

**TVÆRFAGLIGT NETVÆRK  
SOCIALPSYKIATRI**  
Et samarbejde mellem  
Dansk Psykologforening  
Dansk Socialrådgiverforening  
Dansk Sygeplejeråd  
Ergoterapeutforeningen  
FOA – Fag og Arbejde  
Socialpædagogernes Landsforbund

København, den 30. november 2005

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K.

**Ang.:**

**Høringssvar vedrørende Forslag til Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (Revision af psykiatriloven, herunder tvangsdefinition, tvungen opfølgning efter udskrivning, personlig skærmning og døraflåsning, øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse, samt ændret klageadgang m.v.).**

Fagligt Netværk Socialpsykiatri blev stiftet i 1996, og dets formål er at bidrage til at udvikle og kvalificere den socialpsykiatriske debat og de socialpsykiatriske tilbud samt at tilføre socialfaglige bidrag og overvejelser. Siden 1999 har Fagligt Netværk Socialpsykiatri haft status som høringspart i Folketinget og været med i diverse udvalg.

Netværket er et løbende og kvalificerende samarbejde mellem seks selvstændige faglige organisationer: Dansk Psykolog Forening (DPF), Dansk Socialrådgiverforening (DS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Ergoterapeutforeningen (EtF), Fag og Arbejde (FOA) og Socialpædagogernes Landsforbund (SL). I 2005 skiftede netværket navn til Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri.

I det følgende er Tværfagligt Netværk Socialpsykiatris høringssvar anført. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at de enkelte involverede faglige organisationer også har indleveret selvstændige høringssvar.

## **Socialfaglig og behandlingsfaglig indsats**

Den behandlingsfaglige og den socialfaglige indsats har forskellig historisk baggrund og forskellige kerneopgaver, kompetencer og faggruppe sammensætninger. De har forskellige perspektiver med fokus på dels behandlingsperspektivet og dels det sociale rettigheds- og integrationsperspektiv.

Fokus, indsats, mål og lovgivning i behandlingspsykiatrien er forskellig fra socialpsykiatrien. Psykiatri er et lægevidenskabeligt speciale, som arbejder ud fra et overvejende naturvidenskabeligt paradigme med fokus på at identificere, udforske og behandle sygdomsprocesser såvel på et biologisk som på et psykologisk og socialt niveau. Psykiatrien er værdimæssigt en integreret del af sundhedsvæsenet med overordnede værdier om høj faglig kvalitet, fri og lige adgang og social retfærdighed.

Socialpsykiatri er den sociale indsats, som ydes for at støtte mennesker, der som følge af en sindslidelse ikke kan få opfyldt deres grundlæggende sociale rettigheder i de almindelige sociale tilbud. I forlængelse heraf betragtes alle, der arbejder i feltet med at yde den nævnte støtte, som socialarbejdere – men med forskellige fagprofessioner som baggrund.

Indsatsen tager udgangspunkt i brugerens ressourcer, og brugeren støttes i at komme til at klare sig, mestre sit sociale liv og leve med sin sindslidelse. Målet er at blive herre i eget hus. Rammen for dette arbejde er den sociale lovgivning.

Behandlingspsykiatrien arbejder ud fra et naturvidenskabeligt paradigme, hvor målet er at ophæve patologien/symptomerne og dokumentere en effektiv behandlingsindsats, mens udgangspunktet for arbejdet i socialpsykiatrien er at støtte borgeren i at erkende og opøve egne ressourcer til at mestre dagliglivets udfordringer.

## **Samarbejde mellem de to sektorer**

Selvom fokus, indsats, mål og lovgivning er meget forskellig i de to sektorer, er det essentielt at være opmærksom på, hvor socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien har fælles berøringsflader. Der er en gruppe mennesker med sindslidelse, der har behov for både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Begge sektorer må især være opmærksomme på de svageste mennesker med sindslidelse, hvor der også kan være andre svære problematikker som hjemløshed, ensomhed, lav selvfølelse, misbrug eller udviklingshæmmede med sindslidelser.

Her skal begge sektorer være behjælpelige, således at både den sociale og behandlingsmæssige indsats er tilgængelig, når borgeren har behov herfor. Både ved indlæggelse og udskrivelse bør de to sektorer samarbejde for at give de bedste betingelser for borgeren. Desuden bør begge sektorer have et højt informationsniveau om hinanden, således at man kan give borgeren en god vejledning om muligheder for støtte og behandling i både behandlings- og socialpsykiatrien.

Ved indlæggelse er det behandlingspsykiatriens rationale for behandling, der midlertidigt sætter dagsordenen for samarbejdet. Her må socialpsykiatrien anerkende den midlertidige nødvendighed af en psykiatrisk kontekst og således indgå som samarbejdspartner/talerør i forhold til borgerens ønsker og behov.

Som psykiatrisk patient må man underlægge sig behandlingsstrategier og diagnoser, organisationsform m.v. - for at kunne være indlagt og få tilbudt behandling (jvf. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven).

I modsætning hertil er en borger inden for rammerne af socialpsykiatrien med til at bestemme, ligesom vedkommende i høj grad også har indflydelse på den socialpsykiatriske indsats.

Eksempler fra praksis understreger, at der tilsyneladende er flere gevinster ved at lære hinandens fagområder at kende – det bliver således først og fremmest nemmere at etablere et kontinuerligt og helhedsorienteret forløb. Samarbejdet bevirker, at det bliver muligt:

- At støtte det enkelte menneske i at få en tilstrækkelig og rigtig medicinsk behandling – også i hverdagen derhjemme
- At sikre det enkelte menneske de bedste forudsætninger for at få indflydelse og støtte til at fastholde behandlingen – også udenfor hospitalet
- At det enkelte menneske kan få den nødvendige behandling eller sociale støtte, alt efter hvad der er behov for her og nu
- At sikre det enkelte menneske den meget høje grad af individualitet og forskellighed, som et større system (som fx hospitalet) ikke kan tilgodese.

### Udfordringer for det tværsektorielle samarbejde

Fra brugerside og medarbejderside fremhæves det kraftigt, at man ikke ønsker en sammenlægning af de to områder. Dette rejser en række udfordringer for det tværsektorielle samarbejde, som det er nødvendigt at tage højde for:

- Der kan nogle steder ses en begyndende opgaveglidning, hvor den medicinske behandling rykker ud i socialpsykiatrien - og hvor det derfor kan være svært at sondre mellem behandlings- og socialpsykiatrien. Det er således nødvendigt at være på vagt over for utilsigtede konsekvenser, herunder at den enkelte borger ikke får tilstrækkelig støtte og behandling.
- Man er ligeledes nervøs for, at en så høj grad af overlapning mellem de to fagområder, som psykoseteam er udtryk for, umuliggør brugernes valgmulighed og indflydelse på de forskellige typer af indsatser. Man ønsker i stedet, at der lægges vægt på samarbejdet – men med brugerne i centrum.
- Man er overordentligt bekymret for en eventuel **mulighed for tvang i eget hjem**, da det er essentielt, at mennesker med sindslidelse har indflydelse på eget liv og er med til at definere egne behov og problemer, hvad enten de er indlagte på et hospital, kommer i et socialpsykiatrisk tilbud eller behandles/støttes i eget hjem.

- Samarbejdet mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien vanskeliggøres ved, at områderne hører under to forskellige myndigheder, og der finder man at det er nødvendigt at tydeliggøre de forskellige faglige perspektiver.

Mennesker med sindslidelser er samarbejdspartnere, hvis viden, indsigt, håb, ressourcer, indstilling og vilje til samarbejde er afgørende for forløbets udfald. Den enkelte borgers autonomi og medindflydelse bør være omdrejningspunktet i den samlede indsats. Det enkelte menneske skal opfattes som enestående med ret til selvbestemmelse over eget liv og helbred, og indsatsen skal respektfuldt understøtte håb og fremtidsperspektiv på alle niveauer og i alle faser. Der skal arbejdes for at nedtone asymmetri og mindske brugen af tvang og magtanvendelse, således at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer.

På baggrund af disse generelle kommentarer til de to fagområder og samarbejdet mellem dem skal følgende mere konkret anføres om forslaget til loven.

### **Lovens titel**

God forenkling og derved mere forståelig.

### **Definition af tvang**

Godt at skærpe tvangsbegrebet i henhold til § 1, stk. 2, idet det sikres, at en foranstaltning i forhold til en bruger/patient (der ikke selv har givet samtykke) anses som en tvangsmæssig foranstaltning – undtagen hvis der foreligger samtykke.

### **God sygehusstandard**

Der ses gerne en nærmere uddybning af mindstestandarder, fx retten til enestue, retten til at opholde sig udendørs, ligesom forskellige typer af behandlingstilbud bl.a. psykologsamtaler bør tilbydes.

### **Husordner**

Forslaget om udformning og udlevering af husordner samt om patientinddragelse ved udformning og ændring af husordner er positivt.

### **Behandlingsplan**

I henhold til § 3, stk. 3, skal behandlingsplanen udleveres til brugeren/patienten, hvilket kan øge brugerens/patientens muligheder for indsigt i eget behandlingsforløb og således også for selv at kunne tage del i sin behandling.

### **Eftersamtaler**

Meget positiv indstilling til forslag om eftersamtaler. Dog bør patienter tilbydes eftersamtaler, hvor andre medarbejdere end de, der har udøvet tvangen, vil være til stede.

### **Opfølgning efter udskrivning**

Hidtidige erfaringer har vist, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvorunder der sker en videregivelse af fortrolige oplysninger, kun tages i anvendelse i meget begrænset omfang. Som udgangspunkt anser socialarbejdere i socialpsykiatrien udskrivningsaftaler og

koordinationsplaner som særdeles vanskelige at praktisere – og det kan overvejes at lade dem udgå af loven. Det vil måske være hensigtsmæssigt, såfremt brugerens/patientens rettigheder vedr. brug af oplysninger om dem, også er kendt og accepteret af brugeren/patienten. En yderligere forudsætning må i denne forbindelse også være, at brugere/patienter, efter udskrivning fra psykiatrien, sikres de rettigheder, der er gældende for andre borgere.

For medarbejdere inden for det socialpsykiatriske område kan tvungen opfølgning efter udskrivning få en u hensigtsmæssig indflydelse, idet socialarbejderen som oftest vil være den person, som skal indgå i formidlingen af kontakten mellem bruger og psykiatrisk afdeling. Dette kan have en negativ indflydelse på den relation og de aktiviteter, som udvikles i et samarbejde mellem bruger og medarbejder, da den socialpsykiatriske medarbejder risikerer at blive opfattet som kontrollant. I sidste instans kan dette yderligere være begrænsende for de sociale tilbuds muligheder for kontakt til disse grupper af borgere. Konsekvensen kan således blive, at brugeren/patienten kommer til at stå alene uden nogen form for hjælpe- og støtteforanstaltninger af social karakter.

I denne forbindelse bør en overvejelse også være, at de mennesker, som tænkes udsat for at blive hentet til behandling af politiet, vil føle sig presset til at forlade deres bolig med hjemløshed som følge.

Vi kan kun pege på, at indsatsen i stedet bør ske gennem den sociale lovgivning (bl.a. Lov om Social Service § 67a (ny lov § 82), hvor det er en kommunal opgave at yde den fornødne hjælp og omsorg til personer med betydeligt nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte.

### **Personlig skærmning og døraflåsning**

Bestemmelsen om personlig skærmning og døraflåsning findes positiv; dog bør de patienter, der ikke er omfattet af bestemmelserne om mulighed for aflåsning af døre, kunne forlange sig overflyttet til en ikke aflåst afdeling.

### **Rettigheder**

I henhold til § 19 vil det være nødvendigt at sikre en præcisering af brugerens/patientens rettigheder i forhold til, i hvilket omfang brugerens/patientens post, stue, ejendele kan undersøges ved begrundet mistanke. Eksempelvis kan det indføres, at dette kun kan ske ved brugerens/patientens nærvær (og ikke som foreslået brugerens/patientens mulige nærvær).

### **Personlig hygiejne under tvang**

I henhold til § 18f bør det ikke være muligt at anvende tvang i forbindelse med personlig hygiejne, idet sådanne indgreb vil være en yderligere skærpelse af en i forvejen ydmygende tvangsmæssig situation.

### **Patientrådgiver**

Beskikkelse af patientrådgiver bør finde sted i forbindelse med alle former for tvangsindgreb, herunder også ved udfærdigelse af koordinationsplaner og tvungen opfølgning efter udskrivelse.

**Opsættende virkning ved klage over beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivelse**  
Skulle bestemmelsen mod forventning alligevel blive gennemført, er vi af den opfattelse, at en klage over en sådan beslutning bør have opsættende virkning.

### **Klageadgang**

Enhver beslutning om anvendelse af hvilken som helst form for tvang, herunder også påtvungen koordinationsplan, bør kunne påklages.

Sekretariatet for Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri  
Dorthe Perlt & Kristian Wedel Andersen