens livskvalitet. Han bliver i stand til at forstå mere af sin egen sygdom, forstå symptomernes funktion i sin psyke, hvorved det bliver lettere at leve med sygdommen og muligt at overvinde sygdommen. Livskvaliteten forøges også, fordi patienten ikke skal leve på medicin resten af livet.

Der kunne sikkert nævnes flere ting. Jeg finder det imidlertid vigtigt også at pege på betydningen af uddannelse. Man kan ikke forvente at opnå gode resultater med psykoterapi, medmindre denne udøves af højt uddannet personale. Det vil mere præcist sige læger og psykologer med en specialistuddannelse i psykoterapi. Det ligger implicit heri, at de psykiatriske afdelinger i videre omfang, end det er tilfældet i dag, må etablere en fagkultur, hvor professionel psykoterapi indgår som en selvfølgelig del af behandlingen, og hvor yngre kolleger oplæres i psykoterapi af mere erfarne specialuddannede kolleger. Dette vil samtidig øge den terapeutiske behandlerstab, idet yngre kolleger kan udøve terapi under supervision af erfarne kolleger, som det allerede foregår i mindre målestok i dag.

I den sammenhæng er det måske vigtigt at definere psykoterapi klart og entydigt: intensiv psykoterapi er en psykologisk behandlingsform, der har som sit formål at ændre patientens patologiske indre psykiske strukturer, dvs. hans personlighed. En psykotisk patient eller en patient med en alvorlig personlighedsforstyrrelse (f.eks. borderlinepatienter) er nemlig karakteriseret ved, at de indre psykiske strukturer under udviklingen fra tidlig barndom til voksen er blevet defekte. Dette kan have primært psykologiske årsager eller primært biologiske årsager, ofte en kombination af begge - men uanset årsagsforholdene, så er dybtgående psykoterapi den eneste behandlingsform, der kan ændre de psykiske strukturer.

Som det fremgår af denne formulering, er intensiv psykoterapi et omfattende arbejde, som kræver meget af såvel terapeuten som patienten. Og som også er tidskrævende.

Hvem skal så have tilbudt intensiv psykoterapi?

Det ville være urealistisk at forestille sig, at alle psykiatriske patienter skulle i intensiv psykoterapi. Derfor er der også alle steder, hvor der udøves intensiv psykoterapi, udviklet assessment procedurer til udvælgelse af de patienter, som kan formodes at have gavn af et sådant tilbud.

Det betyder ikke, at andre patienter ikke skal have mulighed for psykoterapeutisk behandling. Der eksisterer andre mindre dybtgående former for psykoterapi, som sigter på støtte til at leve med en alvorlig psykisk lidelse på en mere tålelig måde (f.eks. støttende terapiformer, kognitiv terapi). Dette kan være en god aflastning for mange patienter.

Med hensyn til de patienter, som bør tilbydes et intensivt terapeutisk forløb, vil jeg foreslå to målgrupper:

1. Alle patienter med psykiske lidelser af neurotisk karakter. Denne type af patienter ser man ikke ofte i psykiatrien, men særlig patienter med angsttilstande dukker dog op jævnligt. Disse patienter skal jeg i øvrigt ikke gå nærmere ind på, da det er veldokumenteret, at der for disse typer af lidelser er høj helbredelsesgrad med intensiv psykoterapi.

2. Unge førstegangsskizofrene og unge med alvorlige personlighedsforstyrrelser, f.eks. borderlineforstyrrelser, som udgør en stor gruppe i psykiatrien i dag.

For førstegangsskizofrene og borderlinepatienter gælder principperne tidlig intervention og intensiv intervention.

Oftentimes går der lang tid fra en person bliver psykisk syg og til vedkommende kommer i behandling. Det skyldes, at det ganske enkelt er vanskeligt at opdage, at en pårørende er psykisk syg. Det tager tid, før det går op for familien, at der er noget helt galt. Når sygdommen - ofte i ungdomsårene - begynder at give sig forskellige udtryk, opfattes det både af patienten selv og af de pårørende som noget andet end sygdom, f.eks. som tilpasningsproblemer ved overgangen fra barndom til voksenliv eller som "almindelige identitetsproblemer" og usikkerhed.

Samtidig er der noget mere subtilt, som finder sted. Jeg har - i forbindelse med mine erfaringer som terapeut - fået det indtryk, at særlig forældre til unge psykotiske så at sige "tilpasser" sig psykosen. F.eks. vælger de sig til at tale på patientens vegne og forstå ham, uden at han behøver at tale, hvis patientens sygdom indebærer, at han holder op med at udtrykke sig. På den måde bliver den begyndende psykose usynliggjort. Familien sørger (ubevidst) for, at ingen opdager det.

Den skade, der er sket hos den skizofrene og hos borderlinepatienten, består i en defekt/pathologisk selvopfattelse, en defekt/pathologisk opfattelse af andre samt en defekt/pathologisk relation mellem selv og andre.

Måden, som selvopfattelsen, opfattelsen af den anden og relationen til den anden er defekt på, er forskellig i de to typer af lidelser, men der er i begge tilstande tale om alvorlige defekter. Det er indlysende, at disse skader medfører en mangelfuld evne til at indgå i en relation til andre mennesker. Og dette er netop kernesymptomet i skizofreni, hvor denne evne ofte helt mangler, mens vi ved borderlinetilstandene ser konfliktfyldte og ustabile forsøg på at etablere interpersonelle relationer.

Denne manglende evne til at indgå i menneskelige relationer fører hos den skizofrene til psykotiske symptomer - vrangforestillinger og hallucinationer - som må ses som en slags psykiske forsvarsforanstaltninger.

Den terapeutiske opgave består i at ændre de patologiske relationer og den patologiske opfattelse af selv og andre. Dette gør terapeuten gennem at indgå i en relation til patienten og fra den position udvikle patientens evne til at have menneskelige relationer. En del af dette arbejde vil angå de psykotiske forsvarsværker, dvs. vrangforestillingerne og hallucinationerne. Disse må tolkes for patienten, så han forstår deres psykologiske funktion.

Princippet om tidlig intervention er netop begrundet i den patologiske fordrejning af relationen til andre mennesker og udviklingen af psykotiske vrangforestillinger. Fortsætter denne sygdomsproces, vil det på et tidspunkt blive umuligt at nå patienten. Og kan man ikke som terapeut etablere en kontakt med patientens "sunde del" (en sådan er der altid), har man ingen mulighed for at gribe ind i den patologiske proces og vende udviklingen.

Princippet om intensiv intervention er begrundet i, at alle psykisk lidende personer ligger under for en gentagelsestvang - dvs. de gentager den selvdestruktive sygdomsproces som en dæmonisk tvang. Er den terapeutiske indsats for overfladisk eller for sjælden, vil det, som terapeuten evt. opnår i en terapitime, så at sige "lukke sig", hver gang terapeuten er fraværende.

Det er ikke forkert at sige, at psykoterapi med en skizofren patient er et enten/eller. Enten må indsatsen være intensiv og påbegyndes så tidligt som muligt - eller også er der en stor risiko for, at man ikke får ret meget ud af indsatsen.

Omvendt må man som terapeut erkende, at har man først påtaget sig en intensiv psykoterapi med en skizofren patient, må man - uanset ydre hindringer og omstændigheder - føre dette arbejde til ende. Da patientens skade netop ligger i de menneskelige relationer, kan et for tidligt brud med terapeuten for patienten betyde et uopretteligt svigt. Det er ikke forkert at formulere dette sådan, at vi i en sådan situation er forpligtet på en etisk handlemåde.

Skal jeg lade mit oplæg munde ud i nogle forslag til Folketinget, vil det være følgende:

1. Udbyg den ambulante behandlingskapacitet i forbindelse med de psykiatriske afdelinger, således at den kan fungere både som indgang og som udgang fra hospitalsbehandlingen. Kontinuiteten mellem

indlæggelse og ambulat behandling vil spare sengepladser. Med behandling menes såvel medicinsk behandling som psykoterapi.

2. Indse at distriktspsykiatrien ikke har fungeret efter hensigten. Den fungerer hverken som forebyggende ambulat instans eller som efterbehandlingssted. De ansatte i de distriktspsykiatriske centre har alt for lidt behandlingskapacitet. Det er ikke alene et behandlingsproblem, men også et etisk problem.

Disse forslag skal også ses på baggrund af den erfaring, at der er en ny gruppe af unge patienter, som fylder meget mere i psykiatrien, end de gjorde tidligere; nemlig de unge med alvorlige personlighedsforstyrrelser. Amerikanske erfaringer med denne patientgruppe har dokumenteret, at ambulat intensiv psykoterapi er den mest velegnede og virksomme behandlingsindsats.

PSYKIATRILOVEN -BEHOVET FOR REFORM

Else Marie Skov

Afdelingssygeplejerske, Fjorden

Det, jeg kan bidrage med ved høringen om psykiatriske patienters vilkår, er personlige erfaringer og tanker fra mit arbejde på lukket afsnit på Roskilde Amts Psykiatriske Sygehus Fjorden. Jeg vil understrege, at min holdning til emnet er følgende:

1. Der er et stort behov for bedre tilbud til psykiatriske patienter - ikke alene for at mindske tvangen, men også for at forbedre vilkårene for dem.

2. Psykiatriloven kan med få ændringer - kombineret med en effektiv distriktspsykiatri og tilstrækkelige sociale tilbud - forbedre vilkårene for de psykisk syge væsentligt.

I mit oplæg vil jeg tage udgangspunkt i mine erfaringer fra lukket afsnit og beskæftige mig med følgende 2 emner:

- Hvordan oplever patienterne mon at blive udsat for tvang?

- Forventninger og kommentarer til psykiatriloven.

Jeg har været psykiatrisk sygeplejerske i 16 år - de sidste otte år som afdelingssygeplejerske på lukket modtageafsnit. Det vil sige, at jeg har haft - og stadig har - ansvar for pleje, omsorg og støtte til mange mennesker, der er udsat for frihedsberøvelse og anden tvang. En stor del af tvangsforanstaltningerne udføres af plejepersonalet, som jeg er en del af, så jeg er én af dem, der udfører tvangen.

Psykiatriloven består jo af ord, og diskussionerne om den vil ofte foregå på et abstrakt plan, men når loven anvendes i praksis, bliver den meget konkret:

- Her drejer det sig om, at syge mennesker bliver hentet af politiet i deres eget hjem - eller et andet sted - måske for øjnene af mange mennesker.

- Mod deres vilje bliver de ført til et sted, hvor de ikke ønsker at være.

- Her kan de blive tilbageholdt, bæltefikseret og få injektioner eller anden behandling, som de ikke vil have.

I nogle tilfælde kan det gå voldsomt til, og det vil altid være overvældende og grænseoverskridende for de involverede.

Jeg er ikke i tvivl om, at patienterne oplever tvang som overgreb - som en stor krænkelse. De fleste er meget bange, ofte er de overbeviste om, at vi vil dem ondt - enkelte tror, at vi vil dræbe dem. Det kan tage lang tid at bearbejde dette traume, så mit svar på høringens spørgsmål er:

Det er vores fælles pligt at forbedre tilbudene til psykiatriske patienter, så tvangen mindskes; men undgå den kan vi næppe, hvis vi fortsat vil tage ansvar for hinanden og de svage i samfundet.

Er der behov for reform af psykiatriloven?

Jeg husker tydeligt perioden, hvor den nye lov var under udarbejdelse. Vi, der arbejdede i den akutte psykiatri, var ikke i tvivl om, at der var behov for ændringer. Vi håbede meget, at loven ville være med til at forbedre vilkårene for den gruppe patienter, der var udsat for tvang - og indirekte for alle, der var indlagt på lukkede afsnit. Det oplevedes derfor som lidt af en "fuser", da loven ikke indeholdt egentlige patientrettigheder, men den upræcise formulering: god sygehusstandard.

Jeg vil ikke bruge megen tid på at beskrive den daværende standard på den afdeling, hvor jeg arbejdede. Men den var ikke god. Afsnittet var stort med fire- og seks-sengsstuer - der var ingen mulighed for ro eller privatliv for patienterne, og møbler og andet inventar var nedslidt.

Men vi var heldige. Roskilde Amt havde købt bygningerne, der var en del af Sct. Hans Hospital, af Københavns Kommune og var indstillet på, at bygningerne skulle renoveres.

Det blev til små afsnit med syv patienter, der alle har enestue med eget toilet. For os blev det et kvalitetsspring, der kan mærkes i dagligdagen.

Med disse erfaringer (fra 1991) vil jeg sige, at "god sygehusstandard for mennesker, der udsættes for frihedsberøvelse og anden tvang", bl.a. er enestuer, både for at forebygge tvang under indlæggelsen, men også for at leve op til lovens krav om, at tvangen skal udøves så skånsomt som muligt - der må ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper.

Under indlæggelsen virker det tvangsforebyggende, at patienten selv kan vælge, om han vil være alene, når han har brug for det.

Ligeledes kan personalet vurdere, om patienten har brug for at blive på sin stue, beskyttet mod indtryk og stimuli fra omgivelserne.

I tilfælde af tvang kan denne udføres diskret.

Og endelig er enestuen en base, hvorfra patienten kan tage kontakt med "omverdenen", når vedkommende er parat til dette. I denne fase har patienten mulighed for at genoprette sin selvtillid og få indflydelse på det videre behandlingsforløb.

Det er os, personalet, der skal banke på patientens dør, og det er vores opgave at orientere om, hvad formålet med vores kontakt i det konkrete tilfælde er.

I øvrigt ligger alle de lukkede afsnit på Fjorden i stueetagen med adgang til have.

I det følgende har jeg et par kritiske kommentarer til dele af loven, der i mange tilfælde i øvrigt fungerer tilfredsstillende.

Nødvendigheden af tvangsindlæggelse

Som personale på lukket afsnit har vi den opgave at tage os af alle, der bliver tvangsindlagt. Vi ved ikke, om alle, der har behov for tvangsindlæggelse, bliver indlagt. Det er andres ansvar. Vi ser mere den anden vej: Var det nødvendigt at tvangsindlægge dette menneske?

Det gælder f.eks., når vi modtager ældre, demente mennesker, evt. fra plejehjem. Måske kunne indlæggelsen have været undgået, hvis der var

- flere skærmede enheder på plejehjemmene;

- bedre psykiatrisk uddannelse til personalet i primær sektor, samt

- fleksible og tilstrækkelige normeringer.

24-timers-reglen

I forbindelse med ønske om udskrivning er jeg personligt lidt utryk ved 24-timers reglen. - Patienten er jo i realiteten retsløs i denne periode. Jeg synes dog, at det er OK at benytte den i aften- og nattimer, så afgørelsen om tvangstilbageholdelse overlades til afsnittets læge næste dag.

Tvangsbehandling med opsættende virkning

- Mange patienter får det dårligere i ventetiden.

- Det er vigtigt med hurtig sagsbehandling i Patientklagenævnet.

- Der søges om/og gives tilladelse til en bestemt behandling. Dette kan opleves som en indskrænkning af lægens ordinationsret.

Patientens muligheder for at klage

Jeg mener, at psykiatrien har brug for større åbenhed og for, at folk udefra kommer og ser på vores praksis.

Men lige så vigtigt er det, at patienterne ikke føler sig retsløse under en indlæggelse. Mange frihedsberøvede sammenligner faktisk sygehuset med et fængsel og har forventninger om at skulle stilles for en dommer inden 24 timer.

På denne baggrund finder jeg patientrådgiverordningen god:

- Patientrådgiverne kommer jo udefra og skal yde vejledning og rådgivning til patienterne samt hjælpe dem med eventuelle klager.

- I starten stillede patientrådgiverne mange spørgsmål. Psykiatrien var en ny verden for en del af dem,

- nu arbejder de professionelt;

- jeg kan godt savne deres spørgsmål - også de kritiske - måske kunne man overveje åremålsansættelse eller finde andre, der kan komme og stille os spørgsmål.

Udlevering af skriftligt materiale (tvangsprotokoller og erklæringer) til patienterne kan give problemer. Det kan være barskt for en patient at se på tryk, hvor syg overlægen synes, han er!

Det kan endvidere opleves som et brud på vores tavshedspligt, når personlige papirer i relation til en klagesag pludselig ligger i afsnittets dagligstue. Jeg har også oplevet, at en patient har delt kopier af tvangsprotokoller ud i toget, for at andre kunne se, hvad det var for noget.

For alle klager gælder det, at tidsfristerne for sagsbehandlingen - efter min mening - bør være kortere.

Fast vagt ved bæltefiksering

Det er absolut godt, at bæltefikserede patienter nu har ret til fast vagt; men det diskuteres stadigvæk, om en vagt må passe flere patienter. Dette bør præciseres.

Patienter, der ønsker fiksering, fordi de tidligere har erfaret, at dette fik dem til at falde til ro og sove, bliver ofte nægtet dette. Det kan være svært at forklare. Hvorfor kan man ikke benytte reglen om beskyttelsesfiksering i disse tilfælde? Det er jo ikke tvang.

Til slut et par ord om mit eget møde med psykiatrien for 16 år siden. Jeg kom fra et somatisk sygehus og var vant til, at patienter og pårørende havde tillid til mig. Sådan var det bestemt ikke på den lukkede afdeling, hvor jeg så blev ansat. Det var lidt af et kulturchok og virkede meget mærkeligt.

Pludselig blev jeg mødt med mistillid og nogle gange med stor vrede fra patienter og pårørende. At ændre mistillid til tillid blev for mig en udfordring, som desværre ikke altid lykkes.

Mit ønske for fremtiden er, at samfundet som helhed får mere tillid til psykiatrien. Hvis dette sker, tror jeg, at behovet for tvang vil mindskes, og mindre tvang vil øge tilliden.

NELLY CHRISTENSEN

Distriktsygeplejerske, Augustenborg

Jeg har tidligere arbejdet inden for psykiatrien i 35 år, inde i huset, i alle afdelinger - på en lukket-blandet modtageafdeling i 18 år. Så mente jeg, at der var tid til nye udfordringer og søgte ud i distriktspsykiatrien. Der har jeg nu været i knap fire år.

Jeg havde en stor fordel, da jeg kendte mange af patienterne fra afdelingen; men det er alligevel en helt anden situation. Nu kommer jeg faktisk som gæst i deres hjem. De er nu mere frie, de er ikke så autoritære, og de er nemmere at komme i kontakt med.

Hvordan foregår det så derude i kommunerne?

Jeg vil lige sige, at på 35 år er der sket meget i psykiatrien. Vi har altid haft dårlige forhold, så det kan kun blive bedre - og det er det også blevet. Men jeg mener ikke, at vi behøver at stå med hatten i hånden og bukke. Det er en selvfølge, at forholdene er blevet bedre, absolut ikke gode nok endnu - der er lang vej. De sindslidende er også borgere i dette land og har krav på en god behandling, men mange af dem kan ikke stille nogen krav. Så det bliver os, der skal gøre det og så håbe på politikernes "goodwill".

Nu er det så kommunerne og amterne, der står for økonomien.

Nede hos os i Sønderjylland er vi godt i gang med at udbygge psykiatriplanen.

Jeg kører ud fra et ambulatorium. Men et egentligt team har vi ikke. Ved ambulatoriet er vi to distriktsygeplejersker, én overlæge, én afdelingslæge fire dage ugentlig, én psykolog, én sekretær og én socialrådgiver to dage ugentlig. En dag om ugen er jeg inde på sygehuset og ser til indlagte patienter og taler med dem, der står til udskrivelse, som jeg så skal besøge i hjemmet.

Jeg kører ud til patienterne og konfererer med lægerne. Patienterne kan også komme ind på ambulatoriet. Det sker - men sjældent, at lægerne tager med ud på besøg; det er tiden ikke til.

Jeg vil nu berette om tre episoder fra min dagligdag:

En skizofren bor hos sin mor. Han er meget syg; men er ikke i vores regi. Han har ingen sygdomserkendelse. Han er meget angst - har giftfrygt. Han vender op og ned på dag og nat og vil ikke spise (giftfrygt). Moderen har et fuldtidsjob, som hun efterhånden har svært ved at klare på grund af sønnen. Hun kontakter lægen, men sønnen vil ikke tale med ham, og vil absolut ikke have medicin. Til sidst er moderen så nedkørt, at hun er klar til indlæggelse. Til sidst ringer hun så til rådgivningscenteret, som så kontakter vores sygehus. En læge ringer til mig og beder mig om at besøge patienten. Jeg ringede til moderen og gav besked om, at jeg ville komme samme formiddag. Sønnen var afvisende og bad mig om at gå. Men jeg talte med moderen, det var hendes hus. Patienten sad sammenkrøbet i sofahjørnet og så bange ud. Vi prøvede selvfølgelig at få ham med i samtalen, men han kiggede bare på os, fulgte os med øjnene og sagde ingenting.

Efter besøg nummer to bad han mig om at komme igen. Efter besøg nummer tre bad han om medicin; så var isen brudt.

Jeg fik så lov til at tale med egen læge, som også kom på besøg, og vi fik patienten overtalt til indlæggelse, og han kom under god behandling.

Jeg bruger megen tid på pleje af pårørende. De er i stor krise og kan ikke forstå lovgivningen. Så det er

uhyre vigtigt, at vi sætter os ned og giver os tid til at forklare tingenes sammenhæng, og hvorfor patienter ikke bare kan blive indlagt mod deres vilje. Det er også vigtigt, at de pårørende bliver trygge ved os.

Inden for de sidste par år har vi fået psykiatrikoordinatorer samt psykiatriske medarbejdere. Værested og bofællesskaber er på trapperne. Det er helt fint, men vi har mange patienter, som ikke går nogen steder. De er menneskesky, bange for at gå ud. Hvad med dem? Efter kl. 16.00, helligdage og weekender - det kan de slet ikke se sig ud af. Et af ønskerne er, at der kan komme en vagtordning, så de har nogen at ringe til, når det brænder på.

Jeg har en retspatient, skizofren, han bor i lejlighed (hvis man kan kalde det en lejlighed), der ejes af kommunen. Der er hverken vand eller toilet indlagt - det findes i gården. Patienten får pension, men han har ikke betalt for lys og varme, han skylder 13.000 kr., der blev lukket for begge dele sidst i oktober.

Jeg prøvede alle kilder. Læge, socialrådgiver, kommunen og psykiatrikoordinator var med ude hos patienten. Konklusionen blev, at patienten selv skulle komme med 6.500 kr. så ville kommunen låne ham resten. Det var håbløst.

Jeg foreslog, at de lånte ham hele beløbet og så trak 1.000 kr. om måneden. Det ville han nemlig godt, og han ville endda skrive under på det. Svaret fra kommunen lød: Vi kender ham, vi får aldrig de penge. Han skal spare op først. Han overlevede vinteren med en lungebetændelse plus de løse kraftige forkølelser.

En sidste bemærkning: Toilettet var frosset til i nogen tid.

En anden retspatient er meget syg. Jeg besøger ham hver 10. dag. Han får medicin. En dag ringer naboerne, patienten er meget urolig, går rundt i nabolaget og er meget generende for dem alle sammen. De er bange for ham.

Jeg kører ud til ham, han er ikke hjemme men kommer ret hurtigt, meget oprevet. Han har et gevær i hånden og spørger, om jeg godt vil holde det, imens han åbner døren. Jeg må for resten godt købe det for 50 kr. Jeg afslår.

Inde i lejligheden bliver han ubehagelig, han råber op og skælder ud specielt på lægen i ambulatoriet, på mig og medicinalfirmaet. Han bliver mere og mere vred. Jeg var begyndt at ordne hans medicin; men jeg fik tasken lige så stille pakket igen og fortalte ham, at jeg kom igen en anden dag. Det var helt i orden, men så skulle jeg tage den rigtige medicin med. Jeg kom ud af døren; men så blev den også smækket i med et brag.

Dengang havde vi ikke fået mobiltelefon. Det var for dyrt. Jeg kom hjem i ambulatoriet i god behold. Via overlægen og kriminalforsorgen blev patienten indlagt samme eftermiddag.

Efter passende tid blev han udskrevet igen. Han var blevet sagt op i sin lejlighed, så han blev udskrevet til et hotel. Jeg var der to gange. Han var der ikke. Det næste, vi hørte, var, at han var flyttet til udlandet. Han fik sin pension eftersendt.

Dette var et lille udpluk fra min dagligdag som distriktssygeplejerske.

PETER STORM

Næstformand i Landsforeningen Sind

Når man kigger på psykiatriloven og skal have en konference om etiske spørgsmål, så bliver man målløs ved at genlæse den. Man springer lige ind i nogle tekniske beskrivelser af, hvad lovens område er. Ikke en eneste etisk overvejelse om, hvad vi vil med dette. Jeg synes, det er utroligt vigtigt, at vi får det med i vores overvejelser, for det er jo ikke psykiatrien alene, der skal afgøre, hvordan de her ting skal være.

Det er faktisk et samfundsanliggende og et politisk anliggende, om man synes, der er nogle mennesker, der i den grad er i klemme, at det er nødvendigt at lave en særlov for dem, og med hvilke motiver man da gør det. Vi fik et oplæg til at starte på i dag, som kunne sætte sving i tankerne. Det vil være utroligt vigtigt at føre det med i diskussionen, så det bliver tydeliggjort, hvad det egentlig er, vi vil med det her. Så det ikke bliver et rent fagteknisk eller teknokratisk anliggende, men et anliggende for os alle sammen. Det er de politiske ansvarlige, der må påtage sig den opgave at tydeliggøre, hvad det er, man vil.

Der er et ord, der hedder dobbeltmoral. Det er jo helt klart, at det ikke er særligt godt med dobbeltmoral, men så kom jeg til at tænke på ordet dobbeltetik. Men det er jo dobbeltetik at have en lov, der siger, at vi på den ene side vil hjælpe nogle mennesker, som er i klemme på grund af det og det - at de er syge og farlige osv. Og på den anden side er vi ligeglade med, om der er den hjælp, der bør være, og vi er også ligeglade med, om den hjælper. Når jeg siger vi, tænker jeg på det fælles anliggende - det demokratiske anliggende, som er vores alles i denne forbindelse. Vi må interessere os langt mere for den dobbeltmoral og den store fare, der er, når man vil hjælpe og ikke kan gøre det ordentligt og ikke har de muligheder, der skal være.

Det er næsten ikke til at holde ud at tænke på, at der nu igen er nogle, der er blevet hentet af politiet. fn er blevet skudt og er død af det, og en anden er blevet ramt og er ikke død af det. Hvis det bliver hverdagen i Danmark, så står det meget alvorligt til. Det er utroligt, at det skal være sådan. Hvis vi taler om flysikkerhed, så er det en helt anden pot smør, end hvis vi taler om det, man kunne kalde social sikkerhed. Det burde faktisk være et lige så alvorligt anliggende at kunne sikre på den bedst mulige måde, at vi kan klare at have det godt med hinanden i hverdagen; så vidt det nu er muligt, uden at vi skal befamle hinanden morgen, middag og aften. Det burde være lige så alvorligt et anliggende som det med flysikkerheden.

For lige at lege med tanken om flysikkerhed, så bliver der på forhånd sat utroligt mange kræfter ind på, at disse fly ikke falder ned. Men når de er faldet ned, så bliver der nedsat store kommissioner, og der er sladrehanke i flyveren og alt muligt andet. Hvis vi leger med billedet her og siger: hvad med de mest forfærdelige, gruopvækkende eksempler vi har haft her den seneste tid, hvor nogle er døde ved, at politiet kommer ud og skal håndtere det - jamen hvad med at få sat en sikkerhedskomité i gang med at undersøge disse ting? Det er ikke kun et snævert anliggende for politiet. Det er ikke kun et snævert anliggende for fagfolk. Det er et meget åbent og vidtgående spørgsmål, som vi alle på en eller anden måde må have med at gøre.

Jeg vil her pege på det utroligt vigtige område, som ligger uden for loven, uden for sygehusene osv. Det område, der hedder "efter kl. 16", det område vi overlader til politiet, det område vi overlader til et vagtlægesystem, der bliver mere og mere presset til at sidde og klare tingene ved at visitere per telefon og den slags ting.

Det er meget, meget alvorligt, hvis vi ikke får håndteret nogle af de ting på en bedre måde. Vi må derud, hvor mennesker står med de her problemer. Om det så er psykiatrien, distriktskykiatrien eller socialpsykiatrien - der er i hvert fald nogen, der skal derud, og der er også nogen, der er begyndt på det.

Det bliver meget afgørende, at det lykkes. For hvis ikke vi når det, så begynder befolkningen at tro på, at sindssyge er farlige og umulige. Folk begynder at tænke: "alle de ansatte, der er inden for det område, slår ikke til." Det er utroligt, afgørende, desværre, at vi stadigvæk må kæmpe imod så store fordomme. Vi skal derfor arbejde for at komme ud der, hvor problemerne er før indlæggelsen.

Vi har i Sind udarbejdet nogle forslag til ændring af psykiatriloven. Jeg henviser til Sinds betænkning om revisionen af psykiatriloven. Derudover har vi lavet et oplæg, der hedder Sinds krav til psykiatrien, specielt hospitalspsykiatrien, og alternativer til hospitalspsykiatrien.

Jeg vil ganske kort gennemgå nogle af de hovedsynspunkter, som Sind har i forbindelse med revision af sindssygelovgivningen:

Det første er, at vi må sige helt klart, at man anstændigvis overhovedet ikke kan tale om, at man vil

gøre noget ordentligt for andre mennesker, hvis ikke rammerne er i orden, hvis ikke ressourcerne er i orden, hvis ikke standarden er i orden, hvis ikke der er et ordentligt tilsyn med forholdene. Det kan man ikke - det er dybt umoralsk. Det kan ikke lade sig gøre at blive ved med at bære en sindssygelov frem, med mindre den hviler på et ordentlig grundlag, og der er nogle rettigheder slået fast i den lov. Vi taler også om i det oplæg til ændring, at det er utroligt vigtigt, at der er nogle andre tilbud end de behandlingsmæssige. At der er nogle sociale tilbud, nogle kulturelle tilbud osv. Vi peger på, at det har været en fantastisk nyskabelse med patientrådgiverne. Men samtidig peger vi på det dilemma, der ligger i, at de jo først og fremmest var designet til at være retssikkerhedskontrollører. Der ligger nogle potentialer i, at de også er medmenneskelige støtter.

Endnu en ting, som også må være en lov værdig, der vil påtage sig at hjælpe andre mennesker, må være, at den helt utvetydigt slår fast, at man har en ret til behandling. Og ikke bare til en standardbehandling - tage den eller lade være - men også til nogle ordentlige varierede behandlingstilbud. Der skal være nogle valgmuligheder. Dvs. retten til behandling må der stå noget om i sådan en lov.

Der må også være ret for patienten til ikke at blive udskrevet mod sin vilje, hvis det er til gaden og til ingenting. Man må have lov til at blive derinde, indtil de sociale myndigheder og samarbejdet systemerne imellem har sikret, at man har ordentlige forhold.

Farlighedsbegrebet er et meget diskutabelt begreb. Det skal jeg ikke gå i dybden med her, men det er virkelig en alvorlig knuser at gå og påstå, at nogen mennesker er farlige. Det er jo lige før, det kan blive en selvpfyldende profeti. Der er ikke fagligt belæg for, at man kan skønne, om nogen er farlig eller ej.

Herudover bør der være ret til medicinfri behandling. Det er ikke vendt antimedicinsk imod den behandling, der foregår, men det er et krav om, at der er nogle andre muligheder. Det kan være, at det ikke kan foregå på de vilkår, vi har i dag, men så må vi forlange, at der bliver nogle varierede behandlingstilbud. Der bør være forskellige typer af afdelinger, så der er noget at vælge imellem, således kan man ånde lidt mere frit osv.

De klageveje, der er, er uoverskuelige. Men der er også noget forkasteligt i, at man ikke har et nævn, der er i stand til at gå ud uopfordret til enhver tid og se, hvordan forholdene er ude på afdelingerne. Er der overbelægninger, er stressniveauet for højt, og hvordan har man det derude? Et sådant nævn vil vi gerne have. Vi vil gerne have samlet alle klageorganer i amtsdækkende patientklagenævn. Og vi vil gerne have nævnets kompetance udvidet.

Vi vil gerne have, det er en jurist, der er formand for dette nævn. Vi vil gerne have, at der, som det er i dag, er en repræsentant for en faglig organisation på lægesiden, og vi vil også gerne have, at der er én fra Sinds side. Men derudover vil vi have to lægfolk, som er udpeget efter reglerne for domsmænd, da dette ikke alene er et fagligt behandlingsmæssigt anliggende.

En anden ting, som er utroligt vigtig, er, at der er et ordentligt døgnberedskab. At der er nogle natpladser for bare at nævne nogle ting, og det behøver ikke kun at være på psykiatriske afdelinger. Der må man bruge sin fantasi ude i lokalområderne og få stablet et samarbejde på benene.

En allersidste ting er, at det er utroligt, at der er så dårlig oplysning, pjecer osv., om de tilbud, der er, og de rettigheder folk reelt har. Det burde være en selvfølge i Danmark 1996, at noget sådant forelå. Og at der også som en selvfølge var steder, hvor pårørende og brugere kunne gå hen, uden at det var til det samme system, som skulle hjælpe dem - ovenikøbet muligvis tvangshjælpe dem. At de kunne gå hen til nogle uafhængige systemer, nogle anonyme rådgivningssteder og spørge, "hvordan forholder det sig" og "hvad skal jeg gøre?" Det burde også være en klar ting.

KAJA NEUMANN

Formand for Landsforeningen Pårørende til sindslidende

Egentlig burde mit indlæg måske omhandle psykiatriloven, men vi har nu ikke de helt store indvendinger imod den gældende lov. Vi har derimod noget imod måden, den forvaltes på; ligesom vi

mangler rettigheder for de sindslidende. Vi finder det f.eks. ganske urimeligt, at det ikke er en selvfølge, at sindslidende tilbydes eneværelser, når man tænker på, hvor meget angst der oftest ledsager en psykotisk tilstand. Ligeledes finder vi det stærkt kritisabelt, at sindslidende ikke automatisk har adgang til frisk luft dagligt. Og så finder vi det faktisk helt og aldeles uacceptabelt, at sindslidende ikke har mulighed for at blive indlagt på stoffri sygehusafdelinger.

De fleste vil jo nok kunne være enige om, at de overordnede målsætninger for indsatsen for sindslidende skal være - som der også står i programmet - bedst mulig behandling, pleje, omsorg og støtte, mindst mulig tvang samt mest mulig retssikkerhed og kvalitet. De netop nævnte rettigheder vil umiddelbart kunne gennemføres, når vort forslag til en model for fremtidens psykiatri er blevet realiseret. Som tillægsgevinst vil vores model være samfundsøkonomisk fornuftig. Desuden vil den kunne forhindre, at en del sindslidende drives ud i en eller anden form for kriminalitet, selvmedicinering i form af stofmisbrug vil kunne mindskes, og endelig vil den kunne forhindre de alt for mange ulykkelige selvmord.

En af de vigtigste ting er, at vi mangler akuthjælpen, at vi absolut må have den døgndækkede psykiatriske udrykningstjeneste. For at den kan komme til at fungere optimalt, skal den bemandedes med fuldtids privatpraktiserende psykiatere; således at man er totalt uafhængig af de forskellige institutioner, så man kan indlægge frit.

Det betyder, at der må oprettes mange flere stillinger, og det tror jeg falder meget godt i hak med målsætningen om en tidligere intervention. Det er vigtigt, at de sindslidende kan have en kontinuerlig kontakt i stedet for den skiften, der jo foregår i sygehusene med forskellige vagter osv. Og så vil der heller ikke være så meget spildtid, for der vil ikke være al den administration, som psykiateren skal tage vare på. Her kan de i deres dagtimer alene tage sig af de sindslidende. Så vi tror, at det er en god ting at få nogle flere fuldtids privatpraktiserende psykiatere. Det er urimeligt, at der er op til 24 måneders ventetid, hvis man vil tale med en psykiater.

Når man så kommer ind på de psykiatriske afsnit, er det det glade vanvid at stable 18-20 svært psykotiske mennesker sammen, som vi jo desværre ser. Det er selvfølgelig dejligt, at man på Fjorden har skåret det ned til syv. Vi vil gerne have det længere ned endnu, til tre-fire stykker. Vi tror ikke på, at det bliver dyrere på den måde, for indlæggelsestiderne vil blive kortere, fordi der vil være ro og omsorg. Personalet skal selvfølgelig være velkvalificeret: psykiatere, psykologer, sygeplejersker, som selv har været i terapi, sådan at de kan magte at være sammen med folk, der har det så svært.

Vi har forståelse for, at der desværre tilbringes meget tid på kontorerne i dag, for det er jo ganske urimeligt at skulle opholde sig i sådan en heksekedel. Det kan man ikke klare. Men det er mest synd for de sindslidende. Og det er en ganske vanvittig måde, man visiterer på, at man ser på postnummer, og at man ikke ser på, hvordan folk har det. Det skal vi væk fra.

Små observationsafsnit, så der kan blive ro, så man hurtigt kan komme ud. Det er invaliderende for alle at være på et sygehus. Det er det også for os andre, når vi er indlagt. Det er herligt at lægge sig ned i sengen og lægge ansvaret fra sig. Der er så nogle af os, der har styrke til at tage ansvaret på os igen. Det kan vi ikke forlange, at de sindslidende har.

Hurtigt ud af sygehusregi og over i socialt regi i behandlingskollektiver. Opholdet i et behandlingskollektiv kan godt være langvarigt. Det er såmænd ligegyldigt. Det er ikke skadeligt at være i behandlingskollektiv, for det er helt legalt at bo i kollektiv. Der kan man ringe til venner og bekendte, og de kan komme på besøg. Vi ser næsten ingen besøgende på de psykiatriske afsnit. Det er klart, for man skilter jo ikke med, at man er kommet på kolbøttefabrik.

Behandlingskollektiverne skal have et andet navn, for vi vil ikke have læger og sygeplejersker med over i behandlingskollektiverne. Der vil vi have, at de sindslidende skal have mulighed for at vælge deres privatpraktiserende psykiater, så der kan blive kontinuitet og mulighed for tidligere indgriben, hvis det begynder at køre skævt. Her skal der være personale, der er afpasset efter de mennesker, der bor der. Fotografer, ornitologer, idrætskonsulenter - alt muligt - håndværkere, edb-folk. Dét der nu er af interesse, så man kan styrke de sindslidendes sunde ressourcer. Den eneste person, der skal være såvel i observationsafsnittet som her, er psykologen. Det er ikke, fordi jeg tror, at psykologer kan

helbrede en sindslidelse, for det tror jeg såmænd, at ingenting kan. Men jeg tror, at psykologerne kan noget, der kan styrke folk, så man kan undgå de ting, der gør, at man er nødt til at blive psykotisk. Og i hvert fald er det altid en god ting at have et menneske, som forstår at lytte, og som forstår at tale.

Og når man så føler, at rammerne strammer, og man skal videre ud i livet - hvis man skal videre ud i livet - så skal der være et fornuftigt udvalg af forskellige boligtilbud. Vi har jo nogle mærkværdige tilbud i Københavnsområdet med saneringsmodne ejendomme og den mest nedslidte boligmasse og nogle bofællesskaber, som skriger til guderne. Man lejer en fem-værelses lejlighed, og så samler man fire sindslidende i den, og så må de ellers lade fem og syv være lige. Ser man på, hvor mange skilsmisser vi har i Danmark, selv om de fleste da formodentligt har valgt hinanden og vil leve sammen, fordi de holder af hinanden, så tænk på at sætte fire sindslidende ind i en lejlighed, hvor de så skal prøve på at få det til at fungere! Det er helt hul i hovedet.

Nogle ordentlige bofællesskaber med nogle gode faciliteter - og med døgndækning, hvis det er nødvendigt. Altså den støtte og den hjælp, som er nødvendig i hvert enkelt tilfælde.

Jeg må hellere stoppe, selv om jeg kan fortsætte længe endnu. Vi har selvfølgelig også vore tanker og ideer omkring lovgivningen, men jeg synes, at det her var vigtigere.

TORBEN ØSTERGAARD

Psykiatrisk patient

Jeg er "retslig patient" på Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland. Her startede mit ophold som en realistisk science fiction-oplevelse med individuel patientbehandling osv.

Et normalt menneske oplever sin tilværelse med faste holdepunkter, som i et foto med skarpe konturer og klare linjer. Jeg oplevede min nye tilværelse som en akvarel med udflydende konturer og uklare linjer uden faste holdepunkter. I akvarellen flyder farverne jo sammen.

Jeg tror ikke, at flere og større pengebevillinger er løsningen alene, men en større effektivitet i hverdagen er nødvendig. For eksempel burde arbejdet på afdelingen være mere resultat-betinget og udøvet med større etik, pligt og ansvarsfølelse. Hvis det var tilfældet, ville alle være bedre hjulpet.

Den nedladende adfærd, som noget af personalet viser over for patienterne, bør ændres til at være objektiv og positivt motiverende. Hvis en patient f.eks. høfligt gør opmærksom på fejl og mangler, så betragtes det som utidig indblanding. Jeg har nedskrevet flere referater af selvoplevede negative hændelser og episoder på min afdeling.

Hvorfor må personalet ikke optræde ærligt over for patienterne? Jeg føler ofte, at etikken savnes i det daglige arbejde, og hvem har ansvaret for det?

Når en ny patient ankommer til afdelingen, så trænger denne ofte til fred og ro. Og det er vanskeligt på en støjplaget afdeling som vores, hvor f.eks. kraftig lavfrekvent musik fra store bashøjtalere gennemtrænger alt, også høreværn. Og det sågar på alle tider af døgnet.

I vinterhalvåret bliver afdelingens vinduer åbnet for sjældent. Det bevirker, at man ofte skal skære sig igennem en tyk og kvalmende tobaksrøg. Og det tror jeg ikke er særlig fremmende for helbredet.

Hvis f.eks. to personer fra personalet sidder og ser fjernsyn eller spiller yatzy, og en patient beder om et eller andet, så får han ofte det svar: "Du må vente - du kan nok se, at vi er optaget." Så står man der som Moses ved Det Røde Hav og mangler tryllestaven.

Patienterne kan også blive udsat for provokerende, uærlig og nedgørende argumentation. For eksempel spurgte jeg en dag en af de ansatte om noget og fik et svar, så jeg fløj ned i den anden ende af afdelingen - efter min mening helt uberettiget.

Personalet har også for vane at love patienterne et eller andet, som de så ikke opfylder eller benægter, at de overhovedet har lovet.

Tiden tillader mig ikke at omtale flere eksempler her, og jeg har selvfølgelig også positive oplevelser.

Patienter har et stort behov for et "fristed" uden for en ofte stresset tilværelse på afdelingen. Patienter kan finde stor tilfredsstillelse ved at realisere sig selv, f.eks. ved at dygtiggøre sig i et eller flere af de talrige fag, som Grønnehaveskolen tilbyder. Patienterne mangler imidlertid flere aktivitetsmuligheder, som vil forbedre deres hverdag, bl.a. idrætsfaciliteter og øgede undervisningstilbud.

Problemet er, at afdelingens personale generelt ikke er gode nok til at motivere patienterne til netop det, som den enkelte kan klare og har lyst til. Hvis bistandsværgerne fik adgang til patient- og personalemøder, så tror jeg, at det kunne blive til gavn for alle parter. I øjeblikket er patienternes indstilling negativ og præget af ligegyldighed, og de er helst fri for at deltage.

Det er mit indtryk, at hospitalet nu har iværksat et udviklingsprojekt, som forhåbentlig vil forbedre forholdene. Og det er naturligvis meget positivt.

OLE KØLLE

Forstander, formand for Landsforeningen

af Patientrådgivere og Bistandsværger

Patientrådgiverordningen har nu fungeret i næsten syv år. Ordningen opleves nu som en god og velfungerende ordning i relation til patienten. Der er stadig adskillige praktiske ting, som skal på plads i forhold til patientrådgiverne.

Vi lever i et retssamfund, hvor det er en borgerret at blive stillet for en dommer inden for 24 timer, hvis man f.eks. er blevet taget på fersk gerning i et indbrud. Hvis man derimod er tvangsindlagt på en lukket psykiatrisk afdeling og vil klage over dette, går der ofte op til to måneder, inden et retsmøde berammes. Dette skyldes, at retten har lov til at indhente en udtalelse fra Retslægerådet, der som regel bruger 4-6 uger i en sagsbehandling. Da Retslægerådet kun laver sin udtalelse ud fra overlægens erklæring på den pågældende afdeling (den samme erklæring, som er tilsendt retten), skal muligheden for at bruge Retslægerådet afskaffes. Det er mig i øvrigt ganske uforståeligt, at Retslægerådets læger ikke er underlagt lægeloven.

Selve klagesystemet skal laves om, så det bliver mere enkelt. I dag er det sådan, at en patient, der vil klage over:

- personalets behandling, skal klage til sygehusledelsen;
- politiets medvirken ved indlæggelsen, skal klage til politimesteren;
- tvangsindlæggelsen, skal klage til retten;
- tvangsmedicinering eller bæltefiksering, skal klage til patientklagenævnet.

Kun i patientklagenævnet er der en tidsbegrænsning for behandling af klagen (inden ti dage), hvilket burde være maksimum i alle klagesager.

Der bør laves et enstrengt klagesystem samt nedsættes et "psykiatrinævn", der kan behandle alle sager. Et sådant nævn skal selvfølgelig bestå af kompetente fagfolk samt af nogle lægmænd.

En klage over tvangsmedicinering har opsættende virkning, medmindre der er et livstruende aspekt eller en kraftig formodning om, at den helbredende effekt vil forringes væsentligt, hvis behandling ikke iværksættes omgående.

Der burde per automatik beskikkes en patientrådgiver ved bæltefiksering. Som der er nu, skal patienten spørges, om han/ hun vil have en patientrådgiver. Fikseringssituationen er jo en voldsom ting. Dette kunne også fritage personalet fra enhver tvivl om, hvorvidt ønsket er fremsat eller ej.

Da ønsket er bedre behandling og mindre tvang, undrer det mig meget, at den psykoterapeutiske behandling ikke vægtes mere, end den gør. Og at mulighederne for fysisk udfoldelse er så katastrofale, som tilfældet er mange steder, selv om dette ellers har en meget positiv effekt på brugen af medicin.

Et af de mest anvendte neuroleptika er Cisordinol. Dette bruges både som beroligende middel og som behandlingsmedicin. Hvori ligger forskellen på beroligende indsprøjtning og behandling med samme medicin? I første tilfælde skal der ikke beskikkes en patientrådgiver, - det skal der ved behandling.

LPD, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark, savner klare regler for brugen af beroligende medicin. Sagen blev allerede rejst i 1991 i Nordjylland, men der er ikke sket noget endnu. Det skulle nemlig blive en vane med en stigende grad af beroligende medicinbrug.

Bedre faciliteter med eneværelser som en ret vil givet have en positiv effekt på behandlingen.

Bistandsværgeordningen har eksisteret i mange år. Den 1. februar 1995 kom der en ny bekendtgørelse, hvor der nu var to typer bistandsværger. Nemlig dem, der stod på liste hos statsamtene (de honorarlønnede) og de ikke-honorarlønnede (typisk en pårørende).

Den nye ordning er desværre ikke kommet godt fra start. Man kan roligt sige, at der nærmest hersker kaotiske tilstande rundt om i landet. Der tolkes meget forskelligt i de enkelte politikredse og på de enkelte retspsykiatriske afdelinger. Bistandsværgerne føler sig dårligt klædt på til jobbet. Der er løsninger på vej, men det tager tid. Betalingsproblemer - beskikkelsestidspunkt - transportgodtgørelse (nogle må tage fra Jylland til Sjælland grundet flytning af patient) mm.

Mange bistandsværger fra pårørendegruppen kommer ofte i klemme følelsesmæssigt og tillidsmæssigt. Man kunne måske overveje kun at bruge de honorarlønnede bistandsværger.

LPD håber meget, at vi snart, i samarbejde med Justitsministeriet, kan få afklaret de værste urimeligheder og få gennemført en god kursus- og informationsvirksomhed. Vi er meget glade for det gode samarbejde med både Justitsministeriet og Folketingets 71-tilsyn, hvilket helt givet er til stor fordel for patienterne.

LPD vil gerne være med til at afmystificere og afskaffe så mange fordomme som muligt i det psykiatriske væsen. Det er vigtigt at holde debatten i gang, så fokus stadig er på psykiatrien.

Der er trods alt håb forude. Et gammelt kinesisk ordsprog siger: Når forandrings vind blæser, er der nogle, der bygger læhegn og andre, der bygger vindmøller. Lad os alle være med til at bygge store og flotte vindmøller til gavn for vore psykiatriske patienter.

ERIK TOFTGAARD

Statsamtmand, formand for det psykiatriske patientklagenævn i Vejle amt

Ved loven om tvang i psykiatrien fik statsamtene til opgave at stå for de psykiatriske patientklagenævne. Vi fik også opgaven med at antage patientrådgivere. Men jeg har forstået det sådan, at jeg i dag skal sige noget om patientklagenævnene, og det er det, jeg vil holde mig til.

I 1995 traf de psykiatriske patientklagenævne i alt 405 afgørelser. Det nævn, der traf langt flest afgørelser, var nævnet i København, hvor man traf 128 afgørelser. I Københavns amt, som også i denne henseende omfatter Frederiksberg, traf man 40 afgørelser. Hvis man begynder at tænke på, hvor mange årsværk, der går i hospitalsverdenen med at skrive erklæringer, så kan det ikke være så mange. Skal vi sige, at man bruger to dage på hver sag, så kan det blive til omkring fire årsværk; værre er det ikke.

I Vejle, hvor jeg er formand for nævnet, har vi kun truffet 13 afgørelser sidste år. Det er det typiske år for år.

Patientklagenævnet består af tre medlemmer. Der er et medlem, der er udpeget efter indstilling fra Lægeforeningen, et medlem, der er udpeget efter indstilling fra invalideorganisationerne, og så er

amtmanden formand for nævnet. Vi har været heldige i Vejle at have de samme medlemmer fra starten. Begge har et godt kendskab til sindslidende fra deres arbejde. De er begge meget interesserede i opgaven.

Det, man kan klage over, er tvang. Det vil sige tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Det foregår på den måde, at klagen indgives til sygehuset. I starten var der et enkelt sygehus, der stillede krav om, at klagen skulle indleveres på kontoret i kontortiden; men det er klart, at det kan man ikke forlange. Der stilles ikke særlige krav til klagen. Der er ikke krav om, at den skal være skriftlig. En mundtlig klage fra patienten er tilstrækkeligt. Normalt vil det være patientrådgiveren, der sender en skriftlig klage - måske sammen med patienten.

Det er sket, at et sygehus har bedt om at få forhåndsgodkendt en behandling, som patienten modsatte sig. Men det er ikke nok til, at vi vil tage sagen op. Vi tager jo kun sager op, hvor der klages til nævnet. Det er netop meningen med den hjemmel, der er for sygehusene til at udøve tvang, at de kan bruge tvang over for en patient, som modsætter sig det. Det er først, hvis patienten klager, at sagen skal til patientklagenævnet. Det er ikke os, der skal bestemme, hvordan behandlingen skal være. Det må være sygehuset. Vi er ikke et "oversygehus" eller en "over-overlæge".

Der har også været en patient, som har henvendt sig til nævnet om behandling, som foregik frivilligt eller i hvert fald uden, at der direkte var truffet beslutning om tvang. Igen må man sige, at det er ikke en sag for os. Vi behandler kun klager over beslutninger om tvang.

Inden vi skal behandle sagen, indhenter vi materialet fra sygehuset. Der kommer først og fremmest klagen, og så får vi en kopi af tvangsprotokollen, vi får en erklæring fra overlægen, og vi får behandlingsplanen. Man kan så spørge: Hvad skal der stå i den erklæring fra overlægen? Der skal være en beskrivelse af patientens situation, nuværende tilstand og eventuelt en beskrivelse af tidligere indlæggelser. Vi skal have noget at vide om, hvorfor patienten modsætter sig behandling, hvorfor man har truffet beslutning om tvang, og selvfølgelig en beskrivelse af den situation, der forelå, da man bestemte sig for tvang, en beskrivelse af den medicin, man vil give, og om der er eventuelle bivirkninger ved den.

Så vil vi indkalde til mødet. Vi sender kopi af erklæringer og alt det materiale, vi har fået, til patienten og til patientrådgiveren. De har begge to ret til at være til stede og forelægge sagen for nævnet.

I Vejle vil vi normalt holde mødet på sygehuset. Det tror jeg, man gør i de fleste nævn. Nogle steder kan der være praktiske grunde, der gør det vanskeligt; men jeg mener i hvert fald, at det er meget, meget godt at holde mødet på sygehuset. Det er lettere for nævnet at sætte sig ind i patientens situation, når vi kommer på sygehuset. Det er praktisk for patienten. Ligesom det er praktisk for sygehuset.

Til det møde er vi praktisk taget altid patienten, sommetider patientrådgiveren. Man kan spørge, om patientrådgiveren har pligt til at være med. Jeg mener egentlig, at patientrådgiveren har en pligt. I hvert fald hvis patienten ønsker det, bør patientrådgiveren også være til stede. Herudover er overlægen eller den behandlende læge med, og der er gerne en sygeplejerske og plejer med også.

Jeg vil under mødet forklare, hvorfor vi er kommet - hvad der er nævnets kompetence - og så vil vi have en samtale med patienten; det er formanden, der taler med patienten. Vi prøver at holde en rolig atmosfære, hvor patienten forklarer og fortæller om, hvordan han/hun har det og har haft det. Vi spørger, om den pågældende har fået medicin af samme slags tidligere, om der var bivirkninger, og vi får selvfølgelig en forklaring på, hvorfor patienten ikke vil behandles.

I nogle tilfælde kan mødet være en ret hård belastning for patienten. Det er sket, at patienten så selv har afsluttet samtalen. Ellers vil jeg selv prøve at få samtalen over i et andet spor eller få den afsluttet.

Vi mener ikke, at overlægen nødvendigvis skal sige ret meget ved denne lejlighed. Vi mener, at sygehuset har haft lejlighed til at forklare sig i den erklæring og i det materiale, der er sendt ind; men selvfølgelig får sygehuset lejlighed til at kommentere det, der er sagt af patienten. Så vil patienten og sygehusets personale forlade mødet samtidig.

Efter mødet træffer vi så afgørelsen. Vi siger ved afslutningen af mødet, at vi træffer afgørelsen hurtigt. Vi sender afgørelsen samme dag, således at patient og sygehus har svaret næste dag.

Det, vi skal se på, er, om lovens betingelser for at anvende tvang har været opfyldt. Det vil sige, at udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af helbredstilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Og jeg må sige, at vi ikke i de tilfælde, der har været forelagt for os, har været i tvivl om, at den pågældende patient var syg. Og jeg vil også sige, at det nok ikke vil være muligt for os efter en samtale på en halv time til tre kvarter med patienten at begynde at stille nogen ny diagnose på den patient, som har været vurderet af sygehuset under tidligere indlæggelser og en observationsperiode. Vi godkender normalt - det må jeg også indrømme - den afgørelse, der er truffet af sygehuset.

Det er sket i enkelte tilfælde, at vi ikke har gjort det. I et tilfælde havde man alene truffet beslutning om, at patienten skulle behandles med depotneuroleptika. Der var ikke sagt noget om, hvilken medicin det skulle være eller i hvor stor en dosis. Fra sygehusets side sagde man, at det måtte afhænge af tilstanden. Det er på en måde en fornuftig tankegang; men man må sige, at det, man skal træffe beslutning om, når der udøves tvang, er helt præcis, hvad det er for en medicin og hvilken dosis.

Ligeledes har vi på et andet tidspunkt givet udtryk for, at vi fandt det beklageligt, at politiet blev tilkaldt. Det gjorde man på det ene sygehus helt automatisk hver gang, der skulle foretages fiksering. Man syntes ikke, at man havde personale nok. Så ringede man til politiet, og så kom de og foretog fiksering. Dér sagde vi, at det i hvert fald ikke kunne være udtryk for mindstemiddels-princippet. Vi fik medhold i det centrale Patientklagenævn og senere hen i, at det ikke er noget, der bør ske rutinemæssigt.

Men vi må altså sige, at i et helt overvejende antal tilfælde godkender nævnene den beslutning om tvang, der er truffet.

Man kan spørge, hvorfor man skal have dette patientklagenævn. Om det vil jeg sige, at en beslutning om behandling med tvang er et alvorligt indgreb i en persons frihed. Det er vigtigt, at der er åbenhed omkring behandling med tvang. På denne måde får patienten lejlighed til at forklare sig og argumentere over for nogle mennesker, der kommer udefra. Dvs. over for et uafhængigt nævn, der alene kommer for at tage stilling til denne patients klage over behandlingen, og som alene har den opgave at se, om den tvang, der her er besluttet, er berettiget.

Jeg mener også, at den kontrol, vi har med beslutningen - og dermed den gennemgang vi har af protokollen og den indhentede erklæring og behandlingsplan osv. - skærper sygehusets årvågenhed med henblik på at sikre, at beslutningen er velbegrunderet og korrekt beskrevet.

Så synes jeg i øvrigt, det er vigtigt, at patientklagenævnene træffer deres afgørelser hurtigt. Det er således, at vi skal forklare det, hvis det går over to uger, hvilket vi selvfølgelig søger at undgå.

RUTH JENSEN

Amtsrådsmedlem, næstformand for

Amtsrådsforeningens social- og uddannelsesudvalg

Man kommer jo ikke uden om, at vi i amterne er ansvarlige for hele den virksomhed, som kommer ind under behandlingsbegrebet. Jeg vil starte med at erklære mig hundrede procent enig i, at de helt overordnede målsætninger for indsatsen over for de psykiatriske patienter må være bedst mulig behandling, pleje, omsorg og støtte, mindst mulig tvangsanvendelse og mest mulig retssikkerhed og kvalitet.

Men der er samtidig mange hensyn, der skal tages, når sådanne overordnede rammer skal udmøntes i mere konkrete tilbud til den enkelte. Psykiatrien har gennemgået en lang omlægningsproces inden for de seneste ti år, og jeg har selv været med i arbejdet i alle disse år. Det er heldigvis konstateret, at udviklingen går i den rigtige retning, og at processen har været til gavn for langt de fleste sindslidende. Men der er også en gruppe af sindslidende, som vi endnu ikke har haft de rigtige tilbud til. Vores

målsætning er helt klart, at disse huller skal udfyldes. Det er dem, som er blevet så synlige i vores horisont næsten hver eneste dag. Det er grupper, som vi bruger både tid og kræfter og også vil bruge penge på at gøre det bedre for.

Men en ting er jo planlægning på papiret, som det ofte begynder med, en anden ting er virkeligheden. Når der stadig er sådanne huller i den vifte af tilbud, der er etableret til de sindslidende, så skyldes det jo ikke, at vi i amterne synes, at tilbuddene nu er tilstrækkeligt udbyggede. Det skyldes snarere usikkerhed om, og manglende erfaring med, hvilke tilbud, der er de rigtige. Jeg har lyttet til de bemærkninger og den kritik, der er kommet, og bemærket de gode forslag om, hvordan og hvorledes det kunne gøres bedre, og hvor problemerne er. Vi må hele tiden forholde os til det, sådan at vi efterhånden kan tilpasse indsatsen efter den indsigt, vi opnår.

Det Ethiske Råds anledning til denne høring er, at lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien skal revideres i den kommende folketingssamling. Jeg vil derfor prøve at trække nogle emner frem, som uundgåeligt vil komme til debat i den sammenhæng.

Men først vil jeg godt sige noget om patienternes og befolkningens forventninger til det psykiatriske system. Når jeg vil det, så er det, fordi der efter min opfattelse er opstået en tendens til at opfatte alle eller i hvert fald mange grupper, der på en eller anden måde har et psykisk problem, som værende sindslidende. Og det er langt fra tilfældet.

For at give befolkningen de rigtige forventninger må man uundgåeligt se på, hvem det er, det psykiatriske system skal indrettes til at kunne hjælpe, og hvem man skal kunne hjælpe på andre måder end med egentlig psykiatrisk behandling. Jeg sidder til daglig i et socialudvalg og med de initiativer, vi dér har sammen med kommunerne, kommer man jo ikke uden om denne debat, når vi skal tage stilling til aktiviteterne.

Men der er f.eks. også en lang række af misbrugere, det være sig narkomaner eller alkoholikere, som bør hjælpes andre steder. Vi skylder befolkningen at være mere åbne over for, hvad det er, vi kan, og hvad det på den anden side er, vi ikke kan inden for psykiatrien.

Nogle har måske en forventning om, at man, også når man bliver indlagt med en psykisk lidelse, skal kunne blive helt rask. Det er der heldigvis mange, der bliver. Men vi må se i øjnene, at det er et specielt område, vi har med at gøre, og somme tider kan det, at en bestemt tilstand i det mindste ikke forværres, være et godt resultat set ud fra et fagligt synspunkt.

Spørgsmålet om tvangsanvendelse inden for psykiatrien vil formentlig blive et af hovedemnerne, når psykiatriloven skal revideres. Nogle mener, at der anvendes for meget tvang, mens andre mener, at der i visse situationer kunne være behov for udvidede muligheder.

Det er f.eks. meget svært for pårørende til sindslidende at stå over for et familiemedlem, der klart har et behov for behandling, men som ikke opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse på en lukket afdeling. Det er en meget svær balancegang, og der er mange hensyn at tage.

Udgangspunktet i psykiatriloven er, at der ikke skal gribes ind mere end højst nødvendigt. Dette "mindste-middels-princip" må vi holde fast ved. Det er ikke blot et princip, der skal gælde, når patienten allerede er indlagt. Det må være et helt generelt princip for psykiatriske tilbud, at hvis en mindre indgribende foranstaltning - f.eks. et distriktspsykiatrisk tilbud eller andet ambulært tilbud - er nok, så må det være løsningen. På denne måde kan man måske forhindre unødige indlæggelser og dermed mindske brugen af tvang.

Det er helt indlysende, at psykiatriske patienter skal have gode fysiske rammer. Sundhedsministeriet er i øjeblikket ved at lave en undersøgelse af de fysiske rammer på de lukkede afdelinger. Vi kender endnu ikke det endelige resultat, men vi ved, at ud af i alt 866 lukkede sengepladser er kun ca. halvdelen enestuer. Resten er to-sengsstuer eller derover. Så dér har vi et problem. Men mange amter gør faktisk meget for at forbedre de fysiske forhold. Dette kræver betydelige anlægsudgifter og kan selvsagt ikke ske fra den ene dag til den anden, men det er i hvert fald et højt prioriteret område. Det ser vi eksempler på i næsten hvert eneste amt.

Noget tyder også på, at jo bedre de fysiske forhold er, jo mindre er omfanget af tvangsanvendelsen. Gode fysiske forhold kan også være med til at holde på de patienter, der ikke opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, men som samtidig har et klart behandlingsbehov.

Et krav, som vi må holde fast ved, er, at de psykiatriske patienter så vidt muligt skal samtykke i behandlingen. Der skal fortsat lægges behandlingsplaner, men disse bør udvides til også at omfatte de tilbud, der skal gives efter udskrivning. Mange psykiatriske patienter oplever den situation, at der ikke tages hånd om dem, og det er selvfølgelig ikke acceptabelt.

Det er vigtigt at holde fast i det samarbejde, der skal ske mellem sektorerne. Det har vi politisk et ansvar for.

Et særligt område, vi nok må se lidt nærmere på, er behovet for forebyggelse. Det er ikke inden for dette område, at forebyggelse nævnes mest efter min erfaring. Men eksperter mener, at man ved det, der i fagsprog kaldes tidlig opsporing, kan nå især mange unge skizofrene på et så tidligt tidspunkt, at de ikke ender som svingdørspatienter, men faktisk bliver i stand til at klare en nogenlunde normal tilværelse.

I forbindelse med en bred høring, som Amtsrådsforeningen gennemførte i forbindelse med den tidligere planlagte lovrevision, blev det fra mange amters side anført, at klagesystemet er for tungt. Det gælder især i forbindelse med domstolsprøvelse, og når de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser indbringes for sundhedsvæsenets patientklagenævn. Det er selvsagt en meget belastende situation for patienten, og det forlænger indlæggelsestiden unødigt. Man bør derfor se på, om en omlægning af klagesystemet er mulig, uden at jeg dog her skal præsentere nogen færdigsyet løsning på dette problem.

Jeg vil slutte med at sige, at Amtsrådsforeningen i øjeblikket tager en lang række initiativer for at følge op på de aftaler, der er indgået med regeringen på det psykiatriske område. Vi følger amternes indsats tæt ved løbende at indhente oplysninger om konkrete aktiviteter og planer. Og selv om vi endnu ikke er helt færdige med at bearbejde de mange oplysninger, vi får, så er det foreløbig indtrykket, at amterne vil kunne leve op til de indgåede aftaler. Dertil kan jeg så også lægge den holdning, at vi som amtspolitikere føler, at vi har et meget stort moralsk ansvar over for en stor gruppe mennesker. Det er selvfølgelig rart, når der kommer nogle penge til dette område, men der skal jo også være den politiske vilje til at føre det ud i livet, sådan at der kan ses en forandring for denne gruppe af borgere.

AFSLUTNING

Professor Lars Nordskov Nielsen,

formand for Det Ethiske Råd

Det forekommer mig, at det har været en usædvanligt givtig høring, vi har haft i dag. Vi har haft stort udbytte af den, og den er blevet afviklet i en meget produktiv atmosfære.

Jeg har lyst til at tage udgangspunkt i noget, jeg antydede i morges, nemlig at det, der fandt sted her i dag, godt kunne have flere adressater. Hvis der skulle være nogen, der har tillid til Det Ethiske Råd, så skal de alligevel ikke regne med, at rådet er i stand til at løse alle de problemer, der er bragt frem. Der findes imidlertid andre adressater, som også er vigtige, derunder det politiske og det administrative system, og det er godt, at de også har været repræsenteret her. Det kan tænkes, at de har fået noget med hjem, som de også uden yderligere bearbejdning fra Det Ethiske Råds side vil være opmærksomme på.

Det andet, jeg vil sige, er, at Det Ethiske Råds rolle måske kan deles op i to. Det Ethiske Råds meget aktuelle opgave er at producere materiale til brug for den lovrevision, der skal pågå i den kommende folketingssamling. Der er ingen, der har sagt, at rådet ikke herefter kan arbejde videre med de problemer, man ikke måtte have kunnet nå at bearbejde inden lovrevisionen.

Det næste, jeg gerne vil sige med henblik på selve lovrevisionsarbejdet, er, at vi står over for to

hovedemner; minimumsrettigheder og tvang/retssikkerhed. De to ting er ikke helt identiske.

Kan man ikke sige andet med hundrede procents sikkerhed, så kan man i hvert fald sige som konklusion på debatten her i dag, at der foreligger det, man kalder bred tilslutning til, at den fremtidige lovgivning skal indeholde nogle minimumsrettigheder. Hvilke og hvor mange det kan der være lidt forskellige opfattelser af.

Principielt kunne man jo tænke sig, at minimumsrettigheder gik på to ting, der flyder over i hinanden: nogle behandlingskrav og nogle - skal vi kalde det - tilværelseskrav. Jeg gør opmærksom på, at dette med bokrav/levvilkårskrav, det er ikke nyt. Det er det, der nu står i loven om god sygehusstandard. Det var det, der blev tilbage af Kallehaugeudvalgets betænkning, hvor der var en opremsning af bestemte typer af goder. Der var noget om enestuer, frisk luft, aktivitetsmuligheder og lignende. Det bør man grave frem igen. Det er der en vægtig baggrund for med det, der er sagt her i dag.

Til gengæld er der måske ikke så mange, der har sagt ligeud, hvad problemet egentlig er. Og det kan formuleres på mange måder, men det har noget at gøre med, i hvilket omfang man centralt vil, har mod til, at stille ganske præcise krav til det decentrale system. Jeg tror ikke, at det kan siges pænere.

Men man kunne også tænke sig noget andet med hensyn til minimumskrav, og det kunne være minimumskrav med hensyn til behandlingen. Der har jeg måske nok en tilbøjelighed til at fornemme, at vi - nogle af os - snakker lidt uden om. Det er egentlig ganske interessant, at vi i formiddag uden større larm får at vide, at der er tre forskellige slags behandlinger, der er den medicinske behandling, så er der psykoterapi, og det bruger vi ikke så meget, og endelig er der omsorg og pleje.

Nu har jeg ikke nogen som helst fornemmelse af, om man kan give lovregler om, at der skal være de tre behandlingsformer, og i hvilket forhold de i så fald skal forekomme. Jeg har ikke megen tiltro til, at man i lovregler kan sige noget mere detailleret om behandlingen, men man kan godt sige noget på et meget overordnet principielt plan, og man kan godt i et lovforslags bemærkninger tage hårdt fat om nælden og sige, at man har nogle intentioner om et behandlingsniveau med nogle bestemte kvaliteter.

Jeg skal ikke sige ret meget om tvang og retssikkerhed, men med hensyn til tvangsproblemet har indlæggene ikke mindst i formiddag illustreret det, der er problemet, nemlig at få begrænset tvang mest muligt. Dette må så på en eller anden måde afvejes over for nogle behandleres tro på, at der er nogle undtagelsestilfælde, hvor tvang er midlet til behandling. Det må man til bunds i. Hvor min sympati ligger er naturligvis klart.

Med hensyn til retssikkerhedsspørgsmålet i snæver forstand, dvs. som noget andet end tvang/ikke tvang, er der jo groft sagt to spørgsmål. Der er spørgsmålet om klageadgang, og der er alle spørgsmålene om rapportering af bæltefiksering, isolation mv. Det kan godt være, at det er rigtigt, når nogle antyder, at jurister er blevet for meget optaget af disse ting. I hvert fald er det værd at revurdere, om der er kommet for meget bureaukrati uden at det reelt giver øget retssikkerhed. Det må i hvert fald afvejes meget nøje.

Jeg har lyst til at sige en helt overordnet ting til sidst. Nemlig at når vi i Det Ethiske Råd arbejder med noget tilsyneladende andet, nemlig prioritering i sundhedssektoren, taler vi meget om, at man har lavprioriteret nogle bestemte kategorier af patienter. Det er blandt andet de psykiatriske patienter.

Man kunne måske af den drøftelse, vi har haft her i dag, udlede to ting. Det ene er, at det er på tide at få fjernet nedprioriteringen af denne forholdsvis svage gruppe. Når man betænker, hvilke meget stærke personlige lidelser, der ofte er forbundet med disse patienters og deres pårørendes liv, og når vi også tænker på, at det efter omstændighederne er forbundet med frihedsberøvelse, så er det ikke bare et spørgsmål om at få fjernet en nedprioritering, men også at acceptere en ekstraordinær opprioritering netop af denne gruppe.

PROGRAM FOR DET ETISKE RÅDS KONFERENCE:

PSYKIATRISKE PATIENTERS VILKÅR

- BEDRE BEHANDLING, MINDRE TVANG?

Christiansborg, Landstingssalen,

onsdag den 12. juni 1996 kl. 9.30 - 15.30.

Ordstyrer: Marianne Wangsted, souschef BST Storkøbenhavn, cand. psych., næstformand for Det Etske Råd.

Velkomst: Professor Lars Nordskov Nielsen, formand for Det Etske Råd

Kl. 9.30 - 12.00. Session 1: Psykiatriloven

- principper og praksis

Tore Nilstun, docent i medicinsk etik, Lund: Ideal og virkelighed i psykiatrien.

Helle Aggernæs, overlæge, Frederiksberg Hospital: Psykiatriloven i praksis.

Marianne Kastrup, overlæge, Hvidovre Hospital: Kvalitet i psykiatrien.

Birgitte Diderichsen, professor i klinisk psykologi, Aarhus Universitet: Et differentieret behandlingstilbud.

Kl. 12.45-15.30 - Session 2: Psykiatriloven

- behovet for reform

Else Marie Skov, afdelingssygeplejerske, Fjorden.

Nelly Christensen distriktssygeplejerske, Augustenborg.

Peter Storm, næstformand i Landsforeningen Sind.

Kaja Neumann, formand for Landsforeningen Pårørende til sindslidende.

Torben Østergaard, psykiatrisk patient.

Ole Kølle, forstander, formand for Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger.

Erik Toftgaard, statsamtmand, formand for det psykiatriske patientklagenævn i Vejle amt.

Ruth Jensen, amtsrådsmedlem, næstformand for Amtsrådsforeningens social- og uddannelsesudvalg.

Spørgepanel, medlemmer af Det Etske Råds arbejdsgruppe om psykiatri:

Barbara Gram, informationschef, Dansk Røde Kors

Søren Holm, læge, adjunkt, ph.d., Københavns Universitet

Asger Baunsbak-Jensen, forfatter og præst

Jørn Vestergaard, lektor, lic.jur., Københavns Universitet (formand for arbejdsgruppen)

Marianne Wangsted, cand.psych, souschef BST Storkøbenhavn

Spørgsmål fra salen

Afrunding: Professor Lars Nordskov Nielsen, formand for Det Etske Råd

DELTAGERE I HØRINGEN OM PSYKIATRISKE PATIENTERS VILKÅR

Oplægsholdere og paneldeltagere

Overlæge Helle Aggernæs, Frederiksberg Hospital

Forfatter, præst Asger Baunsbak-Jensen, Det Etske Råd

Distriktsygeplejerske Nelly Christensen, Augustenborg

Professor i klinisk psykologi Birgitte Diderichsen, Århus Universitet

Informationschef Barbara Gram, Det Etske Råd

Læge, Ph.D. Søren Holm, Det Etske Råd

Amtsrådsmedlem Ruth Jensen, næstformand i Amtsrådsforeningens Social- og uddannelsesudvalg

Overlæge Marianne Kastrup, Hvidovre Hospital

Skoleinspektør Ole Kølle, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark (LPD)

Formand Kaja Neumann, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende

Professor Lars Nordskov Nielsen, Det Etske Råd

Docent i medicinsk etik Tore Nilstun, Lund

Oversygeplejerske Else Marie Skov, Amtssygehuset Fjorden

Psykolog Peter Storm, Landsforeningen Sind

Statsamtmand Erik Toftgaard, Det Psykiatriske Patientklagenævn i Vejle Amt

Lektor, lic.jur. Jørn Vestergaard, Det Etske Råd

Souschef, cand.psych. Marianne Wangsted, Det Etske Råd

Retslig patient Torben Østergård, Amtshospitalet Nykøbing Sj.

Folketingsmedlemmer

MF Anne Bastrup, Folketinget

MF Bjørn Elmquist, Folketinget

MF Tove Fergø, Folketinget

MF Birthe Rønn Hornbech, Folketinget

MF Karen Højte Jensen, Folketinget

MF Poul Quist Jørgensen, Folketinget

MF Per Kaalund, Folketinget

MF Ester Larsen, Folketinget

MF Vibeke Peschardt, Folketinget

Pressen

Redaktør Tommy R. Andersen, LPD-Avisen

Journalist, cand.mag. Inge Balling-von Cappeln, freelance

Journalist Anne Brockenhuus-Schack, freelance

Flemming Christiansen, Politiken

Jens Grund, Jyllands Posten

Journalist Jon Jørgensen, Information

Journalist Inge-Margrethe Madsen, Freelance

Poul Maigaard, Månedsbladet Press

Erik Olsen, Radio 10

Jette Sachs, DR TV-Fakta
Journalist Dorrit Saitz, Det Fri Aktuelt
Journalist Peter Aagaard, Kristeligt Dagblad

Øvrige deltagere

Asa Abildgaard, Pårørende
Hans Adserballe, Psykiatrisk Hospital i Århus
Else Aldrich, KAS Herlev, Psykiatrisk afd. Y
Læge Fatuma Ali, Indvandrerådgivningen
Kim Andersen, Psykiatrihospitalet, Afd. E
Kristian Øllegaard Andersen, Center for Helsetjenesteforskning og Socialpolitik
Rita Andresen, Frederiksborg Amts Sygeplejeskole
Ida-Louise Apostoli, Justitsministeriet
Kontorchef Karen Arpe, Sygehusdirektoratet, Københavns Amt
Hanne Bech, Sygeplejeskolen
Birgitte Beckgaard, Psykiatrisk afd., Hvidovre Hospital
Socialrådgiver Bente Behrend, Indvandrerådgivningen, København
Nina Berrig, Sygehusudvalget, Københavns Amt
Cand.psych. Inge Glahn Bistrup, KAS Gentofte, Psy. afd. A
Paul Bjergager, Drivhusprojektet
Christian Boel, Vejle Amt
Dagmar Bork, Den Videnskabsetiske Komité for Ribe, Ringkøbing og Sønderjyllands Amter
Klinisk psykolog Birgitte Brandt, Amtshospitalet Nykøbing Sj., Psykiatrisk Ambulatorium
Læge Per Brandt, Roskilde
Socialoverlæge, dr.med. Preben Brandt, Social- og Sundhedsforvaltningen i København, Sundholm
Kon.overlæge Mie Brodersen, Psykiatrisk afd., KAS Glostrup
Cand.psych. Bente Ingrid Bruun, Sind-linjen
Overlæge Jens Buchhave, Skolepsykiatrisk Center
Ruth Bækgaard, Distrikpsykiatrisk Center
Lisbeth Christensen, København
Henrik Christophersen, Allerød Kommune, Bostøtteteamet
Overlæge Peter Clemmesen, Psykiatrisk afd., KAS Glostrup
Laila Dahl, Fyns Amt, Sundhedssekretariatet
Karin Dalsgaard, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende
Kirsten Dam, Galebevægelsen
Karin Dissing, Kirkens Korshær, Hjemmet
Næstformand Pernille Djurhuus, Dansk Socialrådgiverforening
Børne-ungdomspsykiater Piet Draiby, Ungdomspsykiatrisk Distriktsteam, afd. P, Odense
Universitetshospital
Inger Drongesen, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende
Lilian Dæhnfeldt, Socialministeriet, 2.2. Ressourcekontoret
Bodil Egeberg, Team Viborg/Syd
Jens Elbirk, Psykiatrifonden
Pernille Hougaard Enevoldsen, Det Sygeplejeetiske Råd
Kirsten Schou Eriksen, Hand./psyk. forvaltning, Odense Kommune
Eva Ersbøll, Det Danske Center for Menneskerettigheder
Speciallæge Finn Eschen, Distrikpsykiatrisk Center, Odense Team
Lotte Eskesen, KAS Glostrup
Psykolog Anne Mette Fabricius, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital
Kontorchef Jørn Falsig, Amtsgården, Afd. for Sundhedsfremme, Udvikling og Forskning
Jytte Flesborg, Psykiatriske Bofællesskab, Frederiksberg
Lise From, Det Centrale Handicapråd
Jan Fønne, Den Sociale Højskole
Carl Wilhelm Gade, Sankt Hans Hospital
Bodil Gardner, Lystrup
Caia Garupi, Landforeningen Sind København/Frederiksberg
Jes Gerlach, Psykiatrifonden

Birgitte Gormsen, Haderslev Sygehus, Psykiatrisk afd.
Jurastuderende Inger Gregersen, København
Psykolog Helle Grosby, Hillerød Sygehus, Psykiatrisk afd.
Leni Grundtvig, Sinds Værested Dueslaget
Lars Hagerup, Sundhedsministeriet
Allen Hansen, Sundby Hospital
Camilla Skalbjerghansen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Else Hansen, Psykiatrisk Bofællesskab
Else Kruse Hansen, Galebevægelsen
Jørgen Hansen, Dalum Bofællesskab
Kirsas Hansen, Bornholms Centralsygehus
Laura Livgaard Hansen, Sygehus Fyn, Center Vest, Middelfart, Psykiatriske afd.
Oversygeplejerske Lisbeth Harder, Sygehus Fyn, Svendborg, Psykiatrisk afd.
Agnes Hauberg, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Bente Heltoft, Græsted
Professor Ralf Hemmingsen, Psykiatrisk afd. E, Bispebjerg Hospital
Birgit Suhr Henriksen, Distrikpsykiatrisk Team i Lyngby/ Taarbæk-Søllerød
Lægelig direktør Niels H. Holländer, Sundby Hospital
Esther Holm-Christensen, Herlev
Fuldmægtig Kirsten Holmer, Sygehusdirektoratet, Københavns Amt
Overlæge, dr.med. Iben Holten, Sundhedsstyrelsen
Cand.psyk. Birgitte Husmark, Espergærde
Kommunalpolitisk sekretær Ole Hvas, Socialistisk Folkeparti
Lis Højlund, Amtsplejehjemmet Saxenhøj
Alice Højmoser, Hvidovre Hospital, psyk.afd.
Ledende psykolog Jan Ivanouw, Kommunehospitalet, Psykiatrisk afd.
Chefsygeplejerske Agnete Iversen, Psykiatrisk Hospital i Århus
Valborg Iversen, Det Sygeplejeetiske Råd
Overlæge Ove Jacobsen, KAS Glostrup, Psykiatrisk afd. P
Arne Skibsted Jakobsen, Den Centrale Videnskabsetiske Komité
Grete Jarvad, Centralsygehuset Holbæk, Psyk.afd. + DPS
Anni Juul Jensen, Sct. Hans Hospital, afd. R
Ingelise Jensen, Augustenborg Sygehus
Jan Klit Jensen, Dansk Psykolog Forening
Overlæge Knud Jensen, Psykiatrisk afd., Odense Universitetshospital
Fung.overlæge Per Jensen, Distrikt Psykiatrisk Center
Steen Jensen, Københavns Overpræsidium
Lone Jeppesen, Støtte- og Kontaktcentret
Embedslæge Niels Bloch Jespersen, Embedslægeinstitutionen for Frederiksborg Amt
Verna Bang Jessen, Amtssygehuset Fjorden
Karin H. Johannesen, Amtssygehuset Fjorden - Toftehus
Speciallæge Leif Johannesen, Sygehus Fyn, Svendborg, Psykiatrisk afd.
Edith Johnsen, Lokalforeningen Sind i Helsingør
Arnold Jørgensen, Ringkøbing
Frank Ulmer Jørgensen, Landsforeningen LEV
Gitte Jørgensen, København
Kitte Hay Jørgensen, Psykiatrisk Hospital
Leif Jørgensen, AMALIE, Galebevægelsens Forlag
Lisbet Jørgensen, København
Peter Jørgensen, Center for Ligebehandling af Handicappede
Else Marie Justesen, Psykiatrisk afd., Horsens Sygehus
Bjørn Kaldan, ANS, Retspsykiatrisk afd.
Lene Kann-Rasmussen, Det Centrale Handicapråd
Karen Klint, Sønderparken, Center for Socialpsykiatri
Peder Knudsen, KAS Herlev, Psykiatrisk afd. Y
Stud.jur. Mette Koldorf, Roskilde
Kirsten Kronborg, Embedslægeinstitutionen for Fyns Amt

Birthe Kryger, Amtssygehuset Fjorden
Jacob Larsen, Albertslund Kommune, Psykiatrien
Jane Larsen, Albertslund Kommune, Psykiatrien
Kirsten List Larsen, Socialministeriet, 2.2. Ressourcekontoret
Kirsten Willemoes Larsen, Amtshospitalet i Nykøbing Sj., Afd. R
Kultursociolog Anders Bildsøe Lassen, Det Ethiske Råd
Fuldmægtig Jette Lauridsen, Amtsrådsforeningen
Anne Lindhardt, Amtssygehuset Fjorden
Marion Lose, Amtsplejehjemmet Saxenhøj
Ida Lucas, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende
Cheflæge Randi Luggin, Amtshospitalet i Nykøbing Sj.
Hedda Lundh, Sind i Søllerød
Informationsmedarbejder Anne Lykkeskov, Det Ethiske Råd
Klinisk psykolog, cand.psych. Ida Christine Lyngstrøm, Espergærde
Oversygeplejerske Hanne-Grethe Lyse, RAF "Fjorden"
Cand.psych. Inge Macholm, Charlottenlund
Lena Madsen, Den Selvejende Institution Hørhaven
Steen Madsen, Psykiatrihospitalet, Afd. E
Kirsten Maibøll, Hillerød Sygehus, Psykiatrisk afd. P
Kirsten Malmberg, "Sikringen", Amtshospitalet Nykøbing Sj.
Grethe Leth Markussen, Det Sygeplejeetiske Råd
Udvalgssekretær Leif Marstrand, Folketingets 71 Tilsyn
Eileen Mechlenburg, Støtte- og Kontaktcenteret
Ekspeditionssekretær Margrethe Medborg, H:S Direktionen, Sekretariatet
Jan Meilstrup, Allerød Kommune, Bostøtteteamet
Anette Melau, Aalborg Psykiatriske Sygehus
Jeanet Melchior, Advokatrådet
Mogens Møllergaard, KAS Herlev, Psykiatrisk afd. Y
Oversygeplejerske Anne-Mette Midtgaard, Psykiatrisk afd., KAS Glostrup
Danielle Mikkelsen, Bispebjerg Hospital, Voksenpsykiatrisk afd. E
Tove Mikkelsen, "Vesterbroprojektet", Social- og Sundhedsforvaltningen
Else Mintz, København
Fuldmægtig Jan Chr. Møllerup, Sygehusdirektoratet, Københavns Amt
Søren Morild, Storstrøms Amt
Formand Hanne Mortensen, Det Sygeplejeetiske Råd
Sekretariatschef Ole Mønstner, Dansk Psykolog Forening
Poul Mødekjær, medlem LPD
Conny Møller, Sind - Sønderjylland Nord
Karen Maarbjerg, Distriktpsikiatrisk Center
Bertina Juul Nielsen, Tåstrup
Gert Nielsen, Sønderøparken Team Viborg
Henning Merrild Nielsen, Den Videnskabetiske Komité for Vejle og Fyns Amter
Inger Ejlekær Nielsen, Ørbæk
Janne Nielsen, Centralsygehuset Holbæk, psyk.afd.
Janne Nielsen, Hundested Kommune, "Støtteteamet"
Fuldmægtig Jens Nielsen, H:S Direktionen, Sekretariatet
Mogens Nielsen, Askov Møllehus
Niels Aagaard Nielsen, Distriktpsikiatrisk Center, Bispebjerg Hospital
Amtsrådsmedlem Tonny Husted Nielsen, Frederiksborg Amtsråd
Ulla Noring, Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik
Eva Nysteen, Dansk Sygeplejeråd
Chefsygeplejerske Elizabeth Okkels, Aalborg Psykiatriske Sygehus
Else Olesen, Kirkens Korshær, Hjemmet
Nini Smedegaard Olesen, Aalborg Psykiatriske Sygehus
Forstander Robert Olsen, Mændenes Hjem
Jette Pamperin, Distriktpsikiatrisk Center - Amager
Edith Pedersen, Valby

Ellinor Palm Pedersen, Landforeningen Sind, København/Frederiksberg
Hans Edmund Pedersen, Birkerød
Jeanne Pedersen, Den Sociale Højskole
Afsnitsleder Martha Højgaard Pedersen, Det Sygeplejeetiske Råd
Karin Perregaard, Psykiatrien i Århus Amt
Inger Fredtoft Petersen, København
Sygeplejerske Jette Petersen, Distriktspsykiatrisk Center, Centrum Nord og Øst
Lars Petersen, Sundhedsministeriet
Poul Milberg Petersen, Bagsværd
Torben Petersen, Landsforeningen Sind
Inge Pietsch, "Sønderparken", Hornsyld
Anne Poulsen, Den Selvejende Institution Hørhaven
Per Mægaard Poulsen, Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik
Birthe Rasmussen, Sygehus Fyn, Center Vest, Middelfart Psykiatriske afd.
Ellen Rasmussen, Grindsted
Jette Rasmussen, Sygehus Fyn, Svendborg, Pyskiatrisk afd.
Nell Rasmussen, Foreningen Sex og Samfund
SoSu-elev Robert Refby, Vanløse
Niels Reisby, Psykiatrien i Århus Amt
Embedslæge Nils Rosdahl, Stadslægen
Professor, dr.med. Raben Rosenberg, Inst. for Psykiatrisk Grundforskning, Afd. for Biologisk Psykiatri, Psykiatrisk Hospital i Århus
Chefsygeplejerske Kirsten Røen, Brønderslev Psykiatriske Sygehus
Erik Rønde, Psykiatrien i Nordjyllands Amt
Charlotte Sand, Dansk Sygeplejeråd
Winnie Schaufuss, Frederiksberg
Susann Schepelern, Sankt Hans Hospital, Afd. R
Bestyrelsesmedlem Birthe Schmidt, Ikast Kommune - LPD
Lise Schmiegelow, Center for Ligebehandling af Handicappede
Ejendomsmægler Ole Schultz, Frederiksberg
Sekretariatschef Nina Schultz-Lorentzen, Det Ethiske Råd
Jette Seidelin, Sundby Hospital
Birgit Sløk, Amtshospitalet i Nykøbing Sj.
Udvalgssekretær Karen Bue Sprange, Folketingets Sundhedsudvalg og Udvalget vedr. Det Ethiske Råd
Frans Stoor-Hansen, Center for Ligebehandling af Handicappede
Helle Strauss, Den Sociale Højskole
Karin Svane, Ergoperapeutforeningen
Annelise Søndengaard, Lystrup
A.P. Sørensen, Landsforeningen Sind
Overlæge Anne Thomassen, Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
Hedvig Thomsen, Psykiatrisk afd., Horsens Sygehus
Morten Thomsen, Livslinien
Psyk.distriktsygeplejerske Uni Thorlacius, Centralsygehuset i Næstved, Psyk.dagafd. Maribo
Patientrådgiver Ulla Toftgaard Tøksvig, Græsted
Ellen Thuesen, KAS Herlev, Psykiatrisk afd. Y, Ballerup
Kirsten Utoft, Sankt Hans Hospital
Nomi Vejgård, Amtshospitalet i Nykøbing Sj., Afd. R
Lisbet Vergnaud, Luxembourg
Per Vestergaard, Pykiatrisk Hospital, Afdeling A
Embedslæge Anna Lise Wagner, Embedslægesinstitutionen for Frederiksborg Amt
Advokat Flemming Wahrén, Roskilde
Nina Wandall-Holm, Ballerup Sygehus
Bodil Wermelin, Psykiatrisk afd., Bornholms Centralsygehus
Lone Wermus, "Vesterbroprojektet", Social- og Sundhedsforvaltningen
Socialformidler Ulla Wildingh, Distriktspsykiatrisk Center, Centrum Nord og Øst
Bodil Øland, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende
