

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Sundhedsudvalg
Anledning:	Åbent samråd AA-AD
Taletid:	ca. 18 minutter
Tid og sted:	22. april 2009, kl. 14.00, værelse 2-080
Dok.nr.:	31132

Samrådsspørgsmål:

Samrådsspørgsmål AA

”På baggrund af dødsfaldet den 10. marts 2009 på Nørrebro bedes ministeren oplyse,

- om han ikke finder, at der skal være en sundhedsfaglig person med baggrund i psykiatrien til at bistå politiet ved tvangsindlæggelser,
- hvad han kan oplyse om baggrunden for, at den afdøde soldat fra Nørrebro blev afvist ved Rigshospitalets traumecenter få timer før sin død.”

Samrådsspørgsmål AB

”Vil ministeren foranstalte muligheder for sanktioner overfor regionerne, når de udskriver patienter, inden de er færdigbehandlet, og når der ikke laves udskrivningsplaner eller koordineringsplaner til brug for den videre behandling i socialsektoren.”

Samrådsspørgsmål AC

”Vil ministeren sørge for, at der etableres flere sengepladser til de sindslidende med henblik på, at patienterne ikke udskrives, førend de er færdigbehandlet?”

Samrådsspørgsmål AD

”Vil ministeren arbejde for, at samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien styrkes?”

Spørgsmålene er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF)

[Indledning]

Jeg vil indlede dette samråd med at takke for *igen* at få muligheden for at sætte fokus på psykiatrien. Selv om det er med udgangspunkt i en enkeltstående, tragisk sag, så giver spørgsmålene jo mulighed for igen at understrege, at det er denne regerings ønske at sikre bedre forhold i psykiatrien.

Og det ønske deler vi med satspuljepartierne – sammen har vi tilført psykiatrien betydelige og målrettede økonomiske ressourcer til psykiatrien siden 2001.

[Samrådstalens opbygning]

Selv om samrådsspørgsmålene spreder sig over forskellige emner inden for psykiatri, vil jeg med formandens tilladelse besvare spørgsmålene i sammenhæng.

[Spm. AA – om tvangsindlæggelse og om den konkrete sag om en tidligere soldat]

Der bliver i spørgsmål AA spurgt til en konkret sag om en tidligere soldat, der under meget tragisk omstændigheder døde den 10. marts 2009.

Region Hovedstaden har bekræftet, at den pågældende på eget initiativ henvendte sig i TraumeCentret den 10. marts 2009.

Mere kan Region Hovedstaden ikke oplyse om sagen, fordi sådanne personfølsomme oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt. Også afdøde personer har ifølge lovgivningen krav på, at få personlige oplysninger beskyttet.

Region Hovedstaden har helt generelt oplyst, at alle personer, der henvender sig i TraumeCentret, bliver visiteret af en sygeplejerske i tæt samarbejde med en speciallæge. Det vurderes - ud fra patientens kliniske problemstilling - hvilken behandling, der er relevant.

Vi er sikkert enige om at det er et vigtigt princip, at vi alle - som hovedregel - selv kan bestemme, om vi ønsker at tage imod de behandlingstilbud, vi får i sundhedsvæsenet.

Kun i *undtagelsestilfælde* kan en person indlægges og behandles mod sin egen vilje. Her tænker jeg selvfølgelig på tvangsreglerne i psykiatriloven, som giver en læge hjemmel til at indlægge en sindssyg person mod sin vilje, hvis det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, *enten*:

fordi udsigten til helbredelse, eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden, ellers vil blive væsentligt forringet *eller*

den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Disse strenge kriterier har vi som lovgivere valgt skal være opfyldt for, at det skal være muligt at indlægge folk mod deres vilje.

Med hensyn til sundhedspersonales tilstedeværelse ved tvangsindlæggelse vil jeg først understrege, at det alene er en *læge*, der kan vurdere, om det er nødvendigt at tvangsindlægge en borger på psykiatrisk afdeling.

Hvis politiet får kontakt med en psykisk syg person, der selv ønsker indlæggelse, kan politiet køre borgeren til den nærmeste psykiatriske skadestue eller almindelige skadestue, hvor det vil blive vurderet, om der er behov for indlæggelse eller andre tiltag.

Hvis borgeren er psykotisk (sindssyg) og *ikke* vil indlægges, så finder psykiatriloven anvendelse.

Ifølge psykiatriloven har de nærmeste pligt til at tilkalde en læge, hvis en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv søger den nødvendige behandling.

Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, så har *politiet* pligt til det. Politiet skal så vidt muligt tilkalde borgerens alment praktiserende læge, dennes stedfortræder eller lægevagten i området.

I Region Hovedstaden er der også mulighed for at tilkalde Psykiatrisk Udrykningstjeneste. Region Hovedstaden har oplyst mig om, at udrykningstjenesten altid rykker ud, hvis politiet tilkalder dem.

Psykiatriloven bestemmer – i § 8 - at den læge, der indlægger en patient mod sin vilje, så vidt muligt skal være til stede, indtil politiet forlader

stedet med personen. "Så vidt muligt" betyder, at lægen som hovedregel *skal* være til stede. Men der kan selvfølgelig være situationer, hvor det ikke er muligt - fx hvis der akut er behov for lægens hjælp et andet sted. Men det er altså kun i nødstilfælde.

[Spm. AB - om sanktionsmuligheder over for regionerne ved manglende færdigbehandling og udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner]

Så vil jeg gå over til spørgsmål AB om færdigbehandling af patienter og udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Det er en lægefaglig vurdering, hvornår en patient kan udskrives fra sygehuset. Udskrivning forudsætter ikke nødvendigvis, at en patient ikke

længere har behov for behandling. Mange patienter med både legemlige og psykiatriske lidelser udskrives til videre behandling fx medicinsk behandling hos egen læge. For psykiatriske patienter kan der også være tale om videre behandling i distriktpspsykiatrien.

Med hensyn til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner forholder det sig sådan, at overlægen har *pligt* til at udarbejde en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, hvis det vurderes, at patienten - efter udskrivning - ikke selv vil søge den behandling og de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Det fremgår *direkte* af psykiatriloven.

Både min forgænger, jeg selv og Sundhedsstyrelsen har flere gange gjort regionerne opmærksomme på pligten til at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, når der er behov for det - senest i sommeren 2008.

Danske Regioner har for nylig udsendt en *plan for psykisk syge, der begår kriminalitet*. Jeg har med glæde noteret mig, at der ifølge denne plan skal sættes fokus på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Men det *chokerede* mig at læse i planen, at de psykiatriske afdelinger ikke udarbejder de *lovpligtige* udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, fordi processen er "*bøvlet*".

Jeg skal ikke kunne sige, om den er "bøvlet", men det er altså *patienten*, der er i centrum. Det kan også være "bøvlet" for en læge at foretage en kompliceret operation på en patient. Men det betyder jo ikke, at lægen undlader at foretage den nødvendige operation.

Jeg forventer, at regionerne lever op til deres ansvar og kommer i gang med at indskærpe deres psykiatriske afdelinger, at loven skal overholdes. Samarbejde - med patienten, med andre faggrupper og andre myndigheder - kræver en indsats, men det *kan* betale sig, og i dette tilfælde er det som sagt lovpligtigt.

Som på samrådet i efteråret om psykisk sygdom og kriminalitet vil jeg understrege, at *dette område er vigtigt for regeringen*. Ikke mindst på

baggrund af Sundhedsstyrelsens seneste årsberetning om psykisk syge, der har begået personfarlig kriminalitet.

Her peger styrelsen på, at de gennemgående problemstillinger i de undersøgte forløb er manglende planlægning, herunder en manglende koordineret indsats og opfølgende behandling.

Jeg har netop indhentet oplysninger fra Sundhedsstyrelsen og regionerne for at få en foreløbig opgørelse over, hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er indgået i 2008.

Der blev indgået 207 aftaler/planer i 2007. De endelige tal for 2008 foreligger ikke endnu, men det ser ud til, at antallet er steget en smule.

Det går altså den rigtige vej. Men Sundhedsstyrelsen og regeringen vil fortsat holde øje med udviklingen og holde regionerne og lægerne fast på ansvaret for at bruge disse redskaber.

Jeg skylder dog lige at understrege, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke kan gennemtvinges over for patienten. De fastlægger alene et ansvar til at følge en patient efter udskrivning.

Hvis patienten ikke møder som aftalt, er det forudsat, at patienten kontaktes af den ansvarlige myndighed, som skal forsøge at motivere den pågældende til at overholde den indgåede aftale.

Lykkes dette ikke, skal der - om nødvendigt - tilkaldes en læge, som kan vurdere, om der er behov for indlæggelse på psykiatrisk afdeling, herunder eventuelt om kriterierne for tvangsindlæggelse er opfyldt.

[Spm. AC - om sengepladser i psykiatrien]

Spm. AC om sengepladser i psykiatrien er identisk med samrådsspørgsmål D fra det åbne samråd den 19. november 2008. Jeg vil derfor henvide til min besvarelse af dét samrådsspørgsmål, og her blot opsummere kort.

Regionerne har pligt til at sikre den nødvendige sengekapacitet på de psykiatriske afdelinger. Regeringen og satspuljepartierne har via

satspuljeaftalerne afsat betydelige og målrettede økonomiske ressourcer til psykiatrien, herunder til flere sengepladser.

De seneste tal fra Danske regioner viser, at der fra 2001–2007 er nedlagt 750 sengepladser. Fra 2006-2007 var der en nedgang på 80 sengepladser.

Som jeg sagde på samrådet i november, planlægger regionerne ifølge deres egne oplysninger en samlet reduktion i antallet af senge på minimum 39 i 2009.

Sundhedsstyrelsen har over for regionerne antydnet, at grænsen er nået for, hvor langt de kan gå med hensyn til sengelukninger. Og Sundhedsstyrelsen har påpeget, at der er behov for senge til

stabiliserende indlæggelser og gradvis udslusning efter endt indlæggelse.

Netop det var en prioritet i de to foregående satspuljeaftaler. Det er derfor bekymrende, at der fortsat nedlægges senge.

[Om styrkelse af samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatrien]

Spørgsmål AD om styrkelse af samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatrien, vedrører samme emne som F 11 af 4. december 2008, der resulterede i Vedtagelse 18 om at sikre alle psykisk syge et tilbud, der kombinerer psykiatrisk behandling med socialpsykiatriske tilbud.

Her gav jeg udtryk for, at sundhedsaftalerne er et vigtigt redskab i forhold til at sikre, at socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien samarbejder og koordinerer som led i indsatsen for at nedbringe tvang i psykiatrien.

Jeg fortalte, at Sundhedsstyrelsen i november 2008 godkendte samtlige sundhedsaftaler. Og efter Sundhedsstyrelsens vurdering, lever aftalerne generelt op til formålet med at understøtte sammenhængende forløb mellem behandlings- og socialpsykiatrien.

Derfor er Sundhedsstyrelsen blevet bedt om at vurdere, hvordan sundhedsaftalerne evt. kan styrke indsatsen yderligere i forhold til at sikre, at patienterne ikke falder mellem to stole, når der er behov for både behandlingmæssige- og sociale tilbud.

Når Sundhedsstyrelsens vurdering og eventuelle anbefalinger herom foreligger, vil dette blive drøftet med Indenrigs- og Socialministeriet.

Jeg kom under F 11 også ind på et andet redskab, som er vigtigt i forhold til at skabe en sammenhængende indsats for borgerne.

Her tænker jeg på de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som jeg lige har nævnt.

Jeg har som sagt netop indhentet oplysninger fra regionerne om antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indgået i 2008.

To regioner oplyste i den forbindelse, at de i 2009 vil have særligt fokus på at sikre, at disse vigtige redskaber bliver anvendt.