

ter jeg det som vedtaget. (*Ophold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 7) Første behandling af lovforslag nr. L 140:

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

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).

(Fremsat 25/1 2006).

Lovforslaget sattes til forhandling.

#### Formanden:

Taletiden for ordførerne er 10 minutter i første omgang.

#### Forhandling

#### Birgitte Josefsen (V):

Heldigvis er vi nået dertil, hvor det ikke længere er nogen skam at være ramt af en sindslidelse. Det er som ved andre sygdomme en udfordring, der kræver et samarbejde mellem mange parter, når der skal gøres en indsats, som hjælper, og en sindslidelse giver først og fremmest ret til at gøre brug af de tilbud, det offentlige stiller til rådighed, på lige fod med en hvilken som helst anden patient.

Som loven om tvang og frihedsberøvelse i psykiatrien er formuleret i dag, må vi sige, at det i alt for ringe grad er gjort klart, at patienten kan være aktiv medspiller på alle områder hele vejen igennem, og bl.a. på baggrund af disse mangler i loven ser Venstre meget positivt på de forslag, der er indarbejdet i L 140.

Kl. 14.10

Udgifterne til psykiatrisk behandling er siden 1999 og frem til i dag steget med ca. 1 mia. kr., hvilket jo for så vidt er en positiv udvikling, da pengene i stor udstrækning er anvendt til at skabe både bedre rammer og bedre muligheder i psykiatrien. Eksempelvis etablerede Sønderjyl-

lands Amt et opsøgende psykoseteam allerede i år 2000 og høster nu gode resultater af dette arbejde, og i København og Århus er der ligeledes gode erfaringer med en anden ny, integreret behandlingsform, nemlig tidlig opsporing og behandling af unge psykotiske – OPUS-projektet – der er målrettet psykoseramte unge mellem 18 og 35 år og er koncentreret om at sætte tidligt ind i en sygdomsfase. De unge, der har været omfattet af dette projekt, har vist sig at have 22 pct. færre indlæggelsesdage på hospitalet, og det må man jo sige er et godt signal.

Når jeg nævner de projekter, er det set i lyset af, at vi netop skal behandle et lovforslag om tvang i psykiatrien, og jeg derfor gerne vil gøre opmærksom på, at det virkelig nytter at sætte tidligt ind i en sygdomsfase. På den måde kan man måske minimere tvang.

I Venstre er vi ikke et øjeblik i tvivl om, at der er god gang i udviklingen inden for den psykiatriske behandlingsverden. Det er dog ikke overraskende, at de projekter, jeg har nævnt her, fremviser gode resultater, for psykiatri drejer sig om samarbejde mellem patient og psykiater, samarbejde med pårørende og samarbejde mellem faggrupper samt overordnet samarbejde mellem amt og kommune. Det må og skal psykiatrien blive bedre til.

I en netop offentliggjort tilfredshedsundersøgelse er der nogle steder stor kritik af psykiatriens håndtering af samarbejde, og herfra kan jeg kun opfordre psykiatrien til at tage hånd i hanke med den kritik, der er rejst. Fungerer samarbejdet ikke, er det mere end vanskeligt at være psykisk syg. I forvejen er det en svært udfordring at være psykisk syg, selv i dagens Danmark, også selv om hele psykofarmakologien og alle behandlingsstilbuddene er til rådighed.

For en stor del af patienterne ligger lykken så at sige i en pille, en samtale og undervisning i egen sygdom, men for en mindre del af patienterne kan dette ikke udgøre helheden, idet en psykisk lidelse vil være svært at forholde sig til for den pågældende, og den vil følge den pågældende resten af livet. Men det er bevist, at for flertallet af de danskere, der rammes af en kronisk psykisk lidelse, kan det lade sig gøre at få et godt liv, så længe behandlingstilbuddene er tilpasset den enkelte. Det tager tid at erkende og lære at håndtere sit sygdomsforløb, og det kan være svært for den sygdomsramte, men det kan også være meget vanskeligt for både familierne og nærmiljøet.

For en meget lille gruppe af sindslidende betyder sygdommen hyppig og nogle gange langvarig kontakt med behandlingspsykiatrien, og for en mindre gruppe af de sindslidende kan det indimellem være nødvendigt at behandle patienten mod den pågældendes vilje, hvis den psykiske sygdom medfører, at patienten mister evnen til at bedømme sig selv eller det omkringliggende samfund på en realistisk måde. Bliver den psykisk syge til fare for sig selv eller andre, kan det være nødvendigt at tage de elementer, der ligger i loven om frihedsberøvelse, i brug, men uanset hvilken form for tvang eller frihedsberøvelse, der er tale om, vil det altid være dybt krænkende for så vel den psykisk syge som de fagpersoner, der skal frihedsberøve den pågældende.

For Venstre er det af afgørende betydning, at anvendelse af tvang er grundigt gennemtænkt, baseret på faglig viden og en samtale mellem de involverede parter og kun bruges i mindst muligt omfang. Der lægges i lovforslag nr. L 140 op til nogle positive tilretninger, og overordnet vil jeg sige, at de er af en sådan karakter, at de i højere grad tager hensyn til patienten frem for systemet.

Det er eksempelvis positivt, at tvang bliver entydigt defineret, og at der indføres husordensregler på afdelingerne. En kopi af behandlingsplanen for den patient, der er indlagt, skal udleveres til den pågældende, og netop dette finder vi meget positivt og principielt meget vigtigt, da mange er dårlige ved indlæggelsen og derfor måske ikke rigtig hører, hvad der bliver sagt. Det er derfor af afgørende betydning, at man i en stille stund kan sidde og læse, hvad der står i behandlingsplanen, eller gennemgå den med kontaktpersonen på afdelingen. Vi synes også, det er meget positivt, at det præciseres, at overlægen har ansvaret for, at der udarbejdes en koordinationsplan for de patienter, som ikke ønsker at indgå en frivillig udskrivningsaftale.

Kl. 14.15

I Venstre vil vi gerne i forbindelse med udvalgsarbejdet med lovforslaget drøfte netop denne ændring. Vi må konstatere, at koordinationsplanerne ikke er blevet anvendt i særlig høj grad til dato, på trods af at de har været en mulighed siden 1999. Vi finder det meget uheldigt, at de ikke har fundet anvendelse, og derfor vil vi sådan set gerne drøfte, om det ikke skal præciseres, hvem der helt konkret har ansvaret.

§ 13 d om tvungen opfølgning er vi i Venstre positive over for, men der skal ikke herske no-

gen tvivl om, at vi har brugt megen tid på at forholde os til netop denne ændring af psykiatriloven. Jeg er sikker på, at alle, der får ordet i sagen i dag, har haft tunge overvejelser om netop denne paragrafs indførelse i loven. Jeg har konstateret, at der er stor enighed blandt de hørte faggrupper om det vigtige i at fastholde de svært psykisk syge i en antipsykotisk behandling, og at de samme fagpersoner udtaler, at der er forøget risiko for eksempelvis selvmord og tendens til kriminalitet hos denne gruppe af meget svært psykisk syge.

På nuværende tidspunkt har flere lande indført ambulans tvang, men ikke på en sådan måde, at der anvendes medicinsk opfølgning. Derfor er der ingen grund til at bruge disse landes modeller som sammenligningsobjekter, og det vil jeg også undlade at gøre ud fra den betragtning, at tvungen opfølgning alene kan komme på tale over for en meget lille gruppe svært psykisk syge, som i dag har et liv, der ikke er ønskværdigt, bl.a. fordi de ofte bliver totalt isolerede. På grund af ophøret med medicinsk behandling bliver de også svært paranoide, og nogle bliver udadreagerende, hvilket bevirker, at det omkringliggende samfund tager afstand fra dem.

Jeg må sige, at vi synes, det er omsorgssvigt over for denne gruppe. Det ender gang på gang med en tvangsendlæggelse, som det jo er politiet, der tager sig af, og efter tvangsendlæggelsen skal de ofte tvangsmedicineres og nogle gange bæltefikseres, og det er ikke ønskværdigt for nogen at opleve en sådan tur, slet ikke hvis det sker gang på gang. Af de tal og statistikker, vi har fået op til behandlingen af lovforslaget, har vi kunnet konstatere, at nogle har været tvangsendlagt over 13 gange inden for de sidste 3 år. Derfor mener vi, det er totalt omsorgssvigt over for den gruppe, og vi vil gerne tilslutte os det forslag, der ligger her.

I udvalgsarbejdet er vi parat til at drøfte alle de foreslåede ændringer af psykiatriloven, men overordnet kan vi tilslutte os det, der er beskrevet i lovforslaget.

#### **Formanden:**

Der er nogle korte bemærkninger til ordføreren. Først fra fru Majbrit Berlau.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg tror, vi alle sammen er voldsomt bekymrede for, at de mennesker, vi snakker om her, ikke får en ordentlig behandling i det danske samfund.

Men noget af det, som jeg tror virkelig skiller vandene, er spørgsmålet om den tvungne opfølgning og folks rettigheder i den forbindelse.

Det er sådan, at hvis en person, der skal udskrives fra et psykiatrisk hospital, f.eks. nægter at medvirke til en udskrivningsaftale, kan lægen i samarbejde med relevante parter lave en konkret koordineringsplan, og hvis den ikke følges, kan der blive pålagt tvungen opfølgning.

Det er imidlertid også sådan, at en koordineringsplan ikke kan ankes af den enkelte borger, og det vil sige, at vi står i en situation, at når en borger i samfundet ikke kan anke en pålagt behandling og nægter at følge det, den pågældende er pålagt, er der ingen retsbeskyttelse. Så er der ikke andre muligheder end enten at gå under jorden eller modsætte sig på en anden facon og dermed risikere, at politiet henter en og bringer en på hospitalet til tvungen opfølgning.

Jeg vil godt spørge helt konkret: Bekymrer det ikke ordføreren, at vi er ude i en så retsløs tilstand for de borgere?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Vi har i Venstre forholdt os meget til det, der ligger i lovforslaget angående det retslige.

Det er jo sådan, at hvis det bliver indskrevet i koordinationsplanen, at patienten er omfattet af tvungen opfølgning, skal ikke kun patienten, men også de involverede parter, der skal støtte patienten, følge det, der står i koordinationsplanen. Men hvis den pågældende ikke kan leve op til det, og man siger, at her er det nødvendigt at bruge reglen om tvungen opfølgning, har den pågældende jo ret til at indanke den beslutning, både for Det Psykiatriske Patientklagenævn og for civilretten.

Kl. 14.20

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg er udmærket klar over, at man har mulighed for at anke spørgsmålet om tvungen opfølgning, men man har rent faktisk ikke mulighed for at anke koordineringsplanen, og det er jo første skridt på vejen til en deroute og en retsløs situation for de borgere.

Problemet er, at en koordineringsplan, der er etableret uden medvirken fra den enkelte borger, ikke kan ankes, selv om den beskriver et behandlingsforløb med tvangsmedicinering eller bare brug af medicin, som den enkelte borger selv ved ikke er god for ham eller hende. Derfor

står vi i en situation, hvor folk – som vi har hørt flere eksperter udtale – risikerer at måtte gå under jorden for at undgå systemets overgreb med en eller anden form for tvangsmedicinering. Alerede her mener jeg, at kæden hopper af, og at vi placerer de her borgere i en retsløs tilstand, og det er i virkeligheden det, mit spørgsmål går på: Er det ikke et problem, at psykiatriske brugere ikke har samme retstilstand her i samfundet som patienter i det somatiske system, der f.eks. har kræft, diabetes osv.?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Nu er jeg ikke jurist, så jeg vil ikke gøre mig klog på alle paragraffer i retsplejeloven. Men jeg er af den overbevisning, at man kan anke en koordinationsplan til det pågældende amt eller i fremtiden til den pågældende region, lige så vel som man kan påklage andre afgørelser i sundhedsvæsenet.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Jeg deler til fulde fru Birgitte Josefsens bekymring over de forhold, som nogle psykiatriske patienter lever under, og vi er enige om, at det, der er centralt, er at hjælpe og bistå de allerdårligste patienter.

Men jeg vil godt spørge fru Birgitte Josefsen, om det ikke gør indtryk, at Dansk Psykiatrisk Selskab afviser forslaget om tvungen opfølgning med tvangsmedicinering. Vi skal jo huske, at det er depotmedicin, som muligvis kan give nogle meget alvorlige bivirkninger, og i diskussionen har bl.a. landsforeningen af aktive psykiatribrugere påpeget angsten for, at man simpelt hen kan dø, fordi der ikke er tilstrækkelig overvågning i perioden efter tvangsmedicinering med denne depotmedicin.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg har bemærket, at Dansk Psykiatrisk Selskabs hørings svar er delt i to blokke, og det vil jo sige, at der ikke er enighed om det hørings svar, der er afgivet. Jeg vil også gøre den bemærkning, at jeg op til behandlingen af lovforslaget har gjort mig den ulejlighed at tage rundt sammen med nogle andre og høre, hvad de, der udfører praktisk arbejde i psykiatrien rundtomkring i landet, siger. Vandene er meget skilte på området, og det vil sige, at nogle taler for, og nogle taler imod.

Selvfølgelig gør det indtryk, når man læser nogle hørings svar, uanset om de falder ud til fordel for den holdning, man selv besidder, eller for den modsatte. Men jeg har bemærket, at der er enighed om det faglige med hensyn til den patientgruppe, vi snakker om, nemlig de ca. 100, som udgør en stor risikogruppe. Det er her, vi ser de fleste selvmord og selvmordsforsøg, og det er her, vi ser en overvægt af kriminalitet. Det har virkelig gjort indtryk på mig, og jeg har forholdt mig til lovforslaget ud fra det synspunkt, at jeg gerne vil tage patientens parti.

(Kort bemærkning).

**Anne Bastrup (SF):**

Jeg tror ikke, der er nogen ordfører her i salen, som ikke vil tage patientens parti, men man kan godt tage patientens parti, selv om man er konkret uenig i lovforslagets bestemmelser om tvungen opfølgning. Det vil jeg godt præcisere.

Men så vil jeg spørge: Gør det ikke indtryk på fru Birgitte Josefsen, at man i Norge startede med en meget lille målgruppe, og at man på nuværende tidspunkt er kommet frem med nogle helt, helt andre tal? Man startede, som fru Birgitte Josefsen sagde, med under 100, og om nogle år lander man måske på flere tusind. Det skal kædes nøje sammen med, at i dag er det sådan i psykiatrien, at man render rundt mandag morgen for at se, hvem man bedst kan udskrive, selv om de ikke er færdigbehandlede.

Kl. 14.25

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg sagde i min ordførertale, at vi ikke kan sammenligne os med andre lande, der har indført begrebet ambulans tvang. Vi kan ikke sammenligne deres ordninger med det, der er beskrevet i lovforslaget, nemlig tvungen opfølgning, fordi de andre lande ikke har opbygget deres model som den, der er beskrevet i L 140.

Jeg forstår heller ikke helt fru Anne Bastrups udmelding om, at man render rundt hver eneste mandag morgen og ser, hvem man nu kan udskrive, for de meldinger, jeg har fået fra en stor del af amterne, siger, at man faktisk har en overkapacitet på det psykiatriske område. Så sent som i fredags fik jeg at vide, at Århus Amt helt konkret har nedlagt 30 sengepladser, fordi de havde en overkapacitet, og jeg fik en udmelding fra Nordjyllands Amt om, at man har ledig sengekapacitet. Det kan være, det er et problem et

enkelt sted her i landet, men så må man jo tage fat i det.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Det er meget vidtgående indgreb, der foreslås i forslaget til ændring af psykiatriloven, og her tænker jeg først og fremmest på forslaget om ambulans tvang. I den sammenhæng vil jeg gerne vide, om man overhovedet ikke har tænkt over i Venstre, at der godt kan være nogle andre muligheder, inden man går i gang med et så dramatisk indgreb.

Det er f.eks. sådan, at ved den sidste revision af psykiatrilovgivningen var der bred enighed i Folketinget om, at der skulle gøres meget mere ved udskrivningsplaner og koordinationsplaner, fordi det faglige udgangspunkt var, at hvis der var et bedre samarbejde mellem det psykiatriske hospitalsvæsen og det, der foregår ude i kommunerne, ville vi netop kunne hjælpe den gruppe patienter, man nu vil udsætte for ambulans tvang. Der var enighed om, at der skulle udarbejdes ca. 1.000 udskrivningsplaner, men i 2003 var der udarbejdet 83. Mener fru Birgitte Josefsen, at det er tilfredsstillende, og ville det ikke være bedre, hvis vi som Folketing stod fast på, at der skal laves udskrivningsplaner frem for at gribe til et så dramatisk redskab?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jo, jeg er fuldstændig enig i, at det er totalt utilfredsstillende, at der ikke er lavet flere koordinationsplaner, og jeg synes også, det er utilfredsstillende, at man derude, hvor man har ansvaret for behandling i psykiatrien, ikke har grebet fat om lige nøjagtig roden på den nælde. Derfor sagde jeg også i min ordførertale, at vi meget gerne går med i det arbejde, der skal pågå efter førstebehandlingen, og vil drøfte, om der kan strammes op, så koordinationsplanerne bliver brugt i højere grad end i dag.

Men det er jo sådan, at når vi har spurgt fagpersonerne, der skal bruge koordinationsplanerne, hvorfor de ikke bruger dem, kan de ikke give noget svar på det, og når der er spurgt, om der er noget alternativ til at indføre tvungen opfølgning i loven, har jeg ikke kunnet få svar på, om der er noget alternativ. Jeg har efterspurgt et alternativ hos alle de fagpersoner, der har indgivet hørings svar, men jeg har ikke kunnet få et svar på, om der er noget alternativ til tvungen opfølgning, så derfor ser jeg det som en mulighed

for at nå denne lille gruppe. Men det skal selvfølgelig være det sidste element i lovforslaget, der bliver taget i brug.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Jeg kan ikke forstå, hvordan fru Birgitte Josefsen kan komme frem til, at der ikke er noget alternativ til tvungen opfølgning, for der er jo en vifte af muligheder. Der er f.eks. en del inden for det faglige system, der påpeger, at hvis der ellers var hænder og mennesker nok ude i kommunerne til at tage vare på de psykisk syge, var der stor sandsynlighed for, at vi kunne løse de problemer, vi står med.

Der er rigtig mange, der påpeger, at forslaget her er et besparelsesforslag. I stedet for at sørge for, at der er ressourcer nok i socialpsykiatrien, og i stedet for at satse på psykoseteams, er det sådan set billigere at lade politiet afhente de psykisk syge og på den måde sørge for, at de tager deres medicin. Gør det ikke indtryk på fru Birgitte Josefsen, at det vurderes, at der ganske enkelt er tale om et besparelsesforslag? I stedet for at sørge for, at der er mennesker nok omkring de psykisk syge, sørger man kun for én ting, nemlig at de får deres medicin.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Det gør indtryk på mig, at der er nogle her i salen, som ikke har tillid til, at de mennesker, der arbejder i psykiatrien, udfører deres arbejde på en god måde. Det tror jeg faktisk de gør.

Kl. 14.30

Jeg må sige, at når jeg læser hørings svarene, er det jo ikke sådan, at de er gennemsyret af, at man ønsker flere hænder. Det svar, der er givet fra amterne og kommunerne, er jo også, at de sådan set mener, at der er en god koordinering, og man må sige, at det, der står i psykiatriloven i dag, er, at alle de elementer, som fru Elsebeth Gerner påpeger, er til rådighed i dag.

Vi må så, når de ikke er blevet brugt, gå ud og spørge, hvorfor de ikke er blevet brugt, og det har jeg så spurgt om. Det tror jeg ikke jeg er den eneste der har spurgt om, men vi har jo ikke kunnet få noget svar tilbage. Der bliver sagt, at der ikke er noget alternativ til det, vi har sat ind i L 140, så jeg kan ikke se, at der er noget alternativ på nuværende tidspunkt. For når det, der står i loven i dag, ikke kan række, er vi nødt til at prøve at gå nye veje.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Jeg vil godt lige tilbage til det, som fru Birgitte Josefsen sagde om kriminalitet, jeg vil gerne lige have det gentaget: Er målet med lovforslaget her også at nedsætte kriminaliteten, eller hvad var det, fru Birgitte Josefsen sagde om psykisk syge og kriminalitet? Det var lige før slutningen af talen.

Så vil jeg også godt have dyrket det med koordinationsplanerne lidt mere, for hvor er retssikkerheden i den praksis, ikke i den lov, men i den praksis, vi har i dag? Jeg har siddet til de samme møder og har hørt de samme læger sige, at der er en vis træghed, men jeg har også hørt dem sige: Vores kollega siger jo også, at vi snakker med kommunerne, vi laver jo nogle aftaler, men vi sætter det bare ikke sammen til en plan.

Der vil jeg så spørge fru Birgitte Josefsen: Netop fordi det ikke er en synlig plan, hvor er retssikkerheden så henne? Hvor er servicemeddelelsen til borgeren om, at vi gør dette og hint, hvis de ikke kan få udleveret noget på skrift?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg har påpeget i både min ordførertale og de svar, jeg har givet, at vi vil meget gerne have diskuteret lige det element, der hedder koordinationsplaner, netop for at få præciseret meget tydeligt i koordinationsplanerne, hvem der har ansvaret. Det er jo ikke nok at sige, at patienten har et ansvar, det er lige så vigtigt, at ansvaret går den anden vej, altså at systemet har et ansvar. Derfor synes jeg, det er noget af det, vi skal diskutere i det videre arbejde. Det står i bemærkningerne, men det er et af de områder, hvor jeg synes, at man måske godt kan flytte det fra bemærkningerne og over i lovforslaget, så det vil jeg meget gerne være med til at præcisere.

Hvad angår psykisk syge og kriminalitet, har jeg påpeget, at med hensyn til den gruppe, som vi taler om i forbindelse med at indføre tvungen opfølgning, siger de fagpersoner, der har udtalt sig i forbindelse med, at vi har indhentet hørings svar, at der er en overvejende tilbøjelighed til kriminalitet.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Ja, og derfor er det interessante spørgsmål jo også, om vi tror på, at tvungen opfølgning vil betyde noget væsentligt for den eventuelle kriminalitet eller skade, som målgruppen kan udsætte

samfundet eller sig selv for. Noget af det er jo selvskadende adfærd, og det kan også være vold over for personalet. Så spørgsmålet er, om vi når noget med tvungen opfølgning med hensyn til kriminalitet.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg vil meget gerne være med til at forbedre livsvilkårene for den gruppe, vi taler om i forbindelse med tvungen opfølgning. Mange af dem lever et kummerligt liv, fordi de dropper ud af deres medicin gang på gang på gang, bliver paranoide, og nogle bliver udadreagerende, hvilket betyder, at både familie og det omkringliggende samfund ofte tager afstand fra dem. Jeg tror ikke, der er nogen, der ønsker sig at leve et liv, hvor man lige pludselig lever isoleret i sin egen psykotiske tilværelse.

Den gruppe, vi snakker om her, er jo personer, som man kender i det psykiatriske system, og hvor man kan se, at den medicinske behandling virker og har en effektiv effekt med hensyn til at give de pågældende et liv med at bedre indhold. Det synes jeg er et godt mål at gå efter.

(Kort bemærkning).

**Lise von Seelen (S):**

Jeg vil gerne vende lidt tilbage til det spørgsmål, som fru Elsebeth Gerner Nielsen rejste om den sparsomme brug af koordinations- og udskrivningsplaner. Det forbavser mig meget, at fru Birgitte Josefsen siger, at hvis man spørger fagfolk, svarer de, at de ikke kan se noget alternativ til praksis, sådan som den er i dag. For jeg hørte fagpersoner sige i fredags, at det ville være en hjælp, hvis man havde et krav til fagpersonerne om, at disse planer inden for en bestemt målgruppe skal overholdes ved udskrivning eller i en koordinationsplan.

Kl. 14.35

Hvis noget sådant fandtes, altså hvis vi gjorde reglerne strammere og mere klokkeklare herindefra, så ville det være en hjælp for systemerne til at få mere gang i brugen af disse planer – og det forbavser mig. Det var fagpersoner, der sagde det, og det synes jeg da er en god melding at få fra fagpersoner.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Der er jo ingenting til hinder for at gøre det, de fagpersoner siger vi skal lægge op til. Altså, det har man mulighed for i dag inden for lovens

rammer. Så det er sådan set bare at gå i gang med at bruge de koordinationsplaner, som man nu gerne vil, ude i psykiatrien.

(Kort bemærkning).

**Lise von Seelen (S):**

Men synes ordføreren ikke, det ville være en god idé, at man som det første skridt på vejen netop fik gjort et arbejde for at gøre de her regler tydeligere?

For det er jo sådan, at det er i overgangene, behandlingsforløbene bliver sårbare, imellem sengeafsnittet, psykiatrien ude lokalt og socialpsykiatrien. Der vil de her koordinationsplaner jo være enestående redskaber til det, hvorimod tvungen opfølgning ikke sikrer, at der sker den koordinering.

Så synes ordføreren ikke, det ville være et godt første skridt, at man fik det her til at fungere, inden man kom med noget helt nyt?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Det er jo sådan i dag, at de koordinationsplaner skal indgå i et samarbejde med socialpsykiatrien, altså med de parter som skal støtte op om den pågældende patient, så det kan man gøre i dag. Jeg vil gentage, at det simpelt hen bare er at se at komme i gang, og det vil jeg gerne opfordre psykiatrien til.

**Første næstformand (Svend Auken):**

Så siger vi tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken til fru Karen Klint.

**Karen J. Klint (S):**

Revisionen af psykiatriloven er set frem til af mange med rigtig stor opmærksomhed. Der er mange glædelige ting i lovforslaget, og der er også nogle ting, som er bekymrende. Hvis jeg sådan skal lade være med at være ret meget jyd, så vil jeg sige, at det også er mere end stærkt bekymrende.

Det er glædeligt, at der de sidste mange år er arbejdet med nye arbejdsmetoder, at vi f.eks. har haft OPUS-projektet, at vi ser lidt på, hvordan hospitalspsykiatri og socialpsykiatri spiller bedre sammen. Vi skal i øvrigt ikke være bange for at lave nogle forsøg på behandlingsområdet, for som situationen er lige nu over det hele, er der mange ting, der kan gøres bedre, så vi skal generelt ikke være afvisende over for noget nyt.

Det er i hvert fald vigtigt at sætte fokus på samarbejdet og samspillet mellem behandlings-

psykiatrien inden for hospitalsverdenen og det sociale område, ikke mindst nu, hvor vi står over for en kommunalreform, hvor der også sker brud i nogle af samarbejdsrelationerne, og hvor kommunerne skal til at føle et lidt større medansvar, end de nødvendigvis har gjort alle steder.

Derfor kan det også være nødvendigt at se på, om ressourcerne er rigtigt fordelt, om kompetencerne er til stede de rigtige steder. Derfor er det meget godt, at der i lovforslaget her også tales om personalets kompetencer, for det er jo meget vigtigt, at det ikke kun er antallet, man ser på, men at det også er tilstedeværelsen af kompetencer.

Som den forrige ordfører har været inde på, er der nogle af os, der har været rundt på en ekstra tur, og det er nogle af os fra § 71-udvalget. Vi har faktisk aflagt besøg på fem psykiatriske hospitaler for at få at vide, hvad det er, der efterspørges set gennem behandlingsbrillerne, men også hvad det er, patienterne efterspørger.

Det har været en utrolig interessant tur, hvor vi har fået mange gode råd, også ret entydige råd om, at det ikke er mere tvang, man har brug for. Som en af de yngre kvindelige patienter sagde på en af afdelingerne, så havde hun heller ikke brug for, at der for det meste kun var tid til at give en pille. Hun havde faktisk brug for meget mere omsorg i behandlingen, at der var andre medarbejdergrupper, der også havde tid til at være til stede, at det ikke kun var dagpatienterne, der kom i ergoterapien, og hun så kun kunne tegne 1 time om ugen. Hun havde behov for flere elementer end den medicinske behandling i sin hverdag.

Kl. 14.40

Der var en anden patient, der sagde, at hun faktisk ville have haft meget mere glæde af, at hun var blevet indlagt i lidt mere god tid, at man havde lyttet til hende, da hun var på vej ned ad bakken. For hvorfor skulle hun helt ned og dykke, inden hun kunne blive indlagt igen? Det gjorde så også, at vi spurgte overlægerne: Er det, fordi der er et underskud af sengepladser? Og så sagde han: Ikke med hensyn til dem, der skal tvangsindlægges, der er vi ikke i underskud, men det kunne måske være en idé, at I på et tidspunkt så på, om der var andre, der kunne medvirke til en tvangsindlæggelse end dem, som gør det efter de regler, der er i dag – er det måske den speciallæge, der ellers har ansvaret for behandlingen, og som er tættest på patienten, og som ved, hvornår det er bedst for patienten

at blive indlagt, eller er det den praksislæge, der måske aldrig har set patienten, der skal tage stilling? Sådan varierer svarene, som vi har fået rundt omkring.

Vi fik også lige genopfrisket, at der er utrolig forskel på de fysiske rammer og på, hvordan man bruger de fysiske rammer. Jeg skal næsten også huske at komme med en ros til de mange, der er derude, enten som patienter eller som personale. Det er utroligt, hvor flot man på det her svære område håndterer det at være røgfri, når vi tænker på, hvordan, det andre steder er problematisk. Mennesker, der har det utrolig svært, som er storrygere, kan faktisk godt finde ud af det dér.

Tilbage til det, vi står her for i dag, at tale om, at hvis de fysiske rammer ikke anvendes rigtigt, så kan de jo måske godt opfordre til anvendelse af mere tvang. Vi fik forleden dag repeteret, at vi ikke kun skal se på, om det ser hyggeligt ud set gennem vores briller. Der var faktisk en afdelingssygeplejerske, der havde fjernet kunsten på en gang på en psykiatrisk afdeling, fordi hendes erfaring var, at med de patienter, der var indlagt, gav det kaos og mere vold, at der var kunst at forholde sig til. Sådan skal vi jo være åbne over for, at tingene sker på forskellige måder.

Som sagt er der mange ting i lovforslaget, og for ikke at kun koncentrere os om det, som alle vil tale om, tvungen opfølgning, så vil jeg lige repetere nogle af de andre ting, som er med.

Vi synes måske, at det er o.k. at ændre lovforslagets titel.

Jeg havde personlig været lidt mere stemt for, at man gjorde lidt, som man gjorde med hensyn til serviceloven, hvor man sagde, at tvang, magt og indgriben i selvbestemmelsesretten som udgangspunkt er forbudt, men at der jo er nogle undtagelser fra det. Her er det den omvendte terminologi og en anden indgangsvej ind til det. Men det er godt at få det udtrykt i klar tale.

Det er også godt, at vi får en tvangsdefinition, som nu giver en øget retssikkerhed, så man ved, at folk, der tier stille, ikke nødvendigvis har samtykket, men at der skal et aktivt samtykke til.

Det er også godt, at der nu kommer en tilgængelig husorden, som patienterne har indflydelse på. Det er godt, at der indføres en pligt til udlevering af en behandlingsplan, og det er godt, at patienten både skal orienteres skriftligt og mundtligt.

Det er også godt, at man arbejder med efter-samtale, og at det nu også bliver obligatorisk.

Jeg kan så være lidt i tvivl om, hvorvidt vi faktisk i lovgivningen skal skrive, at sådan en detalje skal være en lovbealet detalje. Det burde alt andet lige være god behandlingsstandard, at man taler med de patienter, som man har med at gøre, men nu kommer det til at stå i loven og ikke kun i en vejledning.

Det om tvungen opfølgning kommer jeg tilbage til om lidt.

Det er også godt, at vi nu får defineret nærmere, hvad det er, man forstår ved skærming, og at det nu kommer til at stå i loven, for det har der faktisk været meget tvivl om. Så derfor er det fint, at det bliver synliggjort.

Det er også o.k., at det en gang imellem kan være nødvendigt at hjælpe folk til en bedre personlig hygiejne af forskellige årsager, og at der også i den forbindelse kan anvendes magt.

Det er også godt, at reglerne om undersøgelse af post nu bliver synliggjort på en god måde. Også her skal vi understrege, at posten godt må åbnes, men ikke læses. Det er vi enige i.

Så står der noget om, at hvis man arbejder med bæltefikseringer, så skal patienten tilses fire gange i døgnet. Der vil jeg godt være med til at drøfte, om fire lige er det rigtige antal gange, om det, at det er fire gange i døgnet, er den bedste måde at anvende lægekapaciteten på, eller om vi i det hele taget får den bedste læge til at vurdere det alle fire gange, eller om det nogle gange er en studerende, en vikar, måske en, der har siddet fast vagt, der er med til at vurdere det. Så hvor er retssikkerheden reelt i det?

Lidt på samme måde kan det være med second opinion inden for 48 timer. Jeg synes, det er godt, at folk kan få en second opinion, men vi skal så bare være opmærksomme på, at der går ressourcer fra til det, og at fagligheden skal være i orden. Vi skal ikke snyde os selv ved at lave nogle love, som ikke kan efterleves ude i virkeligheden. Og vi skal i hvert fald sætte nogle flere midler af til det.

Derimod er det fint, at man ophæver værgens mulighed for at kunne give samtykke til psyko-kirurgiske indgreb.

Det er også godt, at alle, der udsættes for tvang, nu får en patientrådgiver. Der skal vi så også sikre os, at der er midler til, at vi har patientrådgivere nok, og at de, der ikke har det som fuldtidsjob, også kan få fri til at passe deres arbejde.

Kl. 14.45

Så tilbage til det med tvungen opfølgning: Jeg synes, det er lidt pudsigt, at vi nu har med et

lovforslag at gøre, hvor ordet omsorg for første gang kommer ind i psykiatriloven, og hvor man så samtidig taler om tvungen opfølgning i behandlingsøjemed, altså i medicinsk øjemed. Vi kunne jo lige så godt have dyrket koordineringsplanerne og udskrivningsaftalerne på en bedre måde, sådan at omsorgen også kunne have spillet ind efter udskrivning.

Vi tror ikke helt på, at man kan nøjes med de kriterier, der er, hvis der på et givet tidspunkt skal kigges på det med tvungen opfølgning. Vi er ikke med på tvungen opfølgning, sådan som den er beskrevet i den nuværende formulering; det kan jeg lige så godt sige klart her.

Vi tror ikke på, at man kan kontrollere, at det er den bedste medicin, man giver til mennesker, der har behov for medicin efter udskrivning, hvis de ikke selv ønsker at indtage den. Så tror vi, at det for de flestes vedkommende vil være medicin i depotform, alt andet kan man næsten ikke kontrollere, og dermed vil man så måske give nogle patienter en medicin, der ikke er den bedste, og som har nogle alvorlige bivirkninger – også bivirkninger, der i værste fald kan være livsforkortende.

Derimod vil vi gerne have, idet vi skærper forholdene omkring planerne, at vi skærper reglerne om samarbejde mellem hospitals- og behandlingspsykiatrien og den sociale psykiatri inklusive opsøgende psykoseteam og distriktspsykiatrien. Vi har ikke noget imod, at man kigger på nye måder at samarbejde på.

Vi ser gerne, at der kommer andre tilbud om terapi, mere satsning på gode boligforhold, mere satsning på et relevant livsindhold, og at vi får forsket i, hvad det betyder for folk, i stedet for at vi i den ene lovgivning næsten for ensidigt kigger på, hvad det er, medicinen gør ved folk, uafhængigt af hvad alle de andre omstændigheder gør ved folk. Det kunne jo godt ske, at livskvaliteten kunne løftes for nogle.

Vi ønsker også en debat om, hvad der egentlig er sket med forsøgene med medicinfri afdelinger. Hvorfor må mennesker med en psykiatrisk lidelse ikke fravælge medicin, når mennesker med en somatisk lidelse må fravælge medicin og endda også dø af at fravælge en medicinsk behandling?

Snyder vi ikke hinanden, og snyder vi ikke mindst de pårørende ved at påstå, at tvungen opfølgning gør, at deres kære datter eller søn får et godt liv? Snyder vi ikke politifolkene på gaden ved at bilde dem ind, at de ikke ser så man-



ge sølle mennesker rende rundt, fordi vi tror, vi kan fastholde dem i tvungen opfølgning?

Jeg tror, vi får mange flere hjemløse, jeg tror, vi får mange flere stakler, som render rundt, fordi de oplever, at systemet er så meget imod dem, at de tænker: Hvorfor samarbejde om behandling og et pænere livsindhold, hvorfor samarbejde med et system, der udsætter en for tvang?

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg vil gerne spørge fru Karen J. Klint, om hun er af den opfattelse, at det svækker patientens retssikkerhed, at man nu vil indføre i loven, at der skal være tilsyn af en læge fire gange i døgnet, når en patient eksempelvis er bæltefikseret.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Nej, teknisk er det en øget retssikkerhed. Det, jeg forholder mig til, er den virkelighed, som vi bl.a. har set på vores tilsynsrunde her, hvor en af overlægerne sagde: Jamen hvad nu, hvis jeg så tredje eller fjerde gang er nødt til at sende den lægestuderende, der i øvrigt plejer at sidde fast vagt, fordi vi ikke har lægeuddannede nok på arbejde?

Det er derfor, jeg sætter spørgsmålstejn ved ressourcerne – er der læger nok til det, vi nu sidder og lovgiver om? For ellers synes jeg, vi lovgiver mod bedre vidende. Det er os, der har ansvaret for, at vi uddanner læger nok. Det er ikke os, der personligt kan tage ansvar for, om lægerne så vil søge ind og blive psykiatere, men jeg synes, vi mangler nogle pejlinger på, hvordan det hænger sammen.

Jeg vil gerne øge retssikkerheden, men jeg vil også gerne lade være med at snyde på vægten.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Så vil jeg sige, at jeg helt konkret mangler en klar melding fra fru Karen J. Klint om den målgruppe, der er beskrevet i forbindelse med tvungen opfølgning.

Hvad er det helt konkret, Socialdemokratiet så vil gøre i forhold til den gruppe? For jeg har ikke hørt helt konkret, hvad det er, man vil gøre. Vi må jo erkende, at det, der er sat i værk i dag, ikke fungerer.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Jeg synes, det er pinligt, at en 8 år gammel lov ikke er blevet taget op af de mennesker, der arbejder i psykiatrien. Jeg synes, det er pinligt, at vi har en 8 år gammel forpligtelse til udskrivningsaftaler, og at vi så på vores tilsynsrunde kan få at vide: Jamen vi snakker jo godt sammen i telefonen, så hvorfor formalisere det i en aftale?

Jeg var selv den, der spurgte en overlæge: Hvad med retssikkerheden, hvad med den serviceoplysning til patienten om, at når man får en plan i hånden, så kan man se, hvad det er, andre har aftalt om en, så kan man se de spilleregler? Overlægen kiggede på mig og sagde så: Jeg har aldrig tænkt på det som en retssikkerhed og som en serviceoplysning, patienten kunne have gavn af, for vi snakker jo så godt sammen, vi fagfolk.

Kl. 14.50

**Første næstformand (Svend Auken):**

Tak til ordføreren. Så går vi videre i ordførerrækken, og den næste ordfører er fru Birthe Skaarup.

**Birthe Skaarup (DF):**

Når man behandler en lovgivning, som har stor indflydelse på andre menneskers liv, skal man være meget omhyggelig. En revision af psykiatriloven er netop lovgivning, som får store konsekvenser for den enkelte psykiatriske patients videre liv.

Lovforslaget indeholder flere fornuftige ændringer og tilføjelser i forhold til gældende lovgivning, som Dansk Folkeparti mener er udmærkede i relation til patienternes retssikkerhed. Det gælder god sygehusstandard, skriftlig husorden, pligt til at udlevere kopi af behandlingsplan, personlig hygiejne, undersøgelse af post og patientstuer, så man kan forebygge eventuelt stofmisbrug, men således at hjemmelsgrundlaget er i orden.

Det er også sådan, at en lægelig vurdering skal finde sted mindst fire gange i døgnet ved tvangsfiksering, og der indføres en pligt til fornyet lægelig vurdering ved tvangsfiksering, der udstrækkes ud over 48 timer, og så skal der en anden læge end den, der er tilknyttet afdelingen, ind og vurdere indgrebet.

Også tildeling af patientrådgivere, definerings af skærmmning og andre tiltag er i nogle situationer nødvendigt og gavnligt for patienten, men hele tiden med det overordnede sigte, at det drejer sig om medmenneskelighed. Det er nødven-

digt, således at den psykiatriske patient kan komme videre og ud af en svær tilstand, og hvor tvangsfiksering selvfølgelig kun skal finde sted i yderste nødstilfælde.

Når det er sagt, vil jeg sige, at vi er betænkelige over for andre dele af forslaget, bl.a. den foreslåede udvidelse af adgangen til tvang over for udskrevne patienter, der kan afhentes af politiet, såfremt de ikke møder op enten på sygehuset eller i distriktspsykiatrien for at blive medicineret.

I Dansk Folkeparti er vi – ligesom så mange andre i den her sal er det – optagede af at hjælpe de psykisk syge og også deres pårørende bedre, end det sker i dag.

Ofte oplever de pårørende svigt og stor magtesløshed over for sundhedsvæsenet. Nogle efterlyser lettere adgang til tvangsforanstaltninger af frygt for, at en psykotisk søn eller datter kan være til fare for sig selv og sine omgivelser.

Nu er der vel næppe nogen, der er uenige i, at der skal være en mulighed for tvang over for svært psykotiske, for sådan er det allerede i dag. Spørgsmålet er, hvor grænsen går. Det spørgsmål hænger nøje sammen med menneskers retssikkerhed, herunder den psykisk syges retssikkerhed.

Vi mener, at der med det fremsatte lovforslag er en alvorlig risiko ved at udvide adgangen til tvang, at det kan blive en sovepude for de instanser, der har ansvaret for den psykisk syge.

Tvangsmedicinering efter udskrivning skal f.eks. ikke kun være løsningen, hvis det reelt er mangel på psykiatriske sengepladser, der er problemet. Tvang er heller ikke vejen frem, hvis man har forsømt opfølgning med samtaler og støtte til patienten efter udskrivning.

Erfaringsmæssigt ved vi, at behovet for tvangsindgreb kan reduceres væsentligt, når der bruges god tid til dialog med den psykiske syge. Det er en vigtig erfaring. Patienten skal ikke påtvinges en medicinsk spændetroje i de tilfælde, hvor god dialog vil kunne begrænse behovet for medicin.

Nogle steder i landet har man god erfaring med opsøgende psykoseteam, der besøger patienterne i hjemmet og vedholdende hjælper med alle de ting, der er svære at magte for den, der har en psykisk sygdom. Det kan være praktisk hjælp med rudekonvolutter, med kontakt til socialkontoret og boligsekskabet, og det kan være en medmenneskelig hjælp i kontakten til andre.

Vi ved, at det drejer sig om godt 100 psykisk syge, som vil kunne blive omfattet af forslaget

§ 13 d, kapitel 4, idet det ifølge opgørelsen er 143 patienter, som har været tvangsindlagt tredje gang inden for de sidste 3 år. Vi ved blot ikke, hvad disse patienter har fået af tilbud for at undgå tvangsindlæggelser.

Kl. 14.55

Bor de i de områder, hvor distriktspsykiatrien virker, hvor der er opsøgende psykoseteam, hvor der er åbne psykiatriske skadestuer, hvor borgeren frit kan møde op for at blive hjulpet? Er de nødvendige udskrivningsaftaler eller koordineringsplaner anvendt i de her tilfælde? Vi skulle nødigt til at blåstempe en udvidet anvendelse af tvangsmedicinering i de tilfælde, hvor man kan nå langt med opsøgende og forebyggende støtte.

Systemet må gribe i egen barm og spørge: Bruges udskrivningsaftaler aktivt til at hjælpe patienten i forbindelse med job, bolig og sociale forhold? Er der kompetente folk til at varetage opfølgningen? Har kommunerne de nødvendige sociale tilbud til psykisk syge, og har man etableret psykoseteam? Har man forsøgt at inddrage de pårørende, hvor det kan lade sig gøre?

Når vi er betænkelige over for regeringens forslag til udvidet anvendelse af tvang, hænger det netop sammen med de mange frivillige måder at støtte op om patienten på, som slet ikke benyttes.

Lad os tage debatten om, hvordan vi bedst sikrer psykiatriske patienter imod forhastede tvangsindgreb, inden vi overvejer, om der kan være noget grundlag for at indføre en permanent lovgivning, hvor man iværksætter tvungen opfølgning med medicin, som skal gælde i 3 måneder med mulighed for forlængelse op til 1 år.

Desuden er vi opmærksomme på, at der i bemærkningerne til forslaget står, at justitsministeren kan bruge loven over for personer, der er idømt en behandlingsdom, såfremt de også kan blive underlagt ambulant tvang, uden at kriterierne om forudgående tvangsindlæggelse er opfyldt. Så vil antallet nemlig blive meget større end antaget.

Vi lytter naturligvis meget til fagkunds-kaben. Og når man kan læse, at Dansk Psykiatrisk Selskab – som andre også har nævnt – advarer mod den del af forslaget, der omhandler ambulant tvang, fordi de mener, at det ikke er den rette løsning at benytte sig af tvungen opfølgning og udskrive patienterne for tidligt, og når de samtidig giver udtryk for, at forskningen, der er lavet for at undersøge effekten af ambulant tvang, tyder på, at metoden ikke virker, hverken på antal

af genindlæggelser eller på tilfælde af kriminalitet, ja, så må det tages alvorligt.

I lighed med Den Almindelige Danske Lægeforening peger de på, at patienterne bliver udsat for bivirkninger såsom hjerterytmeforstyrrelse, sukkersyge, nedsat leverfunktion samt andre virkninger, som kan forkorte deres liv, når der bruges psykofarmaka i depotform. Det må vi jo også tage alvorligt og tage bestik af.

Høringsvaret fra Det Etske Råd påpeger desuden, at loven i forhold til ambulans tvang er betænkelig, fordi enhver tvangsudøvelse berører grundlovsfæstede frihedsrettigheder. Og de mener, at når patienter er klar til udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, skal de være så raske, at de selv er i stand til at tage stilling til, om de ønsker den ordinerede medicin eller ej.

Nu har jeg kun nævnt nogle af de høringsberettigede, og der er – det skal retfærdigvis siges – mange andre modstandere blandt disse. Men der er også positive tilkendegivelser over en række elementer med hensyn til synliggørelse af klagemuligheder, som jeg også nævnte i indledningen.

Men hvorom alting er, så kunne vi da godt tænke os, at man tog kapitel 4 ud af forslaget og drøftede det nærmere. Vi har i hvert tilfælde nogle store betænkeligheder ved det her forslag, ud fra at vi ikke synes, man skal gå ind og lave overgreb på nogle mennesker, som det ikke er i orden at gøre det over for, fordi vi måske ikke har brugt nogle af de muligheder, der er i det her samfund.

Derfor ville det være rart at få en oversigt over, hvor de steder er, hvor man ikke har opsøgende psykoseteam, hvor man ikke har psykiatriske skadestuer, hvor man har en distriktspsykiatri, der kun har åbent kl. 8-16, og hvor der ikke er mange af de andre ting, som er så nødvendige.

Kl. 15.00

Vi er klar over og anerkender, at der er et problem, og vi har i dag drøftet netop kapitel 4 § 13 i vores gruppe. Vi ved, at der er udskrivningsaftaler, og at der er koordineringsplaner for de af patienterne, der ikke vil være med til at lave en udskrivningsaftale. Men vi har som sagt drøftet det der med kontrakter, og det vil vi i hvert fald pleje yderligere i den kommende udvalgsbehandling. Det er jo sådan, at patienterne ikke skal skrive under på udskrivningsaftalen, de kan få en kopi udleveret, men de koordinerende planer er jo i hvert tilfælde ikke indeholdt i, at patienten har accepteret udskrivning.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Jeg vil gerne takke for en meget flot tale.

Fru Birthe Skaarup åbnede jo op for, at vi skulle have en debat med ministeren om at tage kapitel 4 ud. Vil det dermed sige, at vi, hvis oppositionen kunne blive enige om at komme med et ændringsforslag om det, kunne drøfte hovedparten af lovforslaget for sig, så kapitel 4 a, især § 13 d, tages for sig – for der er en del af kapitel 4, som egentlig er flyttet derom, fordi vi får § 13 d, og hvis vi ikke får § 13 d, så skal det tilbage igen på den oprindelige plads? Er man indstillet på at være med til eventuelt at få ministeren til at dele lovforslaget?

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Som jeg sagde i min indledning, er det et utroligt vigtigt forslag, og det er vi alle sammen klar over. Vi vil gerne have, at det skal have det rigtige afsæt her i Folketinget, fordi det berører så mange mennesker og deres videre liv. Derfor synes jeg, vi skal tage det op. Lad os nu høre, hvad ministeren mener. Jeg synes, det kunne være en god idé at tage kapitel 4 § 13 ud og drøfte det nærmere.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Jeg hørte også ordføreren sige, at det er vigtigt, at vi ser på andre behandlingsformer. Jeg var selv også lidt inde på det. Så jeg vil gerne have fru Birthe Skaarup til at uddybe lidt, hvordan Dansk Folkeparti ser på spillet mellem socialpsykiatrien og den behandlende psykiatri, altså hospitalspsykiatrien.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Som jeg sagde, så synes jeg, der er nogle ting, der overhovedet ikke virker. Jeg ved, de ikke virker. Vi ved, at der ikke er opsøgende psykoseteam alle steder i landet. Vi ved, at distriktspsykiatrien ikke virker godt nok. Vi ved også, at det ikke er alle steder, der er en psykiatrisk skadestue. Vi ved, at der er mange, der har indset, at de har en sygdom, og de har også indset, at når de bliver dårlige, så kan de gå hen et sted og få noget hjælp, og det er det, jeg gerne vil have, og ikke, at det kun er muligt kl. 8-16, altså i dagtimerne.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Jeg vil også gerne rose Dansk Folkeparti for det klare standpunkt, man har taget til den her meget vigtige lovgivning. Fra radikal side støtter vi selvfølgelig ideen om, at man kunne dele lovfor-slaget op. På den måde kunne vi løse problemet, fordi vi simpelt hen ville få hele det spørgsmål, der drejer sig om ambulans tvang, ind i en lov-givning for sig.

Hermed et lidt ledende spørgsmål med hen-blik på at understøtte den argumentation, som ordføreren ellers så udmærket har fremført:

Kunne man forestille sig, at vi indførte ambulans tvang f.eks. i forhold til mennesker, der lider af sukkersyge, så man sagde, at mennesker, der holder op med at tage deres medicin, og som ikke følger den plan, der er lagt for deres medi-cinering, også vil kunne hentes af politiet?

Jeg stiller det som et ledende spørgsmål ud fra den betragtning, at det for mig at se også handler om, at vi her igen kategoriserer psykisk syge som en særlig sygdomsform, som ikke er li-geværdig i forhold til andre sygdomme.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Mit udgangspunkt med hensyn til psykiatriske patienter har altid været, at de skal behandles på lige fod med somatiske patienter. Så jeg kan godt følge, at selvfølgelig kan somatiske patienter også undlade at tage deres medicin, men de bliver ikke holdt ved lige, kan man sige, med tvungen opfølgning.

(Kort bemærkning).

**Birgitte Josefsen (V):**

Jeg vil også sige tak for ordførertalen fra Dansk Folkeparti.

Kl. 15.05

Som det er fremgået af de tidligere indlæg, har § 71-udvalget været på rundtur i landet og har talt med de forskellige ledelser i amterne. Kunne fru Birthe Skaarup forestille sig, at man, ligesom man har etableret andre gode forsøgs-ordninger i psykiatrien, der har givet gode re-sultater, også kunne indgå en aftale med et amt om at afprøve tvungen opfølgning som en for-søgsordning? Vi ved helt konkret, at der er et amt, der godt vil være med til det.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Det er jo sådan, at eksempelvis Den Almindelige Danske Lægeforening netop har påpeget, at man kunne lave et afgrænset forsøg et eller an-det sted i Danmark. Jeg ved ikke, om det er løs-ningen, men lad os tage det op i den videre ud-valgsbehandling.

Vi har jo netop spurgt fagkunds-kaben mange steder, og de har svaret, at de ikke er afklarede i forbindelse med det her. Derfor kom der så den udmelding fra Den Almindelige Danske Læge-forening, at et forsøg et eller andet sted i Dan-mark måske kunne komme på tale. Jeg synes, vi skal tage det op, for igen: Det handler om men-nesker, og det er det, vi skal være meget påpas-selige med, og det er typisk meget, meget svage mennesker.

**Første næstformand (Svend Auken):**

Så siger vi tak til ordføreren. Vi går videre i ord-førerrækken, og den næste er fru Helle Sjelle.

**Helle Sjelle (KF):**

Hvis vi betragter lægevidenskaben generelt, så har den gennemgået en fantastisk udvikling. Vi skal ikke ret langt tilbage i vores historie, før det var helt normalt at dø af sygdomme, som vi i dag er i stand til at kurere. Vi har oplevet en gi-gantisk udvikling inden for medicin, diagnosti-cering og behandlingsmetoder.

I dag kan det virke grotesk, at en lungebetæn-delse kunne være en alvorlig sag, selv hvis den ramte et ellers sundt og rask menneske, og det kan være svært at forestille sig, hvor epokegø-rende det var, da lægerne opdagede bakteriers betydning i forbindelse med operationer og den stigning i hygiejne, den opdagelse medførte.

Forundringen over historiens gang bliver hel-ler ikke mindre, hvis man betragter psykiatrien. Her er vi i allerhøjeste grad vidne til, at opfattel-sen af den syge har ændret sig dramatisk gen-nem tiden, hvilket har haft betydning for den behandling, man udsatte vedkommende for.

Psykiatriens historie over de sidste par hundrede år er ikke læsning for sarte sjæle. Opfattel-sen af de sindslidende og de behandlingsmeto-der, der blev brugt, vidner om en – vil jeg sige – katastrofal uvidenhed om sygdommene, og der er ingen tvivl om, at behandlingerne ofte skade-de mere, end de gjorde gavn. Der er simpelt hen tale om behandlingsmetoder, der set ud fra vo-res synspunkt i dag er rædselsfulde og uforståe-lige.

Heldigvis har psykiatrien ligesom lægevidenskaben generelt udviklet sig i en positiv retning, så det kan være svært for os at forstå, at fortidens horrible handlinger overhovedet kan have fundet sted.

I dag kan vi jo så føje endnu et kapitel i rækken til psykiatriens udvikling. Men selv om vi i dag er i stand til at tilbyde patienterne en mere menneskelig og kompetent behandling, er der stadig ting, vi kan gøre bedre.

Vi Konservative er derfor positive over for det fremsatte forslag om en revision af den eksisterende psykiatrilov. Det indeholder forslag til ændringer på mere end 30 punkter, og der tages samtidig initiativ til at indføre et helt nyt instrument. Vi mener således, at der er tale om en række forbedringer, bl.a. når det handler om patienternes retssikkerhed.

For så vidt angår retssikkerheden, er vi positive over for ønsket om at forbedre forholdet for de patienter, der udsættes for tvangsfiksering. Fiksering kan umiddelbart virke som en grov overskridelse af den enkelte patients integritet, men det kan ikke desto mindre være nødvendigt, hvis patienten er til fare for sig selv eller sine omgivelser.

Spørgsmålet om brugen af langvarig fiksering har dog også været genstand for debat i flere internationale institutioner, og der skal ikke være tvivl om, at vi bør arbejde for at nedbringe omfanget og varigheden af unødvendige fikseringer. Vi mener dog i udgangspunktet, at det vil være uhensigtsmæssigt at fastsætte en øvre grænse for varigheden af fikseringen.

Til gengæld mener vi, at det er hensigtsmæssigt at styrke det lægelige opsyn med fikserede patienter. Det er vores håb, at vi ved at indføre faste regler for mindstehyppighed af fornyet lægeligt tilsyn kan sikre en bedre faglig vurdering af, om fikseringen kan opretholdes, eller om der findes bedre alternativer.

Formålet med en lægelig vurdering er således først og fremmest at sikre, at fikseringen ikke udstrækkes længere end højst nødvendigt. Samtidig betyder det øgede lægelige tilsyn, at patientens retssikkerhed styrkes, idet tilsynet skal foretages af en læge, der er uafhængig af det afsnit, hvor indgrebet finder sted. Det er vores opfattelse, at det er et godt udgangspunkt for at begrænse omfanget og varigheden af tvangsfikseringer.

Kl. 15.10

Lovforslaget lægger desuden op til at styrke patientens retssikkerhed ved at ændre reglerne

for klageadgang i forbindelse med tvangsfikseringer til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det medfører dog, at patientrådgiverordningen også må ændres, og her er vi Konservative glade for, at regeringen vil indføre automatisk beskikkelse af en patientrådgiver ved tvangsindgreb. Det skyldes ikke mindst det forhold, at den enkelte patient i forbindelse med tvangsindgreb ikke nødvendigvis er bevidst om, at vedkommende har ret til en patientrådgiver eller er i stand til at anmode om det. Derfor vil automatisk beskikkelse af en rådgiver betyde en stor forbedring i forhold til den enkelte patients retssikkerhed.

I forslaget lægger regeringen desuden op til at indføre en tvungen opfølgning. Vi ved, at der kan være problemer forbundet med udskrivelser af de allersvageste patienter, og desværre er det ikke altid muligt at nå dem inden for rammerne af det eksisterende regelsæt. Vi taler om patienter, der efter indlæggelse og behandling på en psykiatrisk afdeling opgiver behandlingen, når de er udskrevet. De føler sig måske raske og mener ikke selv, at der er behov for at fortsætte behandlingen. Desværre resulterer det ofte i tilbagefald, hvorefter de må indlægges igen, og behandlingen må så starte forfra.

Det mønster er naturligvis ikke ønskværdigt. Der er altså en mindre gruppe mennesker, som vi ikke når med den nuværende lovgivning, en gruppe, der bør have en anden form for hjælp end den, der er til stede på nuværende tidspunkt. Det er derfor, vi efter vores opfattelse bør være åbne over for at indføre en tvungen opfølgning for at garantere, at der også tages hånd om denne gruppe patienter efter udskrivningen. Forhåbentlig vil det tiltag betyde, at vi i langt højere grad kan hjælpe den enkelte patient, også når vedkommende er udskrevet og på vej tilbage til hverdagen.

Afslutningsvis skal jeg bemærke, at vi generelt er positive over for resten af lovforslaget, bl.a. tiltagene i forbindelse med personlig skærmmning, hvor patientens retssikkerhed styrkes, i og med at skærmmning kommer til at foregå efter nogle klart definerede kriterier, ligesom der bliver etableret adgang til at klage over personlig skærmmning til det psykiatriske patientklagenævn.

Alt i alt mener vi Konservative, at forslaget rummer en lang række forbedringer, og derfor støtter vi forslaget.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Jeg vil gerne spørge fru Helle Sjelle: Hvor hyppigt vil De Konservative kunne leve med at politiet afhenter en udskreven borger? Der er jo ikke tale om en, der er stærkt psykotisk, for vedkommende er jo netop udskrevet – hvis man var stærkt psykotisk, var man jo næppe udskrevet. Hvor hyppigt kan De Konservative leve med at en borger afhentes af politiet for at få sin medicin?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Der er slet ikke nogen tvivl om, at det da ikke er nogen specielt hensigtsmæssig situation, at en udskrevet patient overhovedet skal hentes af politiet. Det er da noget, som kun skal foregå i alleralleryderste nødstilfælde. Det er også derfor, vi lægger op til, at den tvungne opfølgning ikke er noget, der skal være hverdagskost. Det er noget, som skal ske, når ikke der er andre muligheder tilbage.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Sådan kan man jo også vælge at svare, men det er ikke at svare på spørgsmålet. For selvfølgelig skal det være sjældent. Men her er det jo en mulighed, man giver. Hvis det er medicinsk behandling i tableform, hvor lang tid skal der så gå? Skal folk så gå rundt i næsten 3 måneder og blive stærkt psykotiske, eller hvad er det, de skal? Eller er det, fordi man går over til medicin i depotform og dermed nemmere kan kontrollere, at hvis de ikke er kommet hver 14. dag, så henter vi dem hver 14. dag?

Jeg synes, det er lidt vigtigt at få det konkretiseret yderligere. Hvor hyppigt må det være i de maksimalt 12 måneder, at man afhentes?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Nu vil jeg lægge vægt på, at der altså skal være nogle ganske bestemte kriterier opfyldt, før man benytter sig af en tvungen opfølgning, som det bliver kaldt, og det er det, der ligesom er udgangspunktet for os. Der er nogle ganske bestemte kriterier, som skal være opfyldt, og som skal overholdes. Det er det, der er udgangspunktet for os.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg vil godt følge lidt i sporet på det her med tvungen opfølgning.

Situationen er jo den, at når man bliver udskrevet fra et hospital, så er man ikke længere psykotisk. Og i dag er det jo sådan, at man kun kan være underlagt tvangsbehandlingen, medicineringen eller andet, så længe man er psykotisk. Når man så bliver udskrevet, har man det godt, man er i hvert fald ikke psykotisk, men så bliver der alligevel opretholdt en eller anden form for tvungen opfølgning, hvor man kan blive hentet af politiet i en tilstand, hvor man ikke er psykotisk, i en tilstand, hvor man faktisk kan beskrives som habil og i et eller andet omfang er i stand til at tage vare på sig selv med støtte.

Kl. 15.15

Det synes jeg er et generelt brud på retssikkerheden. Når vi vil bryde med retssikkerheden i det her samfund for borgere, som burde være habile, hvad gælder så for de somatiske patienter, patienter, som ønsker at bryde med deres behandling, det kan være kræftpatienter, det kan såmænd være rygere, der ikke ønsker at modtage rygestopkurser, men som er til fare for deres omgivelser med den passive rygning? Det at være til fare for sine omgivelser kan jo altså bevirke tvungen opfølgning.

Jeg kunne godt tænke mig at høre: Hvad er Det Konservative Folkepartis holdning til, at det her er et retsspørgsmål, altså et spørgsmål om, hvad det er for en retstilstand, vi byder borgerne i det her land? Er det sådan, at der gælder særregler for somatiske patienter og særregler for psykiatriske patienter?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Nu vil jeg faktisk henholde mig til, at det er en revision af psykiatriloven, som vi behandler i dag, og ikke alle mulige andre forslag om, hvem man ellers også kunne tænkes at ville gribe ind over for. Jeg henholder mig til, at der skal være nogle ganske klare regler overholdt og bestemmelser opfyldt for, at man i det hele taget kan gøre brug af tvungen opfølgning, og derudover har patienten altså også mulighed for at klage over, at der sker en tvungen opfølgning.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

O.k., men Det Konservative Folkeparti har altså ingen problemer med at bryde med en generel

praksis i dansk psykiatri om, at man skal være psykotisk, hvis man skal underlægges nogen form for tvang i behandlingen. Det har Det Konservative Folkeparti ingen skrupler whatsoever med at gøre, det kan jeg forstå og udlede af det svar.

Så vil jeg godt stille et andet spørgsmål, og det er et spørgsmål omkring § 3. Det er spørgsmålet om, at de foranstaltninger, den her lov lægger op til omkring tvang, også kan bruges for børn under 18 år og børn under 15 år, uden at forældremyndigheden inddrages på forhånd. Det kunne jeg godt tænke mig at høre en kommentar til. Vi er i Enhedslisten altså meget stærkt bekymrede over, at man udvider loven til også at gælde de her børn uden forældremyndighedens inddragelse på forhånd.

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg skal blot anholde, at det, vi virkelig er nervøse for i den her sammenhæng, faktisk er, at der er en gruppe mennesker, som vi ikke på nogen måde i øjeblikket er i stand til at nå. Det er faktisk dem, som vi i øjeblikket prøver på at hjælpe på bedst mulig måde, og det er derfor, vi går ind for en tvungen opfølgning. Det er faktisk, fordi vi har en opfattelse af, at der er en gruppe meget svage patienter, en gruppe meget svage mennesker, som vi i øjeblikket med den gældende lovgivning ikke er i stand til at række ud til og nå på betryggende vis.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Nu har vi jo fået et svar fra sundhedsministeren om, at et sted mellem 90 og 95 pct. af patienterne har gavn af medicin. Den modsatte beskrivelse af det svar er, at et sted mellem 5 og 10 pct. ikke har gavn af medicin. Når vi så dertil lægger, at man jo ikke har ret til selv at deltage i beslutningen om, hvilken type af medicin man får, har fru Helle Sjelle så overvejet, at det kunne være, at det er den her type af patienter, som ikke har været involveret og deltaget aktivt i behandlingen af sig selv, som flygter, som ikke forholder sig til deres medicin, og som derfor ryger ud af behandlingen?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Man kan forestille sig flere forskellige scenarier, som fru Anne Baastrup jo nævner, men altså igen, det, jeg henholder mig til i denne her sag,

er jo, at det er en læge, der faktisk i alleryderste nød kan sige, at en tvungen opfølgning ville være det mest hensigtsmæssige. Jeg forventer naturligvis, at alle andre hensigtsmæssige muligheder er prøvet på det tidspunkt. Det er ikke meningen, at det her skal være en sovepude, bestemt ikke.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Amtsrådsforeningen har lige gennemført et såkaldt gennembrudsprojekt for at forhindre og nedbringe tvangen. Et af de elementer, der har været i hele det her projekt, har været dialog, involvering af patienten, samtale osv. Det har nedbragt tvangen. Det, man nu gør, er, at man nu giver nye muligheder for tvang. Føler fru Helle Sjelle, at det sådan er helt konsekvent tænkt fra regeringspartierne side?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg forestiller mig bestemt ikke, at man neddroler de ting, der allerede er sat i værk ude omkring, og som fungerer på ganske udmærket vis. Det er jo ikke meningen, at det her skal være en erstatning for det. Det er meningen, at vi faktisk skulle kunne række ud og nå nogle patienter, nogle mennesker, som vi ellers ikke er i stand til at nå på nuværende tidspunkt.

Kl. 15.20

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Hvad er årsagen til, at Det Konservative Folkeparti ikke mener, at det at være psykisk syg er en sygdom på lige fod med alle mulige andre sygdomme? Hvad er årsagen til, at Det Konservative Folkeparti ikke mener, at psykisk syge mennesker skal behandles på samme måde som alle andre syge?

Med andre ord, hvad er årsagen til, at Det Konservative Folkeparti godt kan støtte, at man kan lave en tvungen opfølgning over for et menneske, der er psykisk sygt, men ikke over for et menneske, der er somatisk sygt, f.eks. et menneske, der har sukkersyge og undlader at tage sin medicin, eller et menneske, der er stærkt overvægtig og undlader at holde sin diæt?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg vil gerne slå fast her fra talerstolen, at nu er det ikke sådan, at jeg står her og synes, at det er

ganske fantastisk, at vi indfører en form for tvungen opfølgning. Men jeg må også erkende, at der er en gruppe i dag, som vi ikke når, og som vi heller ikke har udsigt til at nå på nogen som helst andre måder, og der synes jeg, det er hensigtsmæssigt, at man prøver på at gå nogle andre veje. Jeg føler også, at vi er nødsaget til at gå nogle andre veje, og det er derfor, at vi faktisk støtter, at man går ind og laver en tvungen opfølgning.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Hvordan kan fru Helle Sjelle vide, at der ikke er andre muligheder? Der er jo faktisk iværksat en undersøgelse af den her patientgruppe for at finde ud af, hvad årsagen er til, at gruppen holder op med at tage sin medicin. Den undersøgelse er ikke færdiggjort.

Hvad er så årsagen til, at fru Helle Sjelle kan stå her på Folketingets talerstol og sige, at der ikke er andet at gøre, når vi nu ikke har nogen som helst viden om den her patientgruppe? Undersøgelsen er ikke færdig.

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Nu er det jo en sag, som man har drøftet ganske indgående og gennem længere tid i forskellige fora, og derfor ved vi jo også godt, at der er en diskussion på det område om, hvorvidt det er det rigtige at gøre eller ej, men vi vælger altså i Det Konservative Folkeparti at hælde til, at det er en mulighed, som vi mener man skal kunne bruge.

(Kort bemærkning).

**Lise von Seelen (S):**

Fru Helle Sjelle siger, at det er en mindre gruppe, som har brug for hjælp, og som man ikke kan nå på andre måder. Hvilket indtryk gør det så på fru Helle Sjelle, at de fagfolk faktisk langt overvejende fraråder, at man ibrugtager denne her tvungne opfølgning?

De fagfolk, som altså skal sidde og vurdere tingene, siger til os som politikere, at de ikke kan anbefale det, dels fordi det kan give nogle vanskeligheder i forbindelse med hele det projekt, psykiatrien har i gang om mindre tvang, og dels fordi de ikke tror på virkningerne af indsatsen. Hvilket indtryk gør det på fru Helle Sjelle?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Det gør naturligvis altid et indtryk, når der kommer nogle fagfolk med nogle relevante budskaber om netop det område, som de sidder og beskæftiger sig intenst med. Så selvfølgelig gør det da et indtryk, men jeg har også noteret mig, at der altså er uenighed om, om hvorvidt det er en god eller en dårlig idé at indføre tvungen opfølgning.

(Kort bemærkning).

**Lise von Seelen (S):**

Jeg tror, vi kan konstatere, at der er forskellige meninger, men langt den overvejende del af fagfolkene mener, at man skal afstå fra at bruge denne her mulighed. Så vil jeg godt sige, at når der bliver sagt, at der er ikke nogen som helst andre veje at gå, så synes jeg, at det er dokumenteret her, at både udskrivningsplaner og koordineringsplaner ikke er brugt i den hensigt, som de egentlig er udarbejdet til.

Så vil jeg godt spørge fru Helle Sjelle, om ordføreren ikke kunne følge sig fristet af at sige: Skulle vi ikke lave et regelsæt, der gør, at vi får de her regler, som vi har, til at fungere i praksis?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jamen der skal da ikke være nogen tvivl om, at vi gerne ser, at der bliver gjort mere ud af de forskellige planer, der er mulighed for at benytte sig af i dag. Jeg synes, det er ærgerligt, at man ikke har brugt dem mere, end man har. Vi kan se, der er problemer med dem, og derfor forventer jeg faktisk også, at det er noget, som vi med ministeren i spidsen må holde mere øje med fremover, og det kunne måske eventuelt også være med til, at man undgår at bruge en tvungen opfølgning så meget – det skal jeg da ikke kunne udelukke – hvis de fungerer i langt, langt bedre grad, end de gør på nuværende tidspunkt. Men vi må bare konstatere, at som det ser ud i øjeblikket, er vi altså ikke i stand til at nå den gruppe mennesker, som vi gerne vil nå.

**Første næstformand (Svend Auken):**

Tak til ordføreren. Så går vi videre i ordførerrækken, og den næste ordfører er fru Elsebeth Gerner Nielsen.



**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Det Radikale Venstre er meget positive over for det meste i det her lovforslag, først og fremmest fordi det forbedrer retssikkerheden for de psykiatriske patienter. Derfor er vi bl.a. tilhængere af den ny definition af tvang, som indebærer, at hvis der ikke foreligger et informeret samtykke til en foranstaltning, så er der tale om tvang.

Det er en fordel at få den nye definition af begrebet tvang ind, fordi det selvfølgelig vil indebære, at et psykotisk menneske, der indlægges, vil få en patientrådgiver stillet til rådighed. I og med at vedkommende ikke er i stand til at give et informeret samtykke, vil man med det samme sige: Her er tale om en tvangsforanstaltning, og derfor får vedkommende en patientrådgiver stillet til rådighed.

Til forslaget om, at der skal være bedre mulighed for at tvangsbehandle børn og unge under 18 år, uden at forældre eller værge giver samtykke, forholder vi os på den måde, at det selvfølgelig er i orden at gennemføre en tvangsforanstaltning, hvis der er tale om et ungt menneske, som er til fare for sig selv, som altså er i en livstruende situation.

Derfor vil vi acceptere, at der kan gives mulighed for personlig skærmning, uden at der er givet et samtykke, ligesom vi også er parat til at acceptere, at der gives beroligende midler uden et samtykke, men til beroligende midler hører ikke neuroleptika, vil jeg gerne understrege.

Vi er også varme tilhængere af, at der med den nye lovgivning stilles krav om, at alle patienter, der har været udsat for tvang, vil få tilbud om en eftersamtale, ikke bare af hensyn til de psykiatriske patienter, men også af hensyn til det personale, der har deltaget i tvangsforanstaltningerne. Det er selvfølgelig dybt ubehageligt for mennesker, der arbejder i det psykiatriske hospitalsvæsen, og som med jævne mellemrum er nødt til at deltage i tvangsforanstaltninger. Så også af hensyn til deres psykiske velbefindende er der god grund til at gennemføre eftersamtaler.

Så er der spørgsmålet om elektrochok. Forslaget indebærer, at tvangsbehandling med elektrostimulation, som det hedder, kun må iværksættes, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller en potentiel livstruende tilstand.

Vi kan godt støtte det forslag, men kun, hvis der er tale om en aktuel livstruende tilstand, altså ikke, hvis der er tale om en potentiel livstruende tilstand. Elektrochok er en meget vidtgående behandling, og Danmark er et af de lande i

verden, som oftest bruger elektrochok. Behandlingen virker ved at ødelægge en del af hjernen og har derfor og selvfølgelig store bivirkninger for det menneske, der udsættes for det, bl.a. går det hårdt ud over hukommelsen.

Endelig er der hele sagen om ambulans tvang, eller det, der også kaldes tvungen opfølgning over for psykisk syge.

Vi er imod forslaget af mange grunde. For det første mangler der empirisk belæg for, at det rent faktisk vil forbedre livskvaliteten for de mennesker, som vil blive omfattet af reglen.

For det andet er det et meget dramatisk virkemiddel at bringe i anvendelse. Det er med til at dæmonisere og marginalisere alle psykisk syge, fordi vi vænner os til, at psykisk syge mennesker kan hentes i deres eget hjem og tvinges til behandling.

For det tredje er der gennemført et forsøg, som viser, at ved almindelig omtanke og større menneskelig omsorg kan anvendelsen af tvang i det hele taget reduceres væsentligt inden for psykiatrien. Det drejer sig om eksempelvis bæltefiksering. I det øjeblik at personalet bliver mere opmærksom på anvendelsen af bæltet og de ulemper, der er forbundet med det, og f.eks. bliver tvunget til skriftligt at redegøre for, hvorfor det var nødvendigt at bruge bæltet, viser det sig, at anvendelsen af tvang bliver mindre nødvendig. Så anvendelsen af tvang viser sig ofte at være et spørgsmål om kultur, ikke om sygdommens intensitet, og derfor er det vigtigt, at vi ikke via lovgivning understøtter muligheden for at anvende tvang.

Kl. 15.30

For det fjerde ønsker regeringen med forslaget at imødegå kriminalitet, bliver der sagt. Der er en ekspert, der har vurderet, at der ved tvangsbehandling af 238 psykiatriske patienter vil være mulighed for at forebygge ét tilfælde af kriminalitet, så hvis man bilder sig ind, at det, at vi nu indfører muligheden for at bruge ambulans tvang, vil reducere problemerne med psykisk syge, der begår kriminalitet, må man tro om igen.

For det femte er der tale om en markant ændring af retstilstanden. Indtil i dag har et menneske kun kunnet tvinges ud af sit eget hjem, hvis vedkommende er erklæret sindssyg, er blevet myndiggjort, eller hvis der foreligger en dommerkendelse.

Nu etableres der en ny mulighed. Hvis et menneske, som ikke er sindssygt, holder op med at tage den foreskrevne medicin, skal det kunne

tvinges ud af sit eget hjem til tvungen medicinering. Og som jeg allerede tidligere har sagt, så vil man næppe overveje en sådan sanktion over for f.eks. sukkersygepatienter, som ikke vil tage den foreskrevne medicin. Så det her er en væsentlig ændring af retstilstanden. Og hvis man først ændrer det for en gruppe psykisk syge, er der jo ingen problemer med siden hen at ændre det for en større gruppe.

For det sjette kan der være tale om et besparelsesforslag. I stedet for at stille krav til kommunerne om at opprioritere indsatsen over for de psykisk syge og i stedet for at bruge flere penge på f.eks. psykoseteams, vælger man med forslaget her en billig løsning, nemlig at medicinere patienterne med tvang. Disse mennesker har vel at mærke ikke kun brug for medicin. De har brug for, at der er mennesker omkring dem. De har brug for omsorg, ikke bare en sprøjte.

For det syvende kendes resultaterne af den igangværende undersøgelse af, hvorfor nogle psykotiske patienter holder op med at tage deres medicin, ikke. En af grundene til, at patienterne holder op med at tage deres medicin, kunne være, at medicinen ikke virker. Vi ved, at medicin ikke virker på mellem 5 og 10 pct. af patienterne. Til gengæld ved vi også, at medicinen har en række store bivirkninger, som bl.a. fru Birthe Skaarup var inde på. Der kan altså være en god grund til, at man holder op med at tage sin medicin.

Det kan også være et udtryk for manglende omsorg, at dag og nat går i et for patienterne, og at der mangler struktur i deres dagligdag. Det kan være, at problemet er, at der ikke er lavet en udskrivningsplan eller en koordinationsplan, så der ikke rigtig er nogen, der har det ansvar, som det er nødvendigt at tage i forhold til psykisk syge.

Endelig synes jeg, det er værd at gøre opmærksom på, at alle patientorganisationer fråråder at gennemføre det her forslag. Og det, der først og fremmest må være vores interesse, må da være patienterne.

Selvfølgelig skal vi også være lydhøre over for de pårørende, og også i Det Radikale Venstre får vi henvendelser fra ulykkelige pårørende, som ikke aner deres levende råd i forhold til deres psykisk syge familiemedlemmer. Men samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at det problem ikke vil blive løst med ambulant tvang, for problemet for denne forældregruppe, som vi ofte taler om, er jo, at deres pårørende ikke er tilstrækkelig syge til, at de kan tvangsindlægges.

Sagen er den, at mange af disse stærkt psykisk syge mennesker simpelt hen ikke er syge nok til, at de kan tvangsindlægges. Derfor kan man heller ikke bruge muligheden med ambulant tvang over for dem. De har nemlig ikke været tvangsindlagt det antal gange, der skal til, for at man kan anvende ambulant tvang.

Med disse ord vil jeg sige, at Det Radikale Venstre forholder sig meget positivt til den del af forslaget, der drejer sig om at styrke retssikkerheden for de psykiatriske patienter, og også de dele af forslaget, der handler om at implementere de gode erfaringer, som gennembrudsprojektet er et udtryk for, men vi kan ikke støtte den del, der handler om ambulant tvang. Derfor vil jeg opfordre ministeren til at tage den del ud og lave et selvstændigt forslag om ambulant tvang, og så kan vi behandle den anden del af det nuværende lovforslag for sig.

**Første næstformand (Svend Auken):**

Vi siger også tak til ordføreren. Så går vi videre i ordførerrækken, og den næste er fru Anne Baastrup.

Kl. 15.35

**Anne Baastrup (SF):**

Jeg vil også starte med at rose de ting, der skal roses. Det er godt, at vi nu får reguleret betingelserne for tvang. Det er godt, at vi får en skriftlig husorden, således at de indlagte patienter ved, hvilke regler de skal rette sig efter. Og det er også godt, at vi nu har fået lovreguleret, at der skal være en eller flere samtaler, når en patient har været udsat for tvang. Det er selvfølgelig lidt besynderligt, at vi bliver nødt til at lovregulere om det, som man skulle mene var en naturlig del af god psykiatrisk standard, men det er altså nødvendigt, og det støtter vi.

Samtidig er det også rart, at vi nu får en lovregulering af, i hvilket omfang man må bruge elektrostimulation. Den lovregulering, der kommer nu, er faktisk den, som jeg i et par år gik og troede var gældende ret. Nu bliver det så gældende ret.

Når det så er sagt, så synes jeg også, at man skal se lidt på psykiatrien i fugleperspektiv. Jeg var til Psykiatrifondens konference i går om psykiatriens image. Det var for mig en god oplevelse. Jeg oplevede, at gennembrudsprojektet om at forhindre tvang i psykiatrien rent faktisk har løftet de involverede sundhedspersonalers syn på, hvordan det går.

Der var en tro på, at det nu er involvering og inddragelse af patienten, der står som overskrift. Nu er det involvering og respekt for de pårørende, der er en del af fremtidens psykiatri. Og der var også en generel fornemmelse af, at det går fremad. Det har jo også været en kamp op igennem 1990'erne at få psykiatrien op på niveau.

Det, vi så også samtidig kunne høre, var som min beskrivelse af virkeligheden, som jeg beskrev den over for fru Birgitte Josefsen, nemlig at man stadig væk oplever, at mennesker bliver udskrevet, fordi der ikke er plads, at man stadig væk oplever, at folk bliver nødsaget til at forlade hospitalet, selv om de bestemt ikke har lyst, fordi der ikke er plads til, at de kan blive og blive færdigbehandlet.

Derfor er det den forkerte vej at gå, at man nu i forsøget på at gribe den heldigvis lille gruppe af meget, meget dårlige patienter vil gribe dem med en ny type af tvang. Det, vi kan risikere, er, at vi fremover vil se endnu færre sengepladser i psykiatrien, at der vil blive afsat endnu færre ressourcer til kompensation i form af opsøgende psykoseteam og distriktspsykiatri, end der sker i dag.

Vi er jo alle sammen bekendt med, at en af grundene til, at ministeren kommer med det her forslag, har været henvendelser fra pårørende. Men der synes jeg så, at man skal være opmærksom på, at Landsforeningen Bedre Psykiatri, som jo er de pårørendes forening, selv gør opmærksom på, at lovforslaget om tvungen ambulantly behandling er et spareforslag, der legitimerer hospitalets mulighed for at udskrive patienter, som slet ikke er færdigbehandlet og slet ikke er på vej til at få det bedre.

De tilføjer så, at selv om forslaget er så snævert, at det kun vedrører svingdørspatienter, så rammer det en gruppe meget syge, men ikke kriminelle mennesker, som man herved tvinger til at opgive deres hjem af frygt for at blive hentet af politiet.

Den her frygt for at komme i psykiatriens klør kan jo så også i virkeligheden give psykiatrien et nyt dårligt image, og det fortjener psykiatrien ikke. Den ledende overlæge på Retspsykiatrisk Klinik, Peter Kramp, skriver i sin indstilling, at hvis man i stedet for bruger længerevarende indlæggelser, så vil behovet for ambulantly tvang kunne minimeres eller helt ophører.

Det, Peter Kramp her peger på, er den der meget skrøbelige behandlingsalliance, der skal indgås mellem behandleren og patienten, og hvis denne skrøbelige behandlingsalliance bry-

des, ved at man på sæt og vis reelt kan true en patient, der er skrøbelig, med at blive omfattet af ambulantly tvang, så kan vi i virkeligheden stå i en situation, hvor en god udvikling i psykiatrien mistes.

Kl. 15.40

Det, der er helt afgørende, er jo, at vi opnår en situation, hvor patienter og behandlere kommer det skridt videre, således at patienten bliver involveret og inddraget i sin behandling, og forudsætningen for det er, at mulighederne for at anvende tvang minimeres i videst muligt omfang. Derfor finder vi, at muligheden for at bruge ambulantly tvang på den her gruppe ikke er den rigtige vej frem, hvis vi vil psykiatrien det godt.

Dertil kommer, som fru Birthe Skaarup også meget rigtigt påpegede, at ud over den her lille gruppe på omkring 100 mennesker, som lovforslaget retter sig imod, har vi så også den gruppe af retspsykiatriske patienter, som også vil kunne blive omfattet af det. Spørgsmålet er så, om det er det, regeringspartierne rent faktisk ønsker kommer til at ske.

Det, vi jo også ved, er nemlig, at der er mange veje til at blive en retspsykiatrisk patient, og det er ikke ofte, at vi hører, at det er relativt få lovovertrædelser, der fører frem til, at man får en dom til behandling inden for psykiatrien. Derfor tror jeg, at vi også ved den udvidelse virkelig vil komme til at gøre psykiatrien skade. Det, der i stedet for skulle til, var, at vi skulle holde fast i den gode udvikling, som psykiatrien er inde i mange steder.

Og så skal vi også være opmærksomme på, at et af de problemer, vi har inden for psykiatrien, er, at vi har for få psykiatere. Vi burde måske lave nogle udviklingsprojekter, hvor psykiaterne i højere grad frem for at være superbehandlere påtager sig en konsulentrolle og så i stedet for udvikler og uddanner de andre faggrupper til at være den tætte behandler. Det var et forslag, som overlægen fra Storstrøms Amt, Per Vendsborg, kom med i går på konferencen, og jeg tror faktisk, at det vil være en af de muligheder, som vi skal se frem til, når vi skal have udviklet psykiatrien i den gode retning.

Det vil også betyde, at man som psykiater i langt højere grad kan gøre det, som jo også er helt afgørende for, at vi skal kunne udvikle psykiatrien, nemlig at påtage sig opgaven også at lave de videnskabelige undersøgelser, således at vi hele tiden har den evidensbaserede, videnskabelige undersøgelse, hvor vi hele tiden har

tilstrækkeligt med ressourcer til, at det arbejde også kan blive gjort, og så samtidig sikrer, at de faggrupper, der i øvrigt i det daglige er omkring patienterne, får et uddannelsesniveau, således at de kan håndtere den konkrete behandling i dagligdagen.

Jeg vil støtte op om de andre ordførere, der har haft ordet her i dag, bortset fra Venstres ordfører og De Konservatives. Vi støtter store dele af forslaget, men der er altså nogle enkelte bestemmelser, som vi meget gerne ser kommer ud, hvis vi skal stemme grønt.

**Første næstformand (Svend Auken):**

Tak til ordføreren. Så er det fru Majbrit Berlau som ordfører.

**Majbrit Berlau (EL):**

Når vi i Enhedslisten skal behandle et lovforslag, der skal gælde i psykiatrien, så mener jeg, at det er væsentligt at tage udgangspunkt i to faktorer: en klar minimering og reducering af tvang, gerne hen imod forsøg på at have hospitalet og behandlingsmetoder, der helt udelukker brugen af tvang, og spørgsmålet om, at brugerne i højere grad skal medinddrages i den behandling, som de gennemgår.

Hvis det er det formål, man har med at gennemføre eller at gå til forhandling om det her lovforslag, vil jeg sige, at der er nogle klare tendenser i det, som går i den stik modsatte retning.

Der er nogle elementer, jeg gerne vil problematisere. Jeg vil først og fremmest problematisere det, som hedder ambulans tvang, opfølgning, eller hvad vi nu skal kalde det. Det drejer sig om § 13 d, hvor jeg mener, at der er to hovedargumenter imod det.

Kl. 15.45

Det ene er, at det basalt set af den enkelte bruger vil blive opfattet som et overgreb på en person, der står i en meget svær situation, hvilken jeg også opfatter det som. Det andet er spørgsmålet om, hvorvidt det her ikke blot er en slet skjult besparelse – en argumentation, som bakes op i en række høringssvar til dette lovforslag.

Virkeligheden er jo, at hvis en sindslidende bliver udskrevet fra et hospital, så er vedkommende ikke længere psykotisk, for er man psykotisk, kan man ikke ifølge lovgivningen i dag udskrives. Derfor må vi antage, at de er i en habil situation, når de udskrives fra hospitalet.

Hvis det så er sådan, at de bliver pålagt en koordineringsplan fra hospitalets side, som jeg

er nødt til at understrege at man ikke har medinddraget den enkelte bruger i, og hvis de er uenige i de behandlingsmetoder, der foreslås i koordineringsplanen og derfor undslår sig for at deltage i behandlingen – det kan jo f.eks. være spørgsmålet om et specifikt medicinpræparat, som den enkelte ved giver vedkommende så kraftige bivirkninger, at han ikke kan være til længere og ikke kan holde det ud længere og derfor undslår sig den behandling, der er blevet dikteret fra hospitalets side – kan det være et argument for at indlede den tvungne opfølgning, den ambulante tvang.

Det medfører altså en situation, hvor politiet kommer og afhenter den enkelte borger, som man må opfatte som værende habil, eftersom vedkommende ikke er tvangsindlagt, i vedkommendes eget private hjem, kører vedkommende til hospitalet, hvor han så bliver udsat for en tvangsmedicinering.

Jeg mener, at det er en helt grotesk situation, hvis det er sådan, at vi rent faktisk kerer os om de mennesker, som står i de her svære situationer, kerer os om de mennesker, som har en sindslidelse, for hvis de mennesker skal få det bedre i deres liv, er det helt væsentligt, at vi som samfund støtter op omkring dem. Det gør vi altså gennem et fortroligt og tillidsfuldt samarbejde, hvor der er god social kontakt, hvor der er psykiatere, man kan tale med, hvor der er socialrådgivere, man kan stole på, hvor der er støtte- og kontaktpersoner, man kan dele sine tanker med. Det er den form for kontakt, der skal være mere af, for at vi skaber en bedre situation for de her medborgere.

Men det er ikke det, man gør med det her lovforslag. Nej, der kører man den altså over til at lade politiet være dem, der afhenter og bringer folk på hospitalet. Det skaber altså for mig at se et fuldstændig brud med det, der skulle være et tillidsfuldt samarbejde.

Jeg kan forstå det, når vi i høringssvarene kan læse, at meget bekymrede organisationer og borgere ude i samfundet skriver, at resultatet af det her lovforslag i de værste tilfælde er, at folk må gå under jorden for at undgå at blive afhentet af politiet, må gå under jorden, fordi de ikke ønsker at blive afhentet i deres privathjem, og må gå under jorden, fordi de ikke ønsker at tvangsmedicinere med et præparat, som de ved måske skader deres fysik og giver uudholdelige bivirkninger. Derfor mener jeg, at det her lovforslag er fuldstændig fejlslået.

Jeg mener også, at det er fejlslået set ud fra den optik, at det ikke kan passe, at vi skal leve i et samfund, hvor psykiatriske patienter skal have en speciel retstilstand eller en retsstilling, som ikke er ligeværdig med andre borgere i det her samfund.

Jeg har præciseret det i en kort bemærkning. Man siger jo, at folk kan blive udsat for tvungen opfølgning, hvis de er til fare for sig selv eller andre, men sat på spidsen så er det jo spørgsmålet om, at hvis en borger har en somatisk lidelse, som vedkommende i værste tilfælde kan dø af, og nægter at modtage den behandling, som bliver ordineret eller foreslået af behandlervorden, skal vedkommende så også blive hentet af politiet og blive tvunget til at tage sin diabetesmedicin? Kan man blive tvunget på rygestopkurser, fordi man laver passiv rygning omkring sig og dermed er til skade for sine omgivelser?

Jeg tror, at de fleste i det her Folketing og de fleste borgere i samfundet vil betakke sig for sådan en udvikling, og derfor mener jeg altså også, at det er absurd, at vi ønsker at pådrage psykiatriske patienter noget sådan.

Jeg vil også sige, som det har været sagt, og derfor vil jeg ikke bruge meget tid på det, at det altså ikke er særlig evidensbaseret. Det vil sige, at der i forskningsresultaterne er rejst stor tvivl om, at tvungen opfølgning rent faktisk vil være fordelagtig. Og vi kan se, at eksperterne på området – det være sig Dansk Psykiatrisk Selskab, der udtaler sig meget kraftigt imod det, eller de pårørendes organisationer, som har udtalt sig kraftigt imod det – og ikke mindst, og det lægger jeg særlig vægt på, brugerne selv udtaler sig meget kraftigt imod det og advarer mod den her deroute.

Kl. 15.50

Jeg synes også, og jeg læser det i høringssvarene, at der er en problematisering i forhold til, om det her bare er en sparerunde. For der er jo ingen tvivl om, at hvis man skal sætte to betjente til at hente en psykiatrisk patient og køre vedkommende på hospitalet, så er det noget billigere end at ansætte en række personer, som er til rådighed for en sindslidende døgnet rundt, ansætte psykiatere og psykologer, som kan give terapi i udvidet form, og måske begynde at eksperimenterer med alternative behandlingsmetoder.

Derfor mener jeg i høj grad, at når det i nogle af høringssvarene problematiseres, at det her kunne være en slet skjult sparerunde, er der noget om det. Og jeg synes, at det er meget uheldigt,

hvis det er det, der bl.a. ligger til grund for sådan et forslag.

I bund og grund er jeg af den overbevisning, at ambulant tvang eller tvungen opfølgning på ingen måde er et særlig gennemtænkt forslag.

Der er en enkelt ting, som jeg er nødt til at spørge ministeren om, og som jeg i høj grad også vil have, at vi skal drøfte i udvalgsarbejdet. Det er spørgsmålet omkring § 3, altså at man gennemfører lignende foranstaltninger for børn under 18 år – ikke tvungen opfølgning, men foranstaltninger, der er til rådighed i den psykiatrilov, vi behandler – uden at voksne med forældremyndigheden er inddraget på forhånd.

Det bekymrer mig meget, og vi ser også af høringssvarene, at der er nogle, der sætter spørgsmålstegn ved, om det rent faktisk er en krænkelse af børnekonventionen, så det synes jeg i høj grad at vi skal have klargjort under udvalgsarbejdet. Vi kan selvfølgelig ikke bryde en børnekonvention, men jeg synes i høj grad også, at det er et etisk spørgsmål, om vi skal lave nogen former for tvangsbehandlinger over for børn under 18 år, uden at de, der har forældremyndigheden, er inddraget.

Så vil jeg bare slutte af med at sige, at i stedet for at man indfører ambulant tvang, eller at tvang i det hele taget bliver brugt, så synes jeg, at vi skal lægge vægt på, at folk skal være medinddraget i deres behandling. Jeg synes i høj grad, at det vil være passende, når vi reviderer psykiatriloven, hvis det var muligt for den enkelte bruger, inden vedkommende gik ind i en psykotisk tilstand – det vil sige i situationer, hvor vedkommende er habil – at skrive et dokument, hvori man frabeder sig diverse behandlingsmetoder.

Det kunne være et enkelt medicinsk præparat; det kunne være et spørgsmål om, at man ikke ønskede at blive udsat for elektrochok eller andet; at der simpelt hen var behandlinger, som man i habil tilstand fraskrev sig, som man ikke ønskede at blive udsat for.

Det synes jeg jo så, at vi ville være nødt til at respektere. Jeg synes, at det ville klæde et lovforslag at give brugerne af det psykiatriske system en sådan mulighed for selv at sætte dagsordenen for deres behandling og for, hvad de i høj grad ikke ønskede at blive udsat for.

Jeg synes også i høj grad, at det skulle være muligt for en psykiatrisk person i en habil tilstand at indskrive en bisidder i et dokument. Det vil sige en person, som de har tillid til – det kunne være en mor, en søster, en bror, en god

ven eller på anden facon en professionel – og som de mener er kvalificeret til at være bisidder for dem i en situation, hvor de ikke længere er habile, i en situation, hvor de var psykotiske. Det synes jeg også burde være noget, vi diskuterer.

Så til allersidst vil jeg bare sige, at det er let at forstå, at en person, som ser ens kære have vanvittig ondt i livet, godt vil gøre noget. Det er let at forstå, at man godt vil tvinge dem ind i en behandling, fordi man tror på, at behandlingen virker. Men jeg er nødt til at sige, at det ikke nødvendigvis altid er svaret at bruge tvang. Jeg kunne sagtens forestille mig et system, hvor vi på sigt har mulighed for at vælge frit mellem psykologhjælp, medicin, alternativ behandling og meget andet. Det er et spørgsmål om politisk vilje, og jeg vil sige, at i Enhedslisten har vi en vilje til at skabe et meget mere fleksibelt psykiatrisk system.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Vi siger tak til ordføreren. Så er det indenrigs- og sundhedsministeren.

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Tak til ordførerne for en helt overordnet positiv modtagelse af lovforslaget her. Det synes jeg nu er værd at starte med at understrege.

Jeg fornemmer jo, at der er meget stor enighed om store dele af lovforslaget, bl.a. den nye tvangsdefinition, der ligestiller somatiske og psykiatriske patienter, de forskellige forslag, som skal bidrage til nedbringelse af tvangsansværelsen og særlig de langvarige fikseringer, og obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver ved tvangsindgreb. Jeg oplever, at vi på de her felter i virkeligheden ser meget ens på tingene, og dermed i virkeligheden også alle sammen er enige om at udtrykke den ambition, at vi skal nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien mest muligt.

Kl. 15.55

Til gengæld skal man jo også være noget tonedøv, hvis man ikke kan høre, at vi så måske står lidt længere fra hinanden, når det drejer sig om reglerne i § 13 d om tvungen opfølgning efter udskrivning. Det beklager jeg sådan set. Og jeg beklager ikke mindst dem, som sådan antydningssvis, fru Majbrit Berlau gjorde det her til sidst, ligesom siger, at regeringen på den her strækning skulle være præget af sparelyst eller af et ubehageligt menneskesyn, som jeg har hørt

fru Elsebeth Gerner Nielsen gøre det ved en tale ude på pladsen her for nogen tid siden.

Det vil jeg sådan set gerne til en start have mig frabedt, for når vi stiller forslaget her og stiller det i en sammenhæng med et lovforslag, der i øvrigt sigter på at nedbringe anvendelsen af tvang, er det sådan set, fordi vi har en meget stærk tro på, at det her forslag sammen med lovpakken i øvrigt og sammen med mange af de gode initiativer, der er i psykiatrien – fru Karen Klint var inde på det, fru Anne Baastrup var inde på det ved at fremhæve gennembrudsprojektet og den indsats, der har været i psykiatrien for at nedbringe tvang – lagt sammen kan føre til, at vi ser mindre tvang i psykiatrien.

Jeg må sige, at når jeg læser de breve, jeg får fra pårørende til sindslidende, som ikke bliver behandlet, er jeg ikke i tvivl om, at de allerallersvageste patienter har et behov, som vi ikke dækker i dag. Jeg mener ganske enkelt, at vi svigter her.

Der er det forældrepar, som fortvivlet beskriver, hvordan deres datter flere gange har forsøgt at begå selvmord, fordi hun bl.a. troede, at forældrene var døde. Det er om en datter, som er voldelig, som er uden sygdomserkendelse, og som selvmedicinerer sig med hash og alkohol, når hun ikke er indlagt. Eller det er en beskrivelse af en søn, der har været skizofren i over 10 år med gentagne indlæggelser i den periode, som afløses af perioder, hvor han ikke tager sin medicin – jeg er jo ikke syg, siger han.

Spørgsmålet er, om vi stadig kan lade de mennesker i stikken. Kan vi være det bekendt? Det synes jeg sådan set ikke. Jeg må sige, at det gør et meget stort indtryk på mig at læse de mange, mange borgerhenvendelser, jeg har fået i denne sag, ikke mindst på det tidspunkt i efteråret, hvor jeg sendte forslaget til høring med det indhold, som det så på den her strækning også havde i den form, som vi har lagt det frem her i dag.

Men når det er sagt, skal det selvfølgelig også siges, at tvungen opfølgning efter udskrivning jo bestemt ikke skal være det første, overlægen tyer til i behandlingen af den psykisk syge. Sådan er forslaget heller ikke tænkt, og sådan er det heller ikke formuleret. Det er selvfølgelig et alvorligt indgreb at udskrive en patient på betingelse af en tvungen opfølgning. Det er også derfor, at der er lagt retssikkerhedsgarantier ind, og at man ved opsættende virkning kan klage over det. Det er selvfølgelig også derfor, at der er en

række betingelser, som skal være opfyldt, for at tvungen opfølgning overhovedet kan anvendes.

Dernæst er det jo, hvilket jeg gerne vil understrege, en mulighed overlægen har. Det synes jeg er vigtigt at understrege. Der er tale om et valg og ikke noget frit i luften svævende valg, for der er en række kvalificerede ting, der skal være opfyldt forinden. Det er et valg, der skal træffes på baggrund af en faglig vurdering. Der er jo ikke en pligt til at iværksætte tvungen opfølgning efter udskrivning. Hvis overlægen finder, at nogle af alle de gode tilbud, som også er understreget af mange ordførere her i dag – op-søgende psykoseteam etc. – er et bedre tilbud til patienterne, skal man selvfølgelig ikke ty til anvendelsen af tvungen opfølgning.

Men vi bliver jo altså nødt til at erkende og ikke bare fortrænge, at vi har en lille gruppe af patienter, som vi ikke kan nå inden for rammerne af den eksisterende lovgivning. Det synes jeg sådan set at vi i fællesskab har en forpligtelse til at prøve på at påvirke. Når vi kan se over perioden 2002-2004, at der på 3 år er 13 mennesker, der tvangsindlægges seks gange, 4 mennesker syv gange, 6 mennesker otte gange, 2 mennesker ni gange og 6 mennesker over ni gange, så må vi jo altså konstatere, at der er en lille gruppe patienter, som vi ikke når.

Kl. 16.00

Så kan man selvfølgelig vælge at sige: Jo, men hvis vi blot gør alt det andet gode, som vi i øvrigt er enige om – og som vi jo også har et fælles ejerskab til via satspuljeforlig, og som jeg også håber vi får et fortsat fælles ejerskab til, når psykiatriaftalen skal forlænges – nemlig at øge kvaliteten, at få flere udskrivningsaftaler, flere koordinationsaftaler, bedre samspil mellem social- og sygehuspsykiatrien og alle de andre ting, så når vi i mål.

Jeg tror bare to ting: For det første at man skal væbne sig med en ganske betydelig tålmodighed, hvis man tror på, at vi via de værktøjer kan nå helt i mål i forhold til den sidste patient. For det andet tror jeg ikke, det vil ske; jeg tror fortsat, at der vil være en lille restgruppe, som falder igennem.

Jeg synes sådan set, at vi fordomsfrit og udogmatisk burde samles om, hvordan vi kan komme denne gruppe i møde, og jeg er helt indstillet på at få diskuteret, hvordan det kan ske i en ramme, hvor man kan følge med.

Jeg synes også, det er relevant, som fru Birthe Skaarup var inde på det, at få set nærmere på: Er der en sammenhæng mellem disse mange

tvangsindlæggelser og så karakteren af de tilbud, der er i det regionale sundhedsvæsen, hvor tvangsindlæggelserne finder sted? Det vil da være en oplagt god idé, at man iværksætter de her nye muligheder på en måde, hvor man kan tage læring af det og følge med.

Jeg skal jo ikke insistere på ideen for ideens egen skyld, men fordi det kan være en metode til at nå de patienter, som ellers falder igennem. For som en pårørende skriver:

Vi håber naturligvis hele tiden på, at der et eller andet sted måtte findes et hul i lovgivningen eller et hul i systemet, hvor igennem min bror kan passes ind, således at dette mareridt ikke må fortsætte på ubestemt tid.

Hun spørger så videre: Har vi det i Danmark virkelig sådan, at tager du ikke frivilligt imod den hjælp, som alle kan se du har brug for, så skal du bare have lov til at dø?

Jeg føler jo et ansvar over for det her, og det håber og tror jeg sådan set også at jeg deler med alle Folketingets partier. Jeg føler i hvert fald ansvar med hensyn til at komme med en løsning nu, og jeg håber, det ender med en bred politisk tilslutning til forslaget. Jeg kan godt lytte mig frem til, at det i hvert fald kræver nogen diskussion, men omvendt hører jeg jo også det, som fru Birthe Skaarup siger specielt som svar på det spørgsmål, der blev stillet af fru Birgitte Josefsen, som en vis åbenhed over for trods alt at diskutere det her.

Jeg er jo helt enig i det, der blev sagt om, at der kan være en risiko for, at man så bare vælger sovepuden, og den risiko skal vi selvfølgelig eliminere. Jeg er også helt enig i, som det blev sagt af fru Birthe Skaarup, at vi selvfølgelig ikke skal blåstemple tvang, hvor man kunne være nået langt med andre midler; det er jo sådan set hele pointen i det her. Så jeg vælger altså på det her punkt at være optimistisk, når nu udvalgsarbejdet skal i gang.

Så har jeg noteret mig, at Dansk Psykiatrisk Selskab er blevet bragt til torvs her i dag. Jeg tror da også, vi må konstatere, at uanset hvilken holdning man har til det her spørgsmål, vil man være i stand til at stille op med en ekspert, som kan fremme ens sag og nedkæmpe modstanderens. Men når man nu nævner Dansk Psykiatrisk Selskab og dets rapport om ambulans tvang, så må jeg sige, at i den står der jo faktisk:

»Indførelse af ambulans tvang over for visse grupper af psykisk syge vil formentlig medføre, at flere patienter fastholdes i antipsykotisk behandling.

Det vil især dreje sig om patienter med manglende sygdomserkendelse og personer, som i dag ikke kan behandles ambulant af de i dag eksisterende tilbud, dvs. distriktspsykiatri og op-søgende psykoseteams.«

Det er jo sådan set lige præcis det, der er kerne i regeringens forslag, at der skal være et alternativ for de patienter, som ikke nås med de nuværende muligheder. Jeg synes, der er grund til at fremhæve, at det også fremgår af rapporten fra Dansk Psykiatrisk Selskab, at det er sikkert, at manglende antipsykotisk behandling af alvorligt sindssyge personer øger risikoen for selvmord, for kriminalitet og for ringe livskvalitet.

Kl. 16.05

Derfor har vi altså den viden som anført af Dansk Psykiatrisk Selskab i rapporten her, at tvungen opfølgning formentlig vil medføre, at flere kan fastholdes i antipsykotisk behandling, og vi ved samtidig, at det er sikkert, at manglende antipsykotisk behandling af alvorligt sindssyge personer øger risikoen for selvmord, for kriminalitet og for ringe livskvalitet. Og derfor er spørgsmålet jo nu, om vi er parate til at gøre noget ved det.

Så bliver det sagt, at der jo ikke er evidens for det her. Jeg må så bare sige, at der i hvert fald er evidens for, at det, vi gør i dag, ikke virker på den sidste patient. Og så kan man jo spørge: Hvem skal usikkerheden komme til gode? Er det den sidste patient, eller er det ikke den sidste patient?

Jeg synes, vi skal drage læren af, konsekvensen af, at vi ikke når den sidste patient, og så udvise det mod, der jo også skal til for at betræde ukendt terræn, og give dette stærkt afskærmede værktøj, som jo altså kun kan tages i brug, hvis man opfylder fire kriterier, et subjektivt og tre objektive kriterier, en chance. Jeg er, som jeg har antydnet, helt indstillet på at se, om det kan ske i en form, hvor alle har fuld indseende med de erfaringer, man drager undervejs.

Så opsummerende her: Jeg glæder mig over den store opbakning til lovforslaget på de meget lange strækninger, det nye tvangsbegreb, ambitionen om bedre retssikkerhed for den enkelte patient, og jeg vælger fortsat at være optimistisk på det her punkt, som jeg godt kan se skiller vandene noget, og stiller mig i hvert fald gerne til rådighed for en videre proces.

Vi har jo haft lejlighed til, både inden lovforslaget blev fremsat og også ved en teknisk gennemgang, efter at lovforslaget var blevet frem-

sat, at diskutere de her ting, og hvis det er det, der skal til, at vi ved siden af udvalgsarbejdet, som jeg i øvrigt ikke skal blande mig i, kan fremme en afklaring af den her sag ved yderligere at have en målrettet mødeaktivitet omkring det, stiller jeg mig selvfølgelig meget gerne til rådighed.

Jeg står ikke og bilder mig ind, at regeringen med det her lovforslag har skabt det ottende vidunder og lige præcis det, der skal til for at skabe paradisiske tilstande; jeg er bare meget, meget, meget stærkt optaget af, at der er et problem, vi ikke får løst her, og jeg er enig i, at der skal gøres alle de bestræbelser, mange af ordførerne fremhæver, for at få det løst. Min prognose er, at det ikke bringer os helt i mål, og det er derfor, det er relevant at overveje denne her bestemmelse i § 13.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Der er en række korte bemærkninger, og den første er fra fru Karen Klint.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Tak til ministeren, også for åbenheden om, at der kan føres både direkte og indirekte forhandlinger, for jeg har i hvert fald det ønske, at ministeren gerne må blande sig i udvalgsarbejdet på den måde, at ministeren svarer konkret på de spørgsmål, vi stiller. Det vil i hvert fald være en god indblanding i udvalgsarbejdet, og jeg skal nok lade være med at sige: til en forandring. Men hvis vi får nogle svar, så kan vi i hvert fald bedre forholde os til de områder, hvor vi er enige, og hvor vi er uenige.

Jeg har også som bestræbelse at nå længst muligt ud til den sidste patient, men jeg har ikke som mål at nå den sidste patient med et magtindgreb, hvor proportionerne måske ikke er gode nok, eller hvor evidensen ikke er god nok. Var det en somatisk behandling, så ville vi jo kræve meget større bevisgrundlag, før vi indførte den, end vi har her.

Jeg kan huske, dengang vi diskuterede Carolinskas metoder. Der er også nogle, der skændes om Doman-metoder. Der er der også nogle bevisbyrder, og der er der også nogle, der tror. Så hvornår er det, vi skal tro, og hvornår er det, vi skal vide? Og hvorfor er der forskel på den behandling, vi giver mennesker med en psykiatrisk lidelse og en somatisk lidelse?



(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren** (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg synes, det er en forkert sammenstilling at lave, for der er jo evidens for, at den antipsykotiske medicin virker, for hvis ikke der var det, ville patienten ikke være velmedicineret, og hvis ikke patienten var velmedicineret, kunne patienten ikke udskrives på de her vilkår – som der i øvrigt kan klages over. Så der er jo evidens for behandlingen. Det skal vi jo ikke diskutere.

Vi skal diskutere, om det er rimeligt at operere med den mulighed, at man kan sikre sig, at patienten følger behandlingen. Det er sådan set – i gåseøjne – det eneste, vi diskuterer; ikke, om behandlingen virker eller ikke virker, behandlingen virker. Men skal vi skabe en mulighed for, at man kan sikre, at patienten følger den behandling, som i øvrigt virker? Det er der selvfølgelig et tvangselement i, men det tvangselement skal jo holdes op den tvang, patienterne i øvrigt udsættes for.

Kl. 16.10

Det kan man jo give hver sin bedømmelse af, men hvis man nu skal skære det hårdt til og ved, at der er seks patienter, for nu bare at tage dem, som på 3 år har været tvangsindlagt mere end ni gange, hvad er så mest tvang? Er det at tvangsindlægge seks mennesker mere end ni gange på 3 år eller efter nogle ganske få tvangsindlæggelser, når de her objektive kriterier er opfyldt, at udskrive patienterne på tvungen opfølgning? Jeg spørger bare.

Det er jo ikke et valg mellem at tvinge og ikke tvinge, det er jo et valg mellem at skabe et nyt tilbud, som gør, at vi har mulighed for at fastholde velmedicinerede patienter i behandling, sat op imod svingdør og den ene tvangsindlæggelse efter den anden, og det er jo det, jeg synes man skal give en chance.

Hvis det var sådan, at valget var, at hvis ikke vi gjorde det her, så skulle vi ikke tvinge nogen til noget, så ville valget jo være let, men det er jo ikke det, valget står imellem.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint** (S):

Jeg anerkender, at der er evidens for, at medicin virker, men jeg har ikke set evidens for, at tvungen medicinsk behandling ambulantly i et privat liv får antallet af selvmord til at falde, får kriminaliteten til at falde, giver mindre bøvl for politiet. Der er ikke i den her model ført bevis for, at antallet af oplevede tvangsindgreb for den en-

kelte person vil falde. Forskellen er bare, på hvilke præmisser tvangen skal gennemføres.

Der er i hvert fald ikke ført bevis for, at afhentelse af politiet, for at en person kan få sin daglige medicin eller få sin depotmedicin, opleves mindre indgribende end afhentelse af politiet til en indlæggelse. Så den oplevede magtanvendelse i boligen er der ikke ført spor bevis for i lovforslaget. Vi ved ikke noget om, hvor hyppigt politiet skal komme og hente folk ind til medicin, og det er i hvert fald et af de store diskussionspunkter også: Hvor hyppigt er det, det skal være? Er det dagligt, tre gange om dagen, en gang hver fjortende dag eller en gang hver tredje måned?

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren** (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg medgiver gerne, at der ikke er ført sandhedsbevis for det, for det kan jo ikke føres. Ordningen eksisterer ikke, og derfor kan vi jo ikke dokumentere ordningen. Ordningen findes ikke i andre lande. Det er netop ikke ambulantly tvang, hvor man kan rykke ud og tvangsmedicinere. Det her er en ordning, der ikke er set andre steder, og derfor kan jeg selvfølgelig ikke dokumentere, at den samlede effekt af den her behandling giver eller opleves som mindre tvang. Det kan jeg jo ikke. Og fru Karen Klint vil øjensynlig også afskære mig fra at føre det sandhedsbevis alt andet lige, fordi fru Karen Klint er imod.

Men vi ved, at antipsykotisk medicin virker og har de effekter, jeg var inde på, og vi ved, at i det eksisterende system er der patienter, der bliver tvangsindlagt et hav af gange. Og al logik må jo så føre til, at de mange tvangsindlæggelser kan undgås mod at indføre det mildere skridt at sikre, at en patient, som har været i et behandlingsforløb, som har gjort, at vedkommende er velmedicineret og har sygdomserkendelse, udskrives på det vilkår, at man kan fortsætte medicineringen. Al logik skulle jo føre til, at det totalt set gav mindre tvang.

Men jeg synes jo, at det skulle komme an på en prøve, og derfor er jeg også meget indstillet på at finde ud af: Under hvilke rammer kan det her ske, sådan at vi får syn for sagen? Jeg er også helt indstillet på at tage en diskussion af dette her, og uden at jeg skal gøre mig til fagmand, er det selvfølgelig relevant at få diskuteret: Hvilken form for velmedicinering kan afstedkomme tvungen opfølgning? For der er selvfølgelig for-

skel på – det medgiver jeg – om den mediciner-  
ring, man er sat på, er en mediciner-  
ing, der medfører dagligt medicinindtag eller depotme-  
dicin med intervaller.

Alt det indgår jeg gerne i en diskussion af. Jeg  
står jo ikke her og påstår, at nu har vi fundet mo-  
dellen. Jeg prøver på at åbne Folketingets øjne  
for, at det vil være en dårlig idé bare at vende  
ryggen til det her uden videre.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Ministeren siger, at ambulans tvang eller ambu-  
lant opfølgning trods alt vil være bedre, end at  
en patient gentagne gange tvangsindlægges. Det  
ved vi faktisk ikke noget om. Det er der ikke la-  
vet en undersøgelse af. Vi kunne jo spørge pa-  
tienterne, hvad de vil foretrække: at blive  
tvangsindlagt, altså komme ind og få en seng på  
et sygehus, hvor der er nogen, der tager sig af  
dem, eller blive hentet af politiet, komme ind på  
en skadestue, få en indsprøjtning og sendt hjem  
igen.

I stedet for bare at sætte sådan et projekt i  
gang, som også har ret stor betydning for rets-  
staten og de almindelige retsprincipper, ville det  
så ikke være meget hensigtsmæssigt, at vi fik la-  
vet en samlet undersøgelse af: Hvad siger pa-  
tienterne, altså de patienter, der rent faktisk bli-  
ver omfattet af den her ordning? Hvad vil de  
foretrække?

Kl. 16.15

I det hele taget vil jeg gerne vide, om ministe-  
ren ikke synes, vi skulle gøre den undersøgelse,  
der i øvrigt er i gang i forhold til den her patient-  
gruppe, færdig, inden vi straks fra Folketingets  
side laver en ny lovgivning, der får stor betyd-  
ning for de psykiatriske patienter.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke  
Rasmussen):**

Jeg må sige, at for mig er det ikke straks. Det kan  
godt være, at man, hvis man har en udstrakt  
grad af langmodighed og stiller sig tilfreds med,  
at ting ikke fungerer, synes, at det er udtryk for  
»straks«. Men det her er ikke udtryk for  
»straks«, det er udtryk for en erkendelse af, at vi  
har et system, hvor der på trods af, at det i øvrigt  
får tilført flere ressourcer og vi gør stadig mere  
for at opkvalificere indsatsen – og alt det skal vi  
blive ved med – er patienter, der falder igennem.  
Det er vi nødt til at handle på. Og der handler  
det for mig ikke om at lave en teoretisk undersø-

gelse; der handler det om at se på: Hvad er  
facts? Og facts er, at der er patienter, der tvangs-  
indlægges fem gange, seks gange, syv gange,  
otte gange, ni gange, flere gange inden for en  
kortere årrække. De patienter må vi gøre noget  
for.

Hvis man endelig skal tale om menneskesyn,  
og det har fru Elsebeth Gerner Nielsen jo selv  
gjort, så synes jeg, at det er et lidt kedeligt men-  
neskesyn, hvis man svigter dem. Det står jeg  
ikke og påstår at man gør, men jeg synes, det  
tenderer et svigt at være for langmodig omkring  
det.

Det er sådan set min baggrund for at sige:  
Lad os nu komme i gang. Og vel at mærke jo  
ikke i gang på en måde, hvor vi nu bare knipser  
med fingrene og siger: Så kører det; men i gang  
på en måde – og jeg vil meget gerne være med  
til at diskutere det – hvor vi samler op. Som jeg  
var inde på før, er det jo relevant at se på og dra-  
ge læring af: Hvor hyppigt ibrugtages det her  
værktøj, og i øvrigt også tvangsindlæggelser, i  
hvilke sygehushmiljøer, og hvilke underliggende  
sygehustilbud kontra tilbud i socialpsykiatrien  
er der? For det er da oplagt, at hvis man kan  
undgå svingdørspatienter og mange tvangsind-  
læggelser eller kan undgå tvungen opfølgning  
ved at stille nogle kvalitativt bedre tilbud til rå-  
dighed, så er det selvfølgelig langt at foretræk-  
ke. Det ene udelukker bare ikke det andet.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Jeg vil meget nødig have, at der kom til at stå, at  
Det Radikale Venstre skulle svigte de her patien-  
ter. Det er jo ikke sådan, at vi ikke har et forslag  
til, hvad man i stedet for kunne gøre, altså i ste-  
det for at indføre ambulans tvang. Der har vi i  
alt fald fire forslag til, hvad man kunne gøre.

For det første er vores forslag, at vi får lavet  
en undersøgelse af, hvad årsagen er til, at den  
her gruppe mennesker holder op med at tage  
deres medicin.

For det andet foreslår vi, at det redskab, vi  
vedtog i forbindelse med den sidste revision af  
psykiatriloven, nemlig at der skulle laves ud-  
skrivningsplaner og alternativt koordinations-  
planer, rent faktisk bliver anvendt. Det må da  
også være meget utilfredsstillende for en sund-  
hedsminister at konstatere, at et væsentligt red-  
skab som en udskrivningsplan rent faktisk ikke  
bruges inden for det psykiatriske system.

For det tredje foreslår vi, at der bliver psyko-  
seteam i alle amter og siden hen i alle regioner,

sådan at vi rent faktisk har mulighed for at gå ind og hjælpe de her patienter. Vi ved, at i de amter, hvor der er psykoseteam, jamen der virker det. Der er bare meget store områder af Danmark, der ikke er dækket af psykoseteam.

Endelig for det fjerde foreslår vi, at der bliver døgnhuse i alle egne af Danmark, for det store problem er, at der er en gruppe mennesker, der simpelt hen er for syge til at være i deres eget hjem, men heller ikke bør tvangsindlægges. Alternativet for dem er at være i et døgnhus, men døgnhusene er dyre, og derfor er vores forslag, at vi sætter nogle penge af til at sikre, at der er nogle alternative bomuligheder. Det vil også hjælpe mange af de pårørende.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jamen jeg kan da sådan set på stående fod erklære mig enig i faktisk det hele her, men hvis man så skulle stille det retoriske modspørgsmål – jeg ved godt, at fru Elisabeth Gerner Nielsen ikke kan svare på det – så ville det jo være: Og hvad så, når vi har gjort alt det, og der stadig væk er patienter, som falder igennem? Hvad så?

Derfor er det for mig at se altså forkert at stille de to ting op mod hinanden, at enten gør man noget for en løbende kvalitativ udbygning af vores psykiatriske tilbud, eller også så laver man det forslag, jeg stiller her. Det er jo ikke et enten-eller, det er jo sådan set et både-og, for min påstand – som jeg nu også tror at der langt hen ad vejen kan føres sandhedsbevis for, uanset hvilket psykiatrisk system ude i verden, man kigger på – vil være, at der til alle tider vil være nogle patienter, som falder igennem, og som vi ikke når. Og så skal det forhold, at vi vil gøre noget i bredden og gøre noget mere, da ikke skygge for, at vi så ikke gør en indsats der. Det er simpelt hen det, jeg ikke kan forstå.

Kl. 16.20

Jeg syns jo i stedet, at vi skulle prøve at finde hinanden og gå hånd i hånd og både gøre det ene og det andet.

Det ene er jo et oplagt tema, når vi på et tidspunkt skal forny psykiatraftalen, hvad jeg håber, vi skal, at vi der prioriterer økonomi til at gøre nogle af de gode ting, som fru Elsebeth Gerner Nielsen foreslår.

Det andet kræver ikke, at man skal sidde og vente på de penge, det kan man gøre, hvis man holdningsmæssigt har viljen til det. Det ser vi ikke helt ens på, og det er jo også fair nok. Jeg

prøver bare at holde folks øjne lidt åbne på den her sag ved også at sige, at jeg meget gerne vil være med til at diskutere: Hvordan skal det her pakkes ind?

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Den næste korte bemærkning er fra fru Anne Baastrup.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Noget af det, jeg er meget optaget af, er den udvikling, der er sket i psykiatrien inden for de sidste år, og som har vist sig bl.a. ved Gennembrudsprojektet, nemlig den der lidt skrøbelige behandlingsalliance, der er mellem behandlere og patient.

Hvilke overvejelser har ministeren over, om vi i virkeligheden kan risikere, at den ryger på gulvet, fordi overlægen altid har en skjult trussel: Hvis du ikke gør sådan og sådan og sådan, så bliver du omfattet af den her ambulante tvang? Tror ministeren ikke, at det i virkeligheden kan smadre en god behandlingsalliance?

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det tror jeg faktisk ikke, for det her er jo et redskab, vi skal give i hænderne på nogle kyndige mennesker. Der er en række af ordførerne, der har været inde på, at det jo ikke er sådan, at behandlerne derude alle sammen står og siger: Giv os det instrument, og vi vil bruge det en masse.

Der er også i faglige kredse nogle steder en vis reservation over for det her, men der er også mange steder, hvor der er en åbenhed over for det. Fru Birgitte Josefsen refererede jo fra et besøg, jeg tror, § 71-tilsynet netop har afholdt i Nordjylland, hvor man sådan set udbad sig redskabet eller gerne ville indgå i forsøg med det. Jeg fornemmer da, at der er en nuanceret tilgang til det. Der er da heller ikke nogen i de faglige kredse, der tror, at det her så bare er mirakelløsninger: Giv os det, og så glemmer vi alt andet. Det skal selvfølgelig doseres rigtigt, og det skal gå hånd i hånd med de andre ting, vi ved virker i psykiatrien.

Vi ved jo fra Gennembrudsprojektet, at det virker at fokusere, det virker at bygge bro over forskellige faglige kulturer, det virker at være stærkt fokuseret på at nedbringe tvang. Og jeg tror da ikke på, at dygtigt uddannet personale vil sætte alt det til side ved at gå og rasle med et

instrument, som i virkeligheden er tiltænkt en forsvindende lille del af de psykiatriske patienter, der årligt er i systemet. Det tror jeg ikke.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Nu husker ministeren vel også, at der er et par tusinde retspsykiatriske patienter, der i givet fald også vil blive omfattet af ordningen. Langt de fleste af dem er jo også helt almindelige psykiatriske patienter, som bare har en dom til behandling. Den gruppe er altså ret stor efter min opfattelse.

Ministeren sagde forsøg. Nu ved jeg ikke, om ministeren er i gang med at udvikle et projekt, hvor vi skal have en vis afgrænset del af det psykiatriske system, som så skal prøve det her.

Og jeg vil så stille spørgsmålet: Har vi ikke frit sygehusvalg? Kan vi så i virkeligheden ikke sige om de her mennesker: Det kan godt være, at man har et forsøg i Nordjylland med ambulante tvang, men de har frit sygehusvalg, og så vælger de bare et andet? Er det vejen frem, det, ministeren nu antyder?

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jeg står bestemt ikke her og gør mig til talsmand for noget geografisk afgrænset forsøg. Jeg refererede bare en oplysning for at fremme en pointe, jeg i hvert fald troede jeg havde. Det kan være, den så ikke gik klart igennem. Det er ikke det, jeg foreslår.

Men man kan sige, at lovforslaget jo er lagt frem som en generelt gældende bestemmelse, og så er det omfattet af almindelige lovovervågning, og dermed er der jo altså en forpligtelse til, at vi hele tiden har en slags fokus på: Hvordan virker den her bestemmelse? Men man kunne selvfølgelig forestille sig, at den her bestemmelse blev sat i værk på anden vis.

Altså, jeg forsøger bare at være åben for imødekommelse af oppositionens synspunkt, når den siger: I ved ikke, om det virker. Jeg siger: Vi ved, at det ikke virker, som vi gør det i dag, og vi tror, og der kan anføres gode argumenter for, at det her kan komme til at virke. Jamen så lad det komme an på en prøve. Og hvis ikke det skal komme an på en prøve, hvor man laver en generelt virkende bestemmelse for tid og evighed, indtil man fjerner den igen, jamen så kunne man jo gøre det på anden vis, altså ved at sige: Det her er så en bestemmelse, der virker en årrække,

mens vi iværksætter forskellige tiltag for at følge op på, om den nu også fremmer det, vi gerne vil. Det er jo sådan nogle lidt løse strøtanker, jeg står med her.

Det er bare for at signalere en parathed til at diskutere: Hvad er det, der skal til, for at man som Folketing tør give denne mulighed, som regeringerne gerne vil give, og som jeg fornemmer at man i store dele af de faglige miljøer blandt pårørende og andre steder også kan se at der er et behov for?

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Den næste korte bemærkning går til fru Birthe Skaarup.

Kl. 16.25

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Det her optager os jo rigtig meget, og vi vil jo alle sammen gerne finde frem til det helt rigtige forslag, der matcher netop vores indstilling til, hvordan vi kunne tænke os, det skal se ud i fremtiden.

Der var en, der udtalte, at nu tvangsbehandler man, når folk er blevet sindssyge, og nu vil man så til at tvangsbehandle for at forebygge. Det er klart, at vi i Dansk Folkeparti også har talt med flere om det her forslag, netop fordi det er så kontroversielt. Vi ved jo alle sammen, at nerveremedicin ikke er helbredende, men kun symptomnedsettende. Man lægger et låg på patienten, og det er jo det, vi også skal have patienterne ud af.

En af dem, jeg talte med, nævnte noget, som jeg selvfølgelig også gerne vil høre ministerens mening om. Kunne ministeren ikke forestille sig, at man kunne nedtrappe den medicin, som man taler så meget om, og sørge for, at de psykiatriske patienter får noget søvn? Mange af de psykiatriske patienter får jo ikke noget søvn. De får måske 2 timer, og så vågner de op, og så skal der ske et eller andet. Det er også noget af problemet. De skal have noget ordentligt mad, de skal have noget tillidsforhold, og de skal have noget samtale med behandlere og pårørende.

Jeg tror, vi kunne komme meget, meget langt med de her tiltag. Det er jo det, vi gerne vil have distriktspsykiatrien og de psykiatriske skadestuer ind i, og også de udfarende ...

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Den røde lampe har lyst temmelig lang tid nu.

**Birthe Skaarup (DF):**

... psykoseteam.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jamen jeg er totalt enig med fru Birthe Skaarup i alle de ting, der bliver sagt her. Totalt enig. Men det kan nu sagtens gå hånd i hånd med det her.

Jeg mener, at endemålet for behandlingen selvfølgelig må være, at patienten kan leve et raskt liv uden medicinering. Og så må det jo være faglighed og teknologisk udvikling og andet, der er bestemmende for: Hvad er det så præcis for behandlingsforløb, der skal iværksættes omkring den enkelte patient for at sikre det mål? Det skal jeg så ikke stå og kloge mig i, for det har jeg ikke nogen faglige forudsætninger for, men det bør selvfølgelig være det ultimative mål, selv om jeg nu også vil anholde den tendens, der nogle gange kan være til, at nogle – jeg siger ikke, at det er fru Birthe Skaarup – måske ligesom romantiserer det her område og siger, at hvis ellers bare vi snakker godt nok sammen og har nogle gode vilkår og nogle gode fysiske rammer, så skal alle nok blive raske. Altså, det tror jeg måske er lidt at underkende, at her er der faktisk tale om en sygdom.

Men jeg skriver fuldt ud under på alt det, fru Birthe Skaarup sagde, og lad os så forfølge det spor, men lad os i øvrigt samtidig erkende, at det kommer ikke til at række til endestationen for alle patienters vedkommende, og dem, der ikke kommer med til endestationen, må vi så gøre noget målrettet for.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Noget af det, der naturligvis også betyder en del for os, er jo de grundlovssikrede rettigheder. Og der kan jeg ikke andet end lige citere, hvad Det Etske Råd har sagt i deres høringssvar:

»Enhver tvangsudøvelse berører Grundlovsfæstede frihedsrettigheder. Grundlovens bestemmelser udtrykker, at den enkelte borger har visse grundlæggende rettigheder og friheder som menneske.«

Der kommer vi jo ind og taler om § 71 og 72 i grundloven.

Noget af det, de også skriver i deres høringssvar, er:

»En eventuel lovliggørelse må ... ikke medføre, at muligheden anvendes som løsning på pro-

blemer af en helt anden karakter, f.eks. i forhold til organisering af psykiatrien.«

Det er jo noget af det, man også udeomkring er meget nervøs for kan blive udgangspunktet.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Også her er jeg helt enig i, at de ting omkring retssikkerhed selvfølgelig skal iagttages. Det skal man gøre, når man tvangsindlægger patienter, og det skal man gøre, hvis man udskriver folk på en betingelse, der hedder tvungen opfølgning, og retsgarantierne er jo til stede i begge tilfælde.

Omkring tvungen opfølgning er der jo meget præcis lagt op til i lovgivningen her, at der kan klages. Patienten skal have tilskikket en patientrådgiver, og klagen har opsættende virkning. Så man kan jo ikke iværksætte tvungen opfølgning, medmindre grundlaget er på plads.

Tvangsindlæggelserne af de – jeg har lige stået og talt hurtigt sammen her – 108 patienter, der på 3 år har været tvangsindlagt mere end fire gange, er sket under iagttagelse af præcis de samme retssikkerhedsmæssige garantier, som der vil blive tale om her.

Kl. 16.30

Pointen er bare, at hvis vi med det her værktøj kunne undgå, at i hvert fald en del af de her 108 mennesker, der har været tvangsindlagt mere end fire gange på 3 år, skulle opleve så mange tvangsindlæggelser, har vi både tilgodeset hensynet til retssikkerheden og ikke mindst hensynet til patienternes helbredelse og livskvalitet.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Den sidste ordfører, der har bedt om korte bemærkninger, er fru Majbrit Berlau.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg tager ordet, fordi jeg synes, at ministeren var lidt fræk, da han svarede fru Elsebeth Gerner Nielsen anden gang, hvor han lidt retorisk sagde: Og hvad så, hvis man rent faktisk gennemførte de forslag, som De Radikale fremsatte?

Jeg tillader mig så lidt frækt at svare på De Radikales vegne, at jeg i hvert fald tror, at Enhedslisten kunne tilslutte sig, at man med de fire forslag, som De Radikale har ridset op, faktisk ville se en forbedring af psykiatrien i Danmark.

Ministeren sagde, at han bestemt ikke er afvisende over for at udbygge den del, der vedrører opøgende psykoseteam, bedre støttekontakt-personordninger og alt sådan noget.

Men det, jeg godt kunne tænke mig at vide, er: Vi er i en situation, hvor alle i Folketinget tilsyneladende er enige om, at det, man skal satse på, er styrket psykosocialt arbejde, mere terapi, flere støtteordninger, mere opøgende arbejde, mulighed for døgnkontakt til sindslidende osv. osv. Hvorfor er det så ikke sådan nogen forslag, ministeren har stillet først? Det forstår jeg ikke.

Hvis det havde været det, kunne jeg garantere for, at et enigt Folketing havde sagt ja tak og amen til de forslag, og så kunne vi se, om der ville være behov for tvungen opfølgning. Jeg betvivler meget, at tvungen opfølgning overhovedet er nødvendig, og jeg betvivler i høj grad retssikkerheden i det.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Taletiden er overskredet. Så er det ministeren.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det var nu ikke noget forsøg på at være fræk. Jeg kan forstå, at det ikke er god tone at være fræk her i Folketinget, ikke engang hvis man har et glimt i øjet, så det skal jeg slet ikke kaste mig ud i.

Jeg mener sådan set, at det, fru Majbrit Berlau efterlyser, er det lovforslag, vi har fremsat, for det her lovforslag, som skaber den juridiske, værdimæssige – eller hvilket ord man nu vil bruge – ramme omkring psykiatrien, understøtter til fulde den udvikling, der er i gang i psykiatrien. Det forfølger de spor, som fru Majbrit Berlau fremhæver, og som regeringen sammen med alle Folketingets partier eksklusive Enhedslisten, som ikke er med i satspuljeaftalerne, har understøttet økonomisk. Og det skal vi da fortsætte med at gøre.

Så igen: Det ene udelukker ikke det andet. Vi vil bare noget mere, kunne jeg sige.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Der er et problem med det, som jeg opfatter at regeringen vil, nemlig tvungen opfølgning. Ministeren siger, at det er et udtryk for bekymring for de sidste borgere, dem, som vi ikke kan nå med det system, vi har i dag.

Jeg vil først sige, at det system kunne gøres meget bedre. Vi har flere gange fra oppositionens side påpeget, at den lovgivning, der allerede er i dag, ikke bliver overholdt, f.eks. med udskrivningsaftaler. Det er svært at få ressourcer til at føre de gode intentioner ud i livet.

Det er samtidig sådan, at der ikke for alle sindslidende i det her land er adgang til opøgende psykoseteam. Der er ikke i døgnets 24 timer adgang til at kontakte en person, når man får det dårligt osv. Den slags ting kunne vi i langt højere grad udbygge.

En lang række eksperter siger, at det lovforslag, som vi står med i dag om tvungen opfølgning, faktisk kan medføre en yderligere ekskludering af de her borgere i samfundet, fordi de er nødt til at gå under jorden for at undgå overgreb, ved at politiet kommer ind i deres hjem og henter dem til tvangsmedicinering.

Så jeg vil gerne spørge ministeren: Er der ikke en risiko for, at det lovforslag i høj grad udstøder og yderligere marginaliserer de svageste grupper, som vi i virkeligheden gerne skulle understøtte?

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det mener jeg ikke, for hvis der var det, havde jeg ikke fremsat forslaget. Jeg har selvfølgelig iagttaget, at nogle har det synspunkt. Og så har jeg iagttaget, at nogle andre har et andet synspunkt. Det er derfor, at jeg på et tidligere tidspunkt i debatten sagde, at i den her sag ville alle nok kunne finde en ekspert, der kunne fremme deres sag og deres synspunkt.

Der er tale om et meget målrettet værktøj, der kan bruges for en meget veldefineret, snæver gruppe patienter, der opfylder fire betingelser, et subjektivt og tre objektive; det er anslået måske 100 patienter. Og det skal selvfølgelig gå hånd i hånd med en fortsat kvalitetsmæssig oprustning af det, der sker i psykiatrien.

Ligesom det ikke er noget argument for ikke at gøre noget for den sidste patient, at man først vil gøre noget for alle de andre, så er det omvendte jo lige så rigtigt, nemlig at det ville være forkert, hvis man kun gjorde noget for den sidste patient, som under alle omstændigheder havde brug for det her tilbud, og afstod fra at gøre noget for de patienter, der kunne komme væk fra svingdørene ved mindre tvangsmæssige tiltag, altså ved en kvalitativ udbygning af psykiatrien.

Kl. 16.35

Derfor mener jeg, som jeg hele tiden har gjort, at det her er meget, meget balanceret. Det er selvfølgelig også derfor, at det her element er præsenteret som et delelement i en lovgivning, der i øvrigt har den målsætning at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien. Det er min målsætning, og det tror jeg også det her bidrag vil medvirke til.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Vi siger foreløbig tak til ministeren. Der er bedt om en anden ordførerrunde, og den første, der har bedt om ordet, er fru Karen J. Klint. Taletiden er 3 minutter i anden omgang.

**Karen J. Klint (S):**

Når jeg beder om en anden runde, er det, fordi jeg synes, at vi faktisk er midt i en utrolig vigtig debat. Det er også en debat, hvor vi måske alt for lidt går på tværs af to strukturer i Danmark, nemlig sundhedsstrukturen og socialstrukturen. Her forholder vi os meget, meget snævert til vores sundhedslovgivning, og det skal vi på mange måder også, for det er sundhedslovgivningen, der har psykiatriloven.

Men det kunne godt være, at for nogle af de mennesker, som udskrives, og som nogle beskriver kunne have behov for tvungen opfølgning, var det mere en tættere social opfølgning, der var behov for, end det var mere medicin eller mere magt. Det kunne også være, at en tættere social opfølgning, som var forpligtet, kunne få nogle af dem til at holde deres medicinbivirkning ud, så de alt andet lige kunne leve med nogle bivirkninger i håbet om at blive hjulpet til en bedre livskvalitet.

Når jeg tager ordet i anden runde, er det også, fordi vi andre også hører fra nogle pårørende. En af de pårørende, som vi alle sammen har haft mulighed for at høre, var den far, der stod frem på tv og sagde, at hans datter ikke ville have haft glæde af tvungen opfølgning. Hun ville alligevel, mens medicinen stadig væk var i kroppen og hun var velfungerende, være taget til udlandet, hvor hun endte i en utrolig nød. Han kunne ikke se, hvordan hans datter kunne have været reddet med tvungen opfølgning. Han kunne snarere se, at hun kunne blive udsat for tvang og yderligere frihedsberøvelse. Så vi kan alle sammen føre bevis ikke kun med eksperter, men også med pårørende.

Det, jeg spørger om, er, om ikke ministeren vil være med til at tage en debat for sig om de

store dele af lovforslaget, som vi er enige om, og så en adskilt debat – gerne med en deling af forslaget – hvor vi kan debattere den tvungne opfølgning for sig og se, hvor det kan bære hen. Er det mod en udsættelse, fordi vi allerede nu kan se af den måde, amter og kommuner lige nu står over for hinanden på, at det måske ikke er det bedste tidspunkt at lancere nye værktøjer, når vi indtil nu ikke engang har set, at de har haft kræfter til at bruge de værktøjer, de har?

Så det er for at appellere lidt til ministeren om at være lidt mere konkret med, hvordan han tror vi kan mødes om et fælles mål, og om at få en anden struktur på lovforslaget, så vi også får tid til at drøfte de gode elementer i det og får tid til at holde fast i, at en udskrivningsplan faktisk ikke er et tilfældigt værktøj, som nu har ligget mere eller mindre i 8 år. Man troede, det var 1.000 om året, det var 158. Nu gætter man på, at det er 100 patienter, der vil få glæde af det her.

Hvis trægheden er lige så stor, er der ingen, der får glæde af det, så hvorfor ikke tage lidt mere tid til at gå mere analytisk ind i spørgsmålet?

Hænger geografien og den manglende opfølgning sammen på den måde, at det også er i de områder, mennesker mistrives mest, eller er det tilfældigt? Er der slet ikke nogen af de her objektive ting, som hænger sammen? For så laver vi måske et redskab, som slet ikke matcher den virkelighed, vi er i.

Vi har bedt om at få cases ind til § 71, og vi har måttet lede lidt efter nogle cases, hvor konkrete psykiatere troede på, at det ville hjælpe deres patienter væsentligt.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Tak til ordføreren. Så er det fru Elsebeth Gerner Nielsen i anden omgang.

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Noget af det, jeg ofte er blevet belært om fra bl.a. Venstre, er vigtigheden af grundlovens § 71 og § 72, nemlig de paragraffer, der drejer sig om, at den personlige frihed er ukrænkelig, og at boligen er ukrænkelig. Den nuværende regering har faktisk indført en del ny lovgivning med henblik på at værne om de vigtige paragraffer, som det er meget væsentligt at forholde sig rationelt til, fordi det er paragraffer, der er med til at sikre den personlige frihed og de frihedsrettigheder, der er knyttet til demokratiet.

Kl. 16.40

I de sidste 150 år har vi brugt en meget stor del af vores politiske energi til at værne om den personlige frihed og til at give flere mennesker ret til at være sig selv, ret til at være frie. Således også de psykisk syge. I forbindelse med Kanslergadeforliget i 1933 blev der givet nogle nye rettigheder til de psykisk syge. Det samme har været tilfældet helt op imod vor egen tid. Så for det demokratiske samfund har det været vigtigt hele tiden at give de psykisk syge bedre muligheder.

Nu er vi bare på vej til at gøre noget andet. Det, vi oplever i øjeblikket, er et tilbageskridt i forhold til den demokratiske udvikling, der har været i gang. Vi ændrer fundamentalt retstilstanden.

Tidligere har det været sådan, at man kun kunne bryde ind i et menneskes hjem, hvis der var tale om et menneske, der var kriminelt, og der lå en dommerkendelse; hvis der var tale om et menneske, som ikke var ved sine fulde fem; eller hvis der var tale om et menneske, som en læge havde erklæret for sindssyg.

Nu kommer der så en ny tilstand. I det øjeblik, hvor man ikke har taget sin medicin eller/og har været tvangsindlagt tre gange inden for de sidste 3 år, skal politiet have mulighed for at trænge ind i ens hjem. Det er altså en fundamentalt ny retstilstand.

Sagen er, at det kunne man måske godt støtte, hvis det var sådan, at der lå et klart empirisk bevis for, at det ville være klogt at gøre det. Men problemet er, vil jeg sige til sundhedsministeren, at det gør der ikke, og det er også det, flere ordførere har været inde på.

De pårørende f.eks., som vi alle sammen får breve fra, vil ikke få løst deres problemer, fordi de fleste pårørendes store problem er, at deres syge familiemedlem ikke er tilstrækkelig sygt til, at vedkommende kan tvangsindlægges. Det kunne man jo se på. Er vi nødt til at gøre de regler mere fleksible, når det drejer sig om tvangsindlæggelse? Det ville hjælpe, sandsynligvis.

Det andet er, at vi alle sammen er bekymrede over, at der er mange psykisk syge, som er kriminelle. Vil det her lovforslag bidrage til, at der bliver færre kriminelle psykisk syge? Nej, det vil det sandsynligvis ikke.

MANDAT har lavet en undersøgelse, der viser, at for hver gang, vi tvangsmedicinerer ca. 230 mennesker, kan vi muligvis redde ét menneske fra at blive kriminelt. Og det skal så vejes op imod den konsekvens, lovforslaget får for retstilstanden.

Det er baggrunden for, at jeg gerne endnu en gang vil appellere til sundhedsministeren – tak for vand, og tak for den venlige tone, den må man jo glæde sig over i disse tider – om, at lovforslaget bliver splittet op, så vi kan få lov til at stemme for alt det, vi faktisk synes er rigtig godt i det.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Tak til ordføreren. Er der flere, der ønsker ordet? Ja, ministeren.

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Lad os så fastholde den gode tone. Det tror jeg måske bedst vi gør, ved at jeg ikke kommenterer det sidste indlæg for hårdt.

For jeg må sige, at jeg egentlig ikke helt forstår det, når man nu lufter den tanke, at et alternativ, der måske var mere virkningsfuldt, var at se på, om de generelle regler omkring tvangsindlæggelse kunne gøres mere fleksible. Det, der er problemet, er, at pårørende føler, at deres syge pårørende ikke kan tvangsindlægges, fordi de ikke er syge nok til at udløse en tvangsindlæggelse; lad os kigge på dét i stedet for, siger fru Elisabeth Gerner Nielsen. Jeg må sige, at så forstår jeg ingenting.

Vi vil indføre et meget målrettet, virksomt instrument over for en gruppe af patienter, som gentagne gange har opfyldt lovens bestemmelser for tvangsindlæggelse; som gentagne gange er blevet udskrevet på en velkoordineret måde, fordi forudsætningen er, at der skal være udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler; som er velmedicinerede, og hvor vi så for at sikre, at de ikke går ned i en sort spiral, kan følge, at de tager deres medicin.

Hvis vi nu som et alternativ til det skulle se på, om det ikke bare generelt skulle være lettere at tvangsindlægge folk, må jeg sige, at så forstår jeg ikke den her optagethed af retssikkerhedsgarantier.

Men dem synes jeg at vi skal værne om, og det gør vi ved at sige: Der er nogle patienter, som gang på gang på gang opfylder alle betingelser, sygdomsmæssigt, lovgivningsmæssigt og retssikkerhedsmæssigt, for at blive tvangsindlagt, og hvor vi ved – fordi vi kan se på de historiske forløb, at det før er gået galt – at hvis ikke de følger deres behandlingsplan, så kommer det med usvigelig sikkerhed til at ske igen og igen og igen. Der er det mindre i det mere at



sige, at vi sikrer os, at de følger deres behandlingsplan.

Kl. 16.45

Men som sagt: Jeg vil holde tonen, og jeg vil ikke udelukke noget. Derfor har jeg bare gjort den her lidt løse iagttagelse, og så ville det glæde mig, hvis vi kunne tale videre om de her ting.

Med hensyn til at dele lovforslaget må jeg sige, at jeg betragter det her som en meget velintegreret del af et lovkompleks, der samlet set har det sigte at nedbringe tvang, så jeg ville være ked af det, for nu at sige det meget mildt. Det er et lovforslag, som har været længe undervejs. Det baserer sig også på et forarbejde, det har været i høring, det har været kendt, og der er i øvrigt et kvartal endnu, til Folketinget starter sin mødefri periode, så jeg synes, det ville være ærgerligt at stå her og sige, at der slet ikke er tid nok til at komme i mål med det.

Men for min skyld behøver det ikke at blive vedtaget i næste uge, og med det vil jeg signalere, at jeg meget gerne vil ind i en proces, hvor vi kan komme tættere på en besvarelse af nogle af de spørgsmål, der er stillet, og så i fællesskab tage en vurdering af, om det kan bringes i mål. Det ville glæde mig umådelig meget, hvis det kunne lade sig gøre.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Jeg må bede ministeren om at blive stående. Det lykkedes trods alt at fremprovokere et par nye korte bemærkninger. Den første er til fru Elsebeth Gerner Nielsen.

(Kort bemærkning).

**Elsebeth Gerner Nielsen (RV):**

Jeg nyder meget den venlige tone, lad mig sige det med det samme. Men jeg vil også rette en misforståelse med det samme: Vi synes ikke i Det Radikale Venstre, at det bare skal være sådan, at man kan tvangsindlægge folk. Man skal kun kunne tvangsindlægge et menneske, hvis det faktisk er sindssygt. Det, vi måske kunne tale om i forbindelse med udvalgsarbejdet og i forbindelse med fornyelsen af psykiatriloven, er: Hvad er det for en kompetence, der skal være til rådighed inden for det psykiatriske system og inden for sygehusvæsenet, når sådan en tvangsindlæggelse skal finde sted?

Det er jo sådan, at det er en praktiserende læge, der kan gøre det. Spørgsmålet er, om det ikke ville være klogt, at man inddrog uafhængige psykiatere i den her vurdering af, om der er tale om en patient, der rent faktisk er sindssyg.

Men det er ikke for at starte en lang debat, bare for at slå fast, at det ikke er sådan, at jeg mener, at vi skal kunne tvangsindlægge mennesker, der ikke er sindssyge.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det glæder mig meget, for så ser vi ens på det. Jeg tror bare, at det var det indtryk, der kom til at stå tilbage efter det, fru Elsebeth Gerner Nielsen sagde før, og så er det jo godt, at det blev rettet.

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Det er heller ikke for at forlænge debatten her, for det er rigtigt, at vi har noget tid.

Men der, hvor jeg synes at kæden hopper af, er, at vi hele tiden taler om, at vi skal minimere tvangen. Vi taler hele tiden om de der fire kriterier, der kan være udløsende faktorer i regeringens model for tvungen opfølgning, men jeg synes ikke, at vi skærer godt nok ud i pap, at deri ligger der altså også en tvang.

For der er jo tvangsforudsætninger, der skal være opfyldt, for at man kan gøre det her. Man skal have været tvangsindlagt x antal gange, man skal have været tvangsbehandlet, eller man skal have været tvangstilbageholdt. Så vi står med en person, som måske ufrivilligt har en god effekt af noget medicin, og når den gode effekt så sætter sig, er man parat til at udskrive, fordi vedkommende ikke længere opfylder kriterierne for at være tilbageholdt.

Der kan det lyde meget fornuftigt at sige, at vedkommende skal fortsætte med en medicin, når han eller hun kommer ud. Men værktøjet, den tvungne opfølgning, giver jo ingen garanti for, at det menneske, der aldrig nogen sinde frivilligt har taget sin medicin inde på sygehuset, så frivilligt vil gøre det uden for. Det er kun i kraft af, at vedkommende får trukket et trusselsbillede ned over hovedet, at det måske lykkes i en eller anden periode, men det er ikke en garanti. Så man kommer jo til at udløse den tvang, hvis man bruger værktøjet.

Det er derfor, nogle af os siger: Var der ikke nogen sociale værktøjer, det var bedre at sætte fokus på i første omgang? Få lidt mere analyse af årsag og virkning i stedet for bare at videreføre den tvang, man har adgang til inden for hospitalets mure, og også at kalde folk ind igen til korttidsbehandling, netop til det, der også står

som omsorg. Der er ikke meget omsorg i at blive hentet af politiet, få sin medicin og så gå hjem igen.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jeg hører, hvad der bliver sagt, men det er en gentagelse af synspunkter, der har været formuleret før, og mit gensvar bliver så det samme, og det fører os måske ikke så meget videre.

Men det er vigtigt at forstå, at det her instrument ikke står alene. Alt det, som fru Karen Klint siger, er jeg enig i. Det hele. Det udelukker bare ikke, at det fortsat også er relevant at gøre det her. For den ene del alene gør det ikke, og det her gør det heller ikke alene, og derfor må vi gøre begge dele.

Det er også det bedste argument for ikke at skille lovforslaget, for der er en snæver indbyrdes sammenhæng i det her.

Kl. 16.50

(Kort bemærkning).

**Karen J. Klint (S):**

Det kan godt være, at der set med sygehusøjne er en helhed i det, men der er ikke en sikkerhed for, at det sociale system bakker op. Der står netop klart, at det kun er, når patienten svigter den medicinske behandling, at den tvungne opfølgning kan gennemføres. Hvis patienten svigter det sociale islæt i det, eller hvis det sociale system svigter patienten, står patienten alene tilbage med sin tvangsmedicinering.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

For at det her kan ibrugtages, forudsættes det, at der er en udskrivningsaftale, som er sikkerheden for, at de systemer, der skal tale sammen og spille sammen omkring den enkelte patient, kommer til at spille sammen. Det er den første helt grundlæggende forudsætning for, at det her overhovedet kan tages i brug.

Derfor er jeg enig med fru Karen Klint i, at det her ikke kan stå alene. Det skal selvfølgelig følges op af, at patienten udskrives på en ordentlig måde, hvor vedkommende både er velmediceret, og hvor der også er lagt en plan for, hvad der skal ske, når man forlader sygehuset.

Det vil glæde mig umådelig meget, hvis det, at vi generelt får lavet flere udskrivningsplaner,

generelt får lavet flere koordinationsplaner, fører til, at der så ikke er nogen patienter, der har brug for det her. Jeg har ikke nogen ambition om, at hu hej, nu skal flest mulig på tvungen opfølgning. Nej, regeringen har en ambition om at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Så hvis det, at vi nu skaber bedre koordinati-on og får skabt alvor bag de her koordinationsaftaler og udskrivningsaftaler, fører til, at en endnu mindre gruppe end den, der er forudsat, bliver dækket af reglen her, så er det kun fint. Men igen: Det ene udelukker ikke det andet.

(Kort bemærkning).

**Anne Baastrup (SF):**

Noget, som vi ikke rigtig har været inde på, er de retspsykiatriske patienter. Der har hele tiden været den der diskussion om, hvor få de er, og om det sociale system, der følger dem op. Men sådan som jeg har forstået forslaget, vil de retspsykiatriske patienter ikke være omfattet af de samme retssikkerhedsgarantier med de 3 års tvangstilbageholdelse osv., og der vil heller ikke være nogen speciel plan for dem, for de har jo en dom.

Finder ministeren efter alle de overvejelser, ministeren i øvrigt har gjort sig om den der lille gruppe af almindelige psykiatriske patienter og hensynet til de pårørende, at det er de samme typer af argumenter, der kan føres over på de retspsykiatriske patienter, eller hvad er det for en gruppe? For med vedtagelsen af det her lovforslag giver Folketinget i virkeligheden bemyndigelse til justitsministeren om, at hun kan gøre, hvad hun vil.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jeg mener sådan set, at de grundlæggende overvejelser langt hen ad vejen er de samme. Jeg vil også meget gerne gå i en tættere dialog om det her, for det er rigtigt, at justitsministeren også har en vinkel på den del af sagen. Så det vil jeg meget gerne have lejlighed til at vende tilbage til i en form, hvor vi kan komme til at diskutere det tættere ind til materien, end vi kan gøre her i anden ordførerrunde.

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Så går vi over til den sidste korte bemærkning foreløbig, fru Birthe Skaarup.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Jeg kan ikke lige huske, om ministeren svarede på det i første runde, men jeg var i ordførertalen lidt inde på udskrivningsplaner. Det er jo sådan, at patienten får en kopi af udskrivningsplanen. Hvis man laver en koordineringsplan, er patienten ikke indstillet på den overhovedet, og det er vel derfor, det hedder koordinering.

Så var jeg lidt inde på kontrakter. Har man haft inde i overvejelserne at udarbejde kontrakter med psykiatriske patienter, så man fra systemet har en underskrift på, at de er indforstået med at blive bragt ind til en medicinering på en anderledes måde, efter at de er udskrevet? Har det været inde i overvejelserne, da man udarbejdede lovforslaget, som en af de måder, man kunne holde patienterne fast på?

De kunne jo have den indstilling, at de i påkommende tilfælde gerne ville have en medicinsk behandling, og dermed skrive under på, at det var lovliggjort.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det er da en interessant tanke. Jeg tror bare, at man skal tænke den færdig, før man tager endelig stilling til, om den er god, for det er så i virkeligheden en slags aftalt tvungen opfølgning. De retsgarantier, der er, hvis der iværksættes en tvungen opfølgning, altså at man kan klage, og at det har opsættende virkning, ville logisk ikke være der, hvis det var en aftale, man indgik.

Kl. 16.55

Man må egentlig spørge sig selv om, hvad der er det bedste værn af patientens rettigheder i et regime, hvor man siger: Vi kan, inden vi udskriver dig, lige aftale, at hvis ikke du tager din medicin, kan vi komme og hente dig med politiet. Så kan det være ufortalt og ligge i luften, at hvis den her udskrivning skal ske, skal patienten gå med på den aftale uden retsgarantier kontra at have det her meget velregulerede system, hvor man siger: Nu er du velmedicineret. Du har en historik, som opfylder de krav her, og nu udskriver vi dig, og du skal vide, at vi gør det med tvungen opfølgning.

Det kan godt være, at patienten dybest set er indstillet på det og derfor ikke klager over det, og så er man jo meget tæt på det, fru Birthe

Skaarup i virkeligheden gør sig til talsmand for, nemlig en aftalt tvungen opfølgning. Det kan også være, at patienten siger, at det vilkår vil jeg ikke anerkende, og så kan man klage.

Jeg tror sådan set, at det mere bliver et spørgsmål om ord, for realiteten i det, fru Birthe Skaarup siger, vil være indeholdt i den her ordning, for så vidt angår de patienter, der tager til efterretning, at det er fornuftigt nok, at de udskrives på betingelse af, at der er tvungen opfølgning.

(Kort bemærkning).

**Birthe Skaarup (DF):**

Nu bad jeg blót om at få det undersøgt, fordi vi ved, at der er et system for gravide stofmisbrugere, hvor de har mulighed for at skrive under på en kontrakt om, at såfremt de, mens de er gravide, ikke bliver stoffrie, så har man den mulighed. Det er ikke brugt ret mange steder i det her land. Jeg tror faktisk kun, at det er brugt en eneste gang, efter hvad jeg ved. Men det kunne være interessant at få det belyst yderligere.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Hvis jeg skabte det indtryk, at jeg ikke var parat til at undersøge det spørgsmål, fru Birthe Skaarup rejser, har jeg skabt et forkert indtryk, for selvfølgelig gør jeg gerne det. Jeg lægger bare op til en åben snak om, hvor det fører os hen i forhold til, hvad vi har fremsat her.

Men de overvejelser både undersøger og uddyber jeg selvfølgelig gerne over for fru Birthe Skaarup. Det siger sig selv.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

## Afstemning

**Den fg. formand (Elisabeth Arnold):**

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Ophold*). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

**8) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 48:**

**Forslag til folketingsbeslutning om etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den integrerende og skadereducerende indsats på narkotikaområdet.**

Af Karen Hækkerup (S), Charlotte Fischer (RV), Kamal Qureshi (SF) og Line Barfod (EL) m.fl. (Fremsat 13/12 2005).

Forslaget sættes til forhandling.

**Forhandling**

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Nu ved jeg godt, at det ikke er »Festen«, vi deltager i, men et møde i Folketinget, og der skal man selvfølgelig iagttage ikke bare god tone, men også respekt for forslagsstillere og andet. Men ellers kunne jeg godt have lyst til at friste med både en grøn og en gul tale, hvor den ene er meget lang, og hvor den anden er noget kortere og i virkeligheden vil være en henvisning til, hvad jeg har sagt om den her sag de mange gange tidligere, hvor den har været behandlet.

Nu kigger jeg sådan lidt søgende rundt for at se, om jeg roder mig ud i noget frygteligt noget, hvis jeg vælger den korte løsning. Det tror jeg ikke jeg gør, så derfor vil jeg i det fulde henvise til, hvad jeg tidligere har sagt om denne sag, nemlig at regeringen ikke ønsker at skabe lov-hjemmel til, at der kan indføres fixerum.

Det skyldes, hvis man skal sige det meget kort, at der ikke er nogen grund til at bevæge sig et trappetrin op ad den her stige med dilemmaer, hvis man følger, at man kan gøre noget mere på det trin, hvor man står.

Det vil være et dilemma, det tror jeg egentlig også alle vil anerkende, at forvalte en lovgivning, hvor man på en og samme tid siger: At tage euforiserende stoffer er forbudt, vi bekæmper det med politiets mellemkomst, men så laver vi lige et fristed her, hvor loven ikke gælder, her må man gerne fixe.

For hvor går grænsen? Er det på vej ned ad trappen til fixerummet? Er det 100 m fra fixerummet? Er det 1 km fra fixerummet? Er det, når man sidder i S-toget på vej ind til fixerummet? Hvor går grænsen? Det er meget dilemmafyldt.

Jeg har en pragmatisk tilgang til tilværelsen, og hvis jeg virkelig troede, at det her var løsningen på alle problemer, kunne vi måske diskutere det, men jeg har altså en meget stærk følelse af, at vi kan gøre noget mere, uden at vi skal fylde dansk narkodebat med endnu et signalforvirrende dilemmasporøgsmål.

Så skal jeg også henvise til, at vi forsøger at gøre en del, der er målrettet, for at imødegå nogle af de udfordringer, der klart gemmer sig her med narkomaner, der får allehånde sygdomme og lever et kummerligt liv. Vi har gjort en række ting i handlingsplanen »Kampen mod narko«, og vi har, præcis når det gælder indre København, Vesterbro, sammen med alle partierne eksklusive Enhedslisten afsat midler målrettet til en Vesterbropulje.

Kl. 17.00

Jeg skulle for 1-2 uger siden have haft et møde med den nye ansvarlige borgmester på området i København. Det måtte desværre aflyses på grund af udligningsreformforhandlinger, men det vil nu snarest finde sted. Det møde har jo det sigte nu at få skabt rammerne om at få de ressourcer ud at spille til gavn for Vesterbro og ikke mindst til gavn for de udstødte narkomaner på Vesterbro og deres helbredssituation.

De bekymringer, der ligger i forslaget om narkomanernes helbredstilstand m.v., har regeringen også. Vi gør målrettet noget for at gøre noget ved det, men at gøre så meget, at man legaliserer noget, vi i øvrigt bekæmper, vil vi ikke medvirke til.

**Den fg. formand (Birthe Skaarup):**

Så går vi over i ordførerrækken, og det er først hr. Hans Andersen.

**Hans Andersen (V):**

I Venstre har vi stor forståelse for, at man ønsker at hjælpe stofmisbrugere, som har det overordentlig svært, og som i hverdagen lever et til tider meget sørgeligt liv med mange problemer, men vi finder ikke, at det her beslutningsforslag om at etablere fixerum er løsningen på at give de mennesker et alternativ. Der skal vi fortsætte ad den vej, som vi har været inde på i de senere år, med at sætte ind med en række tilbud til de mennesker om at komme i behandling, sætte ind med at hjælpe med vaccination for hepatitis A og B osv.

Jeg synes, det er overordentlig vigtigt at understrege, at vi i Venstre finder, at vi ikke hjælper stofmisbrugere ved at oprette et helle, hvor