

Lovforslag nr. L 75. Fremsat den 14. november 1997 af justitsministeren (Frank Jensen)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven

(Revision af psykiatriloven m.v.)

§ 1

I lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som ændret ved lov nr. 386 af 14. juni 1995 og § 18 i lov nr. 389 af 14. juni 1995 foretages følgende ændringer:

1. § 2 affattes således:

»§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.«

2. § 3, stk. 3, ophæves og i stedet indsættes:

»Stk. 3. Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået.

Stk. 4. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 6. Den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.«

3. Efter § 4 indsættes:

»§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 12, stk. 3, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 2, og § 21, stk. 2, er ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.«

4. Efter § 10 indsættes:

»Tilbageførsel

§ 10 a. Har en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person forladt en psykiatrisk afdeling, og er den pågældende ikke frivilligt vendt tilbage, kan overlægen beslutte, at den pågældende skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Sådan tilbageførsel kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Stk. 2. Justitsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden i forbindelse med tilbageførsel, herunder om politiets medvirken her til.»

5. Som overskrift til § 11 indsættes:

»Ophør af frihedsberøvelse«

6. I § 13, stk. 1, ændres »tvangstilbageholdelse« til: »frihedsberøvelse, jf. § 5,«, og som 2. pkt. indsættes:

»Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, jf. § 6, stk. 3, og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. § 9, stk. 2.«

7. I § 20, stk. 1, indsættes efter »§§ 5-10«: »a«, og i stk. 2, indsættes som 2. pkt.:

»Sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.«

8. § 21, stk. 1 og 2, affattes således:

»§ 21. Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Stk. 2. Som led i efterprøvelse af frihedsberøvelse skal overlægen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen. Patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten under-

rettes om beslutning om opretholdt frihedsberøvelse.«

9. Overskriften til kapitel 8 affattes således:

»Patientrådgivere m.v.«

10. I § 24, stk. 2, indsættes som 3. pkt.:

»Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i patientklagenævnet.«

11. I § 25, stk 3, affattes 2. pkt. således:

»Fremsetter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal anmodningen så vidt muligt imødekommes.«

12. § 30 affattes således:

»§ 30. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.«

13. I § 32, stk. 3, indsættes efter »fare«: »eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.«

14. Kapitel 10 affattes således:

»Kapitel 10

Klageadgang og domstolsprøvelse

§ 34. Ved hvert statsamt og ved Københavns Overpræsidium oprettes et patientklagenævn bestående af vedkommende statsamtmand (overpræsidenten) som formand samt to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af justitsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer. Justitsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

Stk. 2. Statsamtet varetager patientklagenævnets sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbe-

handling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering for patientklagenævnet.

§ 36. Når en sag som nævnt i § 35 indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer m.v., ligesom nævnet kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Stk. 2. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Stk. 3. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal patientklagenævnet træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. Justitsministeriet fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

§ 37. Patientklagenævnet skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Godkender patientklagenævnet, at patienten frihedsberøves, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet i patientklagenævnet, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse. Har spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed været indbragt for retten, jf. stk. 1, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

§ 38. Patientklagenævnets afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet.

Stk. 2. Ved behandlingen af sådanne sager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

§ 39. Patientklagenævnet offentliggør hvert år en beretning om sin virksomhed.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om indberetning af afgørelser fra patientklagenævnene og Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning.«

15. I § 40, stk. 1, ændres »sikringsanstalten« til: »sikringsafdelingen«, og § 40, stk. 3 og 4, affattes således:

»Stk. 3. Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.

Stk. 4. Endvidere beskikkes patientrådgiver alene i tilfælde, hvor den pågældende ikke i forvejen har en sådan eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.«

16. Efter § 41 indsættes i kapitel 11:

»§ 41 a. Justitsministeren kan fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der efter § 40, stk. 1, er anbragt i sikringsafdelingen, som er knyttet til amts-hospitalet i Nykøbing Sjælland.«

17. § 46 ophæves.

§ 2

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 752 af 15. august 1996, som ændret ved § 2 i lov nr. 1201 af 27. december 1996, § 8 i lov nr. 232 af 2. april 1997, § 2 i lov nr. 274 af 15. april 1997, § 1 i lov nr. 349 af 23. maj 1997, § 2 i lov nr. 411 af 10. juni 1997 og lov nr. 414 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 469, stk. 1, 2. pkt., ændres »tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse« til: »tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel«.

2. I § 469, stk. 4, indsættes som 3. pkt.:

»I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regnes fristerne dog fra patientklagenævnets afgørelse i sagen.«

3. I § 470, stk. 3, indsættes som 3. pkt.:

»Dommeren påser i øvrigt, at sagen fremmes mest muligt.«

4. I § 765 indsættes som stk. 5:

»Stk. 5. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i institution eller hospital m.v. i medfør af stk. 2, nr. 3 eller 4, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

5. I § 811 indsættes som stk. 2:

»Stk. 2. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er indlagt på hospital for sindslidende m.v. i medfør af § 809, stk. 2, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

§ 3

I straffeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 648 af 12. august 1997, foretages følgende ændring:

1. Efter § 73 indsættes:

»§ 73 a. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i hospital for sindslidende m.v. i henhold til en afgørelse truffet i medfør af §§ 68 eller 69. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

§ 4

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. oktober 1998.

Stk. 2. § 1, nr. 14, finder anvendelse på klager, der fremsættes efter lovens ikrafttræden.

§ 5

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne eller Grønland.

Stk. 2. §§ 1 og 3 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Stk. 3. § 1 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Grønland med de afvigelser, som de særlige grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

	Side
1. <i>Baggrund og formål</i>	1687
2. <i>Hovedpunkter i lovforslaget</i>	1690
3. <i>Psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1691
3.1. <i>Hovedkonklusioner</i>	1691
3.2. <i>Tvangsanvendelsens omfang og udvikling</i>	1692
3.3. <i>Omfanget og udfaldet af klagesagerne ved domstolene</i>	1692
3.4. <i>Omfanget og udfaldet af klagesagerne ved patientklagenævnene</i>	1693
3.5. <i>Spørgeskemaundersøgelsen af de psykiatriske afdelinger</i>	1693
3.6. <i>Spørgeskemaundersøgelsen af patientrådgiverne</i>	1694
3.7. <i>Spørgeskemaundersøgelsen af de psykiatriske patientklagenævn</i>	1694
4. <i>God sygehusstandard</i>	1694
4.1. <i>Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1694
4.2. <i>Baggrunden for den gældende ordning</i>	1694
4.3. <i>Justitsministeriets overvejelser</i>	1695
5. <i>Klageordningen</i>	1698
5.1. <i>Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1698
5.2. <i>Baggrunden for den gældende ordning</i>	1699
5.3. <i>Justitsministeriets overvejelser</i>	1700
6. <i>Behandlingen af klager ved de lokale patientklagenævn og domstolene</i>	1701
6.1. <i>Opsættende virkning af klage over tvangsbehandling og spørgsmålet om sagsbehandlingsfrister</i>	1701
6.1.1. <i>Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1701
6.1.2. <i>Baggrunden for den gældende ordning</i>	1701
6.1.3. <i>Justitsministeriets overvejelser</i>	1702
6.2. <i>Patientklagenævnets saglige kompetence i forbindelse med klager over tvangsbehandling</i>	1703
6.2.1. <i>Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1703
6.2.2. <i>Baggrunden for den gældende ordning</i>	1704
6.2.3. <i>Justitsministeriets overvejelser</i>	1704
6.3. <i>Patientrådgiverens og overlægens deltagelse i patientklagenævnets møder og patientklagenævnets mødested</i>	1705
6.3.1. <i>Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen</i>	1705
6.3.2. <i>Justitsministeriets overvejelser</i>	1706
6.4. <i>Spørgsmålet om tilsynskompetence</i>	1706

	Side
7. <i>Psykiatrilovens stedlige anvendelsesområde</i>	1707
7.1. Tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter	1707
7.1.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1707
7.1.2. Justitsministeriets overvejelser om adgangen til at tilbageføre bortgæede eller udeblevne patienter	1708
7.2. Justitsministeriets og Sundhedsministeriets overvejelser om »prøveudskrivning« af tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter og om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	1709
7.3. Tvangsbehandling af legemlige lidelser hos sindslidende patienter, der er indlagt på en somatisk afdeling	1712
7.3.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1712
7.3.2. Justitsministeriets overvejelser om adgangen til at tvangsbehandle legemlige lidelser hos sindslidende patienter	1713
8. <i>Delegation af overlægens kompetence</i>	1714
8.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1714
8.2. Justitsministeriets overvejelser	1714
9. <i>Registrering og indberetning af tvang</i>	1716
9.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1716
9.2. Justitsministeriets overvejelser	1717
10. <i>Patientrådgiverordningen</i>	1717
10.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1717
10.2. Justitsministeriets overvejelser	1718
11. <i>Ordningen med patientråd og patientmøder</i>	1719
11.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen	1719
11.2. Justitsministeriets overvejelser	1719
12. <i>Tilladelse til udgang m.v. til frihedsberøvede personer</i>	1720
13. <i>Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser m.v.</i>	1720
14. <i>Hørte myndigheder m.v.</i>	1721

1. Baggrund og formål

a. Den 1. oktober 1989 trådte lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i kraft. Loven byggede på betænkning nr. 1068/1986 om tvang i psykiatrien og betænkning nr. 1109/1987, der indeholdt en afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Formålet med psykiatriloven var at styrke sindslidendes retsstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og tvangsbehandling m.v. Loven skulle endvidere sikre, at sindslidende i videst muligt omfang inddrages og får indflydelse på behandlingen og egne forhold i øvrigt.

I forhold til den tidligere lov om sindssyge personers hospitalsophold fra 1938 (sindssygeloven) inde-

bar psykiatriloven en skærpelse og præcisering af betingelserne for at anvende tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Med henblik på at formindske brugen af tvang blev der optaget en bestemmelse om, at tvang kun må anvendes, når alle andre muligheder er udtømt, og at den tvangsanvendelse, der i så fald kommer på tale, begrænses til det absolut nødvendige (»det mindste middels princip«). For at sikre opfyldelsen af denne bestemmelse blev der bl.a. fastsat regler om obligatorisk efterprøvelse af fortsat frihedsberøvelse efter faste terminer og om fast vagt til bæltefikserede patienter.

Til afløsning af den dagældende tilsynsværgeordning blev der indført en ordning med patientrådgivere, hvis formål bl.a. var at styrke støtten til patienter,

der er undergivet tvang. Endvidere blev der optaget bestemmelser om patientråd og patientmøder for at øge patienternes medindflydelse på egne forhold. Der blev også fastsat regler om informeret samtykke og om obligatorisk udarbejdelse af behandlingsplaner for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, med henblik på at sikre, at patienterne i videst muligt omfang hele tiden er indforstået med den behandling, der foretages.

Endelig blev der indført en ny klageordning med henblik på at forbedre behandlingen af klagesager på dette område. Klager over frihedsberøvelse blev henlagt til domstolene, mens der blev oprettet lokale patientklagenævne til at behandle klager over andre former for tvangsanvendelse som f.eks. tvangsbehandling og tvangsfiksering.

Efter psykiatrilovens § 46 skulle forslag om revision af loven fremsættes for Folketinget senest ved begyndelsen af folketingsåret 1994-95. For at få det bedst mulige grundlag for at vurdere behovet for ændringer af psykiatriloven iværksatte Justitsministeriet en videnskabelig undersøgelse af lovens virkninger. Formålet med undersøgelsen var at belyse, hvorledes psykiatriloven på landsplan havde fungeret i praksis i årene 1991-93.

Ved lov nr. 386 af 14. juni 1995 blev fristen for fremsættelse af forslag om revision af loven udskudt til begyndelsen af folketingsåret 1996-97, således at man kunne afvente resultatet af den videnskabelige undersøgelse af lovens virkninger. Den videnskabelige undersøgelse – psykiatrilovsundersøgelsen – blev offentliggjort den 16. august 1996, og undersøgelsens resultater er herefter indgået i overvejelserne om revision af loven. Undersøgelsen vil senere blive suppleret med resultater bl.a. fra en undersøgelse af de praktiserende lægers syn på loven samt en gennemgang af sygehusjournaler omhandlende patienter, over for hvem tvang har været anvendt. Resultaterne fra disse undersøgelser vil ikke ændre psykiatrilovsundersøgelsens konklusioner.

Lovforslaget har på den baggrund til formål at gennemføre de ændringer og tilpasninger, som erfaringerne med den gældende psykiatrilov giver anledning til.

b. Justitsministeren fremsatte den 19. december 1996 forslag til lov ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (Revision af psykiatriloven). Lovforslaget bortfaldt imidlertid ved udgangen af folketingsåret 1996-97. Lovforslaget med bemærkninger er optrykt i fortryk til Folketingets forhandlinger 1996-97, Tillæg A, s. 3004 ff. Endvidere er 1. behandlingen af lovforslaget den 15. januar 1997 optrykt i fortryk til Folketingets forhandlinger, 1996-97, s. 3079 ff.

Den 7. maj 1997 fremsendte justitsministeren et ændringsforslag til forslaget om revision af psykiatriloven til Folketingets Retsudvalg. Ændringsforslaget indeholdt bl.a. et forslag om ændret affattelse af § 2 om god sygehusstandard i den nugældende psykiatrilov. Formålet med dette forslag var at understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold.

Folketingets Retsudvalg afgav den 2. oktober 1997 en beretning over lovforslaget. Beretningen er optrykt i fortryk til Folketingets forhandlinger 1996-97, Tillæg B, s. 1541 ff.

Af beretningen fremgår bl.a., at Retsudvalget har drøftet *god psykiatrisk afdelingsstandard*. Der er enighed om, at den optimale behandling på psykiatriske sengeafsnit forudsætter, at den enkelte patient har ret til enestue og ret til attraktive tilbud om beskæftigelse, herunder mulighed for og ret til adgang til frisk luft, samt at patienten har ret til en daglig samtale med kvalificeret personale. Retsudvalget har derfor bemærket sig regeringens aftale med amtskommunerne, der efter Retsudvalgets opfattelse sætter skub i en positiv udvikling for så vidt angår de fysiske forhold. Aftalen er optrykt som bilag 1 til dette lovforslag.

Retsudvalget har endvidere noteret sig justitsministerens forslag om overordnede målsætninger for, hvad der er god sygehusstandard inden for psykiatrien. Retsudvalget lægger dog også vægt på en fortsat hurtig modernisering af de psykiatriske sygehuse. Det understreges i den forbindelse, at der er en snæver sammenhæng mellem på den ene side gode fysiske forhold og god personalenormering og på den anden side behovet for anvendelse af tvang.

I beretningen er endvidere drøftet udformningen af lovforslagets bestemmelser om *udskrivningsaftaler*. Det anføres i den forbindelse bl.a., at udtrykket »koordinationsplan« bør anvendes i de tilfælde, hvor patienten ikke deltager i koordinationen af tilbud, således at udtrykket »udskrivningsaftale« forbeholdes de tilfælde, hvor patienten deltager i koordinationen af tilbud.

Retsudvalget opfordrer også til, at der i lovforslagets bemærkninger sker en præcisering af den mindre gruppe patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, som de pågældende patienter har behov for. Retsudvalget har forstået, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal være tidsbegrænsede og ikke kan gennemføres mod patientens vilje. Retsudvalget har endvidere forstået, at der er mulighed for at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn for brud på tavshedspligt i tilfælde, hvor pati-

enten finder, at der er videregivet flere oplysninger end nødvendigt.

Retsudvalget har også overvejet Det Etske Råds forslag om muligheden for at udfærdige en *forhåndstilkendegivelse om, hvilke indgreb af tvangsmæssig karakter den enkelte patient vil foretrække*. Det anføres, at det må anses for at være i overensstemmelse med god psykiatrisk behandling, at man i videst muligt omfang sikrer, at patienter, der måtte have et ønske om at give en forhåndstilkendegivelse af, hvilke indgreb der findes mindst krænkende og mindst indgribende i personlighedsintegriteten, får mulighed herfor.

Retsudvalget har forstået, at det følger af reglerne for lægers journalføring, at patientens ønsker til behandlingen skal noteres i journalen. Patientens tilkendegivelser kan fremsættes ved indlæggelsen, under indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen, og ønskerne kan fremsættes såvel mundtligt som skriftligt. Det er udtryk for god lægeskik at indtage patientens tilkendegivelser som vejledende for overlægen i dennes overvejelser om tilrettelæggelsen af behandlingen – også i tilfælde, hvor behandling uden patientens samtykke kommer på tale.

Retsudvalget har i øvrigt bemærket sig, at der er ytret særlig betænkelighed ved at anvende *el-stimulation*. Retsudvalget ønsker ikke at vurdere behandlingsformer, idet udvalget har forstået, at el-stimulation ikke anvendes under tvang, medmindre der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Det er på den baggrund Retsudvalgets opfattelse, at der ikke er behov for særskilt regulering af denne behandlingsform.

Retsudvalget har desuden drøftet spørgsmålet om medicinfri behandling i det psykiatriske system. Retsudvalget opfordrer i den forbindelse til, at justitsministeren i samarbejde med sundhedsministeren og amterne undersøger muligheden for at etablere *forsøg med medicinfri afdelinger* som led i en foreløbig ordning, hvor patienterne får ret til at gennemleve deres psykose uden risiko for at blive tvangsmedicineret, men hvor behandlingen i stedet lægger vægt på pædagogisk og psykologisk terapi og anvendelse af alternative behandlingsformer.

Retsudvalget har også overvejet spørgsmålet om *klageadgang*. Det er Retsudvalgets konklusion, at en placering af alle klager over tvang ved den samme myndighed i første instans, dvs. patientklagenævnet, må foretrækkes. Endvidere bør patientklagenævne have pligt til i dialog med vedkommende psykiatriske afdeling eller sygehus at udarbejde årsberetninger. Årsberetningerne bør bl.a. sendes til Folketingets § 71-tilsyn, Folketingets Ombudsmand og Sundhedsstyrelsen.

Herudover indeholder beretningen en opfordring til, at justitsministeren sørger for, at der iværksættes en *undersøgelse af lovens virkninger*, herunder af de foreslåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, ved et uafhængigt forskningsinstitut. Undersøgelsen skal også omfatte bruger- og pårørendeerfaringer, og undersøgelsens resultat skal foreligge, således at justitsministeren i folketingsåret 2005-06 kan redegøre herfor over for Folketinget og i den forbindelse tilkendegive, om der er grundlag for at revidere loven.

Endelig indeholder beretningen en række mindretalsudtalelser.

I øvrigt har Folketingets § 71-tilsyn i en henvendelse af 15. oktober 1997 til Retsudvalget anmodet om, at bestemmelsen i psykiatrilovens § 20, stk. 2, 2. pkt., i § 1, nr. 6, i det nu bortfaldne lovforslag vedrørende *indberetning af tvang* ændres, således at det kommer til at fremgå, at sundhedsministeren skal fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

c. Det lovforslag, der nu fremsættes, er en genfremsættelse af det bortfaldne lovforslag. I lovforslaget er der foretaget en række ændringer, der bl.a. har baggrund i de tilkendegivelser, der er nævnt ovenfor i Retsudvalgets beretning over det nu bortfaldne lovforslag. Således indeholder lovforslagets § 1, nr. 1, forslag til en ny affattelse af psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard. Der henvises herom til afsnit 4.3. nedenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget og bemærkningerne til § 2 i lovforslagets § 1, nr. 1.

Endvidere er der foretaget en præcisering af forslaget om udskrivningsaftaler bl.a. med henblik på at tydeliggøre, at den foreslåede ordning ikke giver mulighed for tvangsanvendelse uden for de psykiatriske afdelinger. Der henvises herom til afsnit 7.2. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget og bemærkningerne til § 3, stk. 4-6, i lovforslagets § 1, nr. 2.

Desuden er det i bemærkningerne til bemyndigelsesbestemmelsen i § 20, stk. 2, 2. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 7, præciseret, at sundhedsministeren agter at udnytte denne bemyndigelse til at fastsætte regler om, at indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen gennem embedslægeinstitutionen skal indeholde patientens navn og cpr.nr. med henblik på at forbedre den statistiske værdi af indberetningerne. Der henvises herom til afsnit 9.2. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget og bemærkningerne til § 20, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 7.

Endelig er der i § 39 i lovforslagets § 1, nr. 14, optaget en bestemmelse, hvorefter patientklagenævnet hvert år skal offentliggøre en beretning om sin

virksomhed! Der henvises herom til bemærkningerne til § 39 i lovforslagets § 1, nr. 14.

Herudover er der foretaget enkelte ændringer af teknisk karakter. Det drejer sig bl.a. om § 37 i lovforslagets § 1, nr. 14, hvorefter pligten til at indbringe patientklagenævnets afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel for domstolene påhviler nævnet selv og ikke sygehusmyndigheden. Med denne ændring bringes den foreslåede klageordning på linie med det forslag, som et flertal i det udvalg, der forberedte den nugældende psykiatrilov, anbefalede.

Endvidere foreslås indsat bemyndigelsesbestemmelser i psykiatriloven, retsplejeloven og straffeloven, der har til formål at skabe udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til administrativt at fastsætte regler bl.a. om meddelelse af tilladelse til udgang til personer, der på grundlag af en strafferetlig afgørelse opholder sig på en psykiatrisk afdeling, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller på sikret afdeling. Der henvises i den forbindelse til afsnit 12 i de almindelige bemærkninger og til bemærkningerne til psykiatrilovens § 41 a i lovforslagets § 1, nr. 16, retsplejelovens § 765, stk. 5, og § 811, stk. 2, i lovforslagets § 2, nr. 4-5, og straffelovens § 73 a i lovforslagets § 3, nr. 1.

For så vidt angår spørgsmålet om behandling med el-stimulation, finder Justitsministeriet ligesom Retsudvalget, at der ikke er behov for en særskilt regulering af denne behandlingsform. Det skyldes bl.a., at el-stimulation ifølge oplysninger fra Sundhedsministeriet ikke anvendes som tvangsbehandling, medmindre der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Med hensyn til Det Etske Råds forslag om en form for anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling finder Justitsministeriet heller ikke behov for særlige lovregler herom. Som anført i Retsudvalgets beretning følger det af reglerne for lægers journalføring, at patientens ønsker til behandlingen noteres i journalen. Patientens tilkendegivelser kan fremsættes ved indlæggelsen, under indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen, og ønskerne kan fremsættes såvel mundtligt som skriftligt. Det er udtryk for god lægeskik at inddrage patientens tilkendegivelser som vejledende for overlægen i dennes overvejelser om tilrettelæggelsen af behandlingen – også i tilfælde, hvor behandling uden patientens samtykke kommer på tale.

Om spørgsmålet vedrørende medicinfri behandling kan det oplyses, at der i overensstemmelse med opfordringen i udvalgsberetningen vil blive iværksat en undersøgelse af muligheden for at etablere forsøg med medicinfri afdelinger. Folketingets Retsudvalg

vil blive underrettet om resultatet af denne undersøgelse.

Justitsministeriet har overvejet, om der bør indføres en ny revisionsbestemmelse i psykiatriloven. Bestemmelser i en lov om, at forslag til revision af den pågældende lov skal fremsættes i et nærmere fastsat folketingsår, er efter Justitsministeriets opfattelse i almindelighed uheldige ud fra et lovteknisk synspunkt, fordi de indsættes på et tidspunkt, hvor revisionsbehovet ikke kan overskues. Ud fra et retligt synspunkt er sådanne revisionsbestemmelser endvidere overflødige, idet Folketinget altid har mulighed for at tage spørgsmålet op uafhængigt af eventuelle revisionsklausuler. Det er på den baggrund Justitsministeriets principielle opfattelse, at revisionsbestemmelser så vidt muligt bør undgås.

Justitsministeriet er imidlertid opmærksom på, at der er behov for en stadig opfølgning af psykiatriloven bl.a. med henblik på at sikre, at der med passende mellemrum kan tages stilling til, om loven bør revideres. Justitsministeriet er derfor, hvis lovforslaget vedtages, indstillet på – i overensstemmelse med opfordringen i Retsudvalgets beretning – at sørge for, at der ved et uafhængigt forskningsinstitut iværksættes en undersøgelse af lovens virkninger, der også inddrager bruger- og pårørendeerfaringer. Justitsministeriet vil i den forbindelse sikre, at undersøgelsen iværksættes på et sådant tidspunkt, at Justitsministeriet i folketingsåret 2005-06 kan redegøre for undersøgelsens resultat over for Folketinget og tilkendegive, om der er grundlag for at gennemføre en fornyet revision af loven.

2. Hovedpunkter i lovforslaget

Et hovedpunkt i lovforslaget er forslaget om en ny affattelse af psykiatrilovens § 2. Ved den ændrede affattelse præciseres målsætningen om, at sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehushold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personale-normering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Et andet hovedpunkt i forslaget er en forenkling af klageordningen. Det foreslås således, at alle klager over tvang, herunder også klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, i første instans skal behandles af de lokale patientklagenævn. For så vidt angår klage over nævnets afgørelser foreslås det, at nævnets afgørelser vedrørende frihedsberøvelse, herunder tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, efter begæring skal indbringes for domstolene efter retsplejelovens kapitel 43 a, mens nævnets andre

afgørelser som hidtil kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Lovforslaget indeholder endvidere en ændring af bestemmelsen i lovens § 32, stk. 3, om, at klage over tvangsbehandling som hovedregel har opsættende virkning. Efter den gældende bestemmelse har klage ikke opsættende virkning, hvis omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Det foreslås, at en klage heller ikke skal tillægges opsættende virkning, hvis behandling er nødvendig for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

For at sikre, at de klager over tvangsbehandling, der fortsat skal tillægges opsættende virkning, behandles meget hurtigt, foreslås det, at der skal gælde en absolut frist på 7 hverdage, inden for hvilken det lokale patientklagenævn skal træffe afgørelse om, hvorvidt beslutningen om tvangsbehandling kan godkendes. Det foreslås også, at der i retsplejeloven indsættes en bestemmelse om, at domstolene skal fremme sager om administrativt bestemt frihedsberøvelse mest muligt.

En række beslutninger, herunder f.eks. beslutninger om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, skal efter loven træffes af *overlægen*. Dette har givet anledning til praktiske problemer i tilfælde af overlægens fravær. Med henblik på at løse disse problemer stilles der forslag om, at de pågældende beslutninger i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, dog således at overlægen efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen. Den foreslåede regel fastholder således det principielle udgangspunkt om, at beslutninger af denne indgribende karakter principielt henhører under overlægens kompetence.

Spørgsmålet om tilbageførsel af bortgæede eller udeblevne patienter er ikke udtrykkeligt reguleret i den gældende lov. Det foreslås, at der i loven optages en bestemmelse, hvorefter frihedsberøvede patienter, der bortgår eller udebliver efter udgang, under visse betingelser kan føres uformelt tilbage til afdelingen ved politiets bistand. En uformel tilbageførsel forudsætter, at tilbageførslen sker inden for en uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Ved udeblivelse efter udgang er det endvidere en betingelse for uformel tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger. Den foreslåede tilbageførselsregel svarer i det væsentlige til, hvad der med støtte i forarbejderne til den gældende lov antages at gælde i dag.

Der vil fortsat ikke være mulighed for med tvang uformelt at tilbageføre patienter, der på tidspunktet

for bortgang eller udeblivelse ikke havde status som frihedsberøvede (tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte). En tvangsmæssig tilbageførsel må i sådanne tilfælde i givet fald ske efter reglerne om tvangsindlæggelse.

Der vil heller ikke være mulighed for uformelt at genindlægge udskrevne patienter, hvis de pågældende modsætter sig indlæggelse. Dette gælder, uanset om de var frihedsberøvede under den tidligere indlæggelse.

Med henblik på den gruppe af udsatte sindslidende, der har behov for en særlig behandlingsmæssig opfølgning efter udskrivning, foreslås det, at overlægen på den psykiatriske afdeling i forbindelse med udskrivning skal sørge for, at der etableres en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, der bl.a. fastlægger ansvaret for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til den udskrevne. Samtidig foreslås en bestemmelse, der sikrer, at de nødvendige oplysninger, herunder også meget følsomme oplysninger om den pågældende patient, kan udveksles mellem de myndigheder m.v., der indgår i den opfølgende indsats.

Herudover foreslås en række ændringer og præciseringer bl.a. vedrørende sagsbehandlingen i de lokale patientklagenævne. Det forelås bl.a., at patientklagenævnene skal udarbejde en årsberetning. Der stilles også forslag om en præcisering af adgangen til at tvangsbehandle legemlige lidelser hos sindslidende patienter. Endvidere foreslås pligten i loven til at oprette patientråd eller afholde patientmøder afløst af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Endelig foreslås indsat bemyndigelsesbestemmelser, der har til formål at skabe udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til administrativt at fastsætte regler bl.a. om meddelelse af udgang til de såkaldte retslige patienter m.v.

3. Psykiatrilovsundersøgelsen

3.1. Hovedkonklusioner

Formålet med psykiatrilovsundersøgelsen er at belyse, hvorledes loven har fungeret i praksis i perioden 1991-1993 med hovedvægt på kliniske, dvs. behandlingsmæssige, og administrative forhold. Undersøgelsen består af en række delundersøgelser, der bl.a. beskriver lovens nydannelser, jf. pkt. 3.2-3.7 nedenfor. Delundersøgelserne bygger på et meget stort antal oplysninger fra de psykiatriske afdelinger, domstolene, patientklagenævnene og patientrådgiverne. Der henvises herom til undersøgelsens *kapitel 1*. Endvidere indeholder undersøgelsen en gennem-

gang af de domstolsafgørelser og afgørelser ved de lokale patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvor patienten har fået medhold i sin klage. Der henvises herom til undersøgelsens *kapitel 9 og 10*.

Undersøgelsens hovedkonklusion er bl.a., at anvendelsen af tvang i psykiatrien har været stigende i de tre år, som undersøgelsen omfatter. Endvidere er mange psykiatriske afdelinger præget af overbelægning, personalemangel og utilfredsstillende fysiske rammer. Det fremgår også, at tvangsansværelsen administreres korrekt.

Undersøgelsen peger desuden på, at lovens klagesystem, hvorefter nogle klager indgives til domstolene, mens andre klager henhører under de lokale patientklagenævn m.v., er uhensigtsmæssigt og vanskeligt at overskue. Det fremgår dog også, at klageadgangen faktisk anvendes af patienterne i ikke ubetydeligt omfang.

Endelig vurderes ordningen med patientrådgivere positivt. Der peges i den forbindelse på, at patientrådgiverne er rutinerede og tilfredse med hvervet, og at de har god kontakt til patienterne og personalet.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 2*.

3.2. Tvangsansværelsens omfang og udvikling

Undersøgelsen viser, at antallet af tvangsendlæggelser er steget i de undersøgte år. Således blev der i 1991, 1992 og 1993 gennemført henholdsvis 1540, 1592 og 1704 tvangsendlæggelser. Det samme gælder antallet af tvangstilbageholdelser, hvor der i de pågældende år blev gennemført henholdsvis 2656, 2727 og 3120 tvangstilbageholdelser. Også anvendelsen af andre former for tvang, herunder tvangsbehandling med medicin, fysisk magtanvendelse i form af beroligende medicin og tvangsfiksering, er steget. I de undersøgte år var antallet af tvangsbehandlinger med medicin henholdsvis 1922, 1759 og 2318, antallet af fysiske magtanvendelser med beroligende medicin henholdsvis 2025, 2344 og 2553 og antallet af tvangsfikseringer henholdsvis 4408, 4775 og 5498.

Undersøgelsen konkluderer, at det ikke er muligt éntydigt at fastslå årsagen til stigningen i antallet af tvangsendlæggelser. Det kan ikke påvises, at udbygningen af social- og distriktspsykiatrien har haft indflydelse på antallet af tvangsendlæggelser. For så vidt angår den øgede anvendelse af tvangstilbageholdelse og andre former for tvang, peges der på, at der er en sammenhæng mellem tvang og ressourcer. Stigningen i tvangsansværelsen kan i øvrigt næppe tilskrives lovgrundlaget, idet lovreglerne har været de samme i de undersøgte år.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 3*.

3.3. Omfanget og udfaldet af klagesagerne ved domstolene

Undersøgelsen viser, at der i betydeligt omfang klages over afgørelser om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse, herunder især tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte patienter. Undersøgelsen viser dog også, at omkring halvdelen af klagesagerne frafaldes. Tvangstilbageholdelse påklages hyppigere end tvangsendlæggelse, men frafaldes til gengæld også i større omfang. Omfanget af klager og klagefrafald har for begge former for frihedsberøvelse været konstant igennem undersøgelsesperioden. Også byrettens afgørelser om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse ankes i et ikke ubetydeligt omfang. Imidlertid frafaldes anken også i mange tilfælde.

Undersøgelsen viser i øvrigt, at det overvejende er sygehusmyndighederne, der får medhold ved domstolene. Således får patienterne alene medhold i gennemsnitligt 6 pct. af de afgjorte klagesager om tvangsendlæggelse og 3 pct. af de afgjorte klagesager om tvangstilbageholdelse ved byretterne. Ved landsretterne får patienterne i gennemsnit medhold i 8 pct. af klagerne om tvangsendlæggelse og i 6 pct. af klagerne om tvangstilbageholdelse. I undersøgelsesperioden er der dog sket en stigning i andelen af klagesager med patientmedhold, både for så vidt angår tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse. De sager, hvor der gives patienten medhold, vedrører i øvrigt fortrinsvis tvangsendlæggelse, hvilket ifølge undersøgelsen bl.a. kan tilskrives, at der stilles flere formelle krav i forbindelse med tvangsendlæggelse, og at beslutning om tvangstilbageholdelse normalt træffes af læger med særlig indsigt i psykiatri efter en forudgående observation af patienten, mens tvangsendlæggelse iværksættes på grundlag af en praktiserende læges korterevarende undersøgelse af patienten under mere akutte omstændigheder.

Undersøgelsen konkluderer, at psykiatrilovens klageadgang benyttes i praksis, og at anvendelsen af frihedsberøvelse som udgangspunkt administreres korrekt. Som en mulig årsag til klage- og ankefrafaldet peges på sagsbehandlingstiden ved domstolene, der for byrettens vedkommende er gennemsnitligt 55 dage og for landsrettens vedkommende gennemsnitligt 70 dage. Patientens tilstand når at bedres så meget under den psykiatriske behandling i ventetiden, at den pågældende opnår sygdomsindsigt og forståelse for, at frihedsberøvelsen har været nødvendig.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 4*.

3.4. Omfanget og udfaldet af klagesagerne ved patientklagenævne

Undersøgelsen viser, at sagerne ved de lokale patientklagenævne og Sundhedsvæsenets Patientklagenavn hovedsageligt vedrører klager over tvangsbehandling med medicin. De resterende sager omhandler overvejende tvangsfiksering med bælte og fysisk magtanvendelse i form af beroligende medicin. Der klages langt hyppigere over tvangsbehandling med medicin end over de andre former for tvang, der kan påklages til patientklagenævne. Dette har ifølge undersøgelsen navnlig sammenhæng med, at klager over tvangsbehandling normalt har opsættende virkning. Da den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i patientklagenævne er 15 dage fra klagens fremsættelse, jf. pkt. 3.7. nedenfor, indebærer den nugældende ordning, at mange patienter er ubehandlede i længere tid.

Undersøgelsen viser også, at klager til patientklagenævne ikke frafaldes i samme omfang som klager til domstolene. Undersøgelsen nævner i den forbindelse sagsbehandlingen ved domstolene, jf. pkt. 3.3. ovenfor. Desuden tyder undersøgelsen på, at domstolsprøvelse af nogle patienter opleves som en større belastning end sagsbehandlingen ved patientklagenævne.

Af undersøgelsen fremgår desuden, at omfanget af klager og klagefrafald har været konstant igennem undersøgelsesperioden. I øvrigt får sygehushyghederne også i patientklagenævne medhold i hovedparten af klagesagerne. Således får patienterne alene medhold i gennemsnitligt 3-7 pct. af de afgjorte sager. For så vidt angår ankesager, får patienterne alene medhold i gennemsnitligt 1 pct. af sagerne. Undersøgelsen konkluderer på den baggrund, at anvendelsen af tvang som udgangspunkt administreres korrekt, og at der kun anvendes tvang i nødvendigt omfang.

Endelig peger undersøgelsen på, at det nugældende registrerings- og indberetningssystem vedrørende tvanganvendelsen er uhensigtsmæssigt. Som forklaring på dette forhold angives, at registreringen og indberetningen af tvanganvendelsen ikke under den nugældende ordning kan henføres til bestemte personer eller indlæggelser. Det medfører bl.a., at det ikke er muligt at påvise, i hvilket omfang tvanganvendelsen angår samme person.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 5*.

3.5. Spørgeskemaundersøgelsen af de psykiatriske afdelinger

Undersøgelsen viser, at de fysiske rammer på de akutte lukkede afdelinger er utilfredsstillende. Der

er bl.a. mangel på enestuer og beskæftigelsesmuligheder. Personalemangel og hyppigt forekommende overbelægning fører ofte til, at patienterne ikke får adgang til frisk luft. Kun få afdelinger har en akut modtagefunktion (psykiatrisk skadestue), hvor patienter selv kan henvende sig døgnet rundt. Endvidere har kun omkring halvdelen af de psykiatriske afdelinger en distriktspsykiatrisk service med forankring i nærsamfundet.

Af undersøgelsen fremgår også, at psykiatriloven i et vist omfang administreres forskelligt på de psykiatriske afdelinger. Således giver det bl.a. anledning til tvivl, hvornår udtrykket »overlægen« skal forstås som et forbud mod, at beslutningskompetencen delegeres til andre læger på afdelingen. Endvidere synes der at herske nogen usikkerhed om adgangen til at tilbageføre indlagte patienter, der har forladt afdelingen eller er udeblevet efter udgang. Undersøgelsen nævner i den forbindelse, at patienter undertiden »tvangstilbageholdes« uden at have begæret sig udskrevet, således at politiet efter omstændighederne kan føre patienten tilbage til afdelingen uden iagttagelse af fremgangsmåden ved tvangsendlæggelse.

De fleste afdelinger finder, at ordningerne vedrørende behandlingsplaner, tvangsprotokoller og faste vagter til tvangsfikserede patienter er ressourcekrævende. Endvidere vurderer mange afdelinger, at behandlingsplanerne ikke opfylder formålet om at inddrage patienten og styrke mulighederne for at opnå patientens positive medvirken i behandlingsforløbet.

Ordningen med patientråd og patientmøder fungerer ikke hensigtsmæssigt. Kun meget få steder er der oprettet patientråd, og patienternes tilstand og forholdene især på de akutte lukkede afdelinger forhindrer ofte, at der kan afholdes patientmøder.

De fleste afdelinger finder, at patientrådgiverordningen fungerer tilfredsstillende, og at patientrådgiverens grundlag for at bestride hvervet er godt.

Afdelingerne finder, at det opsplittede klagesystem er uhensigtsmæssigt. Det anføres i den forbindelse, at domstolene generelt har et bedre beslutningsgrundlag end patientklagenævne, bl.a. fordi domstolene normalt hører Retslægerådet. Endvidere savner patientklagenævne psykiatrisk sagkundskab, hvilket bl.a. er et problem i det omfang, nævne tager stilling til det lægelige indhold af en tvangsbehandling i form af tvangsmedicinering, herunder valg af præparat og dosering.

Mange afdelinger nævner også, at retterne og patientklagenævne kun i begrænset omfang afholder møde på afdelingen, og at de mest syge patienter ofte ikke får mulighed for personligt at deltage i møderne. Endvidere er det i nogle patientklagenavn

kun sjældent, at læger og patientrådgivere deltager i sagens behandling.

Undersøgelsen viser i øvrigt, at afdelingerne tager afstand fra reglen om, at klage over tvangsbehandling normalt har opsættende virkning, fordi mange patienter lades ubehandlede i længere tid og derfor i ventetiden bliver stadig mere forpinte og eventuelt mere urolige, ligesom det bliver sværere at behandle deres psykiske sygdom.

Reglerne om tvangsbehandling af legemlig (somatisk) lidelse hos en sindslidende patient synes generelt hensigtsmæssige. Dog findes der at være behov for en afklaring af spørgsmålet om tvangsbehandling af sindslidende patienter, der er indlagt på en somatisk afdeling uden at være blevet overført dertil fra en psykiatrisk afdeling.

Endelig vurderer mange afdelinger, at bl.a. uro på afdelingerne, overbelægning og personalemangel indvirker på omfanget af tvangsansværelsen, f.eks. tvangstillbæholdelse, tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 6*.

3.6. Spørgeskemaundersøgelsen af patientrådgiverne

Undersøgelsen viser, at patientrådgiverne generelt er tilfredse med hvervet, og at de har en god kontakt til patienterne og personalet. Undersøgelsen peger dog også på, at en række forhold, bl.a. aflønning og hovedbeskæftigelse, medfører, at den første kontakt til patienten efter en beskikkelse ofte forsinkes, og at patientrådgiverne langt fra altid deltager i retsmøder og i møder i patientklagenævnene. Endvidere er der forskellige syn på, hvad hvervet indebærer, og hvorledes det bør praktiseres.

Mange patientrådgivere finder generelt, at forholdene på de psykiatriske afdelinger er utilfredsstillende. Det vurderes dog også, at der kun anvendes den nødvendige tvang på de psykiatriske afdelinger.

Der henvises i øvrigt til undersøgelsens *kapitel 7*.

3.7. Spørgeskemaundersøgelsen af de psykiatriske patientklagenævn

Undersøgelsen viser, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i patientklagenævnene er 15 dage, hvilket bl.a. indebærer, at meget syge patienter, der er frihedsberøvet på behandlingsindikation, ofte er ubehandlede i længere tid, idet klage over tvangsbehandling normalt har opsættende virkning. Endvidere er der forskellig praksis bl.a. med hensyn til patientrådgiveres og lægers deltagelse i nævnsmøderne. Det samme gælder med hensyn til nævnenes mødested, idet mange nævn ikke afholder møde på den psykiatriske afdeling.

Hovedparten af nævnsmedlemmerne finder, at grundlaget for afgørelserne generelt er tilfredsstillende. Det oplyses i den forbindelse, at der ofte tages stilling til det lægelige indhold af en tvangsbehandling. Mange nævnsmedlemmer finder dog også, at det opsplittede klagesystem er u hensigtsmæssigt, bl.a. fordi nævnet i sager om tvangsbehandling skal tage stilling til, hvorvidt betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt.

4. God sygehusstandard

4.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Ifølge sygehusloven er det amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, som har det umiddelbare driftsherrensvar for såvel det somatiske som det psykiatriske sygehusvæsen. Dette driftsherrensvar medfører ret og pligt for amtskommunerne til selv at fastsætte de rammer, hvorunder sygdomsbehandlingen foregår. I psykiatrilovens § 2 er det fastsat, at sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehushold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard.

Psykiatrilovsundersøgelsen konkluderer bl.a., at anvendelsen af tvang er steget i undersøgelsesperioden, og at mange psykiatriske afdelinger er præget af overbelægning, personalemangel og utilfredsstillende fysiske rammer. Endvidere er der bl.a. mangel på enestuer, beskæftigelsesmuligheder og adgang til frisk luft, jf. bl.a. afsnit 3.5. ovenfor.

4.2. Baggrunden for den gældende ordning

Baggrunden for, at der blev optaget en bestemmelse om god sygehusstandard i psykiatriloven, var, at de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehusvæsen fungerer, og de øvrige ressourcer, der tilføres denne del af sygehusvæsenet, har en ikke uvæsentlig betydning for omfanget af tvangsansværelsen, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 313 ff. og betænkning nr. 1109/1987 s. 12 ff. Det fremgår således, at der i det lovforberedende udvalg var enighed om det ønskelige i at pege på denne sammenhæng og samtidig at fremhæve, at forbedrede forhold for psykiatriske patienter ikke alene skabes ved fastsættelse af en række formelle retsgarantier, men måske i endnu højere grad afhænger af, at der afsættes de fornødne midler til at sikre patienterne sygehushold under tidssvarende forhold og fysiske rammer, herunder med hensyn til udstyr, lokaler og bygninger, personale, beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder m.v.

Udvalget foreslog på den baggrund som § 2 en generel bestemmelse, hvorefter sygehusmyndigheder

ne skal tilbyde sygehusophold, der er i overensstemmelse med god psykiatrisk sygehusstandard, med henblik på at begrænse og forebygge anvendelsen af tvang, jf. betænkning nr. 1109/1987 s. 19. Flertallet i udvalget foreslog endvidere, at der i lovteksten blev optaget et katalog over visse goder, som frihedsberøvede patienter skal have ret til, f.eks. enestue, når dette er lægeligt indiceret, passende værelsesstandard, tilbud om beskæftigelse og undervisning, mindst 1 times ophold i frisk luft dagligt og ledsaget udgang efter behov.

Udvalgets mindretal var enig i den målsætning, som flertallet havde opstillet. Mindretallet fandt imidlertid ikke, at en lovfæstelse af særlige regler om de fysiske og behandlingsmæssige rammer var et egnet middel til at sikre, at rammerne for alle psykiatriske patienter generelt forbedres. Mindretallet anførte, at lovbestemmelser, der ved mere præcise standarder og normer regulerer sygehusvæsenets ydelser over for en bestemt patientgruppe, griber ind i sygehusmyndighedernes kompetence til efter sygehusloven at foretage den nærmere sygehusplanlægning og prioritering af ressourceforbruget inden for den samlede sygehussektor. Den lovregulering, som flertallet havde foreslået, ville således være et brud på de lovgivningsprincipper, som lovgivningsmagten har lagt til grund i forbindelse med udlægningen af ansvaret for sygehusvæsenet til landets amtskommuner.

Mindretallet henviste endvidere til, at en gennemførelse af flertallets forslag indebærer risiko for, at opfyldelsen af de materielle rettigheder for frihedsberøvede patienter, hvis indlæggelsestid ofte er kortere end andre patienters, sker på bekostning af en tilsvarende forbedring af forholdene for de frivilligt indlagte psykiatriske patienter, der udgør hovedparten af alle indlagte. De forbedringer, der også efter mindretallets opfattelse kan være behov for ikke blot til gavn for frihedsberøvede patienter, men til fordel for alle psykiatriske patienter, bør ligesom på det somatiske område fremkomme som resultat af de kommunale myndigheders prioritering og fastlæggelse af udviklingen inden for sundhedsområdet.

Justitsministeriet fandt i lighed med mindretallet, at lovfæstelse af en række minimumsgoder for en meget lille gruppe af de psykiatriske patienter på en uheldig måde ville gribe ind i amtskommunernes mulighed for at foretage en samlet sygehusplanlægning, der sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse til gavn for alle psykiatriske patienter. Justitsministeriet fandt endvidere, at den mest hensigtsmæssige måde gennem lovgivning at sikre psykiatriske patienters forhold på er, at der i psykiatriloven optages en bestemmelse, der udtrykkeligt pålægger den enkelte sygehusmyndighed at sørge for, at de psykiatriske

afdelinger opfylder god psykiatrisk sygehusstandard, således som der var enighed om i udvalget, jf. Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, sp. 2053-54.

Under behandlingen af lovforslaget i Folketinget udgik ordet »psykiatrisk« af bestemmelsen, idet man ønskede at fremhæve, at psykiatriske afdelinger er en del af det almindelige sygehusvæsen, og at en stillingtagen til de standarder og normer, der bør gælde på det psykiatriske område, ikke kan ske uden sammenhæng med de forhold, der stilles til rådighed inden for det øvrige sygehusvæsen i forbindelse med somatisk sygehusbehandling. Efter den ændrede formulering ligger den nærmere prioritering af ressourceforbruget, herunder spørgsmålet om fordelingen af ressourcer mellem de somatiske og de psykiatriske afdelinger, fortsat hos sygehusmyndighederne. Ændringen indebærer dog også, at sygehusmyndighederne ved den nærmere sygehusplanlægning som en generel målsætning skal tilstræbe, eventuelt inden for en nærmere angiven årrække, at tilvejebringe fysiske rammer og forhold for de psykiatriske patienter, der under hensyn til områdernes forskelligartethed i hvert fald ikke er ringere end forholdene inden for det øvrige sygehusvæsen i den pågældende sygehuskommune.

Under udvalgsbehandlingen af lovforslaget blev det også nævnt, at forskellen mellem de somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger gør det ønskeligt, at der indrettes opholdsrum og sengestuer på en sådan måde, at patienterne ikke tvinges til konstant fysisk nærhed. Sammen med hensyntagen til personalets holdning og uddannelse kan dette modvirke, at miljøet bliver angst- og aggressionsskabende. Der blev ligeledes lagt vægt på muligheden for meningsfyldte aktiviteter, herunder muligheden for at kunne komme ud i frisk luft og skifte opholdssted i løbet af dagen. Retsudvalget bemærkede i den forbindelse, at denne målsætning for visse psykiatriske afdelingers vedkommende ikke kunne anses for opfyldt, jf. Folketingstidende 1988-89, Tillæg B, sp. 1336-38.

4.3. Justitsministeriets overvejelser

Som det fremgår af pkt. 4.2. ovenfor, var man under det lovforberedende arbejde særlig opmærksom på, at der er en nøje sammenhæng mellem omfanget af tvanganvendelsen og de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehusvæsen fungerer. Dette er da også kommet direkte til udtryk i psykiatrilovens § 2. At denne bestemmelse fik en fremskudt placering blandt de almindelige bestemmelser i psykiatrilovens kapitel 2 skyldtes ligeledes et ønske om at fremhæve, at forbedrede forhold for de psykiatriske patienter i høj grad afhænger af, at der afsættes de fornødne midler til at sikre patienterne sygehusop-

hold under tidssvarende forhold og fysiske rammer, herunder med hensyn til udstyr, lokaler og bygninger, personale, beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder m.v.

Det blev også både i det lovforberedende udvalg og i Folketinget indgående overvejet, om der i psykiatriloven skulle optages et katalog af materielle patientrettigheder for frihedsberøvede patienter såsom ret til enestue, tilbud om beskæftigelse og undervisning, udgang m.v. Som nævnt blev der under behandlingen af forslaget i Folketinget kun foretaget en mindre ændring i affattelsen af § 2, idet ordet »psykiatrisk« udgik.

Psykiatrilovsundersøgelsen peger på, at udviklingen i perioden fra 1991-93 har vist, at mange psykiatriske afdelinger ikke lever op til de mål for god sygehusstandard, der blev opstillet i forbindelse med vedtagelsen af psykiatriloven. I de undersøgte år har der således været mangel på enestuer og opholds- og besøgsrum, og man har også kun i begrænset omfang kunnet tilbyde beskæftigelse og undervisning og adgang til mindst en times udgang dagligt i frisk luft. Udviklingen har ifølge psykiatrilovsundersøgelsen også vist, at der er en sammenhæng mellem omfanget af tvangsansværelsen og de fysiske rammer, som behandlingen af sindslidende foregår under, idet overbelægning og personalemangel har ført til øget anvendelse af tvang, for hurtig udskrivning og indskrænkning i de goder, som frihedsberøvede patienter bør have ret til.

Udviklingen efter 1993 er bl.a. belyst i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende de fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger, som Sundhedsministeriet i foråret 1996 i samarbejde med Amtsrådsforeningen og H:S (Hovedstadens Sygehusfællesskab) har gennemført som led i opfølgningen på økonomiaftalen med amterne for 1996.

Resultaterne af undersøgelsen dokumenterer bl.a., at 42 pct. af alle psykiatriske senge på undersøgelsestidspunktet findes på enestuer. Heraf er langt de fleste værelser uden eget bad og toilet (85 pct). Det fremgår endvidere af undersøgelsen, at en betydelig andel af de psykiatriske afdelinger er beliggende i den ældre del af bygningsmassen.

Undersøgelsen fastslår herudover, at knap halvdelen af alle psykiatriske senge findes på tosenstuer, og mere end hver tiende seng er på stuer med flere end to senge.

På de psykiatriske afdelinger er der ifølge undersøgelsen alle steder opholdsrum for patienterne. Der er imidlertid ikke separat opholdsrum for hvert sengeafsnit.

Det fremgår ligeledes af undersøgelsen, at 4 ud af 5 psykiatriske afsnit har et udendørsareal, således at

patienterne kan komme ud i fri luft. 3 ud af 4 lukkede afsnit har tilknyttet et sikret udendørsareal. Generelt er patienternes adgang til fri luft således dårlige, hvis patienternes tilstand kræver et sikret udendørsareal, end hvis dette ikke er tilfældet.

En undersøgelse af amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs anlægsudgifter i perioden 1992 til 1995 viser en betydelig forøgelse af anlægsudgifterne til de psykiatriske afsnit og distriktskykiatrien. De årlige anlægsudgifter steg i perioden fra 106 mio. kr. til 132 mio. kr., hvilket svarer til en stigning på ca. 25 pct.

Denne tendens bekræftes af Sundhedsministeriets undersøgelse af de fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger.

Ud af samtlige moderniseringer (defineret som den seneste modernisering), der er gennemført på de lukkede psykiatriske sengeafsnit, er 83 pct. af disse gennemført i perioden 1990 til 1996. Af samtlige moderniseringer gennemført over tid på de åbne psykiatriske afsnit er ca. 53 pct. gennemført i samme tidsrum.

Selv om der således i de seneste år er gennemført forbedringer, må de fysiske rammer på en betydelig del af de psykiatriske afdelinger fortsat anses for utilfredsstillende.

Regeringen finder, at der klart er behov for en fortsat øget indsats, herunder ikke mindst med hensyn til de bygningsmæssige forhold. Det er naturligt, at forbedringerne gennemføres i et samarbejde med de ansvarlige sygehusmyndigheder, hvor der indgås mere præcise aftaler om de mål, der skal nås.

Regeringen har da også i april 1997 indgået en aftale med Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende, jf. bilag 1 til lovforslaget.

Sygehusstandarder har en helt anden og vigtigere betydning for behandlingsforløbet på det psykiatriske område end på det somatiske område. Gode bygningsmæssige forhold, aktivitetsmuligheder m.v. er en væsentlig forudsætning for, at der kan skabes trygge og rolige forhold på de psykiatriske afdelinger. Det er bl.a. vigtigt, at de bygningsmæssige forhold er indrettet på en sådan måde, at der er mulighed for, at patienter kan få lov til at være i fred og have et privatliv, efter omstændighederne på en enestue. Dette gælder ikke mindst på afdelinger med opkørte, urolige eller voldsomme patienter, hvor manglende mulighed for at adskille patienterne kan føre til situationer, hvor tvangsansværelse bliver nødvendig.

Justitsministeriet finder på den baggrund, at der som led i lovrevisionen kan være grund til at understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene

F. t. l. vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien m.v.

på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold. Justitsministeriet foreslår derfor en ny affattelse af § 2, således at sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Den målsætning, som den foreslåede bestemmelse indebærer, forudsættes gennemført ved en udmøntning af den ovennævnte aftale, som regeringen og Amtrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner i april 1997 har indgået om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende.

Aftalen mellem regeringen og Amtrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner indeholder bl.a. en række tilkendegivelser vedrørende de mål og forventninger, som parterne har til udbygningen af tilbudene til sindslidende på sundhedsområdet i de nærmest kommende år.

I aftalen indgår en udmøntning af den statslige bevilling på 400 mio. kr., der er afsat på finansloven for 1997 til over 3 års perioden 1997-1999 at forbedre forholdene på de psykiatriske sygehuse og afdelinger. Hovedparten af de statslige bevillinger udmøntes som tilskud med op til 40 pct. af de amtskommunale, incl. Hovedstadens Sygehusfællesskabs, anlægsudgifter.

For så vidt angår *behandlingskapaciteten* er der enighed om, at der skal være balance i kapaciteten mellem sociale tilbud og tilbud i sundhedsvæsenet. Sengekapaaciteten skal tilrettelægges således, at belægningsprocenten på den enkelte afdeling ikke hyppigt eller i længere perioder ligger over det normerede. Der er endvidere enighed om, at antallet af psykiatriske senge ikke reduceres uden tilsvarende oprettelse af døgnpladser i den sociale sektor.

Om *de fysiske rammer* anføres i aftalen, at det fysiske miljø har indflydelse på resultatet af behandlingen på psykiatriske afdelinger. Erfaringen viser, at især psykiatriske patienter har brug for rum omkring sig, og at god plads navnlig på lukkede afdelinger nedsætter affektudbrud og aggressivitet.

Endvidere fremhæves vigtigheden af, at indretningen af psykiatriske afdelinger er så bolignende og imødekommende som muligt med høj prioritering af dagslysarealer og moderne indretning. Indretningen bør være overskuelig og bestræbe sig på at være rummelig og give god plads til den enkelte patient. Det gælder både i den akutte fase og i den efterfølgende behandlingsfase.

Der er på den baggrund enighed om, at de kommunale parter i de kommende år fortsætter og forstærker indsatsen for at forbedre de fysiske rammer på de psykiatriske sygehuse og afdelinger. Af den statslige bevilling på 400 mio. kr. er der afsat et beløb på 300 mio. kr., hvoraf der kan ydes tilskud til forbedring af de fysiske rammer.

Af disse 300 mio. er der foretaget en foreløbig fordeling, således at 200 mio. søges anvendt til at støtte etablering af enestuer, mens 100 mio. søges anvendt som tilskud til moderniseringer i øvrigt.

Ifølge den undersøgelse, som Sundhedsministeriet gennemførte i foråret 1996 i samarbejde med Amtrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, findes der i alt 4.148 psykiatriske heldøgnsenge på landets psykiatriske afdelinger. Ca. 42 pct. heraf (1742 senge) er placeret på *enestuer*. Dækningsgraden med enestuer er størst på de retspsykiatriske og langtidpsykiatriske afsnit, hvor henholdsvis ca. 65 pct. og 58 pct. af sengene findes på enestuer. Dækningsgraden er lavest på de almen åbne psykiatriske og gerontopsykiatriske afsnit. På de lukkede afsnit findes ca. halvdelen af sengene på enestuer.

Ifølge aftalen er det målsætningen, at alle patienter skal have tilbud om *enestue*. Da under halvdelen af landets psykiatriske senge er placeret på enestuer, må der påregnes en længere etableringsperiode, for dette mål er nået. Der er i den forbindelse enighed om, at de kommunale parter i de nærmeste år gør en målrettet indsats for at udvide antallet af enestuer væsentligt.

Aftalen vil ved en fuld udnyttelse af de 200 mio., der er afsat til at støtte etablering af enestuer, betyde, at der etableres enestuer for ½ mia. kr. Antallet af enestuer forventedes på den baggrund at kunne øges med mindst 400 i perioden 1997-99. Det kan imidlertid nu konstateres, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab i perioden planlægger at øge antallet af enestuer med 600-800.

For så vidt angår *fællesarealer, beskæftigelse og undervisning* er parterne enige om en målsætning om, at alle patienter skal have mulighed for mindst ét miljøsift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt. Der skal være adgang til fællesarealer, f.eks. beskæftigelsesterapi, undervisningslokaler, udendørsareal, mulighed for udøvelse af sport eller anden fysisk udfoldelse samt dagligstue eller TV-stue.

Der er i aftalen opnået enighed om at arbejde for at udvide uddannelseskapaciteten på det psykiatriske område med henblik på at sikre de nødvendige *personaleressourcer* i forbindelse med den psykiatriske behandling og pleje. Der er enighed om, at en differentieret og veluddannet personalegruppe er af

gørende for såvel opretholdelsen som udviklingen af kvaliteten i den psykiatriske behandling. Der er endvidere enighed om at arbejde hurtigst muligt for at udvide uddannelseskapaleten for speciallæger i psykiatri til et niveau, der sikrer, at behovet for denne gruppe af fagpersonale bl.a. på de psykiatriske afdelinger kan imødekommes.

Der er på den baggrund afsat 50 mio. kr. af den statslige bevilling på 400 mio. kr. til tilskud i forbindelse med oprettelse af nye uddannelsesstillinger på området. Af de 50 mio. kr. vil der også kunne ydes tilskud til etablering af specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje.

Af aftalen fremgår desuden, at parterne er enige om, at gennemførelsen af aftalen følges nøje. Endvidere gør Socialministeriet og Sundhedsministeriet fortsat årligt status over udbygningen af tilbuddene til sindslidende på baggrund af indberetninger fra amter, Hovedstadens Sygehusfællesskab og kommuner. Redegørelsen vedrørende den årlige status sendes til Folketinget.

5. Klageordningen

5.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Den gældende klageordning indebærer bl.a., at klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes for *byretten* i første instans med mulighed for anke til landsretten, jf. psykiatrilovens § 34 og retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering behandles i første instans af de *lokale patientklagenævne*, jf. psykiatrilovens §§ 35-36. Patientklagenævnets afgørelser kan påklages til *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*, jf. psykiatrilovens § 38. Er sådanne klager tillige rettet mod bestemte sundhedspersoners faglige virksomhed, behandles også denne del af klagen af det lokale patientklagenævn med klageadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. herom pkt. 6.2. nedenfor.

Klager, der alene angår sundhedspersoners faglige virksomhed, skal indbringes direkte for *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*, jf. § 12, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 397 af 10. juni 1987 med senere ændringer om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (centralstyrelsesloven).

Klager over personalets adfærd i øvrigt skal rettes til arbejdsgiveren, dvs. *sygehusmyndigheden* (vedkommende amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab).

Efter psykiatrilovens § 12, stk. 1, må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der opfyld-

der betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10, jf. § 5. Patientklagenævnet skal derfor ved efterprøvelsen af en beslutning om tvangsbehandling tage stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Hvis patienten i forbindelse med en klage over tvangsbehandling også har klaget over, at den pågældende er blevet tvangstilbageholdt, jf. psykiatrilovens § 34, skal patientklagenævnet således tage stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, på et tidspunkt, hvor spørgsmålet om tvangstilbageholdelse også verserer ved domstolene.

Klagesystemets indretning indebærer således, at retten og patientklagenævnet uafhængigt af hinanden skal påse, at de samme betingelser for et tvangsindgreb er opfyldt. I sådanne tilfælde kan patientklagenævnet ikke udsætte behandlingen af klagen over tvangsbehandling, indtil retten har truffet afgørelse om tvangstilbageholdelsens lovlighed. Det skyldes, at klage over tvangsbehandling normalt har opsættende virkning, jf. psykiatrilovens § 32, stk. 3, og afsnit 6.1. nedenfor, og at behandlingen af klagen over tvangsbehandling derfor skal fremskyndes mest muligt. Det kan f.eks. føre til, at en tvangsbehandling, som patientklagenævnet har godkendt, efterfølgende må anses for ulovlig, fordi retten ikke finder, at betingelserne for tvangstilbageholdelse har været opfyldt.

Til illustration kan i den forbindelse henvises til en dom fra Østre Landsret, offentliggjort i Ugeskrift for Retsvæsen 1993 s. 178. I sagen blev patienten tvangsindlagt på behandlingsindikation den 3. juli 1992, og den 6. juli 1992 klagede den pågældende over frihedsberøvelsen. Den 24. juli 1992 godkendte patientklagenævnet overlægens beslutning om tvangsmedicinering, og den 27. august 1992 godkendte byretten frihedsberøvelsen. Ved landsrettens dom den 9. oktober samme år blev det fastslået, at både frihedsberøvelse og tvangsbehandling (i form af tvangsmedicinering) havde været ulovlig, fordi det ikke var godtgjort, at betingelserne for frihedsberøvelse i psykiatrilovens § 5 havde været opfyldt.

Ved Højesterets dom, offentliggjort i Ugeskrift for Retsvæsen 1997 s. 853, blev landsrettens dom imidlertid ændret, idet det blev fastslået, at betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrilovens § 5, nr. 1, havde været opfyldt. Endvidere blev landsrettens afgørelse om tvangsmedicineringens ulovlighed ophævet, idet det blev antaget, at prøvelse af lovligheden af en tvangsmedicinering ikke kan inddrages under en sag anlagt i medfør af retsplejelovens kapitel 43 a.

I psykiatrilovsundersøgelsen peges der på, at den delte klagevej er uhensigtsmæssig og vanskelig at

overskue, jf. bl.a. afsnit 3.5. og 3.7. ovenfor. Det kan derfor overvejes at forenkle klageordningen, således at klage over alle former for tvangsanvendelse behandles af samme myndighed. I afsnit 5.2. nedenfor redegøres for baggrunden for, at klageordningen er delt mellem patientklagenævn og domstole, og i afsnit 5.3. redegøres for Justitsministeriets overvejelser.

5.2. Baggrunden for den gældende ordning

Efter § 9 i den tidligere gældende lov fra 1938 om sindssyge personers hospitalsophold (sindssygeloven) kunne afgørelser om tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling påklages til Justitsministeriet, der inden 1 måned skulle tage stilling til klagen. I praksis blev der indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, inden Justitsministeriet traf afgørelse i sagen. Tilsvarende gjaldt med hensyn til klager over tvangsindlæggelse. Godkendte Justitsministeriet overlægens afgørelse om frihedsberøvelse, kunne patienten begære spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed indbragt for domstolene efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Det indebar bl.a., at Justitsministeriet inden 5 søgnedage efter begæringens fremsættelse skulle indbringe sagen for byretten på patientens hjemsted. Under en sådan sag kunne også spørgsmål om erstatning i anledning af frihedsberøvelsen pådømmes. Endvidere kunne byrettens afgørelse ankes til landsretten.

Klager over rent lægelige spørgsmål, f.eks. valg af behandlingsform eller metode, bivirkninger og lægefejl samt over eventuel tvangsbehandling og brug af tvangsmidler henhørte tidligere under Sundhedsstyrelsen, men disse klager blev med virkning fra den 1. januar 1988 overført til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. pkt. 5.1. ovenfor. Eventuelle erstatningskrav skulle fortsat rettes mod den ansvarlige sygehusmyndighed, normalt vedkommende amtskommune, der som ansvarlig for driften hæfter for eventuelle fejl begået af ansatte, herunder læger. Klager over andre forhold, f.eks. personalets optræden og de forhold, hvorunder patienten må opholde sig på et sygehus, henhørte også fortsat under vedkommende amtskommune som ansvarlig sygehusmyndighed.

Spørgsmålet om udformningen af den fremtidige klageordning i psykiatriloven blev indgående overvejet i det *lovforberedende udvalg*, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 439 ff. og betænkning nr. 1109/1987 s. 11 f. og s. 97 ff. *Flertallet* foreslog, at der i hver amtskommune oprettes mindst ét lokalt patientklagenævn, der i første instans behandler klager over alle former for tvangsanvendelse, dvs. frihedsberøvelse,

tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering (samt klager over forsøgsbehandling). Nævnet skulle endvidere have kompetence til bl.a. gennem uanmeldte besøg på de psykiatriske afdelinger at føre tilsyn med visse forhold, der har forbindelse med de sager, som nævnet fik kompetence til at behandle. Hvert nævn skulle bestå af en dommer som formand og to andre medlemmer beskikket efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer. De lokale nævns afgørelser om frihedsberøvelse kunne efter flertallets forslag indbringes for domstolene efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Nævnets andre afgørelser kunne indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Mindretallet foreslog, at klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes direkte for domstolene efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a, dvs. uden forudgående administrativ klagesagsbehandling. Klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering skulle efter mindretallets forslag indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn på samme måde som alle andre patienters klager over behandlingen i sygehusvæsenet.

Ved udformningen af den nugældende lov fandt Justitsministeriet, at frihedsberøvelse er et så alvorligt indgreb, at det af retssikkerhedsmæssige grunde må foretrækkes, at sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter begæring så hurtigt som muligt indbringes direkte for en domstol. Efter Justitsministeriets opfattelse kan det ikke undgås, at en forudgående administrativ lokal behandling af en sådan sag medfører forsinkelser af den retlige prøvelse, uanset hvor smidigt og effektivt den administrative behandling tilrettelægges. Justitsministeriet tiltrådte derfor mindretallets opfattelse på dette punkt.

For så vidt angår klager over anden tvangsanvendelse stillede man ved genfremsættelsen af lovforslaget den 26. oktober 1988, jf. Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, sp. 2035-2108, forslag om, at sådanne klager i første instans afgøres af lokale patientklagenævne. Lovforslaget svarede på dette punkt til indstillingen fra flertallet i det lovforberedende udvalg bortset fra, at man i lovforslaget foreslog statsamtmanden som formand for nævnet i stedet for en dommer. Man lagde vægt på, at en sådan ordning faldt i tråd med den nyere tendens i lovgivningen, hvorefter administrative sager, herunder klagesager, som udgangspunkt behandles så lokalt som muligt. Endvidere blev klagerens og patientrådgiverens mulighed for personligt at møde for klageinstansen og gøre deres synspunkter gældende tillagt særlig be-

tydning. Der blev også lagt vægt på, at en lokal klagesagsbehandling må antages at ske hurtigere end en central behandling. Endelig blev muligheden for, at det lokale klagenævn i forbindelse med behandlingen af en konkret klagesag kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling, tillagt væsentlig betydning for kontrollen med anvendelsen af tvang.

Justitsministeriets forslag blev vedtaget, således at klageordningen i dag er den, at klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse behandles af domstolene, mens klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering behandles af de lokale patientklagenævne med klageadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

5.3. Justitsministeriets overvejelser

Som nævnt peger psykiatrilovsundersøgelsen på, at den opsplitning af klagesystemet, som den gældende ordning indebærer, har gjort klagesystemet uhensigtsmæssigt og vanskeligt at overskue. Det anføres i den forbindelse, at det er en ulempe ved klagesystemet, at patientklagenævnet og domstolene uafhængigt af hinanden skal tage stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, når der er samtidig er klaget over tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling. Det anføres endvidere, at det synes uhensigtsmæssigt, at patientklagenavnets godkendelse af en tvangsbehandling efterfølgende kan blive underkendt som følge af efterprøvelsen af beslutningen om frihedsberøvelse, fordi retten ikke finder, at betingelserne for tvangstilbageholdelse har været opfyldt.

Det kan på den baggrund overvejes at ændre klageordningen, således at klager over alle former for tvangsbehandling indbringes for *de lokale patientklagenævne* i første instans.

Til fordel for at samle klagerne i de lokale patientklagenævne kan det anføres, at man herved opnår, at det er den samme myndighed, der i 1. instans tager stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, uanset om klagen angår frihedsberøvelse eller tvangsbehandling.

En sådan klageordning vil også virke mere overskuelig og enkel og vil formentlig af patienterne kunne opleves som lettere tilgængelig end en ordning, hvor klagevejene er adskilte.

Heroverfor kan anføres de retssikkerhedsmæssige synspunkter, der ligger bag den gældende ordning, hvorefter klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse henhører direkte under domstolene uden en forudgående administrativ klagesagsbehandling.

Efter grundlovens § 71, stk. 6, har patienter krav på at få prøvet lovligheden af en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse ved de almindelige domstole eller anden dømmende myndighed. Får patientklagenævnet kompetence til i første instans at tage stilling til klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, skal patienten således stadig have mulighed for at få patientklagenavnets afgørelse om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse prøvet ved domstolene. Henlægges klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse til patientklagenavnene i første instans, vil det betyde, at der vil gå længere tid, inden patienten kan få sagen pådømt af en domstol.

Ved vurderingen af et forslag om at udvide patientklagenavnets kompetence til også at omfatte klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse skal det endvidere tages i betragtning, at behandlingen af sager om frihedsberøvelse ved retten normalt foregår således, at der foretages bevisførelse med afhøring af vidner og dokumentation af sagkyndige erklæringer, herunder også fra Retslægerådet, der er indhentet til brug for sagens behandling, inden retten afgør sagen.

En udvidelse af patientklagenavnets kompetence til også at omfatte klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse kan også føre til, at behandlingen af klager over tvangsbehandling med opsættende virkning forsinkes i de tilfælde, hvor nævnet i forbindelse med den samme klage både skal tage stilling til tvangstilbageholdelse og til tvangsbehandling. Som det fremgår af afsnit 6.1.1. nedenfor, er det en af psykiatrilovsundersøgelsens hovedkonklusioner, at patientklagenavnets sagsbehandlingstid er for lang i de tilfælde, hvor der er klaget over tvangsbehandling, og klagen er tillagt opsættende virkning. En udvidelse af patientklagenavnets kompetence kan derfor komme i modstrid med ønsket om at fremskynde behandlingen af sådanne klager mest muligt.

I stedet for at henlægge behandlingen af klager over alle former for tvangsbehandling til de lokale patientklagenævne kunne det overvejes at samle klagerne ved *domstolene*.

Dette vil imidlertid næppe være en hensigtsmæssig løsning. Det skyldes bl.a., at klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering er sagstyper, der – bl.a. på grund af procesformen – ikke egner sig umiddelbart til behandling ved domstolene i 1. instans.

Ved udformningen af den nugældende klageordning ved patientklagenavnene blev der endvidere lagt vægt på, at både lægesagkundskab og bruger-synspunkter i bred forstand skulle være repræsente-

ret i klageinstansen. Disse hensyn vil vanskeligt kunne tilgodeses, hvis samtlige klager skal behandles ved domstolene.

Det kan på den baggrund overvejes at etablere et nyt klagesystem, der erstatter både patientklagenævne og domstolene. Som nævnt ovenfor giver udtrykket »anden dømmende myndighed« i grundlovens § 71, stk. 6, mulighed for, at klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse eventuelt kan behandles ved særdomstole. Gennemførelsen af et sådant forslag rejser imidlertid en række principielle spørgsmål. Justitsministeriet har derfor ikke ment at burde stille forslag om oprettelse af særdomstole til behandling af denne type sager.

Selv om den nugældende delte klageordning kan anses for en afbalanceret løsning af de modstående hensyn, der gør sig gældende, er det Justitsministeriets konklusion, at der bør ske en forenkling af klagesystemet, således at alle klager over tvang i første instans samles hos den samme myndighed. Efter Justitsministeriets opfattelse bør denne myndighed være det lokale patientklagenævn.

Der stilles derfor forslag om, at alle klager over tvangsansendelse, herunder også klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, i første instans behandles af de lokale patientklagenævne. Om forslagens nærmere indhold henvises til bemærkningerne til de enkelte bestemmelser nedenfor.

Om Justitsministeriets overvejelser og forslag vedrørende styrkelse af patientklagenævnenes klagesagsbehandling henvises til pkt. 6 nedenfor.

6. Behandlingen af klager ved de lokale patientklagenævne og domstolene

I dette afsnit drøftes en række spørgsmål, der vedrører de lokale patientklagenævns behandling af klager. I afsnit 6.1. overvejes den opsættende virkning af klager over tvangsbehandling, herunder spørgsmålet om indførelse af en absolut frist for patientklagenævnets behandling af sådanne klagesager. I den forbindelse overvejes også at ændre retsplejeloven med henblik på at fremskynde domstolenes behandling af sager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse mest muligt. I afsnit 6.2. drøftes patientklagenævnets saglige kompetence med hensyn til valg af præparat og dosering i forbindelse med klager over tvangsmedicinering. Endvidere behandles i afsnit 6.3. spørgsmålene om patientrådgiverens og overlægens deltagelse i patientklagenævnets møder og patientklagenævnets mødested. Endelig overvejes det i afsnit 6.4, om patientklagenævne skal tillægges en generel tilsynskompetence.

6.1. Opsættende virkning af klage over tvangsbehandling og spørgsmålet om sagsbehandlingsfrister

6.1.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 32, stk. 2, har klager over beslutninger om tvangsansendelse ikke opsættende virkning. Det indebærer, at tvangsindgrebet kan foretages, selv om patienten eller patientrådgiveren har klaget eller ønsker at klage over indgrebet. Efter psykiatrilovens § 32, stk. 3, har klage over beslutning om tvangsbehandling dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Bestemmelsen indebærer, at klager over tvangsbehandling normalt fører til, at tvangsbehandlingen må udsættes, indtil patientklagenævnet har truffet afgørelse. Bestemmelsen medfører dog også, at en klage i visse særlige tilfælde ikke har opsættende virkning, hvilket bl.a. skal ses i lyset af de hjælpepligter, der følger af lægeloven og straffeloven, jf. herom Folketingstidende 1988-89, Tillæg B, sp. 1355-1356.

Psykiatrilovsundersøgelsen viser, at den opsættende virkning ofte fører til, at patienter er ubehandlede i flere uger bl.a. med den følge, at de bliver mere syge og urolige i den tid, hvor man afventer klagenævnets afgørelse. Det skal endvidere tages i betragtning, at der også forud for en beslutning om tvangsbehandling kan være gået længere tid, hvor man har forsøgt at opnå patientens frivillige medvirken til behandlingen.

6.1.2. Baggrunden for den gældende ordning

Reglerne om opsættende virkning af klager over tvangsbehandling har nøje sammenhæng med spørgsmålet om, hvornår der kan anvendes tvang. Dette spørgsmål blev indgående overvejet af det lovforberevende udvalg, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 36-37, s. 279 ff. og s. 355 ff., samt betænkning nr. 1109/1987 s. 28 og 96. Baggrunden for, at et enigt udvalg anbefalede, at klager over tvangsbehandling normalt tillægges opsættende virkning, var, at tvangsbehandling er af så indgribende karakter, at patienten som udgangspunkt bør have mulighed for at få en klageinstans uden for den psykiatriske afdeling til at vurdere, om behandlingen bør gennemføres mod patientens ønske.

Som resultat af overvejelserne blev der i udvalgets lovudkastet indsat en bestemmelse om, at klage over beslutning om tvangsbehandling har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte vedkommendes liv eller helbred for væsentlig fare. Den-

ne bestemmelse blev også optaget i det endelige lovforslag og vedtaget i uændret form af Folketinget.

6.1.3. Justitsministeriets overvejelser

Som nævnt i afsnit 6.1.1. ovenfor, medfører det forhold, at iværksættelse af behandling som følge den opsættende virkning må afvente klagenævnets afgørelse, at patienterne i ventetiden ofte bliver mere syge og urolige. Hertil kommer, at der forud for en beslutning om tvangsbehandling kan være gået længere tid med at søge at opnå patientens frivillige medvirken til behandlingen. Det kan på den baggrund overvejes at ophæve psykiatrilovens § 32, stk. 3, således at klager over tvangsbehandling i lighed med klager over andre former for tvangsansendelse ikke har opsættende virkning, jf. § 32, stk. 2.

For en sådan løsning kan tale, at den bl.a. giver mulighed for med det samme at iværksætte behandling af patienter, der er frihedsberøvede på grund af et påtrængende behandlingsbehov. En afskaffelse af den opsættende virkning vil endvidere medvirke til, at man kan undgå at skulle tvangsfiksere patienten i ventetiden eller give den pågældende beroligende indsprøjtninger. De eventuelle betænkeligheder ved en sådan afskaffelse må i øvrigt vurderes i sammenhæng med, at erfaringerne fra psykiatrilovsundersøgelsen viser, at beslutning om tvangsbehandling alligevel bliver godkendt i hovedparten af klagesagerne ved patientklagenævne, jf. afsnit 3.4. ovenfor. Endelig har en afskaffelse af den opsættende virkning alene den betydning, at der ikke foretages en *forudgående* prøvelse af beslutningen. Patienten vil fortsat have adgang til at få efterprøvet tvangsbehandlingen ved klagenævnet.

Heroverfor kan det anføres, at det under hensyn til den indgribende karakter af tvangsbehandling er af væsentlig retssikkerhedsmæssig betydning for patienten, at den pågældende har mulighed for – inden behandlingen er gennemført – at få en klageinstans uden for den psykiatriske afdeling til tage stilling til, om tvangsbehandling bør gennemføres.

En mellemløsning kunne være at ændre på kriterierne for, hvornår en klage tillægges opsættende virkning, således at man fastholder princippet om opsættende virkning af klager over tvangsbehandling samtidig med, at man udvider adgangen til at tvangsbehandle, selv om patienten klager.

I vurderingen af, om der er behov for en sådan mellemløsning, må indgå, at der allerede under den nugældende ordning er mulighed for at tvangsbehandle i et ikke ubetydeligt omfang, selv om patienten klager, jf. afsnit 6.1.2. ovenfor.

Justitsministeriet finder, at den opsættende virkning af klage over beslutning om tvangsbehandling

er en væsentlig retssikkerhedsgaranti for patienter. Justitsministeriet finder derfor ikke tilstrækkeligt grundlag for helt at afskaffe bestemmelsen om opsættende virkning.

Samtidig kan der efter Justitsministeriets opfattelse foreligge sådanne tungtvejende modhensyn, at tvangsbehandling må iværksættes her og nu, uanset om patienten klager over beslutningen. Efter den nugældende bestemmelse i lovens § 32, stk. 3, har en klage ikke opsættende virkning, hvis omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. I praksis har der måske været en tendens til at tillægge klage opsættende virkning i videre omfang end fastsat ved loven. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund udsende en vejledning, hvor det præciseres, i hvilke tilfælde klage har opsættende virkning, og i hvilke tilfælde en klage ikke har den virkning.

Justitsministeriet finder, at der herudover bør skabes hjemmel til ikke at tillægge en klage opsættende virkning, hvis behandling er nødvendig for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Dette forslag er ikke alene begrundet i hensynet til andre, herunder personale og medpatienter, men også i hensynet til den pågældende patient selv. Dette skyldes bl.a., at alternativet til behandling i de fleste af disse tilfælde vil være anvendelse af andre former for tvang over for patienten i ventetiden, herunder navnlig tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin. Der henvises i øvrigt til forslaget til ændring af § 32, stk. 3, og bemærkningerne hertil.

Specielt om sagsbehandlingsfrist for patientklagenævnet

For så vidt angår de tilfælde, hvor klage over beslutning om tvangsbehandling fortsat har opsættende virkning, bør det sikres, at nævnet hurtigt tager stilling, således at patienten ikke i de tilfælde, hvor betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, lades ubehandlet i længere tid efter, at der er klaget over den påtænkte tvangsbehandling. Efter den nugældende ordning skal patientklagenævnet træffe afgørelse snarest muligt, og er afgørelsen ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 3. Den nugældende ordning indeholder ikke noget krav om, at afgørelsen skal være truffet inden 14 dage efter sagens indbringelse. Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår dog, at der i praksis bør træffes afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse. Især klager over forestående tvangsbehandling forudsættes un-

der hensyn til den opsættende virkning behandlet og afgjort særlig hurtigt, jf. Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, sp. 2097.

Justitsministeriet finder, at der er behov for at sikre en hurtig behandling af klager med opsættende virkning i højere grad, end det er sket i den nugældende lov. Justitsministeriet foreslår på den baggrund en absolut sagsbehandlingsfrist for patientklagenævnet på 7 hverdage for denne type klagesager, jf. forslaget til ny § 36, stk. 3, og bemærkningerne hertil.

En sådan kort frist forudsætter bl.a., at den lægeerklæring, der indgår i nævnets behandling, er fyldestgørende, således at der ikke bliver behov for at indhente supplerende erklæringer. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund udsende en vejledning om kravene til indholdet af erklæringer, der udarbejdes til brug for nævnetsbehandling, herunder også erklæringer i sager om tvangsbehandling med opsættende virkning.

Andre klagesager skal som hidtil afgøres snarest muligt. Har patientklagenævnet ikke truffet afgørelse inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Specielt om sagsbehandlingsfrist for domstolene

Som det fremgår af afsnit 5.3. ovenfor, foreslås det, at alle klager over tvang, herunder også tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, skal indbringes for patientklagenævnet i 1. instans. Endvidere skal patientklagenævnets afgørelser om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter begæring kunne indbringes for domstolene efter retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Det må i den forbindelse overvejes, om der bør foreslås ændringer om domstolenes behandling af disse sager.

Der er hverken i retsplejelovens kapitel 43 a eller i psykiatriloven fastsat nærmere regler for, hvor hurtigt retten skal afsige dom i sager om klage over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Det er imidlertid forudsat, at sådanne sager fremmes med den fornødne hurtighed. Det kan på den baggrund overvejes at ændre reglerne for behandlingen af sager om administrativt bestemt frihedsberøvelse med henblik på yderligere at fremskynde behandlingen af sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse ved domstolene.

En mulighed kunne i den forbindelse være at indføre en sagsbehandlingsfrist for rettens behandling af klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Til fordel for et sådant forslag kan anføres,

at det falder i tråd med forslaget om at fastsætte en frist for sagsbehandlingen af klager over tvangsbehandling med opsættende virkning, jf. afsnit 6.1.3. ovenfor.

Sagsbehandlingen ved domstolene egner sig imidlertid næppe til at blive undergivet en absolut sagsbehandlingsfrist. Det skyldes bl.a., at den er mere formel og tidkrævende end sagsbehandlingen ved patientklagenævnene. Som nævnt i afsnit 5.3. ovenfor, beskikkes der normalt advokat i forbindelse med rettens behandling, ligesom der foretages bevisførelse, hvori der normalt indgår afhøring af vidner og dokumentation af indhentede erklæringer fra sagkyndige, herunder Retslægerådet, inden retten træffer afgørelse i sagen.

Efter Justitsministeriets opfattelse bør man på den baggrund afstå fra at indføre en absolut frist for behandlingen af klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse ved domstolene. Justitsministeriet finder dog, at der ved forberedelsen af sådanne sager i lighed med andre sager om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse kan være grund til at være særligt opmærksom på, at sagen fremmes mest muligt. Dette gør sig ikke mindst gældende i de foreliggende tilfælde, hvor sagerne om frihedsberøvelse allerede har været undergivet en administrativ klagesagsbehandling ved de lokale patientklagenævn. I disse tilfælde er der således et særligt behov for at sikre, at der ikke går for lang tid, inden patienten får rettens afgørelse. Det gælder navnlig, hvis patienten fortsat er frihedsberøvet på det tidspunkt, hvor sagen er indbragt for retten.

Justitsministeriet foreslår på den baggrund, at der i retsplejelovens § 470, stk. 3, om tidspunktet for sagens foretagelse indføjes en bestemmelse, hvorefter dommeren i øvrigt påser, at sagen fremmes mest muligt. Der henvises i den forbindelse til lovforslagets § 2, nr. 3.

6.2. Patientklagenævnets saglige kompetence i forbindelse med klager over tvangsbehandling

6.2.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 36 omfatter patientklagenævnets saglige kompetence klager over tvangsbehandling, jf. §§ 12 og 13, tvangsfiksering, jf. §§ 14-16, fysisk magtanvendelse, jf. § 17, og beskyttelsesfiksering, jf. § 18. Nævnets afgørelse kan gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette, f.eks. fordi lovens betingelser for dets foretagelse ikke er opfyldt. Ved klage over beslutning om tvangsbehandling kan nævnet godkende eller tilsidesætte beslutningen. Hvis klagen ikke kun omfatter indgrebet som sådant, men

også er rettet mod den eller de sundhedspersoner, der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, kan nævnet samtidig tage stilling til, om der er grundlag for at udtale kritik over for den pågældende, jf. § 15 i bekendtgørelsen om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævne. Har klagen over den faglige virksomhed ikke forbindelse med tvangsindgrebets foretagelse, behandles klagen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. afsnit 5.1. ovenfor.

Om den saglige kompetence ved klage over tvangsbehandling fremgår det af forarbejderne til den gældende lov, at nævnets kompetence ikke er begrænset til en efterprøvelse af, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, jf. § 12, stk. 1, og en bedømmelse af den tvang, der i givet fald er anvendt, jf. § 12, stk. 3, 2. pkt. Nævnet er også beføjet til at tage stilling til selve det lægelige indhold af behandlingen, herunder valg af præparat og dosering, jf. § 12, stk. 2, og § 4, og Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, sp. 2095.

I psykiatrilovsundersøgelsen peges der på, at patientklagenævnene med henblik på visse spørgsmål kan have behov for at få tilført yderligere psykiatrisk sagkundskab. Der henvises i den forbindelse til, at patientklagenævnene kan have behov for psykiatrisk viden, når man ved behandlingen af klager over bl.a. tvangsbehandling tager stilling til det lægelige indhold af en tvangsmedicinering, jf. afsnit 3.5. ovenfor.

6.2.2. Baggrunden for den gældende ordning

Som nævnt i afsnit 5.2. ovenfor henhørte klager over rent lægelige spørgsmål tidligere under Sundhedsstyrelsen, men blev med virkning fra den 1. januar 1988 overført til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Spørgsmålet om behandlingen af sager om lægeansvar i forbindelse med tvangsbehandling blev drøftet indgående i det udvalg, der forberedte psykiatriloven, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 451-453. Udvalget indstillede, at klageinstansen ikke behandler klager over eventuelle lægefejl, der har medført skader, for hvilke patienten kræver erstatning, men alene tager stilling til, om betingelserne for tvangsanvendelse har været opfyldt, og om den rette fremgangsmåde er fulgt. Det er da også baggrunden for, at patientklagenævnet ikke har beføjelse til at afgøre eventuelle erstatningsspørgsmål i forbindelse med tvangsbehandling, men alene kan godkende eller tilsidesætte en beslutning om tvangsbehandling og eventuelt udtale kritik over for nærmere angivne medicinalpersoner, jf. afsnit 6.2.1. ovenfor.

Sammenhængen mellem den behandlende læges ansvar for den behandling, der ydes, og patientklagenævnets kompetence til at vurdere sundhedsper-

soners faglige virksomhed ved klage over tvangsbehandling, ses ikke at have givet anledning til særlige overvejelser hos det flertal i udvalget, der udtalte sig til fordel for patientklagenævnsmodellen, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 469, jf. s. 465, og afsnit 5.2. ovenfor.

6.2.3. Justitsministeriets overvejelser

Det kan i lyset af psykiatrilovsundersøgelsen overvejes at ændre reglerne om patientklagenævnets saglige kompetence, således at nævnet ikke vurderer det lægelige indhold i forbindelse med tvangsanvendelse. Ved klager over tvangsbehandling skal nævnet herefter alene efterprøve, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, jf. § 12, stk. 1, og bedømme den tvang, der i givet fald er anvendt, jf. § 12, stk. 3, 2. pkt.

Til fordel for en sådan løsning kan tale, at den bidrager til en afklaring af, hvem der har det lægelige ansvar for en tvangsbehandling. Forslaget forhindrer således, at patientklagenævnet ved behandlingen af en klage over tvangsbehandling med opsættende virkning griber ind i den behandlende læges ansvar for det lægelige indhold af den påtænkte tvangsbehandling ved at tilsidesætte overlægens beslutning om valg af præparat og dosering og sætte sin egen afgørelse i stedet f.eks. ved at anvise et andet præparat eller en anden dosering.

Heroverfor kan det anføres, at ordningen svækker patientens retssikkerhed ved klage over tvangsbehandling, idet den afskærer patienten fra at få patientklagenævnets vurdering af, hvorvidt en påtænkt eller gennemført tvangsmedicinering iagttager »det mindste middels princip«, jf. § 12, stk. 2, og § 4. Under lovforslagets behandling i Folketinget lagde et flertal i Retsudvalget afgørende vægt på at fremhæve betydningen af iagttagelsen af »det mindste middels princip« i forbindelse med tvangsmedicinering, jf. Folketingstidende 1988-89, Tillæg B, sp. 1324.

Justitsministeriet finder det overvejende betænkeligt at gå ind på en ordning, der generelt udelukker patientklagenævnet fra vurdere det lægelige indhold i forbindelse med en klage. Justitsministeriet finder imidlertid, at der kan være behov for at præcisere patientklagenævnets kompetence ved behandling af klager over tvangsbehandling, således at det udtrykkeligt fremgår, at nævnet ved behandling af klager over valg af præparat og dosering i forbindelse med tvangsmedicinering kun tager stilling til, om betingelserne i psykiatrilovens § 12, stk. 2, er opfyldt, dvs. om der i det enkelte tilfælde anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. En sådan præcisering kræver ikke lovændring, idet den kan gennemføres ved at ændre

§ 15 om indholdet af nævnets afgørelser i bekendtgørelsen om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævn. Hvis lovforslaget vedtages, vil Justitsministeriet foretage en sådan præcisering i forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævn.

Justitsministeriet har i forbindelse med spørgsmålet om patientklagenævnenes saglige kompetence også overvejet, om der kan være behov for ændre reglerne om patientklagenævnenes sammensætning med henblik på at styrke den psykiatriske sagkundskab i nævnene. Den psykiatriske sagkundskab har ikke kun betydning ved vurderingen af, om psykiatrilovens betingelser vedrørende det lægelige indhold af en tvangsmedicinering er opfyldt, jf. ovenfor, men indgår f.eks. også ved afgørelsen af, om de almindelige betingelser for tvangsbehandling er opfyldt, dvs. om den pågældende opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. §§ 10 og 5.

Under den nugældende ordning består nævnet ved afgørelsen af den enkelte sag af vedkommende statsamtmand (i Københavns Kommune overpræsidenten) som formand, et medlem beskikket efter indhentet udtalelse fra den Almindelige Danske Lægeforening samt et medlem beskikket efter indhentet udtalelse fra De Samvirkende Invalideorganisationer, jf. psykiatrilovens § 35. De Samvirkende Invalideorganisationer har overladt til Landsforeningen Sind at indstille medlemmer og stedfortrædere til nævnet.

Ved vurderingen af en eventuel ændring af nævnets sammensætning med henblik på at styrke den psykiatriske sagkundskab skal det fremhæves, at dette spørgsmål blev overvejet nøje af det lovforberedende udvalg i forbindelse med drøftelserne om patientklagenævnsmodellen, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 463-464. Flertallet, der anbefalede denne model, lagde vægt på, at de lokale nævn skulle fungere hurtigt og smidigt, og begrænsede derfor antallet af medlemmer til tre, jf. betænkning 1109/1987 s. 98. Flertallet lagde også vægt på, at den lægelige repræsentant som udgangspunkt burde være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri, jf. betænkning nr. 1068/1986 s. 463-464.

Justitsministeriet finder på den baggrund ikke, at der bør gennemføres ændringer på dette punkt. Justitsministeriet finder samtidig, at der kan være grund til at gøre opmærksom på, at intentionen bag den nugældende ordning er, at den lægelige repræsentant så vidt muligt bør være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri med henblik på at kunne tilføre patientklagenævnet den fornødne psykiatriske sagkundskab ved klagesagsbehandlingen.

I stedet for at gennemføre ændringer i patientklagenævnenes sammensætning kunne det overvejes at styrke den psykiatriske sagkundskab gennem en konsulentordning, der f.eks. knyttes til nævnets sekretariat.

Justitsministeriet finder imidlertid ikke, at der bør stilles forslag om en sådan ordning. Efter Justitsministeriets opfattelse må patientklagenævnet som udgangspunkt tilvejebringe de fornødne psykiatriske oplysninger gennem den erklæring, som overlægen udfærdiger til brug for klagesagens behandling i nævnet, og ved efter omstændighederne at stille uddybende spørgsmål til den behandlende læge, der møder i nævnet, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1, og afsnit 6.3. nedenfor. En sådan fremgangsmåde gør det muligt at behandle og afgøre sagerne hurtigt. Viser der sig herefter undtagelsesvis at være behov for yderligere sagkyndige oplysninger, må sådanne oplysninger normalt tilvejebringes ved, at nævnet indhenter en supplerende sagkyndig erklæring f.eks. fra Retslægerådet, som sagens parter kan få lejlighed til at kommentere, inden nævnet træffer afgørelse. Dette gælder også for så vidt angår behandlingen af sager om tvangstilbageholdelse og tvangstilbageholdelse, som foreslås omfattet af patientklagenævnets kompetence.

6.3. Patientrådgiverens og overlægens deltagelse i patientklagenævnets møder og patientklagenævnets mødested

6.3.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 37, stk. 2, har patienten og patientrådgiveren ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet ved klage. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne. Repræsentanten for sygehusmyndigheden, vedkommende overlæge og eventuelt andre involverede sundhedspersoner har også ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet, jf. § 10, stk. 1. 2. pkt., i bekendtgørelsen om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn. Overlægen kan efter omstændighederne repræsentere sygehusmyndigheden, men sygehusmyndigheden har som part ret til at være selvstændigt repræsenteret f.eks. ved en af de ansatte i sygehusadministrationen.

Patientklagenævnets formand fastsætter stedet for nævnets møder, jf. § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn. Der er mulighed for, at møderne foruden på statsamtet kan afholdes på den psykiatriske afdeling, hvor patienten er eller har været indlagt. Det

kan ofte være praktisk for sagens parter, at mødet afholdes på afdelingen, og gøre det lettere for patienten at deltage.

Psykiatrilovsundersøgelsen viser, at patientklagenævnene har forskellig praksis med hensyn til, hvor møderne afholdes, og hvem der deltager i møderne, jf. bl.a. afsnit 3.7 ovenfor. Således fremgår det, at mange nævn undlader at benytte adgangen til at holde mødet på den psykiatriske afdeling, hvor patienten er indlagt, og at patientrådgiverne og overlægerne langt fra altid deltager i møderne. Det kan på den baggrund overvejes at styrke klagesagsbehandlingen på disse punkter.

6.3.2. Justitsministeriets overvejelser

Justitsministeriet finder det rigtigst, at patientrådgiveren normalt deltager i nævnets møde, således at den pågældende kan bistå patienten med at forelægge klagen for nævnet. Justitsministeriet er i den forbindelse opmærksom på, at der, hvis man gennemfører forslaget om en absolut frist på 7 hverdage for behandlingen af klager over tvangsbehandling med opsættende virkning, jf. afsnit 6.1.3. ovenfor, kan forekomme tilfælde, hvor patientrådgiveren må indkaldes til nævnets møde med kort varsel og derfor kan have vanskeligt ved at være til stede. Justitsministeriet foreslår på den baggrund, at der i psykiatrilovens § 24, stk. 2, om patientrådgiverens opgaver optages en bestemmelse, der fastslår, at patientrådgiveren så vidt muligt skal være til stede ved klagen behandling i patientklagenævnet, jf. lovforslagets § 1, nr. 10, med tilhørende bemærkninger.

Efter Justitsministeriets opfattelse bør den læge, der har truffet bestemmelse om det påklagede tvangsindgreb, normalt også være tilstede i nævnets møde med henblik på at oplyse sagen for nævnet. Det vil typisk være overlægen, jf. herved afsnit 8 nedenfor, men behøver ikke nødvendigvis at være det. Formålet med lægens tilstedeværelse er bl.a. at give nævnets medlemmer mulighed for at stille spørgsmål med henblik på uddybning af den erklæring, der er udfærdiget til brug for klagesagens behandling.

Justitsministeriet finder, at der kan være behov for at præcisere lægens deltagelse i patientklagenævnets møder. En sådan præcisering kræver ikke lovændring, men kan gennemføres administrativt ved at ændre § 10 om parternes deltagelse i patientklagenævnets møder i bekendtgørelsen om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævne. Hvis lovforslaget vedtages, vil Justitsministeriet derfor gennemføre en sådan ændring af forretningsordenen.

Justitsministeriet har også overvejet, om patientklagenævnets møder som udgangspunkt bør afhol-

des på vedkommende psykiatriske afdeling i stedet for på statsamtet.

Afholdelse af møde på vedkommende psykiatriske afdeling må generelt antages at styrke mulighederne for at fremskynde klagesagsbehandlingen, idet de involverede personer lettere kan komme til stede med kort varsel. Dette forhold kan bl.a. have betydning, hvis forslaget om at indføre en absolut frist på 7 hverdage for behandlingen af klager over tvangsbehandling med opsættende virkning gennemføres, jf. afsnit 6.1.3. ovenfor.

At afholde mødet på vedkommende psykiatriske afdeling vil også forbedre patientens muligheder for at deltage. Endvidere vil afholdelse af mødet på den psykiatriske afdeling, hvor patienten er eller har været indlagt i forbindelse med det påklagede tvangsindgreb, falde i tråd med den nugældende bestemmelse i psykiatrilovens § 37, stk. 1, 2. pkt., hvorefter nævnet som led i sagens oplysning kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Justitsministeriet finder på den baggrund, at der bør ske en præcisering på dette punkt. En sådan præcisering kan gennemføres administrativt ved at ændre § 9, stk. 1, om stedet for nævnets møder i bekendtgørelsen om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævne. Hvis lovforslaget vedtages, vil Justitsministeriet foretage en ændring af forretningsordenen med henblik på at fastslå, at nævnets møder som udgangspunkt afholdes på den psykiatriske afdeling, hvor patienten er eller har været indlagt i forbindelse med det påklagede tvangsindgreb. Reglen vil kunne fraviges, hvis afholdelse af møde på den psykiatriske afdeling ikke vil være hensigtsmæssig.

6.4. Spørgsmålet om tilsynskompetence

Med hensyn til spørgsmålet om klagenævnenes saglige kompetence kan det også overvejes, om der bør gennemføres ændringer i den nugældende ordning vedrørende *tilsyn* med behandlingen af patienter på psykiatriske afdelinger. Det kan i den forbindelse anføres, at patientklagenævnene efter de nugældende regler ikke har en generel tilsynskompetence eller inspektionsadgang, idet de alene kan aflægge besøg og foretage besigtigelse med henblik på at undersøge de faktiske omstændigheder, hvorunder et påklaget tvangsindgreb har fundet sted, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 1, 2. pkt., og § 8 i bekendtgørelsen om forretningsordenen for de psykiatriske patientklagenævne.

Det kan endvidere anføres, at den nugældende ordning afviger fra det forslag, som flertallet i det lovforberedende udvalg anbefalede, idet nævnene efter dette forslag fik generel adgang til at aflægge uanmeldte besøg på de psykiatriske afdelinger med

henblik på at føre tilsyn med de forhold på de psykiatriske afdelinger, som har forbindelse med de klagesager, som nævnene skulle behandle. Dette forslag skal bl.a. ses i sammenhæng med, at det som nævnt ovenfor i afsnit 4.2. indgik i flertallets forslag, at der i psykiatriloven blev optaget et udtrykkeligt katalog over visse goder, som frihedsberøvede patienter skulle have ret til, f.eks. ret til enestue, når dette er lægeligt indiceret.

Heroverfor kan det anføres, at bl.a. behandlingen af personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt administrativt på psykiatriske afdelinger, er undergivet et af Folketinget valgt tilsyn, hvortil de pågældende skal have adgang til at rette henvendelse, jf. grundlovens § 71, stk. 7 (§ 71-tilsynet). § 71-tilsynet kan bl.a. foretage mere generelle undersøgelser af forholdene for tvangsindlagte og tvangstilbageholdte personer på psykiatriske afdelinger. Som led i sådanne undersøgelser kan tilsynet også foretage besigtigelse på psykiatriske afdelinger, hvor der opholder sig frihedsberøvede personer, jf. herved bl.a. Beretning af 18. september 1997 vedrørende tilsynets virksomhed i folketingsåret 1996-97.

Endvidere er Folketingets Ombudsmands kompetence med virkning fra den 1. januar 1997 udvidet til fuldt ud at omfatte den kommunale forvaltning, jf. § 7, stk. 1, i lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand. Det indebærer bl.a., at ombudsmanden uden videre kan iværksætte undersøgelser på eget initiativ og foretage inspektioner af psykiatriske sygehuse og afdelinger under amtskommunerne.

På den anførte baggrund finder Justitsministeriet ikke, at der kan antages at være behov for yderligere ændringer i den nugældende ordning vedrørende *det generelle tilsyn* med behandlingen af tvangsindlagte og tvangstilbageholdte personer.

Derimod finder Justitsministeriet, at patientklagenævnets kontakt til de psykiatriske afdelinger ikke bør være begrænset til den, der følger af behandlingen af konkrete klagesager. Patientklagenævnet skal også på anden måde kunne indgå i en dialog med de psykiatriske afdelinger. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 14, om pligt for patientklagenævnet til at offentliggøre årsberetning om nævnets virksomhed, hvor det forudsættes, at udarbejdelsen sker i en dialog med de psykiatriske afdelinger.

7. Psykiatrilovens stedlige anvendelsesområde

I dette afsnit behandles visse spørgsmål, der har sammenhæng med psykiatrilovens anvendelsesområde i stedlig henseende. Der sigtes i den forbindelse til spørgsmålet om tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter til en psykiatrisk afdeling, jf. afsnit

7.1. nedenfor. Endvidere behandles spørgsmålet om indførelse af en ordning, der giver mulighed for at udskrive patienten på vilkår om, at den pågældende følger et behandlingsforløb, og således, at overlægen kan beslutte at genindlægge patienten, uden at fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse skal iagttages, hvis patienten ikke følger behandlingsforløbet («prøveudskrivning»), jf. afsnit 7.2. nedenfor. I sammenhæng hermed behandles spørgsmålet om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Endelig overvejes i afsnit 7.3. nedenfor spørgsmålet om tvangsbehandling af legemlige lidelser hos sindslidende patienter, der er indlagt på en somatisk afdeling.

7.1. Tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter

7.1.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Psykiatriloven finder som udgangspunkt kun anvendelse på personer, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, jf. § 1, stk. 1. Når en indlagt patient forlader afdelingen, dvs. sygehusets område, og ikke frivilligt vender tilbage hertil eller udebliver efter udgang, opstår spørgsmålet, om der kan anvendes tvang for at bringe patienten tilbage, og hvilken fremgangsmåde der i givet fald skal følges, for at tvangsansværelsen er retmæssig.

Psykiatriloven indeholder ikke bestemmelser om dette spørgsmål. Af forarbejderne fremgår dog, at en *tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient* i almindelighed kan tilbageføres med politiets bistand uden iagttagelse af fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse, når overlægen anmoder herom i forbindelse med, at man har konstateret, at patienten er bortgæet eller er udeblevet efter korterevarende udgang. Dette gælder dog ikke, hvis der går længere tid (mere end en uge regnet fra overlægens anmodning om tilbageførsel), før politiet finder frem til den pågældende. I sådanne tilfælde, og når overlægens anmodning om politiets bistand ikke fremsættes umiddelbart efter konstateret bortgang eller udeblivelse, eller der er givet udgang med tilladelse til mere end en enkelt overnatning, bør tvungen tilbageførsel ske i overensstemmelse med reglerne om tvangsindlæggelse.

Hvis en *frivilligt indlagt patient*, der ikke efterfølgende er blevet tvangstilbageholdt, forlader sygehuset, vil tilbageførsel mod patientens protest kun kunne ske efter reglerne om tvangsindlæggelse.

Den gældende ordning indebærer således, at uformel tilbageførsel ved politiets foranstaltning kun kan komme på tale over for patienter, der på det tidspunkt, hvor de forlod sygehusets område, var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Var den pågældende frivilligt indlagt, er uformel tilbageførsel

ikke mulig. Det gælder, selv om patienten på det tidspunkt, hvor den pågældende forlod sygehusets område, kunne tvangstilbageholdes efter psykiatrilovens § 10, hvis den pågældende havde anmodet om udskrivning. Baggrunden for dette forhold er, at tvangstilbageholdelse kun kan etableres med virkning for personer, der er indlagt, og som på det tidspunkt, hvor beslutningen træffes, befinder sig på sygehuset eller sygehusets område, jf. psykiatrilovens § 1, stk. 1.

At tilbageførsel af tvangsendlagte eller tvangstilbageholdte patienter kun er mulig inden for et kortere tidsrum efter, at udeblivelsen er konstateret, har sammenhæng med, at patientens tilstand kan have forandret sig, hvis den pågældende har været i stand til at klare sig uden for sygehuset i længere tid. I disse tilfælde kan der ikke generelt antages at være en forhåndsformodning for, at betingelserne for frihedsberøvelse fortsat er opfyldt. Endvidere kan der hos patienter, der har opholdt sig uden for sygehuset i længere tid, og som ikke bevidst har skjult sig, være skabt en forventning om, at tilbageførsel til vedkommende psykiatriske afdeling ikke vil ske. I sådanne tilfælde kan tvungen tilbageførsel derfor kun ske under iagttagelse af fremgangsmåden for tvangsendlæggelse. Det indebærer bl.a., at frihedsberøvelse kun kan iværksættes på grundlag af en lægelig undersøgelse af den pågældende.

Psykiatrilovsundersøgelsen viser, at der på de psykiatriske afdelinger hersker nogen usikkerhed om adgangen til at tilbageføre indlagte patienter, og at patienter undertiden »tvangstilbageholdes« uden at have begæret sig udskrevet for at skabe mulighed for, at politiet efter omstændighederne kan føre patienten tilbage til afdelingen uden iagttagelse af fremgangsmåden for tvangsendlæggelse, jf. afsnit 3.5. ovenfor.

7.1.2. Justitsministeriets overvejelser om adgangen til at tilbageføre bortgæede eller udeblevne patienter

Tilbageførsel af tvangsendlagte og tvangstilbageholdte patienter

Selv om tilbageførsel af en frihedsberøvet patient, der er bortgæet eller udeblevet, kan betragtes som en håndhævelse af frihedsberøvelsen, finder Justitsministeriet det rigtigst, at den gældende adgang til uformelt at tilbageføre tvangsendlagte og tvangstilbageholdte patienter hviler på en udtrykkelig lovhjemmel.

Justitsministeriet foreslår derfor, at der i psykiatrilovens kapitel 3 om frihedsberøvelse som § 10 a optages en bestemmelse om tilbageførsel. Efter bestemmelsen kan overlægen, hvis en tvangsendlagt eller

tvangstilbageholdt person har forladt en psykiatrisk afdeling og ikke frivilligt er vendt tilbage, beslutte, at den pågældende skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Sådant tilbageførsel kan efter forslaget kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, kan tilbageførsel i øvrigt kun ske, hvis der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Forslaget til § 10 a indebærer, at tilbageførsel kun kan ske efter overlægens anmodning, hvis politiet finder frem til den pågældende og tilbageførsel sker inden 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Det gælder, selv om overlægens anmodning er fremsat i forbindelse med konstateringen af udeblivelsen. Denne frist på 1 uge er i det væsentlige en lovfæstelse af den ordning, der gælder i dag.

Forslaget indebærer desuden en mindre udvidelse af adgangen til tilbageførsel i tilfælde af udgang, idet tilbageførsel også kan ske i tilfælde, hvor der er givet tilladelse til udgang med indtil tre overnatninger. Formålet med denne udvidelse er at forbedre mulighederne for, at frihedsberøvede patienter kan få udgang i forbindelse med weekender og lignende. Reglen vil formentlig medføre, at det i flere tilfælde end hidtil findes ubetænkeligt at give tilladelse til udgang under hensyn til, at det i tilfælde af udeblivelse vil være muligt at tilbageføre den pågældende, uden at fremgangsmåden ved tvangsendlæggelse skal iagttages.

Tilbageførsel af patienter, der ikke er frihedsberøvede

Justitsministeriet har overvejet, om der bør indføres mulighed for også at tilbageføre personer, der på det tidspunkt, hvor de forlod den psykiatriske afdeling, var frivilligt indlagt, men hvor de kunne have været tvangstilbageholdt, hvis de havde fremsat begæring om udskrivning.

Under den nugældende ordning er adgangen til at tvangstilbageholde knyttet til, at patienten under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling fremsætter begæring om udskrivning, jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3. Patientens begæring om udskrivning fører til, at der skal tages udtrykkeligt stilling til, om betingelserne for at frihedsberøve patienten er opfyldt, og at patienten skal have meddelelse om overlægens beslutning. Beslutter overlægen at tvangstilbageholde, skal patienten endvidere have beskikket patientrådgiver og vejledes om adgangen til at få prøvet overlægens beslutning ved retten.

Spørgsmålet om tvangstilbageholdelse af en frivilligt indlagt patient aktualiseres således først i det øjeblik, at patienten i ord eller handling begærer sig udskrevet. Denne ordning bygger på princippet om,

at der kun foreligger tvang, hvis der er tale om foranstaltninger, som patienten modsætter sig, jf. lovens § 1, stk. 2. Med andre ord kan en patient, der er frivilligt indlagt, ikke anses for frihedsberøvet, selv om en anmodning om udskrivning i givet fald ville blive afslået.

Justitsministeriet finder ikke, at dette princip bør fraviges med henblik på at skabe mulighed for i videre omfang uformelt at kunne føre bortgæede eller udeblevne patienter tilbage til afdelingen.

Justitsministeriet er opmærksom på, at der kan forekomme tilfælde, hvor det efter overlægens opfattelse vil være uforsvarligt at lade en frivilligt indlagt patient, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, forlade afdelingen, men hvor overlægen ikke umiddelbart kan forhindre dette, fordi patienten ikke begærer sig udskrevet, men alene ønsker at komme på en kortere udgang. I sådanne tilfælde kan det efter omstændighederne overvejes at nægte patienten udgang, således at patientens eventuelle protest mod at blive nægtet udgang må opfattes som en begæring om udskrivning med den virkning, at der skal træffes afgørelse om tvangstilbageholdelse.

I andre tilfælde, f.eks. når en frivilligt indlagt patient er bortgået fra afdelingen, kan der efter omstændighederne være anledning til at kontakte patientens praktiserende læge og orientere om patientens helbredstilstand og det behov, der ifølge den psykiatriske afdeling består for at genindlægge den pågældende, eventuelt ved en tvangsindlæggelse.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 10 a og § 37 i lovforslagets § 1, nr. 4 og 14.

7.2. Justitsministeriets og Sundhedsministeriets overvejelser om »prøveudskrivning« af tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter og om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Den norske ordning om tvungen psykiatrisk efterværn

Efter den norske psykiatrilov, jf. lov nr. 2 af 28. april 1961 med senere ændringer om psykisk helsevern, er der bl.a. mulighed for, at personer, der er indlagt på et psykiatrisk sygehus, og som opfylder lovens betingelser for tvangstilbageholdelse, kan overføres til såkaldt tvungen psykiatrisk efterværn uden for sygehuset, uden at den pågældende formelt udskrives fra sygehuset, jf. lovens § 13, stk. 1 (»tvungen psykiatrisk ettervern«). Afgørelsen om tvungen psykiatrisk efterværn træffes af den læge, der har det behandlingsmæssige ansvar for patienten på sygehuset.

Tvungen psykiatrisk efterværn kan bl.a. bestå i, at der føres tilsyn med patienten, og at patienten skal være i ambulant behandling eller i behandling i en

daginstitution. Det behandlingsmæssige ansvar påhviler i den forbindelse som udgangspunkt det sygehus, hvor patienten er indlagt. Tvungen psykiatrisk efterværn kan normalt kun vare 1 år, men efterværnet kan dog forlænges med 1 år ad gangen efter kontrolkommissionens bestemmelse, hvis sygehusets overlæge eller den læge, der har tilsynet med patienten uden for sygehuset, anmoder om det. Hvis patientens helbredstilstand forværres under det psykiatriske efterværn, og lovens betingelser for tvangstilbageholdelse i øvrigt er opfyldt, kan patienten endvidere genindlægges på sygehuset, uden at fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse skal iagttages.

Kontrolkommissionen skal underrettes om alle afgørelser, der træffes vedrørende iværksættelse af tvungen psykiatrisk efterværn og genindlæggelse af patienten uden forudgående tvangsindlæggelse. Også patienten, dennes nærmeste og den myndighed, der eventuelt har anmodet om at få patienten indlagt, skal underrettes med henblik på efter omstændighederne at udnytte adgangen til at klage over afgørelsen til kontrolkommissionen.

Prøveudskrivning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Justitsministeriet har som led i behandlingen af spørgsmålet om tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter og i lyset af den ovennævnte norske ordning sammen med Sundhedsministeriet overvejet, om der bør indføres en ordning her i landet, hvorefter overlægen har mulighed for at udskrive en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient på vilkår om, at patienten følger et behandlingsforløb, og således, at overlægen kan beslutte at genindlægge den pågældende, uden at fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse skal iagttages, hvis overlægen f.eks. gennem det lokale distriktspsykiatriske center erfarer, at patienten ikke tager den ordinerede medicin (»prøveudskrivning«).

En sådan prøveudskrivningsordning vil forbedre mulighederne for at motivere patienten til at indgå i behandlingsforløb uden for hospitalsmiljøet. En sådan ordning falder således i tråd med bestræbelserne på i videst muligt omfang at forankre behandlingen af psykiatriske patienter i distriktspsykiatrien.

En sådan mulighed for at genindlægge udskrevne patienter vil imidlertid indebære en betydelig udvidelse af adgangen til at tilbageføre patienter, men uden sikkerhed for, at patienten fortsat opfylder betingelserne for frihedsberøvelse. Som det fremgår af afsnit 7.1.2. ovenfor, er det da også en del af begrundelsen for, at uformel tilbageførsel af bortgæede og udeblevne frihedsberøvede patienter kun kan ske in-

den for et kortere tidsrum efter, at udeblivelsen er konstateret.

Risikoen for, at der ved tilbageførsel i forbindelse med genindlæggelse sker frihedsberøvelse af personer, der ikke længere opfylder betingelserne herfor, kunne i nogen grad modvirkes ved at udforme ordningen således, at genindlæggelse kun kan ske, når det gennem det lokale distriktspsykiatriske center foreligger oplyst, at den pågældende ikke har taget den ordinerede medicin. Det indebærer, at oplysninger f.eks. fra pårørende om, at patienten ikke tager sin medicin, eller at patienten er forsvundet, ikke i sig selv kunne føre til, at der eventuelt i forbindelse med en eftersøgning af patienten træffes beslutning om tvungen genindlæggelse.

Justitsministeriet og Sundhedsministeriet finder dog efter en samlet vurdering, at det må anses for overvejende betænkeligt at indføre en sådan ordning, der vil indebære en adgang til frihedsberøvelse, uden at de almindelige betingelser for frihedsberøvelse efter psykiatrilovens § 5 er konstateret opfyldt. En sådan udvidelse af mulighederne for frihedsberøvelse vil endvidere kunne have en negativ virkning på tillidsforholdet mellem patient og behandlere i den ambulante psykiatri.

Det må imidlertid erkendes, at der er en mindre gruppe alvorligt sindslidende patienter, som i særlig grad har behov for en opfølgning, hvor bl.a. pligten til at følge patienten efter udskrivning er placeret. Gruppen er karakteriseret ved et sammenfald af meget tunge psykiatriske og sociale problemer, hvor der uden en særlig opfølgning er stor risiko for, at gruppen vil falde ud af behandlingssystemet, uden at nogen umiddelbart vil bemærke det.

Følgerne af, at en sindslidende patient tilhørende denne gruppe falder ud af behandlingssystemet, uden at nogen bemærker det, vil ofte være meget helbredstruende for den sindslidende patient selv og meget belastende for den sindslidende patients omgivelser. Der er således tale om sindslidende patienter, som ikke på eget initiativ søger den nødvendige behandling eller sociale tilbud. En patient tilhørende denne gruppe vil ofte miste samtlige sociale kontakter, hvorfor ingen vil bemærke, eller først på et meget sent tidspunkt vil bemærke, at vedkommende har behov for behandling.

Med en særlig opfølgning efter udskrivning fra den psykiatriske afdeling, hvor bl.a. pligten til at følge denne gruppe sindslidende patienter efter udskrivning fastlægges, vil disse helbredstruende følger i højere grad kunne undgås.

Så længe den sindslidende patient er indlagt på en psykiatrisk afdeling, vil det behandlingsmæssige ansvar og pligten til at føre tilsyn klart være placeret

hos den overlæge, der har det overordnede behandlingsmæssige ansvar for den afdeling, hvor patienten er indlagt. Der er imidlertid behov for, at rammerne for opfølgning i forbindelse med udskrivning, herunder hvem der får pligt til at følge den sindslidende patient efter udskrivning, klart fastlægges forinden udskrivningen.

På denne baggrund foreslås det, at pligten til at følge patienten efter udskrivning fastlægges, således at denne mindre gruppe alvorligt sindslidende patienter sikres en bedre opfølgning.

Den foreslåede ordning baseres på såkaldte »udskrivningsaftaler« og »koordinationsplaner«, der kan betragtes som et supplement til de allerede eksisterende behandlingsplaner, som efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, skal opstilles for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne vil endvidere udgøre resultatet af de drøftelser, der hidtil ofte har fundet sted ved udskrivningskonferencer mellem afdelingen og de behandlere, der forudsættes at overtage behandlingen efter udskrivningen.

Der er således tale om en præcisering af en almindeligt gældende praksis for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af patienters udskrivning. Allerede i Sundhedsministeriet og Socialministeriets rapport »Fremrykning af indsatsen for sindslidende«, august 1993, hvori deltog alle myndigheder med ansvar for området, blev det understreget, at udskrivningsprocedurerne var vigtige for en god og sammenhængende psykiatrisk behandling. I Sundhedsministeriets redegørelse for Indsatsen for sindlidende fra december 1996, der er udarbejdet af en tværministeriel embedsmandsgruppe, konstateres, at der i mange amter er etableret et fornuftigt samarbejde mellem amtet og kommunerne i amtet og mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet om tilbuddene til sindslidende. Embedsmandsgruppen fandt imidlertid, at der er behov for at sikre en meget klar placering af behandlingsansvar og ansvar for de sociale tilbud for den gruppe af sindslidende, der ofte kaldes de særligt vanskeligt stillede sindslidende. Embedsmandsgruppen foreslog, at der forud for udskrivning fra sygehus indgås udskrivningsaftaler for denne gruppe sindslidende.

Efter den foreslåede ordning har overlægen ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Et væsentligt element i udskrivningsaftalen bliver en klar angivelse af, hvem der har pligten til at følge patienten efter udskrivning.

Herudover skal udskrivningsaftalen bl.a. indeholde en angivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud. Endvidere skal den aftalte indsats i distriktspsykiatrien og i bopælskommunen og eventuelt også amtskommunen, for så vidt angår de sociale tilbud, fremgå af aftalen. Særligt for denne gruppe vil det være nærliggende, at patienten får tilknyttet en støtte- og kontaktperson.

Endelig skal udskrivningsaftalen så vidt muligt indeholde en angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed, privatpraktiserende sundhedsperson eller andet sted efter udskrivningen.

Ordningen bygger på patientens frivillige inddragelse i den fremtidige behandling gennem fastlæggelse af udskrivningsaftalen. Ordningen vil således sikre, at aftaleparterne, herunder patienten, er vidende om og indforståede med, hvad der skal ske efter udskrivningen og – ikke mindst – hvem der er ansvarlige for opfølgningen.

Ordningen indebærer, at den, som efter en udskrivningsaftale har pligt til at følge en patient, skal konstatere, om patienten møder som aftalt i distriktspsykiatrien, hos den praktiserende læge eller i det sociale tilbud m.v. Den, der har pligten til at følge patienten, forudsættes at kontakte patienten, hvis patienten ikke møder som aftalt, med henblik på at motivere den pågældende til at overholde den indgåede aftale. Såfremt patienten ikke kan motiveres til at overholde den indgåede aftale, forudsættes det, at der om nødvendigt tilkaldes en læge med henblik på at skønne, om indlæggelse, om nødvendigt tvangsindlæggelse, af patienten på psykiatrisk afdeling er nødvendig.

Visse patienter, som tilhører denne mindre gruppe alvorligt sindslidende med tunge psykiatriske og sociale problemer, kan tænkes ikke at ville medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale. Disse patienter har på trods heraf – eller måske netop derfor – også behov for, at der sikres en meget klar placering af behandlingsansvaret efter udskrivningen og ansvaret for, at de relevante sociale tilbud stilles til rådighed.

Det foreslås på denne baggrund, at overlægen i disse tilfælde pålægges et ansvar for, at der tages initiativ til at koordinere behandlingstilbud og sociale tilbud til den sindslidende efter udskrivning i form af en koordinationsplan. En sådan koordinationsplan må tilvejebringes i et samarbejde mellem den psykiatriske afdeling, distriktspsykiatrien samt bopælskommunen og eventuelt amtskommunen for så vidt

angår de sociale tilbud. Der stilles samme indholdsmæssige krav til en koordinationsplan som til en udskrivningsaftale, der indgås med patientens medvirken.

Det skal understreges, at netop for denne mindre gruppe alvorligt sindslidende er der et særligt behov for at tilvejebringe en plan for koordinationen af behandlingstilbud og sociale tilbud. Det skyldes, at denne gruppe sindslidende ud over ikke at ville medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale er karakteriseret ved, at de efter udskrivning fra sygehus må antages ikke selv at ville søge den nødvendige behandling eller de relevante sociale tilbud, der stilles til rådighed. Det er derfor af afgørende betydning for indsatsen for netop denne gruppe sindslidende klart at få præciseret, hvem der har pligten til at følge patienten efter udskrivning.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal være tidsbegrænsede. Det skal i aftalen eller planen være fastsat, at aftalen eller planen tages op til vurdering efter en bestemt periode. Periodens længde afhænger af den konkrete situation. Det skal fastsættes i aftalen eller planen, hvem der skal tage initiativ til revurdering af aftalen eller planen.

En koordinationsplan kan i lighed med en udskrivningsaftale ikke gennemtvinges over for den sindslidende. Der er alene tale om en koordination af behandlingstilbud og sociale tilbud, som er udarbejdet med eller uden den sindslidendes medvirken.

Den foreslåede ordning med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner omfatter alene en mindre gruppe alvorligt sindslidende patienter, som uden en særlig opfølgning risikerer at falde ud af behandlingssystemet, uden at nogen bemærker det. Overlægen forudsættes forinden enhver udskrivning fra psykiatrisk afdeling at vurdere, om patienten tilhører denne gruppe.

Gruppen er som nævnt karakteriseret ved et sammenfald af tunge psykiatriske og sociale problemer. Denne gruppe sindslidende betegnes ofte som »uanselige«, »sindslidende med særlige vanskeligheder«, »svært integrerbare«, »marginaliserede« eller »dobbelt udstødte«. Der er tale om sindslidende, der oftest er kendetegnede ved en kombination af alvorlig sindslidelse og misbrug, manglende sygdoms erkendelse og modstand overfor behandling, stærkt afvigende adfærd og hyppige konflikter, ofte kriminalitet, isolation samt problemer med tæt kontakt og med at færdes, hvor der er mange mennesker.

Det skønnes, at denne gruppe på landsplan er i en størrelsesorden på ca. 1.000 personer. Der vil derfor kun være tale om indgåelse af udskrivningsaftaler og udarbejdelse af koordinationsplaner ved et mindre antal udskrivninger.

En afgørende forudsætning for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er, at der kan skabes kontakt mellem kommuner og amtskommuner og mellem sundheds- og socialvæsenet med det formål at sikre gruppen af alvorligt sindslidende patienter en særlig opfølgning, som dækker patientens særlige behov. En væsentlig del af denne kontakt vil bestå i udveksling af oplysninger om patientens rent private forhold.

Oplysninger om enkeltpersoners rent private forhold må som hovedregel ikke videregives til anden forvaltningsmyndighed, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 1. Videregivelse af oplysninger om rent private forhold kan dog bl.a. ske, når den, oplysningen angår, har givet samtykke, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 2, nr. 1, eller det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysninger skal videregives, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 2, nr. 2. Samtykke fra patienten skal i almindelighed meddeles skriftligt og har kun gyldighed i et år, jf. § 28, stk. 4 og 5.

At der foreligger et samtykke efter forvaltningslovens § 28, stk. 2, nr. 1, til, at der udveksles oplysninger om patientens rent private forhold, vil normalt være en forudsætning for, at der kan indgås en udskrivningsaftale med patienten. Her vil retsgrundlaget for videregivelse af oplysninger om rent private forhold således være klart.

Imidlertid kan der netop for denne gruppe patienter forekomme tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til indgåelse af udskrivningsaftalen, eller hvor patienten ikke vil give sit samtykke til, at oplysninger kan udveksles mellem forskellige forvaltningsmyndigheder m.fl. til forberedelse og senere efterlevelse af en udskrivningsaftale.

Det findes derfor nødvendigt, at der i lovforslaget skabes et klart hjemmelsgrundlag for, at myndigheder og sundhedspersoner m.fl. får adgang til – uden samtykke fra den, oplysningerne angår – at drøfte bestemte patienters forhold som led i indgåelse af og tilsyn med overholdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Efter forslaget kan – uden patientens samtykke – alene videregives oplysninger, der er nødvendige for udarbejdelse af og tilsyn med overholdelse af udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen. Hvis patienten finder, at medicinalpersonalet videregiver oplysninger i videre omfang, kan patienten klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn over brud på tavshedspligt.

Udveksling af oplysninger i forbindelse med indgåelse af og tilsyn med overholdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner må ikke skade de pågældende myndigheders og sundhedspersoners patientforhold. Der er derfor i lovforslaget alene givet

myndigheder og sundhedspersoner m.fl. mulighed for at videregive oplysninger. Det er ikke tanken, at myndighederne og sundhedspersonerne m.fl. skal være forpligtede til at udveksle oplysninger. Ordningen fraviger på dette punkt reglerne i forvaltningslovens § 31, hvorefter en myndighed, der er berettiget til at videregive oplysninger, efter begæring i almindelighed er forpligtet hertil, når oplysningerne har betydning for den anden myndigheds virksomhed.

Ordningen svarer på dette punkt til principperne for adgangen til at udveksle oplysninger inden for det kriminalitetsforebyggende samarbejde (SSP-samarbejdet), jf. retsplejelovens § 115 b.

Det kan i øvrigt efter omstændighederne være naturligt, at overlægen søger at opnå patientens samtykke, således at overlægen kan orientere eventuelle pårørende om, at patienten er udskrevet, og at der i den forbindelse eventuelt er indgået en udskrivningsaftale eller er udarbejdet en koordinationsplan. En sådan underretning kan således bevirke, at også de pårørende får mulighed for at støtte og hjælpe patienten i tiden efter udskrivningen.

7.3. Tvangsbehandling af legemlige lidelser hos sindslidende patienter, der er indlagt på en somatisk afdeling

7.3.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 13, stk. 1, kan en person, som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Beslutning om tvangsbehandling af lidelsen træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab. Behandling kan om fornødent ske på somatisk afdeling, jf. § 13, stk. 2.

At psykiatriloven normalt kun finder anvendelse på personer, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, jf. afsnit 7.1.1. ovenfor, indebærer, at adgangen til at tvangsbehandle en legemlig lidelse i medfør af § 13 kun gælder for patienter, der i forvejen er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Patienter, der er indlagt på en somatisk afdeling uden at være overført hertil fra en psykiatrisk afdeling, er således i princippet ikke omfattet af bestemmelsen, selv om den pågældende opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Under hvilke betingelser sådanne patienter kan tvangsbehandles for en legemlig lidelse, må således afgøres efter andre regler, herunder lægeloven og straffeloven.

Efter lægelovens § 6, stk. 3, 1. pkt., må lægen ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens

F. t. l. vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien m.v.

vilje, medmindre andet er særligt hjemlet. Den pågældende bestemmelse blev indsat i lægeloven ved lov nr. 351 af 14. maj 1992 om ændring af lægeloven (Bestemmelser om information og samtykke). I bemærkningerne til lovforslaget, jf. Folketingstidende 1991-91, Tillæg A, sp. 2685 ff., anføres det bl.a., at formålet med bestemmelsen er at fremhæve det gældende princip om, at en voksen, habil patient, bortset fra særlige lovhjemlede undtagelsestilfælde, ikke må undergives nogen form for lægelig tvangsbehandling. Hvis en i henseende til både alder og fornuft fuldt habil patient med forståelse af sin egen situation har afvist at lade sig behandle, vil lægen, der ikke respekterer patientens vilje, handle retsstridigt og eventuelt kunne pådrage sig ansvar efter lægelovens § 18 om grovere eller gentagen forsømmelse m.v. og straffelovens § 260 om ulovlig tvang og § 157 om kvalificeret forsømmelse og skødesløshed i offentlig tjeneste eller hverv.

Af lovforslagets bemærkninger fremgår også, at hvis patientens samtykke ikke kan indhentes, f.eks. i tilfælde af midlertidig bevidstløshed, og der ikke foreligger en forudgående tilkendegivelse fra patienten, vil lægen i medfør af lægelovens og straffelovens bestemmelser om hjælpepligt være forpligtet til at iværksætte livsnødvendig behandling eller behandling, som er uopsættelig for på længere sigt at forbedre patientens overlevelseschancer eller for at opnå et bedre behandlingsresultat.

Om retstilstanden på området henvises i lovforslagets bemærkninger bl.a. til kapitel 2 i betænkning nr. 1184/1989 om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter m.v.). Her anføres det s. 31, at personer, der i henseende til alder eller fornuft savner den fornødne habilitet, ikke retsgyldigt kan give afkald på livsnødvendig lægehjælp. Et sådant afkald kan heller ikke gives på den inhabiles vegne af forældremyndighedens indehavere eller fødte eller beskikkede værger. Derfor er der for den behandelende læge en klar pligt til at yde børn og voksne inhabile, der lider af en livstruende sygdom, den nødvendige behandling, uanset om f.eks. forældremyndighedens indehavere ikke giver deres samtykke hertil. Lægens undladelse af at opfylde denne pligt vil indebære en overtrædelse ikke alene af lægelovens bestemmelser, men typisk tillige af straffelovens § 250 eller § 253.

At værgerne ikke kan give afkald på livsnødvendig lægehjælp, er også lagt til grund i forarbejderne til værgemålsloven, lov nr. 388 af 14. juni 1995, der trådte i kraft den 1. januar 1997, jf. Folketingstidende 1994-95, Tillæg A, s. 2437. Her fremgår det således, at spørgsmålet om, hvorvidt der skal stilles krav om en værgeres medvirken til at træffe beslutninger om behandling bl.a. ved læger ikke kan afklares ved

værgemålsloven. Det anføres, at såfremt der findes behov for en nærmere regulering af dette spørgsmål, må det ske i sundhedslovgivningen, hvor der allerede i dag findes bestemmelser om samtykke til behandling.

I psykiatrilovsundersøgelsen peger de psykiatriske afdelinger på et behov for afklaring af spørgsmålet om tvangsbehandling af legemlige lidelser hos sindslidende patienter, der ikke i forvejen er indlagt på en psykiatrisk afdeling, jf. afsnit 3.5. ovenfor. Det fremgår i den forbindelse bl.a., at patienter, der udvikler en psykose under indlæggelse på en somatisk afdeling, ofte bringes over på den psykiatriske afdeling med henblik på tvangsindlæggelse og derefter føres tilbage i medfør af psykiatrilovens § 13, således at de pågældende kan tvangsbehandles for den legemlige lidelse. Det kan på den baggrund overvejes at udvide psykiatrilovens stedlige anvendelsesområde, således at personer, der er indlagt på en somatisk afdeling, kan tvangsbehandles for legemlige lidelser i medfør af § 13, selv om den pågældende ikke i forvejen er indlagt på en psykiatrisk afdeling.

7.3.2. Justitsministeriets overvejelser om adgangen til at tvangsbehandle legemlige lidelser hos sindslidende patienter

Psykiatrilovsundersøgelsen viser, at retsstillingen med hensyn til behandling af somatiske lidelser hos sindslidende patienter, der modsætter sig undersøgelse og behandling, i praksis giver anledning til betydelig tvivl uden for det område, der i dag er omfattet af psykiatrilovens § 13.

Justitsministeriet finder, at den nævnte tvivl bør fjernes ved, at der tilvejebringes en mere klar hjemmel til at tvangsbehandle legemlige lidelser hos personer, der opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. psykiatrilovens § 5, selv om de pågældende ikke forinden fysisk har været bragt ind på en psykiatrisk afdeling med henblik på indlæggelse her.

Justitsministeriet lægger i den forbindelse vægt på, at der i praksis har vist sig behov for at kunne tvangsbehandle i sådanne tilfælde, og at sindslidende patienter, der befinder sig på en somatisk afdeling og opfylder betingelserne for frihedsberøvelse i lovens § 5, allerede efter de nugældende regler skal tvangsindlægges, hvis de modsætter sig at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling, jf. psykiatrilovens § 6, stk. 3, 1. pkt. I Justitsministeriets overvejelser indgår også, at der ikke er tale om en reel udvidelse af den gældende bestemmelses anvendelsesområde, men blot en præcisering, der har til formål at undgå, at man af rent formelle grunde tvinges til fysisk at bringe en somatisk patient ind på en psykiatrisk afdeling for straks efter at føre den pågældende tilbage til den

somatiske afdeling, hvor den somatiske behandling skal gennemføres.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 6, og bemærkningerne hertil.

8. Delegation af overlægens kompetence

Ordet »overlægen« anvendes flere steder i psykiatriloven. Spørgsmålet om, hvorvidt ordet »overlægen« skal forstås som et forbud mod, at kompetencen delegeres til andre læger på afdelingen, kan give anledning til tvivl.

8.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter § 3, stk. 3, i den gældende psykiatrilov skal overlægen opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til dens gennemførelse. Endvidere påhviler det ifølge § 21, stk. 1, overlægen til stadighed at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Desuden fremgår det af § 25, stk. 3, 2. pkt., at overlægen så vidt muligt skal imødekomme en anmodning fra patienten om at få beskikket en anden patientrådgiver fra patientrådgiverfortegnelsen end den, der står for tur. Endelig følger det af § 37, stk. 1, 1. pkt., at sygehusmyndigheden ved klage til patientklagenævnet bl.a. skal fremsende en erklæring fra overlægen.

Ordet »overlægen« kan i disse tilfælde forstås således, at overlægen har ansvaret for, at de pågældende bestemmelser efterleves på vedkommende psykiatriske afdeling. F.eks. kan § 3, stk. 3, forstås på den måde, at overlægen har pligt til at sørge for, at der opstilles en behandlingsplan, men ikke nødvendigvis selv skal opstille behandlingsplanen i det enkelte tilfælde.

I andre bestemmelser er ordet »overlægen« anvendt i forbindelse med afgørelsen af, om lovens betingelser for tvangsanvendelse er opfyldt. Der henvises til § 9, stk. 2, om afgørelse af tvangsendlæggelse, § 10, stk. 1, om beslutning om tvangstilbageholdelse, § 12, stk. 3, om iværksættelse af tvangsbehandling og anvendelse af magt til behandlingens gennemførelse, § 13, stk. 2, om iværksættelse af tvangsbehandling af legemlige lidelser og § 15, stk. 2, om anvendelse af hånd- eller fodremme i forbindelse med tvangsfiksering med bælte. Der kan i den forbindelse rejses spørgsmål om, hvorvidt ordet »overlægen« forhindrer, at kompetencen delegeres til andre læger, idet »overlægen« i disse tilfælde, der angår anvendelse

af tvang, kan forstås som en særlig retssikkerhedsgaranti.

Om rækkevidden af ordet »overlægen« anføres det i betænkning nr. 1109/1987 s. 17, at der menes den læge, der har det lægelige ansvar for det sengeafsnit, hvor patienten er indlagt. Det kan være den administrerende overlæge, men behøver ikke at være det. Når den, der er udnævnt til overlæge for den eller de pågældende psykiatriske afdelinger, er bortrejst eller af anden årsag er midlertidigt fraværende, har den læge, der under chefens fravær fungerer som overlæge, overlægens kompetence, medmindre der er truffet anden særlig bestemmelse i det enkelte tilfælde.

Der er i retspraksis taget stilling til, om ordet »overlægen« forhindrer, at overlægens kompetence delegeres til andre læger på afdelingen, når der under overlægens fravær, f.eks. om natten, skal træffes afgørelse om tvangsendlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Fra retspraksis kan nævnes Vestre Landsrets dom, offentliggjort i Ugeskrift for Retsvæsen 1995 s. 529, og Østre Landsrets dom, offentliggjort i Ugeskrift for Retsvæsen 1996 s. 188, hvor det i begge tilfælde blev antaget, at beslutning om tvangstilbageholdelse skal træffes af overlægen eller den læge, der i overlægens fravær fungerer i hans sted. Dette krav blev ikke anset for opfyldt i dommen fra 1995, hvor overlægens beslutning alene fremtrådte som en efterfølgende stiltiende accept af en beslutning om tvangstilbageholdelse, der var truffet af en underordnet læge. I dommen fra 1996 blev kravet anset for opfyldt, idet det blev lagt til grund, at en afdelingslæges beslutning om tvangstilbageholdelse efterfølgende var godkendt af overlægen. Om det pågældende spørgsmål kan endvidere henvises til Vestre Landsrets dom, offentliggjort i Ugeskrift for Retsvæsen 1997 s. 1262.

I psykiatrilovsundersøgelsen peges der på et behov for at få afklaret, hvornår ordet »overlægen« er til hinder for, at kompetencen under overlægens fravær delegeres til andre læger på afdelingen. Der peges også på et behov for at få afklaret, om en beslutning, der efter psykiatriloven skal træffes af overlægen personligt og således ikke kan delegeres til underordnet lægeligt personale, kan anses for truffet af overlægen, selv om beslutningen er truffet af underordnet lægeligt personale, når overlægen efterfølgende tager stilling til den, jf. afsnit 3.5. ovenfor.

8.2. Justitsministeriets overvejelser

Justitsministeriet er enig i, at der kan være et behov for i lovtæksten at afklare, hvornår ordet »overlægen« betyder, at beslutningen skal træffes af overlægen personligt eller af den læge, der under overlæ-

gens fravær fungerer som overlæge (substitution), således at kompetencen ikke kan udøves af underordnet lægeligt personale. Justitsministeriet finder også, at det kan være hensigtsmæssigt, at der i lovteksten tages stilling til, hvordan man forholder sig i de tilfælde, hvor beslutningskompetencen er henlagt til overlægen personligt, men beslutningen nødvendigvis må træffes af underordnet lægeligt personale, f.eks. fordi en patient bliver bragt til sygehuset om natten med henblik på tvangssindlæggelse, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet om tvangssindlæggelse for overlægen.

Efter Justitsministeriets opfattelse vil det være naturligt at udforme bestemmelserne i psykiatrilovens § 3, stk. 3, om behandlingsplaner, § 21, stk. 1, om den løbende overvågning af, at betingelserne for frihedsberøvelse m.v. er opfyldt, og § 25, stk. 3, 2. pkt., om patientens anmodning om beskikkelse af en anden patientrådgiver fra fortegnelsen over patientrådgivere, således at ordet »overlægen« i disse tilfælde ikke nødvendigvis sigter til overlægen personligt. I disse tilfælde er der ikke spørgsmål om at afgøre, om lovens betingelser for at træffe beslutning om at anvende tvang er opfyldt, og der foreligger derfor ikke særlige retssikkerhedsmæssige hensyn, der taler for, at kompetencen henlægges til overlægen personligt.

Justitsministeriet foreslår på den baggrund, at § 3, stk. 3, affattes således, at overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges, at patienten vejledes om planens indhold, og at patientens samtykke til stadighed søges opnået. Overlægen skal således ikke nødvendigvis selv opstille behandlingsplanen i det enkelte tilfælde. § 21, stk. 1, foreslås affattet således, at overlægen til stadighed har ansvaret for, at det påses, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. For så vidt angår den formaliserede obligatoriske efterprøvelse af frihedsberøvelse efter § 21, stk. 2, henvises til bemærkningerne til denne bestemmelse nedenfor. I § 25, stk. 3, 2. pkt., foreslås det, at »overlægen« udgår, således at det af bestemmelsen alene kommer til at fremgå, at en anmodning fra patienten om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, så vidt muligt skal imødekommes. Om de pågældende bestemmelser henvises i øvrigt til bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 2, 8 og 11.

Justitsministeriet har overvejet at ændre bestemmelsen i § 37, stk. 1, 1. pkt., (§ 36, stk. 1, 1. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 14) om, at sygehusmyndigheden bl.a. skal fremsende en erklæring fra »overlægen« til brug for patientklagenævnets sagsbehandling, således at det alene kræves, at der foreligger en erklæ-

ring fra vedkommende psykiatriske afdeling. Til fordel for en sådan ændring kan tale, at der heller ikke i de tilfælde, der omfattes af § 37, stk. 1, 1. pkt., foreligger særlige retssikkerhedsmæssige hensyn, der gør det påkrævet at henlægge kompetencen til overlægen personligt.

Det må imidlertid anses for at være af væsentlig betydning for patientklagenævnets sagsbehandling, herunder muligheden for at fremskynde klagesagsbehandlingen mest muligt, jf. afsnit 6.1.3. ovenfor, at erklæringen er underskrevet af overlægen selv eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge. Et sådant krav kan være med til at sikre, at der foreligger en fyldestgørende erklæring, når patientklagenævnet skal behandle klagen. Bestemmelsen i § 37, stk. 1, 1. pkt., foreslås på den baggrund videreført i uændret form i § 36, stk. 1, 1. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 14, således at ordet »overlægen« i dette tilfælde skal forstås som overlægen personligt eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge. Der vil ikke være noget til hinder for, at erklæringen udarbejdes af en anden læge, når blot erklæringen er tiltrådt af overlægen ved dennes underskrift.

Efter Justitsministeriets opfattelse må der i de øvrige bestemmelser, hvor ordet »overlægen« indgår, jf. afsnit 8.1. ovenfor, indlægges et krav om, at beslutningen skal træffes af overlægen personligt eller af den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge, således at beslutningskompetencen ikke kan udøves af underordnet lægeligt personale. Det skyldes, at ordet »overlægen« i disse tilfælde anvendes i forbindelse med beslutning om, hvorvidt lovens betingelser for at anvende tvang er opfyldt, og at henlæggelse af kompetencen til overlægen personligt derfor må opfattes som en særlig retssikkerhedsgaranti, jf. herved de 3 landsretsdomme, der er refereret i afsnit 8.1. ovenfor.

Det er i de ovennævnte domme også antaget, at en beslutning, der er henlagt til overlægen personligt, efter omstændighederne kan anses for truffet af overlægen, selv om den i første omgang er truffet af underordnet lægeligt personale, når overlægen efterfølgende tager stilling til den. Justitsministeriet finder, at denne praksis bør lovfæstes, og foreslår derfor, at der som § 4 a i psykiatriloven indsættes en bestemmelse, hvorefter bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 12, stk. 3, § 13, stk. 2, § 15, stk. 2, og § 21, stk. 2, ikke er til hinder for, at en beslutning under overlægens fravær træffes af en anden læge, når overlægen efterfølgende snarest tager stilling til beslutningen.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 4 a i lovforslagets § 1, nr. 3, indebærer, at de beslutninger, der

nævnes i bestemmelsen, f.eks. beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, skal træffes af overlægen personligt eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge (substitution). Der sigtes i den forbindelse ikke nødvendigvis til den administrerende overlæge, men til den overlæge, der har det behandlingsmæssige ansvar for den afdeling eller det afsnit, hvor patienten skal indlægges eller er indlagt (den behandlingsansvarlige overlæge). Overlægens kompetence kan i disse tilfælde principielt ikke delegeres til underordnet lægeligt personale.

Den foreslåede bestemmelse medfører dog også, at forbudet mod delegation af overlægens kompetence ikke er til hinder for, at beslutningen i overlægens fravær træffes af andre læger. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende *snarest* tage stilling til beslutningen. Det indebærer, at overlægen ved førstkommande lejlighed skal tage stilling til lægens beslutning om at anvende tvang. Overlægens stillingtagen skal tilføres tvangsprotokollen. Er der tale om en efterfølgende stillingtagen til en beslutning om tvangstilbageholdelse, kræves det ikke, at overlægen tager stilling til tvangstilbageholdelsen inden udløbet af den frist på 24 eller 48 timer, der gælder efter psykiatrilovens § 10, stk. 3. Disse frister skal derimod overholdes af den læge, der under overlægens fravær træffer bestemmelse om tvangstilbageholdelse.

Hvis overlægen underkender lægens beslutning om f.eks. at tvangslægge eller tvangstilbageholde en patient, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør, idet betingelserne herfor ikke har været opfyldt. Dette forhold adskiller sig principielt ikke fra tilfælde, hvor en frihedsberøvelse efterfølgende erklæres ulovlig af klageinstansen, fordi betingelserne for at tvangslægge eller tvangstilbageholde ikke findes at have været opfyldt. Det samme gælder for så vidt angår andre tvangsgreber. Der henvises i den forbindelse til bemærkningerne til den pågældende bestemmelse i lovforslaget § 1, nr. 3.

9. Registrering og indberetning af tvang

9.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 20, stk. 1, skal oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 og 12-17, og enhver ordination i henhold til § 18 tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebs nærmere indhold og begrundelse. § 20, stk. 2, indeholder en bemyndigelse for sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen.

Bestemmelsen i § 20, stk. 1, indebærer, at der er pligt til at registrere de indgreb, der er reguleret i psykiatriloven, dvs. tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, jf. §§ 5-10, tvangsbehandling for sindslidelse, jf. § 12, og for legemlige lidelser, jf. § 13, tvangsfiksering, jf. §§ 14-16, fysisk magtanvendelse, herunder i form af beroligende indsprøjtning, jf. § 17, og beskyttelsesfiksering, herunder aflåsning af en afdelings yderdøre, jf. § 18. Karakteren af de oplysninger, der i det enkelte tilfælde skal registreres i tvangsprotokollen, er nærmere beskrevet i §§ 26-33 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse udfærdiget særlige skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 26, stk. 2.

I bekendtgørelsens §§ 34-35 er der fastsat nærmere regler om indberetning af de psykiatriske afdelingers tvangsansvendelse. Efter § 34, stk. 1, skal overlægen på vedkommende afdeling sørge for, at der kvartalsvis foretages indberetning til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen gennem den pågældende embedslægeinstitution om afdelingens anvendelse af tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering bortset fra aflåsning af en afdelings yderdøre. Indberetningerne foretages på skemaer, der er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen, og skal indeholde de oplysninger om tvangsregistreringer, som også skal tilføres tvangsprotokollen, med undtagelse af patientens og impliceret personales navn og cpr-nr., jf. bekendtgørelsens § 35.

Indberetningen foregår i praksis således, at den enkelte psykiatriske afdeling hvert kvartal fremsender anonymiserede kopier af tvangsprotokolskemaer og indberetningsskemaet vedrørende den samlede tvang, der er udført på afdelingen, til sygehusmyndigheden og embedslægeinstitutionen. På baggrund af de kvartalsvise indberetninger fører Sundhedsstyrelsen en statistik over tvangsansvenden.

I psykiatrilovsundersøgelsen peges der på, at det nugældende registrerings- og indberetningssystem er uhensigtsmæssigt. Det anføres i den forbindelse, at det under den nugældende ordning ikke er muligt at henføre de indberettede oplysninger til bestemte personer eller indlæggelser. Det fører til, at det ikke kan påvises, i hvilket omfang tvangsansvenden angår samme person, således at den pågældende indgår flere gange i statistikken, jf. afsnit 3.4. ovenfor. Statistikkernes anvendelse som et billede af anvendelsen af tvang bliver herved vanskeliggjort. Det må derfor overvejes, om der bør gennemføres ændringer på dette område.

9.2. Justitsministeriets overvejelser

De nugældende krav om førelse af tvangsprotokoller og indberetning af tvang kan være tidsmæssigt belastende for personalet på de psykiatriske afdelinger. Indberetningerne har endvidere kun begrænset statistisk værdi, idet de indberettede oplysninger ikke kan henføres til bestemte personer.

På den anden side kan de nugældende krav om registrering af tvang siges at øge patientens retssikkerhed bl.a. i forbindelse med behandlingen af klager ved patientklagenævnene og domstolene, og registreringen forbedrer de psykiatriske afdelingers muligheder for at udøve egenkontrol, jf. herved betænkning nr. 1109/87 s. 79-80.

Det kan endvidere anføres, at kravet om registrering og indberetning af tvang som udgangspunkt er nødvendigt, for at sygehusmyndighederne og Sundhedsstyrelsen kan varetage opgaven med at føre løbende kontrol med tvanganvendelsen.

Efter Justitsministeriets opfattelse vil det derfor være betænkeligt at opgive de nugældende krav i psykiatrilovens § 20 om registrering og indberetning af tvang. Justitsministeriet er imidlertid opmærksom på, at førelsen af tvangsprotokoller og indberetningen af tvanganvendelse kan indebære en ikke ubetydelig arbejdsmæssig belastning for personalet på de psykiatriske afdelinger, og at det kan være en svaghed ved det nugældende indberetningssystem, at de indberettede oplysninger ikke er personhenførbare. Det er da også baggrunden for, at der under Sundhedsstyrelsens har været nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til, hvorledes registrerings- og indberetningssystemet kan forbedres. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af arbejdsgruppens drøftelser anbefalet, at der søges gennemført en ændring af de nugældende regler, således at tvangsprotokollerne gøres personhenførbare, idet en sådan ændring kan bidrage til, at muligheden for at føre kontrol med tvanganvendelsen på de psykiatriske afdelinger styrkes.

Justitsministeriet er enig i, at indførelse af adgang til at gøre de indberettede oplysninger personhenførbare må antages at forbedre det nugældende indberetningssystem. Under hensyn til oplysningernes personfølsomme karakter finder Justitsministeriet det rigtigst, at der i psykiatrilovens § 20, stk. 2, indsættes en ny bestemmelse, hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 7, med tilhørende bemærkninger.

10. Patientrådgiverordningen

10.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

En af psykiatrilovens nydannelser var indførelse af patientrådgiverordningen, jf. lovens kapitel 8. I § 24 er der fastsat regler om, *hvornår patientrådgivere beskikkes, og hvilke opgaver de har*. Efter § 24, stk. 1, skal der således beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbeholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved fiksering m.v. Af § 24, stk. 2, fremgår det, at patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager.

Psykiatrilovens § 25 indeholder regler om *fremgangsmåden ved beskikkelse af patientrådgivere*. Efter § 25, stk. 1, antager statsamtmanden efter ansøgning et antal patientrådgivere. En fortegnelse over disse fordeles mellem de enkelte psykiatriske afdelinger i det område, som statsamtet dækker. Beskikkelse sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske hurtigst muligt underretter patientrådgiveren om tvangsindgrebet og beskikkelsen. Patientrådgiverne beskikkes efter tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på fortegnelsen, jf. § 25, stk. 2.

Ifølge § 25, stk. 3, skal patienten have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte beskikkelse. Fremsætter patienten i den forbindelse anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal overlægen så vidt muligt imødekomme en sådan anmodning. Fremsætter patienten anmodning om beskikkelse af en person, som ikke er optaget på fortegnelsen, sker der ifølge § 25, stk. 4, foreløbig beskikkelse af den person, der står for tur, jf. § 25, stk. 2. Statsamtmanden træffer i så fald bestemmelse om, hvorvidt den af patienten foreslåede person kan beskikkes, idet patientens anmodning som udgangspunkt skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt.

Om *ophør af beskikkelse* er det i § 28 fastsat, at beskikkelsen bortfalder samtidig med, at tvangsindgrebet bringes til ophør, idet patientrådgiveren dog skal bistå patienten i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, eller som samtidig iværksættes.

Det indebærer bl.a., at hvert et patientrådgiver fortsættes i tilfælde, hvor tvangsindgrebet er ophørt, men hvor patienten ønsker at klage over tvangsindgrebet.

Ved kortvarige tvangsindgreb, der er bragt til ophør inden patientrådgiverens første besøg, bortfalder

beskikkelse endvidere først, når besøget har fundet sted.

I §§ 26 og 27 er der fastsat regler om *patientrådgiverens kontakt til patienten og om de oplysninger, som personalet skal give patientrådgiveren*, for at den pågældende kan udføre sit hverv. Efter § 26 skal patientrådgiveren besøge patienten snarest muligt efter beskikkelsen og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen, og besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har endvidere ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten. Patientrådgiveren skal også have enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. Må en oplysning af lægelige grunde ikke gives til patienten, må den dog heller ikke gives til patientrådgiveren, jf. § 27.

De ovennævnte bestemmelser suppleres i psykiatrilovens § 29 af en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter justitsministeren fastsætter nærmere regler om antagelse og beskikkelse af patientrådgivere, deres opgaver og nærmere beføjelser samt honorar. I medfør bl.a. af denne bestemmelse er udstedt bekendtgørelse nr. 32 af 17. januar 1995 om patientrådgivere og bistandsværger. I denne bekendtgørelse er der bl.a. givet nærmere regler om antagelse og beskikkelse af patientrådgivere og bistandsværger og om ophør af sådanne beskikkelser, jf. bekendtgørelsens kap. 1-2, 4 og 6. Der er endvidere fastsat nærmere regler om patientrådgiverens og bistandsværgerens opgaver og beføjelser, jf. kap. 3 og 5. Endelig rummer kap. 7 bestemmelser om vederlag til patientrådgivere og bistandsværger.

I den forbindelse fremgår bl.a., at vederlaget til beskikkede patientrådgivere, der er optaget på fortegnelsen over patientrådgivere, normalt udgør 800 kr. ved tvangsindgreb af en varighed på 0-7 dage, 1.200 kr. ved tvangsindgreb af en varighed på 8-30 dage og 1.600 kr. for hver påbegyndte 3. måned ved tvangsindgreb af en varighed på mere end 30 dage, jf. § 31, stk. 1 og 2, og § 33, stk. 2. Dette vederlag dækker ud over honorar for patientrådgiverens arbejde i forbindelse med besøg, retsmøder, klagesager m.v. tillige de udgifter, der er forbundet med hvervet, herunder udgifter til telefon m.v., jf. § 33, stk. 1. Honorar m.v. udbetales af sygehusmyndigheden.

Ved bekendtgørelse nr. 32 af 17. januar 1995 blev vederlaget til patientrådgiverne forhøjet i forhold til tidligere.

Herudover er der ved bekendtgørelse nr. 928 af 22. oktober 1996 om ændring af bekendtgørelse om patientrådgivere og bistandsværger gennemført en ord-

ning, der indebærer, at de patientrådgivere, der er antaget af statsamterne, ved siden af det takstmæssige vederlag har krav på godtgørelse af udgifter til befordring efter de takster, der gælder for ansatte i staten. Ordningen har været gældende siden den 1. januar 1996.

Patientrådgivere, der ikke er optaget på fortegnelsen over patientrådgivere, har krav på godtgørelse af udgifter til befordring til indtil 5 besøgsrejser årligt efter de regler, der gælder for ansatte i staten, jf. bekendtgørelsens § 31, stk. 3, 1. pkt.

Af psykiatrilovsundersøgelsen fremgår det, at patientrådgiverne generelt er tilfredse med hvervet og fagligt godt rustet til at bestride det. Endvidere har patientrådgiverne god kontakt til patienterne og personalet. I undersøgelsen peges der dog også på, at en række forhold, bl.a. aflønning og hovedbeskæftigelse, medfører, at den første kontakt til patienten ofte forsinkes, og at patientrådgiverne langt fra altid deltager i retsmøder og møder i patientklagenævnene. Endvidere er der forskellige opfattelser af, hvad hvervet indebærer, og hvordan det bør praktiseres, jf. afsnit 3.6. ovenfor.

10.2. Justitsministeriets overvejelser

Der henvises indledningsvis til afsnit 6.3. ovenfor vedrørende Justitsministeriets overvejelser og forslag om patientrådgiverens deltagelse i møder i patientklagenævnet ved behandlingen af klager fra vedkommende patient. Endvidere henvises til bemærkningerne til psykiatrilovens § 24, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 10.

Som det fremgår af afsnit 10.1. ovenfor, blev vederlaget til patientrådgiverne forhøjet i januar 1995. Herudover er der med virkning fra den 1. januar 1996 indført en ordning, hvorefter der ydes patientrådgivere, som er antaget af statsamtmanden, godtgørelse for udgifter til befordring ved siden af det takstmæssige vederlag. Der er således i de senere år sket en væsentlig forbedring af den samlede vederlæggelse af patientrådgiverne. Justitsministeriet vil imidlertid bl.a. i lyset af forslaget om patientrådgiverens deltagelse i patientklagenævnets møder og forslaget om at udvide nævnets kompetence til også at omfatte sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel være opmærksom på, om der kan være behov for at foretage en yderligere justering af vederlaget til patientrådgiverne.

Endvidere overvejer Justitsministeriet løbende, om der kan antages at være behov for yderligere initiativer, der kan styrke patientrådgiverens forudsætninger for at varetage hvervet. Det kan i den forbindelse nævnes, at Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Justitsministeriet i samarbejde med de

kommunale parter har besluttet at etablere et særligt kursustilbud til personer, der arbejder med sindslidende. Målgruppen for dette kursustilbud er primært patientrådgivere og bistandsværger samt støtte- og kontaktpersoner. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der skal forestå udviklingen af kursustilbudene. Som led i et pilotprojekt afvikles henholdsvis i efteråret 1997 og foråret 1998 2 kurser i Vestsjællands Amt.

11. Ordningen med patientråd og patientmøder

11.1. Gældende ret og psykiatrilovsundersøgelsen

Efter psykiatrilovens § 30 skal der på hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling oprettes patientråd eller afholdes patientmøder efter regler, som fastsættes af sundhedsministeren. Formålet med denne bestemmelse er at give patienterne mulighed for at øve indflydelse på egne forhold. Patientråd og afholdelse af patientmøder kan således have betydning for patienternes følelse af eget værd og for personalets holdning til patienterne. Patienternes medindflydelse kan endvidere ses som en kontrolforanstaltning, der kan medvirke til at forebygge eventuelt misbrug, jf. herved betænkning nr. 1068/86 s. 407-417 og s. 423-426 og betænkning nr. 1109/87 s. 28 og s. 94-95.

De nærmere regler om patientråd og patientmøder er fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 2, skal amtsrådet beslutte, hvorvidt der på det enkelte psykiatriske sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder. Som grundlag for denne beslutning skal antallet af patienter på sygehuset eller afdelingen samt patienternes mulighed i øvrigt for at øve indflydelse og medbestemmelse på egne forhold indgå, jf. § 1, stk. 3.

Det påhviler endvidere amtsrådet at udfærdige nærmere retningslinier for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder om antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed, jf. § 1, stk. 4. Desuden skal amtsrådet skabe det fornødne grundlag for, at patientråd kan oprettes, eller patientmøder kan afholdes, herunder sikre den fornødne vejledning og assistance, jf. § 2.

Om *patientråd* er det i øvrigt fastsat, at rådet vælges af og blandt patienterne, og at medlemskab af rådet ophører, når det pågældende medlem udskrives eller af andre grunde forlader sygehuset. Endvidere skal patientrådet holde møde jævnligt, dog mindst én gang i kvartalet, jf. § 4. Desuden er oprettelse af patientråd ikke til hinder for afholdelse af patientmøder, jf. § 7.

Patientrådet har ikke kompetence til at behandle spørgsmål, der vedrører enkeltpersoners forhold, jf. § 6. Efter § 5 skal en række spørgsmål af generel betydning for patienterne forelægges patientrådet til udtalelse, inden der træffes beslutning. Således skal rådet høres over retningslinier for det almindelige omsorgsarbejde, meningsfyldt beskæftigelse og husorden på de enkelte afdelinger samt tildeling og administration af de midler, der afsættes til patienternes beklædning, fritidsbefordring og aktiviteter som f.eks. sport m.v. og uddannelse m.v. Rådet skal også høres over planer og funktionsbeskrivelser for de bygningsmæssige forhold, større ændringer i disse samt større inventaranskaffelser.

Efter § 8 skal der afholdes *patientmøder*, hvis det er besluttet ikke at oprette patientråd, jf. § 1, stk. 2. De ovennævnte regler om patientråd gælder også for patientmøder med de ændringer, forholdene tilsiger, jf. § 8, stk. 2. Det antages bl.a. at indebære, at patientmøder kan afholdes hyppigere end patientråd, og at deltagelse i patientmøder ikke nødvendigvis afhænger af, om den pågældende er valgt, men efter omstændighederne kan omfatte alle, der er indlagt på vedkommende psykiatriske afdeling. På patientmøder kan i øvrigt alle anliggender vedrørende sygehuset eller afdelingen drøftes, bortset fra spørgsmål, der vedrører enkeltpersoners forhold, jf. § 9.

I psykiatrilovsundersøgelsen anføres det, at ordningen med patientråd og patientmøder ikke fungerer hensigtsmæssigt, jf. afsnit 3.5. ovenfor. Det nævnes i den forbindelse, at ordningen er af vekslende kvalitet og især ikke synes at fungere på de akutte lukkede afdelinger, hvor der anvendes mest tvang.

11.2. Justitsministeriets overvejelser

Justitsministeriet finder, at det må tillægges væsentlig betydning, at patienterne har mulighed for at øve indflydelse på egne forhold. Imidlertid tyder erfaringerne på, at den nugældende ordning med patientråd og patientmøder ikke fungerer efter hensigten. En mulig forklaring på dette forhold kan være, at de patienter, der er indlagt gennem længere tid, og som kunne drage nytte af ordningen, ofte på grund af deres sygdom har vanskeligt ved at deltage i arbejdet. En anden forklaring kunne være, at den største del af patientgruppen i dag udskrives så hurtigt fra de psykiatriske afdelinger, at det er vanskeligt at få ordningen til at fungere kontinuerligt.

Justitsministeriet finder på den baggrund, at det kan overvejes at ophæve de nugældende bestemmelser om patientråd og patientmøder. Justitsministeriet finder dog også, at der fortsat bør sikres patienterne mulighed for at øve indflydelse på egne forhold, idet dette må antages at have betydning for, hvordan

opholdet på en psykiatrisk afdeling opleves, og dermed også for behovet for tvangsanvendelse.

Justitsministeriet foreslår derfor, at psykiatrilovens § 30 i stedet affattes således, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger, jf. lovforslagets § 1, nr. 12. Formålet med en sådan bestemmelse er at give mulighed for administrativt at fastsætte nærmere regler om patientindflydelse. Med udtrykket »patientindflydelse« sigtes i den forbindelse til patientinddragelse i en bredere betydning end den nugældende formaliserede fremgangsmåde med oprettelse af patientråd eller afholdelse af patientmøder. Det forudsættes i øvrigt, at erfaringerne med patientråd og patientmøder indgår ved fastsættelsen af sådanne regler.

12. Tilladelse til udgang m.v. til frihedsberøvede personer

Den gældende psykiatrilov indeholder ingen regler om adgangen til at give udgangstilladelse til frihedsberøvede patienter. Psykiatriloven indeholder således ikke regler om udgangstilladelse til personer, der er frihedsberøvet med hjemmel i psykiatriloven i form af tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse eller farlighedsdekret.

Psykiatriloven indeholder heller ikke en regulering af adgangen til at give udgangstilladelse til de såkaldte retslege patienter, dvs. personer, hvor grundlaget for opholdet på en psykiatrisk afdeling er en strafferetlig afgørelse, f.eks. en kendelse om mentalobservation efter retsplejelovens § 809, stk. 2, eller en dom til anbringelse i hospital for sindslidende efter straffelovens § 68.

Det bemærkes herved, at den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 42 alene indeholder hjemmel til at fastsætte regler om, i hvilket omfang reglerne i psykiatriloven finder tilsvarende anvendelse på personer, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse. Regler herom er fastsat i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 605 af 23. august 1990. Bestemmelsen indeholder ikke hjemmel til at fastsætte regler om forhold, der ikke er reguleret i psykiatriloven, og som er specifikke for de retslege patienter.

Det forhold, at psykiatriloven ikke indeholder regler om det nævnte spørgsmål, er ikke ensbetydende med, at der ikke kan gives udgangstilladelse til frihedsberøvede patienter.

For så vidt angår personer, der er tvangsendlagt eller tvangstilbageholdt, er det fast antaget, at overlægen kan give tilladelse til udgang. Forslagets bestemmelse i § 10 a om tilbageførsel forudsætter, at

der består en sådan adgang til at give tilladelse til udgang.

For personer, der i henhold til et farlighedsdekret er anbragt på den sikringsafdeling, der er knyttet til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, antages det, at Justitsministeriet kan give tilladelse til udgang.

Hvad endelig angår de retslege patienter er der bl.a. fastsat nærmere regler i Justitsministeriets cirkulære nr. 227 af 15. november 1977 om meddelelse af friheder m.v. til personer, der i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 er dømt til anbringelse i hospital for sindslidende (psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling) eller i institution for åndssvage. Cirkulæret er for tiden under revision.

Justitsministeriet finder ikke, at der er behov for at ændre ved den gældende ordning, hvorefter overlægen kan give tilladelse til udgang til personer, der er tvangsendlagt eller tvangstilbageholdt. Der foreslås derfor ingen ændringer på dette punkt.

For så vidt angår de retslege patienter, finder Justitsministeriet, at der bør tilvejebringes en udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til at fastsætte regler om meddelelse af friheder m.v. til denne særlige gruppe af patienter. Med henblik herpå foreslås indsat særlige bemyndigelsesbestemmelser i retsplejeloven og straffeloven. Bestemmelserne gælder ikke kun i forhold til retslege patienter, der opholder sig på psykiatriske afdelinger, men også i forhold til personer, der efter en straffedom eller strafferetlig kendelse skal opholde sig på institutioner inden for det sociale område, herunder institutioner for personer med vidtgående psykiske handicap. Der henvises til forslaget § 2, nr. 4 og 5, om nye bestemmelser i retsplejelovens § 765, stk. 5, og § 811, stk. 2, og til forslaget § 3 vedrørende en ny bestemmelse i straffelovens § 73 a.

Endvidere foreslås som psykiatrilovens § 41 a indsat en særlig bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter justitsministerien kan fastsætte regler om adgangen til at meddele tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i sikringsafdelingen i henhold til et farlighedsdekret. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 16.

13. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser m.v.

Forslaget om forenkling af klageordningen, således at alle klager over brugen af tvang, herunder tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse, i 1. instans indbringes for patientklagenævnet, indebærer, at patientklagenævnene vil skulle behandle et yderligere antal klagesager. Skønnet over dette antal er behæftet med betydelig usikkerhed, bl.a. fordi omfanget af tvangsanvendelsen, klagefrekvensen og antal-

let af klager, der frafaldes, påvirkes af en række faktorer, herunder forholdene på de psykiatriske institutioner, sagsbehandlingstiden, begrænsning af opsættende virkning af klage over tvangsbehandling m.v. Med disse betydelige usikkerheder skønnes det, at der som følge af lovforslaget vil skulle afgøres ca. 250-600 yderligere klagesager pr. år i landets patientklagenævn.

Lovforslaget indebærer endvidere yderligere krav til patientklagenævnenes sagsbehandling, herunder især en absolut sagsbehandlingsfrist på 7 hverdage for behandlingen af de klager, der efter lovforslaget fortsat har opsættende virkning, ligesom nævnene skal udarbejde en årsberetning. Opfyldelsen af disse krav forudsætter et øget beredskab i patientklagenævnene, antagelse af yderligere suppleanter til nævnene, styrkelse af sekretariatsfunktionen bl.a. med henblik på afrapportering m.v. Det er ligeledes behæftet med usikkerhed at vurdere de økonomiske konsekvenser af disse yderligere krav til nævnenes sagsbehandling.

På grundlag af talmateriale modtaget fra Indenrigsministeriet skønner Justitsministeriet, at de samlede merudgifter til patientklagenævnene som følge af lovforslaget vil andrage ca. 4 mio. kr.

Vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bemærkes, at der, jf. pkt. 7.2 ovenfor, er tale om en præcisering af almindelig gældende praksis for en god og hensigtsmæssig tilrettelæggelse af psykiatriske patienters udskrivning, sådan som dette bl.a. hidtil er sket med udskrivningskonferencer, udsendelse af udskrivningsbreve og anden nødvendig kontakt til myndigheder m.v.

Forslaget til en ny affattelse af psykiatrilovens § 2 indeholder en præcisering af målsætningen om god psykiatrisk sygehusstandard. Som nævnt i afsnit 4.3. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget, har regeringen afsat en pulje på 400 mio. kr. i perioden 1997-1999 til medfinansiering af amtslige udgifter til forbedringer for psykiatriske patienter, herunder især til modernisering af psykiatriske afdelinger og hospitaler. Medfinansieringen indebærer, at den samlede værdi af de gennemførte moderniseringer m.v. bliver i størrelsesordenen 1 mia. kr.

Lovforslaget skønnes ikke i øvrigt at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige af betydning. Forslaget har endvidere ikke miljømæssige eller erhvervsøkonomiske konsekvenser og indeholder ikke EU-retlige aspekter.

14. Hørte myndigheder m.v.

Lovforslaget er ved fremsættelsen sendt til høring hos følgende myndigheder, der også blev hørt over det tidligere lovforslag:

Præsidenterne for Østre og Vestre Landsret, præsidenterne for Københavns Byret og for retterne i Århus, Odense, Ålborg og Roskilde, Den Danske Dommerforening, Dommerfuldmægtigforeningen, rigsadvokaten, rigspolitichefen, politidirektøren i København, Foreningen af Politimestre i Danmark, Politifuldmægtigforeningen, Dansk Politiforbund, Dansk Kriminalpolitiforening, Retspsykiatrisk Klinik, Advokatrådet, Det Danske Center for Menneskerettigheder, Det Ethiske Råd, Retslægerådet, Den Almindelige Danske Lægeforening, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Psykiatere og Børnepsykiateres Organisation, Hovedstadens Sygehusfællesskab, samtlige amtskommuner, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Københavns kommune, Frederiksberg kommune, Det Centrale Handicapråd, Center for Ligebehandling af Handicappede, De Samvirkende Invalideorganisationer, Landsforeningen LEV, Landsforeningen Sind, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende, Galebevægelsen, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger, Alzheimerforeningen, Medborgernes Menneskerettigheds Kommission, Foreningen af Amtmænd, Foreningen af Statsamtsjurister, samtlige patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Forbundet af Offentligt Ansatte, Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrifonden, Foreningen af Socialchefer i Danmark, Dansk Socialrådgiverforening, Socialpædagogernes Landsforbund, Dansk Sygeplejeråd, Embedslægeforeningen, Dansk Psykologforening og Ergoterapeutforeningen.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

I bilag 2 til lovforslaget er de foreslåede regler sammenholdt med de gældende regler.

Til § 1

Til nr. 1 (psykiatrilovens § 2)

Efter psykiatrilovens § 2 skal sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard.

Ved lovforslagets § 1, nr. 1, foreslås en ny affattelse af bestemmelsen, således at sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenorme-

ring, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Om baggrunden for og formålet med den pågældende bestemmelse henvises til afsnit 4.3. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 2 (psykiatrilovens § 3)

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, skal overlægen opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til dens gennemførelse. Det har i praksis givet anledning til tvivl, om de pligter, der påhviler overlægen, kan udføres af andre læger i det enkelte tilfælde. Ved den foreslåede ændring af stk. 3 præciseres det, at overlægen har ansvaret for, at der bl.a. opstilles en behandlingsplan. Det indebærer, at overlægen ikke nødvendigvis selv skal opstille behandlingsplanen, men har pligt til at sørge for, at behandlingsplanen udarbejdes.

Der henvises i øvrigt til afsnit 8 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Som § 3, stk. 4, foreslås indsat en bestemmelse, hvorefter overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Aftalen skal som udgangspunkt indgås mellem patienten, den psykiatriske afdeling og de myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., der skal forestå den opfølgende indsats over for patienten. Vil patienten ikke medvirke ved indgåelsen af en sådan aftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, jf. § 3, stk. 5, i lovforslagets § 1, nr. 2.

Som et supplement til de foreslåede bestemmelser om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i stk. 4 og 5 foreslås i stk. 6 regler om, at de psykiatriske afdelinger og de myndigheder og privatpraktiserende læger m.v., der indgår udskrivningsaftale eller udarbejder koordinationsplan om behandlingstilbud osv. efter udskrivning, kan udveksle følsomme oplysninger om patienten også uden dennes samtykke. Oplysninger kan kun videregives, hvis det er nødvendigt af hensyn til muligheden for indgåelse af og tilsyn med overholdelse af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner. Der er ikke pligt til videregivelse af oplysninger, hvis det f.eks. skønnes at kunne skade forholdet til patienten.

Om bestemmelserne i § 3, stk. 4-6, henvises i øvrigt til afsnit 7.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 3 (psykiatrilovens § 4 a)

Efter psykiatrilovens § 9, stk. 2, træffer overlægen afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. Efter § 10, stk. 1, tager overlægen endvidere stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Overlægen træffer også afgørelse om tvangsbehandling og om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlings gennemførelse, jf. § 12, stk. 3. Beslutning om tvangsbehandling af legemlige lidelser træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab, jf. § 13, stk. 2, 1. pkt. Beslutning om, at der ved tvangsfiksering foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, træffes ligeledes af overlægen, jf. § 15, stk. 2. Efter § 21, stk. 2, skal overlægen med faste intervaller efterprøve, om betingelserne for fortsat frihedsberøvelse er opfyldt, og tilføre tvangsprotokollen oplysning herom.

Det har i praksis givet anledning til tvivl, om ordet »overlægen« også i disse tilfælde, der vedrører spørgsmålet om anvendelse af tvang, skal forstås således, at kompetencen er henlagt til overlægen personligt som en særlig retssikkerhedsgaranti og derfor ikke kan delegeres til andre læger, f.eks. en 1. reserve-læge. Det samme spørgsmål kan rejses i tilfælde af tilbageførsel, jf. psykiatrilovens § 10 a, stk. 1, 1. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 4, hvorefter overlægen under visse betingelser kan beslutte, at en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person, der har forladt en psykiatrisk afdeling eller er udeblevet efter udgang, med politiets bistand skal føres tilbage til afdelingen.

§ 4 a i lovforslagets § 1, nr. 3, indebærer, at de ovennævnte beslutninger principielt skal træffes af overlægen personligt eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge (substitution). Med udtrykket »overlægen« sigtes i den forbindelse til den læge, der har det behandlingsmæssige ansvar for den afdeling eller det afsnit, hvor patienten er indlagt eller skal indlægges (den behandlingsansvarlige overlæge).

Det kan imidlertid forekomme, at afgørelsen må træffes af en anden læge, f.eks. fordi patienten bliver bragt til sygehuset om natten med henblik på tvangsindlæggelse, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet om tvangsindlæggelse telefonisk for overlægen. § 4 a indebærer, at kravet om, at afgørelsen skal træffes af overlægen personligt, i sådanne tilfælde ikke er til hinder for, at en anden læge træffer afgørelsen, forudsat at overlægen efterfølgende snarest tager stilling til lægens beslutning.

Som nævnt i afsnit 8.2. ovenfor i lovforslagets almindelige bemærkninger, indebærer udtrykket »snarest«, at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på sygehuset. Resultatet af overlægens stillingtagen skal tilføres tvangsprotokollen. Er der tale om en efterfølgende stillingtagen til en tvangstilbageholdelse, kræves det ikke, at overlægen når at tage stilling inden udløbet af den frist på henholdsvis 24 og 48 timer, der er fastsat i psykiatrilovens § 10, stk. 3, 1. og 2. pkt. Disse frister skal derimod overholdes af den læge, der under overlægens fravær træffer bestemmelse om tvangstilbageholdelse. Når § 10, stk. 3, i øvrigt ikke er nævnt i forslaget til ny § 4 a, skyldes det, at der er tale om en fristregel og ikke er kompetenceregulering. Kompetencen til at træffe afgørelse vedrørende tvangstilbageholdelse er fastlagt i § 10, stk. 1.

Underkender overlægen lægens beslutning om f.eks. at tvangsindlægge eller tvangstilbageholde en person, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør. Om der i så fald f.eks. er grundlag for at rejse krav om erstatning, må afgøres efter de almindelige regler herom. Det adskiller sig principielt ikke fra de tilfælde, hvor overlægens beslutning om frihedsberøvelse efterfølgende bliver underkendt af retten, fordi retten ikke finder, at betingelserne for at frihedsberøve har været opfyldt. Det samme gælder overlægens eventuelle underkendelse af andre tvangsindgreb, der er besluttet under overlægens fravær.

Til nr. 4 (psykiatrilovens § 10 a)

Ved lovforslagets § 1, nr. 4, foreslås som § 10 a indsat en bestemmelse om tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter. Bestemmelsen indebærer, at en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person, der har forladt en psykiatrisk afdeling og ikke frivilligt er vendt tilbage, efter overlægens beslutning kan føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Tilbageførsel kan dog kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Det afgørende for bestemmelsens anvendelse er, at den pågældende patient har status som frihedsberøvet (enten som tvangsindlagt eller som tvangstilbageholdt) på det tidspunkt, hvor han eller hun forlader afdelingen. Bestemmelsen omfatter således ikke personer, der på det tidspunkt, hvor de forlod afdelingen, var indlagt på frivilligt grundlag. Det gælder, selv om de på det pågældende tidspunkt kunne tvangstilbageholdes, hvis de havde fremsat begæring om udskrivning. Sådanne personer kan derfor kun

føres tvangsmæssigt tilbage til en psykiatrisk afdeling under iagttagelse af fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse. Om baggrunden for, at den nu gældende ordning med tilbageførsel ikke foreslås udvidet til at omfatte visse frivilligt indlagte patienter, henvises til afsnit 7.1.2. ovenfor i lovforslagets almindelige bemærkninger.

At tilbageførsel kun kan ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret, indebærer, at patienten skal være bragt tilbage til den psykiatriske afdeling inden udløbet af dette tidsrum. Kommer patienten først til afdelingen på et senere tidspunkt, f.eks. fordi politiet ikke har kunnet finde frem til den pågældende, vil indlæggelse kun kunne ske under iagttagelse af fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse må også anvendes i tilfælde, hvor patienten er udeblevet i forbindelse med en udgang, hvis der er givet tilladelse til mere end tre overnatninger. Patientens udeblivelse må sidestilles med en udtrykkelig anmodning om udskrivning. Det indebærer, at overlægen ved modtagelsen af patienten må tage stilling til, om betingelserne for (fortsat) tvangstilbageholdelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 10. Finder overlægen, at patienten skal tvangstilbageholdes, kan patienten efter omstændighederne begære overlægens afgørelse om tvangstilbageholdelse indbragt for patientklagenævnet. Det samme gælder afgørelsen om at tilbageføre patienten, jf. psykiatrilovens § 35 i lovforslagets § 1, nr. 14. Patientklagenævnets afgørelse vil efter omstændighederne også kunne indbringes for retten efter retsplejelovens kapitel 43 a, jf. psykiatrilovens § 37 i lovforslagets § 1, nr. 14.

Patienten kan endvidere anmode om patientklagenævnets og efter omstændighederne tillige rettens prøvelse i de tilfælde, hvor overlægen efter patientens tilbagekomst måtte nå til det resultat, at betingelserne for frihedsberøvelse ikke er opfyldt. Prøvelsen vil i sådanne tilfælde ikke angå spørgsmålet om udskrivning, men spørgsmålet om, hvorvidt betingelserne i psykiatrilovens § 10 a, stk. 1, for at beslutte, at patienten skal føres tilbage med politiets bistand, var opfyldt. Prøvelse ved patientklagenævnet kan derfor også finde sted i tilfælde, hvor patientklagenævnet eller eventuelt retten for mindre end 2 måneder siden har godkendt, at patienten skulle frihedsberøves, jf. psykiatrilovens § 37, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 14.

I § 10 a, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 4, foreslås indsat en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter der administrativt kan fastsættes regler om fremgangsmåden i forbindelse med tilbageførsel, herunder om politiets medvirken hertil. Formålet med bestemmelsen er at kunne fastsætte supplerende regler på dette

område, hvis der i praksis skulle vise sig behov for det, jf. herved Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 613 af 20. september 1989 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsendlæggelser.

Der henvises i øvrigt til afsnit 7.1. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 5 (psykiatrilovens § 11)

Ved lovforslagets § 1, nr. 4, indføres som § 10 a en bestemmelse om tilbageførsel i psykiatrilovens kapitel 3 om frihedsberøvelse. Som følge heraf foreslås det, at betegnelsen »Ophør af frihedsberøvelse« indsættes som overskrift til psykiatrilovens § 11. Bestemmelsen videreføres i øvrigt i uændret form.

Til nr. 6 (psykiatrilovens § 13)

Efter psykiatrilovens § 13 kan tvangsbehandling af legemlige lidelser hos sindslidende patienter kun finde sted i medfør af psykiatriloven, når patienten i forvejen er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Ved den ændrede affattelse af § 13, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 6, gennemføres en præcisering af adgangen til at tvangsbehandle, således at tvangsbehandling på somatisk afdeling efter omstændighederne også kan finde sted i tilfælde, hvor patienten ikke, forinden tvangsbehandlingen iværksættes, fysisk har været bragt ind på en psykiatrisk afdeling med henblik på indlæggelse.

Det kræves fortsat, at patienten opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. psykiatrilovens § 5, herunder at der foreligger et psykiatrisk behandlingsbehov.

Endvidere kræves det, at det lægelige personale på den somatiske afdeling undersøger patienten og udfærdiger lægeerklæring med henblik på tvangsendlæggelse, og at den psykiatriske overlæge tilkaldes for at træffe afgørelse om tvangsendlæggelse af patienten, jf. herved psykiatrilovens § 6, stk. 3, sammenholdt med § 7, stk. 2, og § 9, stk. 2. Når den psykiatriske overlæge har truffet afgørelse om at tvangsendlægge, har patienten i lighed med patienter, der er overført fra en psykiatrisk afdeling i medfør af § 13 i den nugældende psykiatrilov, status af tvangsendlagt under opholdet på den somatiske afdeling. Det indebærer bl.a., at psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang og klage over tvang finder anvendelse i forbindelse med opholdet på den somatiske afdeling.

Der henvises i øvrigt til afsnit 7.3. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 7 (psykiatrilovens § 20)

Efter psykiatrilovens § 20, stk. 2, fastsætter sundhedsministeren nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Sådanne regler er udstedt ved Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Under den nugældende indberetningsordning er det ikke muligt at indberette patientens navn og cpr.nr., således at de indberettede oplysninger kan henføres til bestemte personer. Det fører bl.a. til, at indberetningerne kun har en begrænset statistisk værdi, idet det ikke kan påvises, i hvilket omfang tvangsansvenden angår samme person. Ved § 20, stk. 2, 2. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 7, optages en bemyndigelsesbestemmelse, der giver mulighed for administrativt at fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Sundhedsministeren agter at udnytte denne bemyndigelse til at fastsætte regler om, at indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen gennem embedslægeinstitutionen skal indeholde patientens navn og cpr.nr. med henblik på forbedre den statistiske værdi af indberetningerne. Indberetningerne til sygehusmyndighederne vil fortsat være uden personhenførbare oplysninger.

Ændringen i § 20, stk. 1, er en følge af indsættelsen af § 10 a, jf. lovforslagets § 1, nr. 4.

Der henvises i øvrigt til afsnit 9 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 8 (psykiatrilovens § 21)

Efter psykiatrilovens § 21, stk. 1, påhviler det til stadighed overlægen at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Ved § 21, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 8, præciseres det, at udtrykket »overlægen« skal forstås således, at overlægen til stadighed har ansvaret for, at frihedsberøvelse m.v. ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Overlægen skal således sørge for, at der til stadighed føres det fornødne tilsyn med tvangsansvenden på afdelingen, og at arbejdsgangene på afdelingen tilrettelægges på en sådan måde, at dette kan ske.

Den obligatoriske efterprøvelse af frihedsberøvelse efter lovens § 21, stk. 2, skal som hidtil foretages af overlægen. På baggrund af ændringen af § 21, stk. 1, er det fundet nødvendigt udtrykkeligt at præcisere overlægens kompetence for så vidt angår den forma-

liserede efterprøvelse af frihedsberøvelse, der skal ske efter § 21, stk. 2. Såfremt overlægen finder, at betingelserne for fortsat frihedsberøvelse ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks ophæves, jf. lovens § 11. Såfremt overlægen finder, at fortsat frihedsberøvelse er nødvendig, skal patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten som hidtil have underretning om beslutningen.

Er overlægen fraværende, vil den formaliserede obligatoriske efterprøvelse kunne foretages af en anden læge. Fører denne efterprøvelse til, at frihedsberøvelsen opretholdes, skal overlægen i så fald snarest muligt efterfølgende tage stilling til beslutningen om opretholdt frihedsberøvelse, jf. forslaget til ny bestemmelse i lovens § 4 a. Resultatet af overlægens stillingtagen tilføres tvangsprotokollen.

Der henvises i øvrigt til afsnit 8 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget. Endvidere henvises til bemærkningerne til § 3, stk. 3, i lovforslagets § 1, nr. 2, og § 4 a i lovforslagets § 1, nr. 3, samt § 25, stk. 3, 2. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 11.

Til nr. 9 (overskrift til psykiatrilovens kapitel 8)

Ved psykiatrilovens § 30 i lovforslagets § 1, nr. 12, foreslås pligten til at oprette patientråd eller afholde patientmøder ophævet, således at patientindflydelsen kan tilrettelægges individuelt på de psykiatriske afdelinger, jf. bemærkningerne nedenfor til den pågældende bestemmelse og afsnit 11 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget. Som følge heraf foreslås overskriften til psykiatrilovens kapitel 8 ændret, således at ordet »patientråd« udgår.

Til nr. 10 (psykiatrilovens § 24)

Efter psykiatrilovens § 24, stk. 2, skal patientrådgiveren vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Ved lovforslagets § 1, nr. 10, indsættes som 3. pkt. i § 24, stk. 2, en bestemmelse, hvorefter patientrådgiveren så vidt muligt skal være til stede ved klagens behandling i patientklagenævnet. Formålet med patientrådgiverens tilstedeværelse er bl.a. at kunne bistå patienten med at forelægge klagen for patientklagenævnet. Bestemmelsen skal bl.a. ses på baggrund af psykiatrilovens § 35 i lovforslagets § 1, nr. 14, der udvider patientklagenævnets kompetence til også at omfatte klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.

Bestemmelsen indebærer ikke en absolut pligt til at være til stede. Ved anvendelsen af udtrykket »så

vidt muligt« angives det således, at der kan forekomme tilfælde, hvor patientrådgiveren undtagelsesvis ikke har mulighed for at deltage. Der tænkes bl.a. på tilfælde, hvor patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der efter den ændrede affattelse af psykiatrilovens § 32, stk. 3, i lovforslagets § 1, nr. 13, har opsættende virkning, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Der henvises i øvrigt til afsnit 6.3. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 11 (psykiatrilovens § 25)

Fremsætter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver fra patientrådgiverfortegnelsen end den, der står for tur, skal overlægen så vidt muligt imødekomme en sådan anmodning, jf. psykiatrilovens § 25, stk. 3, 2. pkt. Ved lovforslagets § 1, nr. 11, præciseres det, at afgørelsen af sådanne anmodninger ikke nødvendigvis skal træffes af overlægen personligt eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge, men kan træffes af andre, herunder efter omstændighederne også af sygeplejepersonale.

Den nugældende ordning videreføres i øvrigt uændret. Patientens anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver fra fortegnelsen skal således fortsat så vidt muligt imødekommes. Endvidere kan afgørelsen af patientens anmodning som hidtil påklages til statsamtmanden, der træffer den endelige administrative afgørelse, jf. § 25, stk. 3, 3. pkt.

Der henvises i øvrigt til afsnit 8 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 12 (psykiatrilovens § 30)

Efter psykiatrilovens § 30 skal der på hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling oprettes patientråd eller afholdes patientmøder efter regler, som fastsættes af sundhedsministeren. Ved lovforslagets § 1, nr. 12, ophæves denne ordning, således at der skabes mulighed for at indføre individuelle ordninger med hensyn til patientindflydelse på de enkelte psykiatriske afdelinger. Der henvises til afsnit 11.2. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til nr. 13 (psykiatrilovens § 32)

Efter psykiatrilovens § 32, stk. 2, har klage over beslutning om anvendelse af tvang ikke opsættende virkning. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kap. 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Ved lovforslagets § 1, nr. 13, udvides muligheden for omgående at iværksætte tvangsbehandling, selv om patienten eller patient-

rådgiveren klager over den påtænkte tvangsbehandling.

Forslaget indebærer, at der også kan tvangsbehandles uanset klage i tilfælde, hvor omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Udtrykket »andre« kan både omfatte medpatienter, personale, besøgende eller andre, der kommer på afdelingen. At faren for skade på legeme skal være »nærliggende« indebærer, at der i det enkelte tilfælde skal være tale om en konkret, aktuel og påviselig fare, f.eks. at patienten udviser en truende adfærd. Faren behøver derimod ikke nødvendigvis allerede at have manifesteret sig i en skadevoldende handling.

Hvis patienten alene udsætter andre for verbale forulempelser, der ikke indeholder trusler om vold, f.eks. kraftig råben eller stærkt drillende adfærd, vil der ikke være mulighed for at fravige hovedreglen om opsættende virkning. I sådanne tilfælde vil der dog efter omstændighederne være mulighed for bl.a. at tvangsfiksere, jf. psykiatrilovens § 14, stk. 2, nr. 2.

Til nr. 14 (psykiatrilovens kapitel 10)

Ved lovforslagets § 1, nr. 14, gennemføres visse ændringer i den nugældende klageordning, jf. psykiatrilovens kapitel 10 og afsnit 5 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget. Ændringerne består bl.a. i, at klager over frihedsberøvelse fremover skal behandles af de lokale patientklagenævne i 1. instans i stedet for at skulle indbringes direkte for retten, jf. § 35 i lovforslagets § 1, nr. 14.

Endvidere indføres en absolut frist på 7 hverdage for patientklagenævnets behandling af klager over tvangsbehandling, der efter psykiatrilovens § 32, stk. 3, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 13, har opsættende virkning, jf. § 36, stk. 3, 1. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 14.

Endelig foreslås indført pligt for patientklagenævnet til at offentliggøre en årsberetning om nævnets virksomhed. I den forbindelse gives der også mulighed for administrativt at indføre en ordning om indberetning af afgørelser fra patientklagenævne og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning, jf. § 39 i lovforslagets § 1, nr. 14.

Til § 34

§ 34 indeholder regler om patientklagenævnenes nedsættelse og sammensætning og om udgifter ved nævnenes virksomhed m.v. Bestemmelsen viderefører med enkelte redaktionelle ændringer § 35 og § 39

i den nugældende psykiatrilov. Det forudsættes i den forbindelse, at den nugældende praksis, hvorefter klager fra patienter, der er indlagt på Frederiksberg Hospital, henhører under Københavns statsamt, kan videreføres også efter lovforslagets bestemmelser, uanset at Frederiksberg Hospital er omfattet af Hovedstadens Sygehusfællesskab, der er beliggende i Københavns kommune. Der henvises i øvrigt til afsnit 6.2.3. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Til § 35

§ 35 indeholder regler om patientklagenævnenes saglige kompetence. Bestemmelsen indebærer en udvidelse i forhold til den nugældende bestemmelse i psykiatrilovens § 36, idet klager over *tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførelse* fremover skal behandles af patientklagenævnet i 1. instans. Bestemmelsen viderefører i øvrigt den nugældende ordning i § 36 uændret.

Således behandler patientklagenævnet også efter § 35 i lovforslagets § 1, nr. 14, klager over *tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering*. Endvidere omfatter patientklagenævnets saglige kompetence som hidtil klager, der både angår tvangsanvendelse og *sundhedspersonalets faglige virksomhed*. Såfremt klagen over den faglige virksomhed ikke har forbindelse med tvangsindgrebets foretagelse, behandles den fortsat af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. afsnit 5.1. ovenfor i de almindelige bemærkninger.

Klager over *personalets adfærd i øvrigt* må som hidtil rettes til arbejdsgiveren, dvs. sygehusmyndigheden, der normalt er vedkommende amtskommune. Det samme gælder klager over *mindre vidtgående tvangsindgreb*, f.eks. fratagelse af knive og spiritus. Klager over *forholdene i øvrigt på en psykiatrisk afdeling* skal også rettes til sygehusmyndigheden, ligesom embedslægen som tilsynsmyndighed efter omstændighederne vil kunne behandle sådanne spørgsmål. *Patientens klager over patientrådgiveren* skal som hidtil indbringes for statsamtmanden, hvis afgørelse kan indbringes for Justitsministeriet. Tilsynet i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, kan som hidtil føre tilsyn med *behandlingen af administrativt frihedsberøvede patienter på psykiatriske afdelinger*.

Med virkning fra den 1. januar 1997 bortfaldt den hidtidige begrænsning i Folketingets Ombudsmands kompetence i forhold til kommuner og amter. Dette indebærer bl.a., at Folketingets Ombudsmand nu har en umiddelbar adgang til at foretage inspektioner på de amtskommunale psykiatriske sygehuse og afdelinger.

Om Justitsministeriets overvejelser vedrørende patientklagenævnets saglige kompetence ved behandlingen af klager over valg af præparat og dosering i forbindelse med tvangsmedicinering, henvises til afsnit 6.2. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

At den nugældende ordning videreføres uændret bortset fra den ovennævnte udvidelse af kompetencen vedrørende tvangsindlæggelse m.v. medfører også, at der fortsat ikke gælder en udtrykkelig frist for sygehusmyndighedens viderebringelse af klagen til patientklagenævnet. Det forudsættes dog som hidtil, at klagesagsbehandlingen foregår meget hurtigt, og at sagens akter, herunder også erklæringen fra overlægen, derfor fremsendes eller overbringes til patientklagenævnet hurtigst muligt efter, at sygehusmyndigheden er blevet bekendt med klagen, dvs. normalt i løbet af nogle få dage. Dette har ikke mindst betydning i tilfælde af klage over tvangsbehandling med opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3, i lovforslagets § 1, nr. 13, hvor der efter § 36, stk. 1, 1. pkt., gælder en frist på 7 hverdage for patientklagenævnets klagesagsbehandling regnet fra klagens modtagelse i nævnet.

Den foreslåede udvidelse af patientklagenævnets kompetence kan efter omstændighederne føre til, at nævnet skal afgøre en klage over tvangsbehandling på et tidspunkt, hvor nævnet også har modtaget en klage over f.eks. tvangstilbageholdelse af den samme patient, men endnu ikke har mulighed for at tage stilling hertil, f.eks. fordi klagen over tvangstilbageholdelsen er modtaget kort tid før udløbet af den sagsbehandlingsfrist på 7 hverdage, der foreslås indført for behandlingen af klager over tvangsbehandling med opsættende virkning i § 36, stk. 3, 1. pkt., i lovforslagets § 1, nr. 14.

Nævnet kan i sådanne tilfælde ikke udsætte behandlingen af klagen over tvangsbehandling på sin afgørelse af klagen over tvangstilbageholdelsen med henvisning til, at der i begge afgørelser indgår en stillingtagen til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 10. Nævnet vil ikke ved den senere behandling af klagen over tvangstilbageholdelsen være bundet af sin tidligere afgørelse af spørgsmålet om, hvorvidt betingelserne for tvangstilbageholdelse var opfyldt i forbindelse med den påklagede tvangsbehandling. Det er en konsekvens af ordningen, at der ikke foreligger inhabilitet ved nævnets senere behandling af klagen over tvangstilbageholdelsen, selv om det er de samme kriterier, der efter psykiatriloven indgår i afgørelsen af spørgsmålet om tvangsbehandling og tvangstilbageholdelse.

Da patienten efter grundlovens § 71, stk. 6, har

krav på efter anmodning at få prøvet spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed ved retten, kan patientklagenævnets afgørelser vedrørende *tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel*, jf. § 10 a, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 4, indbringes for retten efter retsplejelovens kapitel 43 a, jf. § 37 i lovforslagets § 1, nr. 14. Patientklagenævnets andre afgørelser, dvs. afgørelser om *tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering*, kan fortsat påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 38 i lovforslagets § 1, nr. 14.

Til § 36

§ 36 indeholder regler om sagsbehandlingen ved patientklagenævnet. Med en enkelt undtagelse i § 36, stk. 3, 1. pkt., om behandlingen af klager over tvangsbehandling, som efter § 32, stk. 3, i lovforslagets § 1, nr. 13, har opsættende virkning, viderefører § 36 de nugældende regler i psykiatrilovens § 37. Det indebærer bl.a., at der ikke skal beskikkes advokat ved patientklagenævnets behandling af klager, herunder klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Endvidere forudsættes det, at erklæringen fra afdelingens overlæge og parternes forklaringer normalt også ved behandlingen af sådanne klager vil være tilstrækkeligt grundlag for sagens afgørelse, således at høring af Retslægerådet kun undtagelsesvis kommer på tale.

Reglerne om sagsbehandling ved patientklagenævnet i § 36 berører ikke sagsbehandlingen ved retten, jf. retsplejelovens kapitel 43 a. Indbringes patientklagenævnets afgørelse vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse eller tilbageførsel for retten, jf. § 37, vil der således fortsat skulle beskikkes advokat for patienten, jf. retsplejelovens § 470, stk. 2, 1. pkt. Endvidere vil der efter omstændighederne kunne være anledning til at indhente en udtalelse fra Retslægerådet eller andre sagkyndige. Om sagens fremme ved retten henvises til bemærkningerne nedenfor til lovforslagets § 2, nr. 3.

I § 36, stk. 3, 1. pkt., indføres en absolut frist på 7 hverdage for behandlingen af klager over tvangsbehandling, der efter § 32, stk. 3, i lovforslagets § 1, nr. 13, har opsættende virkning.

For andre klager end klager over tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, gælder der ikke en absolut sagsbehandlingsfrist, men det kræves, at patientklagenævnet træffer afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil og om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge. Afgø-

relsen skal således ikke nødvendigvis være truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, men det forudsættes som hidtil, at dette normalt vil være tilfældet, jf. afsnit 6.1. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Ved udtrykket »hverdage« i § 36, stk. 3, 1. pkt., forstås mandage til fredage bortset fra helligdage. At afgørelsen skal være truffet »inden 7 hverdage efter klagens modtagelse«, indebærer, at en klage, der i normaluger uden helligdage f.eks. modtages mandag morgen, skal være afgjort inden udgangen af tirsdag i den efterfølgende uge.

At fristen på 7 hverdage er absolut, indebærer i øvrigt et ubetinget krav om, at patientklagenævnets skal træffe afgørelse inden for fristen. Overskrides fristen, vil det efter omstændighederne bl.a. kunne føre til tjenstligt ansvar. Der vil imidlertid ikke være mulighed for at iværksætte den påklagede tvangsbehandling alene som følge af, at fristen er overskredet. I sådanne tilfælde må overlægen således afvente nævnets afgørelse, medmindre der i ventetiden f.eks. er indtrådt en sådan forværring af patientens helbredstilstand, at omgående gennemførelse af behandlingen under de nuværende omstændigheder er nødvendig, jf. § 32, stk. 3, som affattes ved § 1, nr. 13, i dette lovforslag.

Til § 37

I § 37 videreføres § 34 i den nugældende psykiatrilov med de ændringer, der følger af, at patientklagenævnet efter § 35 også skal behandle klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i 1. instans. Forslaget svarer i det væsentlige til § 38, stk. 1, og § 39 i det lovudkast, som flertallet i det lovforberedende udvalg anbefalede, jf. betænkning nr. 1109/1987 s. 30 og afsnit 5.2. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Bestemmelsen i § 37, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 14, indebærer, at patienten eller patientrådgiveren kan forlange, at patientklagenævnet indbringer sin afgørelse vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse eller tilbageførsel for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Under sagens behandling i retten vil det som hidtil være sygehusmyndigheden, der er part, jf. retsplejelovens § 470, stk. 1, og betænkning nr. 1109/1987 s. 101.

Som det fremgår, tager § 37 kun sigte på de tilfælde, hvor patienten ønsker patientklagenævnets afgørelse indbragt for retten. Det skal ses i lyset af, at formålet med ordningen er at udmønte den frihedsberøvedes krav ifølge grundlovens § 71, stk. 6, på efter anmodning at få prøvet frihedsberøvelsens lovlighed ved retten. Går patientklagenævnets afgørelse

sygehusmyndigheden imod, kan sygehusmyndigheden ikke indbringe sagen for retten efter reglerne i retsplejelovens kap. 43.

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at sygehusmyndigheden er afskåret fra at få prøvet patientklagenævnets afgørelse ved domstolene. Sygehusmyndigheden har således allerede efter de nugældende regler mulighed for at udtage stævning mod vedkommende patientklagenævn efter retsplejelovens regler herom, jf. grundlovens § 63. Den foreslåede klageordning er også på dette punkt på linie med flertallets forslag i det udvalg, der forberedte den nugældende psykiatrilov.

Fristen på 2 måneder i § 37, stk. 2, for fornyet prøvelse ved patientklagenævnet af spørgsmålet om udskrivning gælder som hidtil kun, når der er spørgsmål om fornyet prøvelse af den samme frihedsberøvelse. Fristen gælder derimod ikke, hvis der er tale om en ny frihedsberøvelse. Fristen gælder endvidere ikke, hvis alene der er spørgsmål om prøvelse af en tilbageførsel i medfør af § 10 a, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 4.

Til § 38

Bestemmelsen i § 38 viderefører den ordning, der gælder efter § 38 i den nugældende psykiatrilov. Den foreslåede udvidelse af de lokale patientklagenævns saglige kompetence fører således ikke til ændringer i de nugældende regler om den saglige kompetence for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. herved bemærkningerne ovenfor til § 35.

Til § 39

Ved § 39, stk. 1, indføres pligt for patientklagenævnet til hvert år at offentliggøre en beretning om sin virksomhed. Bestemmelsen supplerer § 21 i loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., der fastsætter pligt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til at afgive en årlig redegørelse om sin virksomhed. Endvidere indføres i § 39, stk. 2, mulighed for, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om indberetning af afgørelser fra patientklagenævnene og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning.

Formålet med § 39, stk. 1, er bl.a. at forbedre mulighederne for, at patientklagenævnene kan indgå i en dialog om forholdene på de psykiatriske afdelinger, der hører under vedkommende nævns område. Det forudsættes derfor, at udarbejdelsen af årsberetningen sker i samarbejde med de psykiatriske afdelinger. Endvidere forudsættes bl.a. § 71-tilsynet, Folketingets Ombudsmand og Sundhedsstyrelsen at blive gjort bekendt med årsberetningen.

F. t. l. vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien m.v.

Bestemmelsen i § 39, stk. 1, skal i øvrigt sammenholdes med bemyndigelsesbestemmelsen i § 39, stk. 2, der sigter på at forbedre mulighederne for at opnå generel viden om anvendelsen af psykiatriloven i praksis. Foruden i årsberetninger kan offentliggørelsen af afgørelser af generel betydning ske f.eks. i form af praksisoversigter, der udfærdiges med bistand af nævnenes sekretariater og udsendes med jævne mellemrum. En mere systematisk offentliggørelse af nævnsafgørelser vil endvidere kunne tjene som supplement til bl.a. Ugeskrift for Retsvæsen, der indeholder afgørelser fra retterne om fortolkningen bl.a. af psykiatrilovens bestemmelser om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Til nr. 15 (psykiatrilovens § 40)

I psykiatrilovens § 40 er der fastsat regler om anbringelse i sikringsanstalten, der er knyttet til amts-hospitalet i Nykøbing Sjælland. Betegnelsen »sikringsanstalten« er ved Regulativ af 1. juni 1994 for Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland ændret til »sikringsafdelingen«. Det foreslås på den baggrund, at ordet »sikringsanstalten« i psykiatrilovens § 40, stk. 1 og 3, ændres tilsvarende, således at det af lovteksten fremgår, at der under visse betingelser kan ske anbringelse i sikringsafdelingen, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland.

For opholdet og behandlingen i sikringsafdelingen gælder i princippet samtlige regler i psykiatriloven, bortset fra §§ 5-11, § 21, stk. 2, og § 34, der alle angår tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. At disse bestemmelser ikke finder anvendelse skyldes, at frihedsberøvelsen i sådanne tilfælde hviler på et farlighedsdekret, der er afsagt i medfør af psykiatrilovens §§ 40-41.

I lovforslagets § 1, nr. 14, foreslås indsat et nyt kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse, der bl.a. vedrører klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Det foreslås på den baggrund, at bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel ikke skal anvendes i forbindelse med ophold i sikringsafdelingen, der hviler på farlighedsdekret i medfør af psykiatrilovens §§ 40-41. Forslaget om ændret affattelse af § 40, stk. 3 og 4, er en konkvensændring og indebærer ikke indholdsmæssige ændringer i de nugældende regler på dette område.

Justitsministeriet vil, hvis lovforslaget vedtages, gennemføre en tilsvarende konkvensændring af § 2 i bekendtgørelse nr. 605 af 23. august 1990 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til straffetlig afgørelse, jf. psykiatrilovens § 42. At psyki-

atrilovens bestemmelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel heller ikke finder anvendelse på denne personkreds, skyldes således, at indlæggelsen og opholdet i disse tilfælde hviler på rettens afgørelse.

Det bemærkes i øvrigt, at den omstændighed, at reglerne om tilbageførsel af bortgæede og udeblevne patienter i § 10 a i lovforslagets § 1, nr. 4, ikke finder anvendelse på personer, der er anbragt i Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland i henhold til farlighedsdekret, eller personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til straffetlig afgørelse, selvagt ikke udelukker, at sådanne personer også kan tilbageføres. Tilbageførsel vil i sådanne tilfælde kunne ske i henhold til farlighedsdekretet eller den strafferetlige afgørelse.

Til nr. 16 (psykiatrilovens § 41 a)

Som anført i afsnit 12 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget foreslås som psykiatrilovens § 41 a indsat en særlig bemyndigelsesbestemmelse med henblik på at skabe udtrykkelig hjemmel til at fastsætte regler om adgangen til at meddele tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i sikringsafdelingen, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, i henhold til et farlighedsdekret.

På den baggrund foreslås ved psykiatrilovens § 41 a i lovforslagets § 1, nr. 16, indsat en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter justitsministeren kan fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der efter § 40, stk. 1, er anbragt i sikringsafdelingen, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland. Udtrykket »m.v.« sigter bl.a. til tilfælde, hvor der opstår behov for indlæggelse på almindeligt hospital.

Om personer, hvor opholdet på en psykiatrisk afdeling hviler på en retsafgørelse, der er truffet i strafferetsplejens former (*»retsrlige patienter«*), henvises til afsnit 12 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget. Endvidere henvises til bemærkningerne nedenfor til retsplejelovens § 765, stk. 5, og § 811, stk. 2, i lovforslagets § 2, nr. 4-5, og straffelovens § 73 a i lovforslagets § 3, nr. 1.

Til nr. 17 (psykiatrilovens § 46)

Ved lovforslagets § 1, nr. 17, ophæves revisionsklausulen i psykiatrilovens § 46. Der henvises i den forbindelse til afsnit 1.c. ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

*Til § 2**Til nr. 1 (retsplejelovens § 469, stk. 1)*

Efter retsplejelovens § 469, stk. 1, 2. pkt., forelæg-

ges sager om prøvelse af tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter psykiatriloven, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende. Efter psykiatrilovens § 37, stk. 1, i lovforslagets § 1, nr. 14, skal patientklagenævnet efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren bl.a. indbringe nævnets afgørelser vedrørende tilbageførsel for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. På den baggrund præciseres det ved lovforslagets § 2, nr. 1, at bestemmelsen i retsplejelovens § 469, stk. 1, 2. pkt., også finder anvendelse, når den afgørelse, retten skal tage stilling til, vedrører tilbageførsel af patienten.

Til nr. 2 (retsplejelovens § 469, stk. 4)

Efter retsplejelovens § 469, stk. 4, skal begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i kapitel 43 a fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at fravige fristen.

Psykiatrilovens § 35 i lovforslagets § 1, nr. 14, indebærer, at klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel fremover skal behandles af patientklagenævnet i 1. instans. På den baggrund foreslås retsplejelovens regler om fristen for sagens indbringelse for retten efter reglerne i kapitel 43 a ændret, således at det udtrykkeligt fremgår, at fristerne efter § 469, stk. 4, i sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i henhold til psykiatriloven regnes fra patientklagenævnets afgørelse i sagen.

Til nr. 3 (retsplejelovens § 470)

Ved § 2, nr. 3, foreslås det, at der i retsplejelovens § 470, stk. 3, om tidspunktet for foretagelse af sager om administrativt bestemt frihedsberøvelse indsættes en bestemmelse, hvorefter dommeren i øvrigt påser, at sagen fremmes mest muligt.

Om baggrunden for forslaget henvises til afsnit 6.1.3. ovenfor i de almindelige bemærkninger. Som det fremgår heraf, indebærer den foreslåede ændring af klageordningen i psykiatriloven, at også klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel skal behandles af de lokale patientklagenævne i 1. instans. Da klager over frihedsberøvelse i disse tilfælde forinden har været undergivet en administrativ behandling, er der et særligt behov for at sikre, at der ikke går for lang tid, inden patienten får rettens afgørelse. Det gælder navnlig i de tilfælde,

hvor patienten fortsat er frihedsberøvet som følge af tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Til nr. 4 (retsplejelovens § 765)

Efter retsplejelovens § 765, stk. 2, nr. 3, kan retten bestemme, at sigtede i stedet for varetægtsfængsling skal tage ophold i egnet hjem eller institution. Retten kan efter § 765, stk. 2, nr. 4, også træffe afgørelse om, at sigtede i stedet for varetægtsfængsling skal undergive sig bl.a. psykiatrisk behandling i hospital.

Som anført i afsnit 12 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget finder Justitsministeriet, at der bør tilvejebringes en udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til at fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til bl.a. personer, der efter en strafferetlig kendelse skal opholde sig på hospital for sindslidende eller i institutioner inden for det sociale område, herunder institutioner for personer med vidtgående psykiske handicap.

Det foreslås på den baggrund, at der i retsplejelovens § 765, stk. 5, 1. pkt., indsættes en bestemmelse, der udtrykkeligt bemyndiger til administrativt at fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i institution eller hospital m.v. i medfør af stk. 2, nr. 3 eller 4, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil.

Udtrykket »m.v.« ved siden af ordet »udgang« omfatter bl.a. tilfælde, hvor der opstår behov for at indlægge den pågældende på sygehus til behandling for en legemlig lidelse.

At bemyndigelsen foreslås begrænset til tilfælde, hvor der ikke i øvrigt er taget stilling til spørgsmålet om udgang, har sammenhæng med, at der f.eks. i rettens kendelse om anbringelse i varetægtsurrogat kan være taget stilling dette spørgsmål.

Det foreslås endvidere, at der gives mulighed for at fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed, jf. § 765, stk. 5, 2. pkt., i lovforslagets § 2, nr. 4.

Det tilføjes, at der ikke stilles forslag om en bemyndigelsesbestemmelse vedrørende retsplejelovens § 777 om anbringelse af varetægtsarrestanter i hospital m.v., jf. straffelovens §§ 68 og 69, idet spørgsmålet om udgang i disse tilfælde er reguleret i retsplejeloven, jf. § 777, 4. pkt., jf. § 771, stk. 2.

Til nr. 5 (retsplejelovens § 811)

Findes det påkrævet, at sigtede indlægges til mentalundersøgelse på hospital for sindslidende, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller i anden egnet institution, træffer retten ved

kendelse bestemmelse herom, jf. retsplejelovens § 809, stk. 2.

Som anført i afsnit 12 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget finder Justitsministeriet, at der bør tilvejebringes udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til at meddele tilladelse til udgang til bl.a. personer, der i henhold til en strafferetlig kendelse opholder sig på hospital for sindslidende eller i institutioner inden for det sociale område, herunder institutioner for personer med vidtgående psykiske handicap.

Det foreslås på den baggrund, at der i retsplejelovens § 811 som stk. 2, 1. pkt., indsættes en bestemmelse, der bemyndiger til administrativt at fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er indlagt på hospital for sindslidende m.v. i medfør af § 809, stk. 2, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil.

Udtrykket »m.v.« ved siden af ordet »udgang« sigter bl.a. til tilfælde, hvor der opstår behov for at indlægge den pågældende på sygehus til behandling for en legemlig lidelse.

At bemyndigelsen foreslås begrænset til tilfælde, hvor der ikke i øvrigt er taget stilling til spørgsmålet om udgang m.v., har sammenhæng med, at der f.eks. i rettens kendelse om indlæggelse efter § 809, stk. 2, kan være taget stilling til dette spørgsmål.

Det foreslås endvidere, at der gives mulighed for at fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed, jf. retsplejelovens § 811, stk. 2, 2. pkt., i lovforslagets § 2, nr. 5.

Til § 3

Til nr. 1 (straffelovens § 73 a)

Som anført i afsnit 12 ovenfor i de almindelige bemærkninger til lovforslaget finder Justitsministeriet, at der bør tilvejebringes udtrykkelig lovhjemmel for adgangen til at fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til bl.a. personer, der efter en

straffedom skal opholde sig på hospital for sindslidende eller i institutioner inden for det sociale område, herunder institutioner for personer med vidtgående psykiske handicap. Det foreslås på den baggrund, at der i straffeloven som § 73 a, 1. pkt., indsættes en bestemmelse, der bemyndiger til administrativt at fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i hospital for sindslidende m.v. i henhold til afgørelse truffet i medfør af straffelovens §§ 68 eller 69.

Henvisningen i straffelovens § 73 a, 1. pkt., til §§ 68-69 omfatter også personer, hvis ophold finder sted i henhold til en retsafgørelse, der er afsagt i medfør af straffelovens § 72 (foranstaltningsændring) eller § 73, jf. § 68 eller § 69.

Udtrykket »m.v.« ved siden af ordet »udgang« sigter bl.a. til tilfælde, hvor der opstår behov for at indlægge den pågældende på sygehus til behandling for en legemlig lidelse.

Det foreslås endvidere, at der gives mulighed for at fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af de administrative regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed, jf. straffelovens § 73 a, 2. pkt.

Til § 4

Lovforslagets § 4 indeholder ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser. Lovforslagets § 4, stk. 2, indebærer, at reglerne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse i lovforslagets § 1, nr. 14, finder anvendelse på klager, der fremsættes efter lovens ikrafttræden. Klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, der fremsættes efter dette tidspunkt, skal således indbringes for det lokale patientklagenævn i 1. instans i stedet for retten.

Til § 5

Denne bestemmelse fastsætter lovens territoriale anvendelsesområde.

Bilag 1

Sundhedsministeriet
Socialministeriet
Den 4. april 1997

Psykiatriaftale**Aftale om fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende.**

På finansloven for 1997 er der bevilget 480 mio. kr. til at støtte øget indsats for sindslidende.

Der er afsat 400 mio. kr. over de næste tre år (1997-1999) at forbedre forholdene på de psykiatriske afdelinger og sygehuse samt en række andre tiltag, bl.a. uddannelse af personale. Der er afsat 80 mio. kr. over de næste fire år (1997-2000) til døgninstitutioner for sindslidende og psykisk skrøbelige børn og unge.

Regeringen, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner er enige om principperne for den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, som er beskrevet i vedlagte aftale af 24. marts 1997.

Hovedparten (300 mio. kr.) af den statslige bevilling på 400 mio. kr. anvendes til etablering af enestuer og andre fysiske forbedringer på sygehusene. Bevillingen udmøntes som tilskud med 40 procent af de amtskommunale, inkl. Hovedstadens Sygehusfællesskabs, anlægsudgifter.

Regeringen, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner er enige om, at den statslige bevilling på 300 mio. kr. fordeles med 75 mio. kr. til Hovedstadens Sygehusfællesskab og resten mellem amterne.

Ved fordelingen af bevillingen på 80 mio. kr. til udbygning af døgninstitutioner for sindslidende og psykisk skrøbelige børn og unge tilstræbes en geografisk spredning.

Ved prioriteringen af ansøgninger fra amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner vil der blive tilstræbt en fordeling svarende til beskatningsgrundlag.

Regeringen, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner er enige om, at spørgsmålet om udgiftsniveauet på psykiatriområdet i øvrigt i overensstemmelse med sædvanlig praksis vil indgå i forhandlingerne om amternes, Københavns og Frederiksberg kommuners økonomi for 1998.

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Den 4. april 1997

**FORTSAT UDBYGNING AF TILBUDDENE TIL
SINDSLIDENDE**

Fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende.

I. Indledning.

Formålet med denne aftale er at konkretisere de mål og forventninger, som parterne umiddelbart har til udbygning af tilbuddene til sindslidende i de nærmest kommende år.

Regeringen og de kommunale parter er *enige om* den grundlæggende tilrettelæggelse af tilbuddene til sindslidende med hovedvægt på distriktspsykiatri, intensiv psykiatrisk behandling under indlæggelse på psykiatriske sygehuse og psykiatriske afdelinger samt støtte til sindslidende ved en bred vifte af socialpsykiatriske tilbud.

Regeringen og de kommunale parter er *enige om*, at tilbuddene til sindslidende i de nærmest kommende år fortsat udbygges og forstærkes med vægt på sammenhæng, helhed og kvalitet.

Den hidtidige udbygning.

I foråret 1994 aftalte regeringen og de kommunale parter, at intentionerne i rapporten fra det såkaldte Fremrykningsudvalg skulle realiseres inden udgangen af 1996. Fremrykningsudvalgets mål for en forstærket indsats for sindslidende er i det store og hele nået.

Den forstærkede indsats er slået igennem i de kommunale og amtskommunale udgifter til området. I perioden 1992 til 1995 er de amtskommunale, inkl. Hovedstadens Sygehusfællesskabs, driftsudgifter til indsatsen for sindslidende i sundhedsvæsenet steget med mere end 10 procent, og anlægsudgifterne med ca. 25 procent. De kommunale og amtskommunale driftsudgifter til sociale tilbud til sindslidende er ligeledes steget meget kraftigt, og anslås at udgøre lidt over 2 mia. kr. i 1996.

Denne udvikling er i de senere år understøttet af de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og de kommunale parter og af betydelige statslige tilskud, især fra satsreguleringspuljen.

Nye statslige puljer.

På finansloven for 1997 er der bevilget 480 mio. kr. til over de næste tre til fire år at støtte en øget indsats for sindslidende.

Der er afsat 400 mio. kr. til over de næste tre år (1997- 1999) at forbedre forholdene på psykiatriske afdelinger og sygehuse, og der er afsat 80 mio. kr. over de næste fire år (1997-2000) til døgninstitutioner for sindslidende og psykisk skrøbelige børn og unge. Hovedparten af de statslige bevillinger udmøntes som tilskud med op til 40 procent af de amtskommunale, inkl. Hovedstadens Sygehusfællesskabs, anlægsudgifter.

Sammenhæng, helhed, kvalitet.

Der er *enighed om*, at der bør være et bredt netværk af tilbud til rådighed for sindslidende. Disse tilbud vil primært involvere sundhedssektoren og den sociale sektor. Tilbuddene i de to sektorer skal ses som en helhed, således at den enkelte patient oplever sammenhæng i sit forløb. Det er en generel målsætning, at sikre en høj kvalitet i alle dele af patientens forløb uafhængig af hvilken sektor eller myndighed, der måtte være involveret.

II. Udbygning af tilbuddene på sundhedsområdet.

Behandlingskapaciteten.

Behandlingskapaciteten i det psykiatriske sygehusvæsen kan ikke ses isoleret. Det er nødvendigt at se kapaciteten i henholdsvis sundhedssektoren og socialektoren i sammenhæng med de tilbud, som den anden sektor stiller til rådighed lokalt. Tilstrækkelige sociale tilbud vil kunne nedbringe presset på de behandlingsmæssige tilbud i det psykiatriske sygehusvæsen - og omvendt.

Der er *enighed om*, at der skal være balance i kapaciteten mellem sociale tilbud og tilbud i sundhedsvæsenet. Der er endvidere *enighed om*, at sengekapaciteten skal tilrettelægges således, at belægningsprocenten på den enkelte afdeling ikke hyppigt eller i længere perioder ligger over det normerede.

Der er *enighed om*, at antallet af psykiatriske senge ikke reduceres uden tilsvarende oprettelse af døgnpladser i den sociale sektor. Sundhedsstyrelsen forestår inden 1. maj 1997 en kortlægning af sengebehovet i det psykiatriske behandlingssystem på baggrund af indrapportering fra amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Ved kortlægningen skal der tages hensyn til alternative og supplerende tilbud i den sociale sektor.

Fysiske rammer generelt.

Det fysiske miljø har indflydelse på resultatet af behandlingen på psykiatriske afdelinger. Det er erfaringen, at især psykiatriske patienter har brug for rum omkring sig.

God plads nedsætter affektudbrud og aggressivitet, herunder især på lukkede afdelinger. Det er endvidere vigtigt, at indretningen af psykiatriske afdelinger er så bolignende og imødekommende som muligt med høj prioritering af dagslysarealer samt moderne indretning. Indretningen bør være overskuelig og bestræbe sig på at være rummelig og give god plads til den enkelte patient. Det gælder ikke mindst i den akutte fase, men bør også tilstræbes i den efterfølgende behandlingsfase.

Der er *enighed om*, at de kommunale parter i de kommende år fortsætter og forstærker indsatsen for at forbedre de fysiske rammer på de psykiatriske sygehuse og de psykiatriske afdelinger.

Der vil af den statslige bevilling på 400 mio. kr. kunne ydes tilskud til forbedring af de fysiske rammer. Der er afsat 300 mio. kr. til dette formål.

Der er foretaget en foreløbig fordeling således, at der er afsat 200 mio. kr. til at støtte etablering af eneværelser og 100 mio. kr. til moderniseringer i øvrigt, herunder 30 mio. kr. til at øge behandlingskapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien.

Enestuer.

Der er *enighed om*, at det er målsætningen, at alle patienter skal have et tilbud om enestue.

Da under halvdelen af landets psykiatriske senge er placeret på enestuer, må der påregnes en længere etableringsperiode, før dette mål er nået. Der er imidlertid *enighed om*, at de kommunale parter i de nærmeste år vil gøre en målrettet indsats for at udvide antallet af enestuer væsentligt. 200 mio. kr. af den statslige bevilling på 400 mio. kr. til støtte af parternes udgifter til forbedring af forholdene for sindslidende vil blive søgt anvendt til at støtte etableringen af enestuer. 100 mio. kr. vil blive søgt anvendt til andre moderniseringer, der medfører mere rummelighed og god plads til den enkelte patient.

Det er forventningen, at antallet af enestuer over de næste tre år vil kunne øges med mindst 400. Antallet af enestuer vil hermed blive øget med knap en fjerdedel (ca. 23 pct.). Det skønnes, at der i 1997 kan påbegyndes etablering af mindst 100 nye enestuer, og at der i hvert af årene 1998 og 1999 kan påbegyndes etablering af yderligere mindst 150 nye enestuer.

Fælles arealer, beskæftigelse og undervisning.

Der er *enighed om* en målsætning om, at alle patienter skal have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen. Der skal være adgang til fællesarealer så som beskæftigelsesterapi, undervisningslokaler, uden-dørsareal, mulighed for udøvelse af sport eller anden fysisk udfoldelse samt dagligstue/TV-stue.

Ud fra målsætningen om, at alle patienter skal have mulighed for ét miljøskift om dagen, skal det sikres, at tilbuddet om miljøskift omfatter muligheden for at komme ud i frisk luft dagligt.

Distriktskykiatri.

Ifølge amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs oplysninger er distriktskykiatrien stort set fuldt udbygget således, at alle borgere i landet er dækket af et tilbud. Blandt andet på grund af rekrutteringsproblemer i distriktskykiatrien har det hidtil ikke været muligt fuldt ud at opnå den forøgelse af personalet, som var forudsat i Fremrykningsudvalget. Da de distriktskykiatriske tilbud blandt andet som følge heraf er udbygget og bemandet meget forskelligt lokalt, er der ikke et ensartet behov for personaleudvidelser i alle amter.

Der er *enighed om*, at der mange steder er behov for en forøgelse af antallet af ansatte i distriktskykiatrien. Amterne vil målrettet arbejde for, at antallet af ansatte i distriktskykiatrien inden udgangen af 1999 øges, idet en personaleforøgelse er en af forudsætningerne for, at kvaliteten i distriktskykiatriens opgavevaretagelse kan styrkes.

Sundhedsstyrelsen udarbejder inden udgangen af 1997 faglige målsætninger for arbejdet i distriktskykiatrien. De kommunale parter inddrages i dette arbejde.

Psykiatriske døgnberedskaber.

Mange steder i landet er etableret særlige psykiatriske døgnberedskaber i form af psykiatriske skadestuer, døgnåbne modtageafdelinger, psykiatrisk udrykningstjenester og lignende.

Udbygningen af det psykiatriske døgnberedskab er imidlertid meget forskellig på landsplan. Det gælder såvel i spredningen af tilbud som indretningen af de enkelte tilbud.

Der er *enighed om*, at der i alle amter skal være let tilgang til psykiatrisk behandling i aften- og nattetimerne i tilfælde af akut opstået behandlingsbehov.

Der er afsat 20 mio. kr. af den statslige bevilling på 400 mio. kr. til at støtte etablering af nye psykiatriske døgnberedskaber.

Personaleressourcer.

Der er *enighed om*, at en differentieret og veluddannet personalegruppe er afgørende for såvel opretholdelsen som udviklingen af kvaliteten i den psykiatriske behandling.

Der er endvidere *enighed om* at arbejde hurtigst muligt for at udvide uddannelseskapaciteten for speciallæger i psykiatri til et niveau, der sikrer, at behovet for denne gruppe af fagpersonale på de psykiatriske afdelinger og i distriktskykiatrien kan imødekommes.

Sundhedsstyrelsen vurderer inden d. 1. maj 1997 behovet og mulighederne for at udvide uddannelseskapaciteten for speciallæger i psykiatri.

Der er afsat 50 mio. kr. af den statslige pulje på 400 mio. kr. til tilskud til amter eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, der opretter nye uddannelsesstillinger på området. Der vil ligeledes af de 50 mio. kr. kunne ydes tilskud til etablering af specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje.

Videnscentre.

Der er for en række mindre og afgrænsede grupper behov for at indsamle, bearbejde og udvikle viden om sundhedsmæssige og sociale problemer. Det gælder i særlig grad sindslidende udviklingshæmmede og sindslidende fremmedsprogede.

Der er *enighed om* at arbejde for inden udgangen af 1997 at etablere de organisatoriske rammer for indsamling, bearbejdning og udvikling af viden til det eksisterende sociale og sundhedsmæssige behandlingssystem. Dette sker med henblik på at forbedre tilbuddene til sindslidende udviklingshæmmede og sindslidende fremmedsprogede.

Der vil af den statslige bevilling på 400 mio. kr. kunne ydes støtte til etablering af disse videnscentre.

III. Særligt om udbygning af indsatsen for psykisk syge børn og unge.

Der er *enighed om*, at de børne- og ungdomspsykiatriske behandlings-tilbud skal styrkes.

Sundhedsministeriets undersøgelse fra november 1995 om psykisk syge børn og unge på venteliste viste, at ventetiden til børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling generelt er acceptabel. Enkelte amter har dog en utilfredsstillende lang ventetid.

Det er målsætningen, at børne- og ungdomspsykiatriske tilbud udvikles til at rumme såvel fokusering på afgrænsede problemer og symptomer som en bredere socialpsykiatrisk synsvinkel. Flexibilitet og sammenhæng søges tilgodeset i alle trin af behandlingsforløbet.

Ved tilrettelæggelsen af en øget og målrettet indsats lægges afgørende vægt på udvikling af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde.

Etablering af børne- og ungdomspsykiatriske funktioner.

Der er *enighed om*, at alle amter skal have en børne- og ungdomspsykiatrisk funktion. En sådan basisfunktion bør som minimum omfatte ambulansfunktion samt børnepsykiatrisk dagfunktion og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion.

Amter med stort befolkningsunderlag kan etablere en børnepsykiatrisk døgnfunktion og en ungdomspsykiatrisk afdeling/afsnit med lukket eller skærmet afsnit; funktioner der ellers kan etableres via tværamtsligt samarbejde.

Parterne konstaterer, at der ved udgangen af 1998 vil være etableret en børnepsykiatrisk funktion i alle amter.

Der er *enighed om*, at der ved udgangen af 2005 skal være etableret ungdomspsykiatriske funktioner i alle amter.

Behandlingskapacitet.

Der er *enighed om*, at psykisk syge børn og unge skal undersøges og behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Antallet af børn og unge, der indlægges på voksenpsykiatrisk eller på pædiatrisk

afdeling med psykiatrisk hoveddiagnose, skal derfor gennem en udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien reduceres væsentligt inden år 2000.

Der er således *enighed om*, at åmterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab i de nærmeste år - blandt andet ved i fornødent omfang at udvide behandlingskapaciteten på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger - sikrer en bedre sammenhæng mellem behov og tilbud om undersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge.

Den foran nævnte kortlægning af sengebehovet i det psykiatriske behandlingssystem, som Sundhedsstyrelsen gennemfører inden den 1. maj 1997, vil også omfatte sengebehovet i børne- og ungdomspsykiatrien set i sammenhæng med tilgrænsende sociale tilbud.

Af den statslige pulje på 400 mio. kr. er der som nævnt foreløbigt afsat 30 mio. kr. til tilskud til anlægsudgifter til forbedringer og udvidelser af de børne- og ungdomspsykiatriske funktioner.

Der er endvidere *enighed om*, at Sundhedsstyrelsen iværksætter et analysearbejde med henblik på nærmere at kortlægge behovet for en udvidelse af den samlede behandlingskapacitet af psykisk syge børn og unge. De kommunale parter inddrages i analysearbejdet. Analysearbejdet skal være afsluttet inden udgangen af 1997.

Personaleressourcer.

Personaleressourcer, herunder udviklingen i antallet af børne- og ungdomspsykiatere samt udviklingen i rekrutteringen af det fornødne faglige personale i øvrigt til det børne- og ungdomspsykiatriske fagområde, udgør en væsentlig forudsætning for at nedbringe ventetider til forundersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge.

Der er *enighed om* at arbejde for hurtigst muligt at udvide uddannelseskapaciteten af børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger til et niveau, der sikrer behovet for denne gruppe af fagpersonale på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Sundhedsstyrelsen vil inden den 1. maj 1997 have foretaget en foreløbig vurdering af behovet og de aktuelle muligheder for at udvide uddannelseskapaciteten af børne- og ungdomspsykiatere. Der er som

nævnt afsat 50 mio. kr. af den statslige pulje på 400 mio. kr. til tilskud til oprettelse af nye uddannelsesstillinger inden for psykiatrien, herunder børne- og ungdomspsykiatrien.

Med henblik på at afvikle ventetid til undersøgelse og behandling, opstået som følge af rekrutteringsproblemer, er der *enighed om*, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab arbejder aktivt for, i det omfang det er muligt, at inddrage øvrige relevante personalegrupper inden for børne- og ungdomspsykiatrien i opgavevaretagelsen.

Flere døgninstitutionspladser.

Der er *enighed om*, at det er væsentligt at sikre et tæt samarbejde mellem undersøgelse og behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien og de forskellige tilbud, der gives i de sociale institutioner.

Der er endvidere *enighed om*, at ventetiden til optagelse på døgninstitution for psykisk syge børn og unge hurtigst muligt og senest inden udgangen af 1998 skal nedbringes til et fagligt acceptabelt niveau, ligesom der oprettes et antal døgninstitutionspladser og dagbehandlingstilbud tilknyttet døgninstitutioner til psykisk skrøbelige børn og unge.

Den statslige pulje på 80 mio. kr. benyttes som tilskud til etableringsudgifter i forbindelse hermed.

Den gennemsnitlige etableringsudgift ved etablering af nye døgninstitutionspladser anslås til ca. 570.000 kr. pr. plads.

Der er *enighed om*, at den tidlige og forebyggende indsats gennem de sociale tilbud også har denne målgruppe for øje.

Der er endvidere *enighed om*, at det er hensigtsmæssigt fortsat at udvikle socialpsykiatriske støttetilbud med henblik på især psykisk syge unges beskæftigelse, uddannelse og fritid.

IV. Udbygning af tilbuddene i den sociale sektor i øvrigt.

Der er *enighed om* fortsat at prioritere den sociale indsats for sindslidende højt, således at der udbygges en varieret vifte af tilbud til sindslidende, der i videst muligt omfang tilgodeser den enkelte sindslidendes behov.

Efter bilstandsloven er det en målsætning, at alle amtskommuner skal kunne tilbyde døgnophold efter bilstandslovens § 112, stk. 2, og at samtlige kommuner enten selv eller i samarbejde med andre kommuner eller amtskommunen skal kunne tilbyde ophold i et bofællesskab efter § 68, give tilbud om en støtte- og kontaktperson efter § 68c samt give tilbud om plads i et værested efter § 68b eller andet aktiverende tilbud i lokalmiljøet.

Kapacitet og indhold i de sociale tilbud skal ses i sammenhæng med regionale og lokale tilbud i sundhedssektoren.

Kapaciteten, behov og forudsætninger varierer så stærkt fra amt til amt, at tal og gennemsnit på landsbasis er utilstrækkelige som grundlag for lands-, regions- og lokalpolitiske vurderinger af såvel status som den videre udvikling af sociale tilbud til sindslidende.

Gennem de seneste år er der på landsplan sket en kraftig udbygning af de socialpsykiatriske tilbud, og der er nu behov for at se nærmere på de regionale og lokale vurderinger af status og behov i forbindelse med den videre udvikling af sociale tilbud til sindslidende.

Der er derfor *enighed om*, at der er behov for en regional debat om indsatsen, hvor brugerne inddrages, samt en tilbagemelding om, hvor langt man er med udbygningen og kvaliteten i de sociale tilbud, og hvilke overvejelser man gør sig for så vidt angår prioritering og udbygning af sociale tilbud til sindslidende.

Der er *enighed om*, at amtsrådene, København og Frederiksberg kommuner forestår en tilbagemelding til Socialministeriet om resultatet af de regionale og lokale drøftelser inden udgangen af 1997. Udgangspunktet for debatten kan tages i de oplysninger om status og planer for den sociale indsats, som amtsråd og kommunalbestyrelser har givet til Socialministeriet pr. 1. november 1996 gennem Det sociale Informations- og Analyzesystem, og som Socialministeriet i marts 1997 vil udsende i form af regionale oversigter til amtsråd og kommunalbestyrel-

Bilag til f. t. l. vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien m.v.
ser. Tilbage meldingen bør indeholde oplysning om, hvorvidt drøftelserne har givet anledning til beslutninger, der ændrer udbygning og kvalitet af de sociale tilbud i forhold til de oplysninger, som amtsrådene og kommunalbestyrelserne har meddelt til Det sociale Informations- og Analysesystem.

Resultaterne af tilbage meldingerne og eventuelle initiativer på grundlag heraf samt deres konsekvenser drøftes med de kommunale parter.

V. Opfølgning.

Der er *enighed om*, at følge gennemførelsen af denne aftale nøje.

Der er endvidere *enighed om*, at Sundhedsministeriet og Socialministeriet fortsat årligt gør status over udbygningen af tilbuddene til sindslidende på baggrund af indberetninger fra amter, Hovedstadens Sygehusfællesskab og kommuner.

Bilag 2

*I dette bilag er (med mindre skrift)
indsat den gældende formulering af de bestemmelser,
der berøres af lovforslaget*

§ 1

I lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som ændret ved lov nr. 386 af 14. juni 1995 og § 18 i lov nr. 389 af 14. juni 1995 foretages følgende ændringer:

1. § 2 affattes således:

»§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og persona-lenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.«

§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard.

2. § 3, stk. 3, ophæves og i stedet indsættes:

»Stk. 3. Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået.

Stk. 4. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder,

privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 6. Den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.«

§ 3. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Overlægen skal opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til dens gennemførelse.

3. Efter § 4 indsættes:

»§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 12, stk. 3, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 2, og § 21, stk. 2, er ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fræver træffes af en anden læge. I sådanne tilfæl-

de skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.«

4. Efter § 10 indsættes:

»Tilbageførsel

§ 10 a. Har en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person forladt en psykiatrisk afdeling, og er den pågældende ikke frivilligt vendt tilbage, kan overlægen beslutte, at den pågældende skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Sådant tilbageførsel kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Stk. 2. Justitsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden i forbindelse med tilbageførsel, herunder om politiets medvirken her-til.«

5. Som overskrift til § 11 indsættes:

»Ophør af frihedsberøvelse«

6. I § 13, stk. 1, ændres »tvangstilbageholdelse« til: »frihedsberøvelse, jf. § 5,«, og som 2. pkt. indsættes:

»Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, jf. § 6, stk. 3, og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. § 9, stk. 2.«

§ 13. En person, som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Stk. 2-3. — — —

7. I § 20, stk. 1, indsættes efter »§§ 5-10«: »a«, og i stk. 2, indsættes som 2. pkt.:

»Sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.«

§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 og 12-17, og enhver ordination i henhold til § 18 skal tilføres afdelingens

tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen.

8. § 21, stk. 1 og 2, affattes således:

»§ 21. Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Stk. 2. Som led i efterprøvelse af frihedsberøvelse skal overlægen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen. Patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten underrettes om beslutning om opretholdt frihedsberøvelse.»

§ 21. Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Stk. 2. Resultatet af den efterprøvelse af frihedsberøvelse, som er nævnt i stk. 1, skal tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes. Patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten underrettes om beslutning om opretholdt tvangstilbageholdelse.

Stk. 3. — — —

9. Overskriften til kapitel 8 affattes således:

»Patientrådgivere m.v.«

Kapitel 8

Patientrådgivere og patientråd m.v.

10. I § 24, stk. 2, indsættes som 3. pkt.:

»Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i patientklagenævnet.«

§ 24. ---

Stk. 2. Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager.

11. I § 25, stk 3, affattes 2. pkt. således:

»Fremsetter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal anmodningen så vidt muligt imødekommes.«

§ 25. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Patienten skal have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte beskikkelse. Fremsetter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal overlægen så vidt muligt imødekomme en sådan anmodning. Afgørelsen kan påklages til statsamtmanden, der træffer den endelige administrative afgørelse.

Stk. 4. ---

12. § 30 affattes således:

»§ 30. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.«

§ 30. På hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der oprettes patientråd eller afholdes patientmøder efter regler, som fastsættes af sundhedsministeren.

13. I § 32, stk. 3, indsættes efter »fare«: »eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred«.

§ 32. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

14. Kapitel 10 affattes således:

»Kapitel 10

Klageadgang og domstolsprøvelse

§ 34. Ved hvert statsamt og ved Københavns Overpræsidium oprettes et patientklagenævn bestående af vedkommende statsamtmand (overpræsidenten) som formand samt to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af justitsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer. Justitsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

Stk. 2. Statsamtet varetager patientklagenævnets sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering for patientklagenævnet.

§ 36. Når en sag som nævnt i § 35 indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer m.v., ligesom nævnet kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Stk. 2. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Stk. 3. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal patientklagenævnet træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal

nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. Justitsministeriet fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

§ 37. Patientklagenævnet skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Godkender patientklagenævnet, at patienten frihedsberøves, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet i patientklagenævnet, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse. Har spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed været indbragt for retten, jf. stk. 1, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

§ 38. Patientklagenævnets afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Stk. 2. Ved behandlingen af sådanne sager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

§ 39. Patientklagenævnet offentliggør hvert år en beretning om sin virksomhed.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om indberetning af afgørelser fra patientklagenævne og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning.«

Kapitel 10

Domstolsprøvelse og klageadgang

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

§ 34. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Godkender retten, at patienten tvangstilbageholdes, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet efter stk. 1, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse.

Tvangsbehandling og fiksering m.v.

§ 35. Der oprettes i hvert statsamt samt i Københavns Kommune et patientklagenævn bestående af vedkommende statsamtmand som formand samt to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af justitsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer. Justitsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

§ 36. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering for patientklagenævnet.

§ 37. Når en sag som nævnt i § 36 indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer m.v., ligesom nævnet kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Stk. 2. Patient og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Stk. 3. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. Justitsministeriet fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

§ 38. Patientklagenævnets afgørelse kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Stk. 2. Om sagernes behandling ved Sundhedsvæsenets Patientklagenævn gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

§ 39. Statsamtet varetager patientklagenævnets sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

15. I § 40, stk. 1, ændres »sikringsanstalten« til: »sikringsafdelingen«, og § 40, stk. 3 og 4, affattes således:

»Stk. 3. Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.

Stk. 4. Endvidere beskikkes patientrådgiver alene i tilfælde, hvor den pågældende ikke i forvejen har en sådan eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.«

§ 40. I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i sikringsanstalten, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland.

Stk. 2. — — —

Stk. 3. Bortset fra §§ 5-11, § 21, stk. 2, og § 34 finder bestemmelserne i denne lov tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsanstalten efter stk. 1, jf. dog stk. 4.

Stk. 4. Patientrådgiver beskikkes alene i tilfælde, hvor den pågældende ikke i forvejen har en sådan eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.

16. Efter § 41 indsættes i kapitel 11:

»§ 41 a. Justitsministeren kan fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der efter § 40, stk. 1, er anbragt i sikringsafdelingen, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland.«

17. § 46 ophæves.

§ 46. Forslag om revision af loven fremsættes for Folketinget senest ved begyndelsen af folketingsåret 1996-97.

§ 2

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 752 af 15. august 1996, som ændret ved § 2 i lov nr. 1201 af 27. december 1996, § 8 i lov nr. 232 af 2. april 1997, § 2 i lov nr. 274 af 15. april 1997, § 1 i lov nr. 349 af 23. maj 1997, § 2 i lov nr. 411 af 10. juni 1997 og lov nr. 414 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 469, stk. 1, 2. pkt., ændres »tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse« til: »tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel«.

2. I § 469, stk. 4, indsættes som 3. pkt.:

»I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regnes fristerne dog fra patientklagenævnets afgørelse i sagen.«

§ 469. Begærer den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne, at frihedsberøvelsens lovlighed prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at ophæve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jf. 235. Sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.

Stk. 2. — — —

Stk. 3. — — —

Stk. 4. Begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen.

Stk. 5. — — —

Stk. 6. — — —

3. I § 470, stk. 3, indsættes som 3. pkt.:

»Dommeren påser i øvrigt, at sagen fremmes mest muligt.«

§ 470. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Dommeren bestemmer snarest muligt tid for sagens foretagelse, hvorom parterne underrettes med et af dommeren fastsat varsel. Meddelelsen skal indeholde oplysning om, at sagen i tilfælde af udeblivelse uden lovligt forfald kan fremmes til dom på det foreliggende grundlag.

Stk. 4. ---

4. I § 765 indsættes som stk. 5:

»Stk. 5. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i institution eller hospital m.v. i medfør af stk. 2, nr. 3 eller 4, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

§ 765. Er betingelserne for anvendelse af varetægtsfængsling til stede, men kan varetægtsfængslingens øjemed opnås ved mindre indgribende foranstaltninger, træffer retten, hvis sigtede samtykker heri, i stedet for varetægtsfængsling bestemmelse derom.

Stk. 2. Retten kan således bestemme, at sigtede skal

- 1) undergive sig et af retten fastsat tilsyn,
- 2) overholde særlige bestemmelser vedrørende opholdssted, arbejde, anvendelse af fritid og samkvem med bestemte personer,
- 3) tage ophold i egnet hjem eller institution,
- 4) undergive sig psykiatrisk behandling eller afvænningsbehandling for misbrug af alkohol, narkotika eller lignende, om fornødent på hospital eller særlig institution,
- 5) give møde hos politiet på nærmere angivne tidspunkter,
- 6) hos politiet deponere pas eller andre legitimationspapirer,
- 7) stille en af retten fastsat økonomisk sikkerhed for sin tilstedeværelse ved retsmøde og ved fuldbyrdelsen af en eventuel dom.

Stk. 3. Ved afgørelser i medfør af stk. 1 og 2

finder bestemmelserne i § 764 tilsvarende anvendelse.

Stk. 4. Hvis sigtede unddrager sig møde i retten eller fuldbyrdelse af dommen, kan retten, efter at der så vidt muligt er givet dem, afgørelsen vedrører, lejlighed til at udtale sig, ved kendelse bestemme, at en sikkerhed, der er stillet i medfør af stk. 2, nr. 7, er forbrudt. En forbrudt sikkerhed tilfalder statskassen, dog således at den forurettedes erstatningskrav kan dækkes af beløbet. Retten kan under særlige omstændigheder i indtil 6 måneder efter kendelsen bestemme, at en forbrudt sikkerhed, der er tilfaldet statskassen, helt eller delvis skal tilbagebetales.

5. I § 811 indsættes som stk. 2:

»Stk. 2. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er indlagt på hospital for sindslidende m.v. i medfør af § 809, stk. 2, når der ikke i øvrigt er taget stilling hertil. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

§ 811. Justitsministeren fastsætter nærmere regler om foretagelsen af personundersøgelser.

§ 3

I straffeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 648 af 12. august 1997, foretages følgende ændring:

1. Efter § 73 indsættes:

»§ 73 a. Justitsministeren kan efter forhandling med socialministeren og sundhedsministeren fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der er anbragt i hospital for sindslidende m.v. i henhold til en afgørelse truffet i medfør af §§ 68 eller 69. Justitsministeren kan i den forbindelse fastsætte, at afgørelser, der træffes i medfør af disse regler, ikke kan indbringes for højere administrativ myndighed.«

Skriftlig fremsættelse (14. november 1997)

Justitsministeren (Frank Jensen):

Herved tillader jeg mig for det høje Ting at fremsætte:

Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven. (Revision af psykiatriloven m.v.).

(Lovforslag nr. L 75).

Hovedformålet med lovforslaget er at gennemføre de ændringer og tilpasninger, som erfaringerne med den gældende psykiatrilov fra 1989 giver anledning til.

Lovforslaget er en genfremsættelse af det lovforslag, der bortfaldt ved udgangen af folketingsåret 1996-97. I lovforslaget er foretaget en række ændringer, som bl.a. har baggrund i de tilkendegivelser, som er indeholdt i Retsudvalgets beretning af 2. oktober 1997 over det bortfaldne lovforslag.

De ændringer, der foreslås, bygger i et vist omfang på resultaterne af den videnskabelige undersøgelse af lovens virkninger, der blev gennemført med henblik på lovens revision (psykiatrilovsundersøgelsen). Der foreslås dog også ændringer, som ikke er inspireret af psykiatrilovsundersøgelsen.

Al erfaring viser, at der er en sammenhæng mellem omfanget af tvangsansværelsen og de fysiske rammer m.v., som behandlingen af sindslidende foregår under.

Gode bygningsmæssige forhold, aktivitetsmuligheder, god personalenormering m.v. er en væsentlig forudsætning for, at der kan skabes trygge og rolige forhold på de psykiatriske afdelinger. Det er bl.a. vigtigt, at de bygningsmæssige forhold er indrettet på en sådan måde, at der er mulighed for, at patienter kan få lov til at være i fred og have et privatliv, efter omstændighederne på enestue. Det gælder ikke mindst på afdelinger med opkørte, urolige eller voldsomme patienter, hvor manglende mulighed

for at adskille patienterne kan føre til situationer, hvor tvangsansværelse bliver nødvendig.

Regeringen lægger derfor stor vægt på, at der fortsat sker en forbedring af forholdene for de psykiatriske patienter, herunder ikke mindst med hensyn til de bygningsmæssige forhold. På den baggrund foreslås en ny affattelse af psykiatrilovens § 2, der har til formål at præcisere målsætningen om *god psykiatrisk sygehusstandard*. Målsætningen forudsættes udmøntet ved regeringens aftale af april 1997 med bl.a. Amtsrådsforeningen om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende, hvori bl.a. indgår en statslig bevilling på 400 mio. kr. til medfinansiering af udgifter til forbedring af navnlig de bygningsmæssige forhold. Det kan i den forbindelse oplyses, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab i perioden 1997-1999 planlægger at øge antallet af enestuer med 600-800.

Et andet hovedpunkt i lovforslaget vedrører *klageordningen*. Efter de gældende regler indbringes klager over tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse for domstolene i 1. instans, mens klager over anvendelse af anden tvang, f.eks. tvangsbehandling, indbringes for de lokale patientklagenævne, der er oprettet under de enkelte statsamter. I psykiatrilovsundersøgelsen peges der på, at denne delte klagevej er u hensigtsmæssig og vanskelig at overskue.

Ved lovforslaget lægges der på den baggrund op til en forenkling af klageordningen, således at alle klager over tvang i 1. instans indbringes for patientklagenævnet. Justitsministeriet har i den forbindelse bl.a. lagt vægt på, at en sådan enstrengt klageordning fremstår som mere enkel, overskuelig og lettere tilgængelig for patienten. Patientklagenævnets afgørelser om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse skal herefter kunne indbringes for domstolene, mens patientklagenævnets andre afgørelser som hidtil kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Regeringen finder, at det er væsentligt at sik-

re, at der til stadighed er sammenhæng i den behandlingsmæssige og sociale indsats over for sindslidende, også efter udskrivning. Det gælder især i forhold til de særligt vanskeligt stillede sindslidende. Der er tale om en mindre patientgruppe, som er karakteriseret ved et sammenfald af meget tunge psykiatriske og sociale problemer, hvor der uden en særlig opfølgning er fare for, at de disse personer vil falde ud af behandlingssystemet, fordi de ikke selv søger den behandling eller de sociale tilbud, de har behov for, og ikke har et netværk, der efter udskrivningen kan tage hånd om dem. I forhold til denne gruppe er der derfor behov for en klar placering af ansvaret for den opfølgende indsats med hensyn til de behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Lovforslaget indeholder på den baggrund også forslag om *udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*. Formålet med denne ordning er at sikre, at der sker en klar placering af ansvaret for, at de relevante behandlingsmæssige og sociale tilbud efter udskrivning stilles til rådighed for den gruppe af udsatte sindslidende, der må antages ikke selv at ville søge den nødvendige behandling m.v. I overensstemmelse med Retsudvalgets beretning fremhæves det, at der er tale om tilbud, som ikke vil kunne gennemtvin-

ges, hvis den udskrevne ikke ønsker at tage imod tilbuddene.

På baggrund af Retsudvalgets beretning indeholder lovforslaget endvidere en pligt for de lokale patientklagenævn til at udarbejde en *årsberetning*. Det forudsættes, at årsberetningen udarbejdes i en dialog med de pågældende psykiatriske afdelinger.

Herudover lægger lovforslaget op til en række ændringer og præciseringer bl.a. med hensyn til *den opsættende virkning af klage over tvangsbehandling, den behandlingsansvarlige overlæges kompetence* og adgangen til at *tvangsbehandle legemlige lidelser hos sindslidende patienter* samt med hensyn til *tilbageførelse af bortgåede eller udeblevne patienter*.

Endelig foreslås indsat bemyndigelsesbestemmelser i bl.a. straffeloven for at skabe udtrykkelig lovhjemmel til at fastsætte regler bl.a. om udgang til de såkaldte retslige patienter.

Lovforslaget vil samtidig med fremsættelsen blive sendt til høring hos de myndigheder og organisationer m.v., der også blev hørt over det tidligere lovforslag.

Idet jeg henviser til lovforslaget og de ledsagende bemærkninger, skal jeg herved anbefale forslaget til det høje Tings velvillige behandling.