

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 28. januar 2009
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2008-12140-26
Sagsbeh.: SMJ
Fil-navn: Dokument 9

Besvarelse af spørgsmål nr. 164 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 17. december 2008.

Spørgsmål 164:

"Hvilken holdning har ministeren til at bruge alternative metoder til at dæmpe voldelige patienter, og ser ministeren problemer/fordele i at inddrage nye metoder og i så fald, hvilke?"

Svar:

Jeg har til brug for min besvarelse bedt Sundhedsstyrelsen om bidrag, idet spørgsmålet indeholder en sundhedsfaglig vurdering.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at spørgsmålet opfattes således, at der refereres til alternative metoder til fysisk fiksering – bæltefiksering.

"Nogle patienter er i kortere eller eventuelt længere perioder så forpinte og angstprægede på grundlag af deres sygdom, at de reagerer voldsomt på ting i deres omgivelser, som det umiddelbart kan være vanskeligt at sætte sig ind i. Det kan eksempelvis dreje sig om ikke at ville i bad, fordi man er bange for at gå i opløsning, eller at man ikke kan bære, at andre mennesker kommer fysisk tæt på. Svært forpinte patienter kan ligeledes have meget vanskeligt ved at formulere sig om deres angst. Nogle patienter kan således reagere voldsomt og eventuelt truende eller direkte voldeligt overfor medpatienter og personale.

Det er en meget væsentlig og central opgave for personalet så vidt overhovedet muligt at forebygge, at sådanne situationer opstår og udvikler sig. I visse tilfælde lykkes dette dog ikke, uden at tvangsansvendelse bliver nødvendig.

Bl.a. det nationale kvalitetsprojektet om tvang efter gennembrudsmetoden har medført en række konkrete erfaringer om, hvorledes det kan lykkes at nedbringe/ reducere behovet for tvangsansvendelse i en række situationer. Kvalitetsprojektet pegede på, at der skal sættes fokus på de samlede forløb og på en gang inddrage tiltag vedrørende forebyggelse af tvangssituationer, at tvang når den er nødvendig gennemføres kompetent og med respekt for patientens værdighed, samt at der sker en opfølgning på tvangsepisoder, også inddragende patienten i form af en eftersamtale med henblik på fremtidig forebyggelse af gentagelser.

Psykiatriloven giver mulighed for forskellige former for fysisk tvang udover fiksering med bælte, bl.a. fysisk fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin, samt skærmning. Herudover kan tvangsbehandling som et mere langsigtet indgreb komme på tale i visse tilfælde, omfattende bl.a. tvangsmedicinering, tvangsernæring og tvangsbehandling af fysisk lidelse.

Lægen har altid pligt til at overveje alternativer til bæltefiksering, inden dette iværksættes. Forebyggelse af tvang er en vigtig del af det psykiatriske behandlingsarbejde. Det kræver i en akut optrappende situation, at personalet er velskolede i konflikthåndtering, herunder deescalering. Endvidere kræver det, at der er tilstrækkeligt med velkvalificeret personale, således at der tidligt kan udøves personlig skærmmning, samt at det sikres, at miljøet for alle patienterne på en afdeling er så roligt og forudsigeligt som muligt.

De fysiske rammer spiller ligeledes en stor rolle. Enestuer giver mulighed for at være i rolige omgivelser. Adgang til aktiviteter, have, boldspil, musik mv., som kan beskæftige og aflede er ligeledes af betydning. Den gode sygdomsudredning herunder såvel lægefaglig som sygeplejefaglig observation er væsentlig. Oplysninger fra pårørende kan give værdifulde oplysninger, der kan anvendes til forebyggelse. Endvidere spiller det en rolle at vide, hvad patienten eventuelt tidligere har anført ved en eftersamtale, om hvad der kan virke angstprovokerende og dermed konfliktudløsende, samt hvad der kan virke beroligende eller afledende. Hvis en situation først er trappet op, kan medicin i beroligende øjemed anvendes. Der skal imidlertid altid ske en afvejning af dosisstørrelse, og ofte vil man i dansk praksis kombinere fiksering med anvendelse af beroligende medicin.

Der er i øvrigt kontinuerligt brug for at udvikle metoder til at forebygge behov for tvangsanvendelse, og herunder metoder til at forebygge situationer, hvor patienter bliver voldelige.”

Herudover kan jeg oplyse, at *Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien* viste, at en målrettet indsats på tvangsområdet kan skabe markante resultater, både i forhold til at mindske behovet for tvangsanvendelse og i forhold til at øge kvaliteten af den anvendte tvang. Der blev opnået mange flotte resultater på de psykiatriske afdelinger i projektperioden, og det har inspireret andre afdelinger til nytænkning. De gode resultater fra nogle af projekterne dannede også grundlag for nye regler i psykiatriloven ved lovrevisionen i 2006.

Der blev bl.a. indført såkaldte eftersamtaler, der anvendes, når et tvangsindgreb er ophørt. Formålet med eftersamtaler, er at få en dialog med patienten om, hvad der gav anledning til tvangsanvendelsen, og især hvordan fremtidig tvangsanvendelse kan forebygges.

Regeringens målsætning om nedbringelse af tvangsanvendelse er også afspejlet i den reviderede psykiatrilov, som trådte i kraft 1. januar 2007. Lovændringerne har særlig fokus på at nedbringe antallet og varigheden af tvangsfikseringer.

Der blev indført pligt til at foretage et øget lægeligt tilsyn ved længerevarende fikseringer – 4 gange i døgnet jævnt fordelt – og en såkaldt second opinion ved en læge fra et andet afsnit ved meget langvarige fikseringer på mere end 48 timer.

Jeg mener derfor, at vi fra regeringens side har gjort meget for at forbedre rammerne for og kvaliteten af tvang i psykiatrien, men som jeg også var inde på i min besvarelse af spørgsmål 161, så er tvang, herunder tvangsfiksering, nogle gange nødvendig, både af hensyn til patienten og af hensyn til omgivelserne. Manglende tvang kan i realiteten være et omsorgssvigt overfor patienten.