

Lovforslag nr. L 140. Fremsat den 25. januar 2006 af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)

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.)

§ 1

I lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998, som ændret ved lov nr. 377 af 6. juni 2002, lov nr. 1371 af 20. december 2004 og lov nr. 542 af 24. juni 2005, foretages følgende ændringer:

1. Lovens *titel* affattes således:

»Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien«.

2. § 1, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger for hvilke, der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.«

3. I § 1 indsættes som *stk. 3* og *4*:

»Stk. 3. For patienter, der er under 15 år eller varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke, skal der ikke forsøges indhentet et samtykke fra forældremyndighedens indehaver, værger eller de nærmeste pårørende, hvis omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til denne lov er nødvendig for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred eller
 - 2) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.
- Forældremyndighedens indehaver, værger eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres herom.

Stk. 4. For patienter, der er imellem 15 og 18 år, hvor sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at vedkommende ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen, jf. sundhedslovens § 17, stk. 2, finder *stk. 3* tilsvarende anvendelse.«

4. I § 2 ændres »behandling og pleje« til: »behandling, pleje og omsorg« og efter »personale-normering,« indsættes: »personalets kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende,«.

5. Efter § 2 indsættes:

»§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.«

6. I § 3, *stk. 3*, indsættes som *2. pkt.*:

»En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette.«

7. § 3, *stk. 4-6*, ophæves.

8. I § 4 indsættes som *stk. 5*:

»Stk. 5. Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere

samtaler. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler herom.«

9. I § 4 a indsættes efter »§ 15, stk. 2,«: »§ 18 f, § 19 a, stk. 1 og 3,«.

10. I § 12 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

»Stk. 3. Tvangsbehandling med elektrostimulation må kun iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en akuel eller potentiel livstruende tilstand.«

Stk. 3 og 4 bliver herefter stk. 4 og 5.

11. Efter § 13 indsættes:

»Kapitel 4 a

Opfølgning efter udskrivning

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

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af koordinationsplaner til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 c. Den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må

anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

§ 13 d. Overlægen kan træffe beslutning om tidsbegrænset tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, og

- 1) patienten i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, og
- 2) patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst 3 gange, og
- 3) patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller er blevet tvangstilbageholdt.

Stk. 2. Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Stk. 3. Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan patienten afhentes af politiet. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.

Stk. 4. Ved medicineringen i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal der anvendes lægemidler, for hvilke man kender patientens reaktion, herunder evt. i depotform.

Stk. 5. En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten.

Stk. 6. Hvis der er en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten ved 3 måneders periodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder. Yderligere forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning kan ske for indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.

§ 13 e. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter dette kapitel, herunder om eventuel afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op samt om politiets medvirken hertil.«

12. Overskriften efter § 18 affattes således:

»Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland«.

13. Efter § 18 b indsættes:

»Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen

§ 18 c. Ved personlig skærmning forstås i denne lov foranstaltninger, hvor ét eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Stk. 2. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Stk. 3. En beslutning om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

§ 18 d. Patienten skal i forbindelse med indlæggelse på afdelingen orienteres om afdelingens indretning, herunder om forekomsten af mindre enheder på afdelingen, hvortil døren kan aflåses, hvis sådanne mindre enheder findes på afdelingen.

§ 18 e. Lægen kan beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, over for

- 1) patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og
- 2) patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. § 18.

Stk. 2. Lægen kan endvidere beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke af døre til patientstuer, i forhold til en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves.

Stk. 3. Alle patienter på afdelingen skal straks efter, at en beslutning om aflåsning efter stk. 1 og 2 er truffet, underrettes herom.

Personlig hygiejne under anvendelse af tvang

§ 18 f. Overlægen kan beslutte, at en patient, der på grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale.«

14. § 19 affattes således:

»§ 19. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.«

15. Efter § 19 indsættes:

»Kapitel 5 a

Undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Poli-

tiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.«

16. § 20, *stk. 1*, affattes således:

»§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, §§ 12, 13 og 13 d, §§ 14-17 a, § 18 a samt § 18 c, *stk. 2*, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 e, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18.«

17. § 21, *stk. 1*, affattes således:

»Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.«

18. § 21, *stk. 3*, affattes således:

»*Stk. 3.* Der skal foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelse af disse foranstaltninger blev truffet og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.«

19. I § 21 indsættes som *stk. 4* og 5:

»*Stk. 4.* Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

Stk. 5. Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, og som ikke har an-

svaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering. Denne vurdering skal foretages af en læge, der er speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen, er den behandlende læges vurdering afgørende. Uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen skal dog mundtligt og skriftligt oplyses over for patienten. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om den lægelige vurdering efter denne bestemmelse.«

20. § 22, *stk. 3*, ophæves.

21. § 24, *stk. 1*, affattes således:

»Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen efter § 18 e, *stk. 1*, nr. 2, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. dog § 40, *stk. 4*.«

22. § 24, *stk. 2, 3. pkt.*, affattes således:

»Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.«

23. § 26, *stk. 1*, affattes således:

»Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg hos patienter, som er undergivet tvangsforanstaltninger efter kapitel 3, 4 og 5, skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Besøg hos patienter, som er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, skal finde sted efter behov.«

24. § 30 ophæves.

25. I § 31, *stk. 1*, indsættes efter »underrettes«: »mundtligt og skriftligt«.

26. I § 32 indsættes som *stk. 4*:

»*Stk. 4.* Klage over beslutning om tvungen opfølgning efter § 13 d, *stk. 1*, har opsættende virkning.«

27. I § 34, *stk. 3*, ændres »patientklagenævnets til: »det psykiatriske patientklagenævns«.

28. § 35 affattes således:

»§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.«

29. I § 36, *stk. 1* og *stk. 4*, ændres »patientklagenævnet« til: »det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

30. § 36, *stk. 3*, affattes således:

»*Stk. 3.* Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, *stk. 3* og *4*, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.«

31. § 37, *stk. 1*, affattes således:

»§ 37. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.«

32. I § 37, *stk. 2*, ændres »patientklagenævnet« til: »det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

33. Efter § 37 indsættes:

»§ 37 a. Reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a vedrørende administrativt bestemt frihedsberøvelse finder tilsvarende anvendelse ved tvungen opfølgning efter udskrivning. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvungen opfølgning efter udskrivning for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Sager om tvungen opfølgning efter udskrivning forelægges, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.

Stk. 3. Begæring om sagens indbringelse for retten skal fremsættes inden 4 uger efter det psykiatriske patientklagenævns afgørelse. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter nævnets afgørelse undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen.

Stk. 4. Godkender det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, at der etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, *stk. 1*, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges, jf. § 13 d, *stk. 6*. Den tvungne opfølgning efter udskrivning kan herefter begæres prøvet ved enhver forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, *stk. 6*.«

34. § 38, *stk. 1*, affattes således:

»Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.«

35. I § 39, *stk. 1*, ændres: »Patientklagenævnet« til: »Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

36. I § 39, *stk. 2*, ændres: »patientklagenævne« til: »de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne«.

37. § 46 ophæves.

§ 2

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 910 af 27. september 2005, som senest ændret ved lov nr. 1399 af 21. december 2005, foretages følgende ændringer:

1. § 469, stk. 1, 2. pkt., affattes således:

»Sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.«

2. § 469, stk. 4, 3. pkt., affattes således:

»I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien regnes fristerne dog fra det psykiatriske patientklagenævns afgørelse i sagen.«

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. Tvungen opfølgning efter udskrivning efter § 13 d kan iværksættes over for patienter, som udskrives den 1. januar 2007 eller senere. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som er en forudsætning for anvendelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, kan dog være

henholdsvis indgået eller udarbejdet før den 1. januar 2007. Ligeledes kan tvangsindlæggelser iværksat før den 1. januar 2007 medregnes i antallet af tvangsindlæggelser, der er en forudsætning for anvendelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 2.

Stk. 3. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, som er truffet inden den 1. januar 2007, skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, som er truffet inden den 1. januar 2007, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 1 kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske eller grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Lovforslagets formål og baggrund	4219
1.1. Psykiatrilovens § 46 (revisionsbestemmelse)	4220
1.2. Psykiatrilovsundersøgelsen	4220
2. Hovedkonklusioner og -anbefalinger fra psykiatrilovsundersøgelsen	4221
2.1. Den overordnede konklusion	4221
2.2. God sygehusstandard	4221
2.3. Klagesystemet	4221
2.4. Beslutninger i overlægens fravær	4223
2.5. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	4223
2.6. Tilbageførelse	4224
2.7. Registrering og indberetning af tvang	4225
2.8. Patientrådgiverordningen	4225
2.9. Patientråd og patientmøder	4226
3. Ændringer i psykiatriloven siden 1999 og regulering af døgnhuse	4226
4. Udviklingen i tvangsansværelsen siden sidste lovrevision	4227
5. Internationalt	4227
6. Hovedpunkter i lovforslaget	4228
6.1. Tvangsdefinitionen	4228
6.2. Langvarige fikseringer	4229
6.3. Skærmning	4232
6.4. Tvungen opfølgning efter udskrivning	4234
7. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser m.v.	4237
8. Hørte myndigheder m.v.	4237

1. Lovforslagets formål og baggrund

Lovforslaget opfylder den forpligtelse, som Folketinget har pålagt regeringen om at fremsætte lovforslag om revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-2006, jf. psykiatrilovens § 46 (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien).

Lovforslagets formål er at styrke patienternes retsstilling og retssikkerhed på en række områder i forbindelse med anvendelsen af tvang i psykiatrien, herunder på nogle områder at reducere anvendelsen af tvang. Lovforslagets formål er endvidere at medvirke til at sikre, at det bliver muligt at fastholde de patienter, som det indenfor rammerne af den hidtidige lov-

givning ikke har været muligt at fastholde, i den nødvendige behandling.

Lovforslaget indeholder i forhold til den gældende lov følgende ændringer og tilføjelser:

- lovens titel ændres
- lovens tvangsdefinition ændres (§ 1, stk. 2-4)
- justering af bestemmelsen om god psykiatrisk sygehusstandard (§ 2)
- der indføres pligt til at sikre tilgængelig skriftlig husorden (§ 2 a)
- der indføres pligt til udlevering af kopi af behandlingsplan til patienten (§ 3, stk. 3)
- det bliver obligatorisk at tilbyde patienten en eller flere eftersamtaler efter ophøret af enhver tvangsforanstaltning (§ 4, stk. 5)
- der etableres udtrykkelig lovhjemmel til anvendelse af elektrostimulation (§ 12, stk. 3)
- der indføres et nyt kapitel om opfølgning efter udskrivning, herunder om tvungen opfølgning (kapitel 4 a, (§§ 13 a-13 e))
- der indføres et nyt afsnit om personlig skærmming og døraflåsning (§§ 18 c-18 e)
- der indføres et nyt afsnit om personlig hygiejne under anvendelse af tvang (§ 18 f)
- der indføres et nyt kapitel om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v. (kapitel 5 a, (§ 19 a))
- der bliver pligt til fornyet lægelig vurdering mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering (§ 21, stk. 4)
- der indføres pligt til fornyet lægelig vurdering af tvangsfikseringer, der udstrækkes ud over 48 timer, af læge som ikke er ansat på det afsnit, hvor indgrebet finder sted (§ 21, stk. 5)
- ophævelse af værgens mulighed for at give samtykke til psykokirurgiske indgreb (§ 22, stk. 3)
- der skal tildeles en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a (§ 24)
- ophævelse af bemyndigelsesbestemmelse om patientindflydelse (§ 30)
- der bliver pligt til at underrette patienten både skriftligt og mundtligt om påtænkt tvang (§ 31, stk. 1)
- klage over beslutning om tvungen opfølgning tillægges opsættende virkning (§ 32, stk. 4)
- der etableres ankeadgang for tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen, til retten (§§ 37, 37 a og 38)
- ophævelse af revisionsbestemmelse (§ 46), og

- der foretages konsekvensrettelser i § 4 a, § 19, § 20, stk. 1, § 21, stk. 1, og 3, § 24, stk. 2, § 26, stk. 1, § 34, stk. 3, § 35, § 36, stk. 1, 3 og 4, § 39, samt retsplejelovens § 469.

1.1. Psykiatrilovens § 46 (revisionsbestemmelse)

Det fremgår af psykiatrilovens § 46, at forslag om revision af loven skal fremsættes for Folketinget i folketingsåret 2005-06.

Det fremgår af bemærkningerne til § 46, at »Justitsministeriet er indstillet på, at der iværksættes en undersøgelse af lovens virkninger ved et uafhængigt forskningsinstitut. Undersøgelsen skal inddrage bruger- og pårørendeerfaringer. Justitsministeriet vil i den forbindelse sikre, at undersøgelsen iværksættes på et sådant tidspunkt, at Justitsministeriet i folketingsåret 2005-06 kan redegøre for undersøgelsens resultat over for Folketinget og tilkendegive, om der er grundlag for at gennemføre en fornyet revision af loven.«

Psykiatrimrådet overgik i 1998 til Sundhedsministeriet, nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

1.2. Psykiatrilovsundersøgelsen

Undersøgelsen, som på baggrund af et offentligt udbud er gennemført af Rambøll Management A/S fra maj 2004 til maj 2005, skulle afdække, hvorvidt reglerne i psykiatriloven bliver overholdt, om der er sammenhæng mellem den opfattede psykiatriens interesse har af reglerne og intentionerne bag loven, og endelig om reglerne opfylder deres formål, således som dette er begrundet i forarbejderne til loven.

Psykiatrilovsundersøgelsen omfatter de ændringer, som trådte i kraft den 1. januar 1999. Det betød, at fokus for psykiatrilovsundersøgelsen var god sygehusstandard, klagesystemet, beslutninger i overlægens fravær, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, tilbageførsel, registrering og indberetning af tvang, patientrådgiverordningen og patientråd og patientmøder.

Rambøll Management A/S har, jf. kravet i forarbejderne til psykiatrilovens § 46, i alle faser af undersøgelsen inddraget patient- og pårørendeorganisationerne.

For så vidt angår psykiatrilovens behandling i Folketinget henvises til Folketingstidende 1988-89: FF 767, 1553, 9906, 10301, tillæg A 2035, tillæg B 1323, 1779, tillæg C 985; Folketingstidende 1994-95 (1. samling): FF 260, 516, 6015, 6215, tillæg A 323, tillæg B 623, tillæg C 480; Folketingstidende 1994-95 (2. samling): FF 3649, 3867, 6436, 6639, tillæg A 2494, tillæg B 725, tillæg C 601; Folketingstidende 1996-97: FF 3079, tillæg A 3004, 3050, tillæg B

1541; Folketingstidende 1997-98 (1. samling): FF 1843, tillæg A 1682, 1752; Folketingstidende 1997-98 (2. samling): FF 260, 2016, 2126, tillæg A 921, 993, tillæg B 228, 266, 350, tillæg C 367; Folketingstidende 2001-02 (2. samling): FF 6502, 7432, 7733, tillæg A 5598, tillæg B 1544, tillæg C 696; Folketingstidende 2004-05 (1. samling): FF 560, 638, 2130, 2495, tillæg A 569, tillæg B 38, tillæg C 8.

2. Hovedkonklusioner og -anbefalinger fra psykiatrilovsundersøgelsen

I dette afsnit gengives Rambøll Managements hovedkonklusioner fra psykiatrilovsundersøgelsen.

2.1. Den overordnede konklusion

Det er den overordnede vurdering, at psykiatriloven generelt på de undersøgte områder opfylder sit formål om at sikre de sindslidendes retsstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og anvendelsen af anden tvang i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

Undersøgelsen når frem til, at loven – i forhold til de undersøgte områder – generelt overholdes.

Derudover fremhæves det i konklusionerne, at undersøgelsen viser, at der blandt psykiatriens interessenter er en generel accept af nødvendigheden af at sikre patienternes retssikkerhed gennem en overordnet kontrol med tvangsansvarelsen på de psykiatriske afdelinger.

2.2. God sygehusstandard

Gældende ret

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

Der er tale om en målsætningsbestemmelse. Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at denne målsætning forudsattes gennemført ved psykiatraftalen fra 1997 om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Blandt rapportens konklusioner vedrørende god sygehusstandard skal fremhæves, at alle psykiatriens interessenter finder det hensigtsmæssigt, at der i psykiatriloven findes en målsætning om god sygehusstan-

dard, og at det er relevant, at målsætningen er udspecificeret på en række områder. Uddannelsesstilbud til patienterne bør ikke længere omfattes af god sygehusstandard, men det er hensigtsmæssigt, at der udarbejdes en model for kontrol med god sygehusstandard. Undersøgelsen konkluderer, at bestemmelsen om god sygehusstandard kun er en del af den samlede mængde af faktorer, der påvirker givne beslutninger omkring sygehusstandarden, men den bidrager til den fortsatte udvikling af sygehusstandarden på de psykiatriske afdelinger.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

For så vidt angår god sygehusstandard, er regeringen enig, når det i psykiatrilovsundersøgelsen konkluderes, at der bør ske en præcisering, således at personalets kompetencer kommer til at indgå som en del af begrebet. Derimod kan regeringen ikke tilslutte sig forslaget om, at uddannelsesstilbud udgår. God sygehusstandard må ses i bred forstand. Således er uddannelsesstilbud væsentlige for blandt andre indlagte børn og unge, som skal følge et (folke)skoleforløb, eller f.eks. retspsykiatriske patienter i længere behandlingsforløb. Derudover finder regeringen, at begrebet god psykiatrisk sygehusstandard tillige bør omfatte patient- og pårørendepolitikker, da retningslinier på disse områder er hensigtsmæssige redskaber til inddragelse af patient- og pårørendesynspunkter i udviklingen af psykiatrien. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 4, om god psykiatrisk sygehusstandard med tilhørende bemærkninger.

2.3. Klagesystemet

Gældende ret

Klagesystemet er reguleret i psykiatrilovens kapitel 10 (§§ 34-39).

Det følger af psykiatrilovens § 34, at der ved hvert statsamt og ved Københavns Overpræsidium (pr. 1. januar 2007 – statsforvaltning) oprettes et patientklagenævn bestående af vedkommende statsamtmand (overpræsidenten) (pr. 1. januar 2007 - direktøren for statsforvaltningen) som formand samt to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af indenrigs- og sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer.

Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstillbægholdelse, tilbageførelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af per-

sonlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, for patientklagenævnet, jf. § 35.

Det følger af § 36, at når en sag, jf. § 35, indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen.

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

Patientklagenævnet skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal patientklagenævnet træffe afgørelse snarest muligt. De nærmere regler om de psykiatriske patientklagenævn er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1303 af 14. december 2004 om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn.

Efter psykiatrilovens § 37 skal patientklagenævnet efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Godkender patientklagenævnet, at patienten frihedsberøves, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet i patientklagenævnet, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse.

Patientklagenævnets afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ved behandling af sådanne sager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (pr. 1. januar 2007 lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, kapitel 2). Nærmere regler om klagevejledning m.v. findes i bekendtgørelse nr. 1302 af 14. december 2004 om underretning og klagevejledning til patienter i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien, samt i vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision.

Det følger af lovens § 39, at patientklagenævnet hvert år skal offentliggøre en beretning om sin virksomhed.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Psykiatrilovsundersøgelsen konkluderer om klagesystemet bl.a., at den samling af 1. behandlingen af alle klager over tvangsanvendelse ved de lokale psykiatriske patientklagenævn, som blev indført ved revisionen i 1998, samlet set vurderes at have forbedret patienternes retssikkerhed. Rapporten konkluderer videre, at der er behov for, at der arbejdes hen imod en nærmere definition af begrebet husordener og herunder, at der tages stilling til, om der skal udfærdiges et sæt vejledende retningslinier herfor, samt om der skal være et overordnet tilsyn med husordener. Dernæst konkluderer rapporten, at der er behov for en lovgivningsmæssig præcisering af, under hvilke omstændigheder skærmningstiltag kan ligestilles med øvrig tvangsanvendelse, hvorved der åbnes mulighed for dels at klage herover til de lokale patientklagenævn, dels at få tilbud om beskikkelse af patientrådgiver. Derudover findes i undersøgelsen generelt opbakning til, at klager over tvangsbehandling har opsættende virkning, og til at disse skal behandles inden 7 dage ved de lokale psykiatriske patientklagenævn. Endelig konkluderer det, at det konkret for »svingdørspatienter« kan overvejes at ændre bestemmelserne om motivationstid (kortere/ingen motivationstid), og evt. at bestemmelserne om opsættende virkning udvides, således at det er muligt over for disse patienter umiddelbart at iværksætte relevant behandling.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

For så vidt angår spørgsmålet om husordener finder regeringen, at det er hensigtsmæssigt, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en husorden, der er tilgængelig og kendt af patienterne. En tilgængelig og kendt husorden kan modvirke, at en helt generel foranstaltning opfattes af patienterne som ureguleret tvang rettet mod enkelte patienter. Regeringen finder imidlertid ikke, at der i medfør af lovgivningen bør udarbejdes overordnede retningslinier for husordener som anbefalet i rapporten. Husordener bør fleksibelt kunne tilpasses den enkelte afdelings behov. På den baggrund foreslår regeringen, at der indføres en pligt for sygehusmyndigheden til at udarbejde skriftlige og lettilgængelige husordener på de psykiatriske afdelinger. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 5; med tilhørende bemærkninger.

For så vidt angår skærmning er regeringen enig i, at det bør afklares i loven, under hvilke omstændigheder skærmning kan karakteriseres som tvang. Regeringen fremsætter således forslag om, at der indføres regler om personlig skærmning forstået som foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer til enhver

tid befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Desuden foreslår regeringen, at reglerne for døraflåsning reguleres i selve loven. Derved skabes der retlig klarhed om retstilstanden for den såkaldte »fysiske skærmning«. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.3. samt lovforslagets § 1, nr. 13.

Psykiatrilovsundersøgelsen anbefaler, at kriterierne for, hvornår en klage over tvangsbehandling ikke tillægges opsættende virkning, udvides, således at det er muligt umiddelbart at gennemføre tvangsbehandling af patienter, der gentagne gange har været indlagt på samme psykiatriske afdeling.

Efter de gældende regler har en klage over beslutning om tvangsbehandling som udgangspunkt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3.

Der findes imidlertid allerede i det gældende regelsæt mulighed for omgående at gennemføre behandling under anvendelse af tvang, d.v.s., at en klage over tvangsbehandling i visse situationer ikke skal tillægges opsættende virkning. Det følger således af § 32, stk. 3, at en klage over beslutning om tvangsbehandling ikke har opsættende virkning, hvis omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Det er regeringens opfattelse, at der ikke bør slækkes på denne retssikkerhedsgaranti om opsættende virkning i forbindelse med beslutningen om tvangsbehandling, og at omgående behandling fortsat kun skal kunne gennemføres i de akutte situationer, der fremgår af § 32, stk. 3.

Det skal endvidere erindres, at der maksimalt kan blive tale om, at behandlingen på grund af den opsættende virkning udsættes 7 hverdage, idet de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne ved klager over tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, skal træffe afgørelse inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

2.4. *Beslutninger i overlægens fravær*

Gældende ret

Der er med hjemmel i psykiatrilovens § 4 a mulighed for, at en række beslutninger om tvangsansendelse i overlægens fravær kan træffes af en anden læge. Overlægen skal efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Det drejer sig om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt (§ 9, stk. 2), hvorvidt

betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt (§ 10, stk. 1), beslutning om tilbageførsel til afdelingen (§ 10 a, stk. 1, 1. pkt.), afgørelse om tvangsbehandling (§ 12, stk. 3), tvangsbehandling af legemlig lidelse (§ 13, stk. 2, 1. pkt.), beslutning om brug af hånd- eller fodremme (§ 15, stk. 2) og efterprøvelse af frihedsberøvelse (§ 21, stk. 2).

Psykiatrilovsundersøgelsen

Rapporten konkluderer, at bestemmelsen i § 4 a har skabt klarhed blandt personalet, og på den baggrund vurderes der ikke at være behov for at ændre bestemmelsen.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen er enig i psykiatrilovsundersøgelsens konklusion.

2.5. *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*

Gældende ret

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er reguleret i psykiatrilovens § 3, stk. 4-6.

Det følger af § 3, stk. 4, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder og andre relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Om koordinationsplaner bestemmer § 3, stk. 5, at hvis en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patientens rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., jf. § 3, stk. 6.

Psykiatrilovsundersøgelsen

I psykiatrilovsundersøgelsen findes grundlæggende opbakning til behovet for at samarbejde mellem sektorerne. Opbakningen betyder primært et ønske om at udvikle og forbedre de eksisterende samarbejds- og koordinations tiltag. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner opfattes af bidragsyderne til rapporten som en af flere muligheder, som i visse (sjældne) tilfælde kan bringes i anvendelse.

Det konkluderes videre, at der udarbejdes en lang række andre aftaler ved udskrivning med henblik på at sikre et sammenhængende patientforløb, og at disse aftaler på mange måder er sammenlignelige med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men at de adskiller sig på følgende områder: For det første angives der ikke i aftalerne nødvendigvis et tidspunkt for opfølgende første møde. For det andet aftales det ikke nødvendigvis, om og hvem der i givet fald skal fungere som støtte- og kontaktperson, samt hvem der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding, og for det tredje er der forskel i forhold til skriftlighed og dokumentation.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes i psykiatrilovsundersøgelsen grundlæggende ikke at have bedre effekt end andre samarbejdsredskaber, når det drejer sig om at fastholde de allersvageste patienter i behandling.

Knyttet til disse konklusioner anbefaler rapporten, at der i psykiatriloven gives mulighed for at afprøve anvendelse af ambulante tvang, og herunder at erfaringer indhøstes i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor. (Begrebet »ambulant tvang« er ikke defineret præcist i psykiatrilovsundersøgelsen, men det forudsættes i rapporten, jf. side 162, at tvangen alene kan anvendes inden for den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det betyder, at patienten enten af egen drift opsøger afdelingen for at modtage den nødvendige behandling, at patienten motiveres hertil af støtte-/kontaktperson eller at gennemførelsen sker på samme måde som ved tvangsindlæggelser. Tvangsindlæggelsen vil i dette tilfælde være kortvarig (en dag)). Den ambulante tvang forudsættes kun anvendt i de tilfælde, hvor patientens helbred efter udskrivning fra psykiatriske afdeling afhænger af fortsat medicinering, og kun hvor alle andre muligheder for at fortsætte en nødvendig medicinsk behandling uden indlæggelse på psykiatriske afdeling er udtømt. Det forudsættes endvidere, at tvangen alene kan finde anvendelse inden for den psykiatriske afdelings fysiske rammer. Det anbe-

fales, at det, på lige fod med hvad der gælder for andre tvangsindgreb, bør være muligt at klage over anvendelse af ambulante tvang.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen er enig i, at der er behov for særlige bestemmelser, som giver mulighed for at fastholde de allersvageste patienter i behandling. Det er efter regeringens opfattelse overordentligt vigtigt, at netop disse patienter følger behandlingstilbuddet i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der skal fortsat udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for denne patientgruppe. Men, hvis det, på trods af, at sådanne aftaler eller planer har været udarbejdet, ikke er muligt at fastholde disse patienter i den nødvendige behandling, skal det efter regeringens opfattelse være muligt under anvendelse af tvang at fastholde patienterne i den nødvendige behandling. Anvendelse af tvungen opfølgning bør ske efter strenge betingelser og tilknyttes retssikkerhedsmæssige garantier. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.4. om tvungen opfølgning efter udskrivning, samt til lovforslagets § 1, nr. 11.

2.6. Tilbageførsel

Gældende ret

Reglen om tilbageførsel findes i psykiatrilovens § 10 a. Bestemmelsen vedrører den situation, hvor en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person har forladt en psykiatriske afdeling og ikke er vendt frivilligt tilbage. I disse situationer kan overlægen beslutte, at den pågældende skal føres tilbage til afdelingen med politiets hjælp. Sådant tilbageførsel kan kun ske indtil en uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførsel, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Rapporten konkluderer, at bestemmelsen om tilbageførsel har haft den forventede virkning i forhold til forbedring af patienternes mulighed for udgang, og at der på denne baggrund ikke er behov for ændring af reglerne om tilbageførsel.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen er enig i, at der ikke er behov for en ændring af § 10 a.

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

2.7. Registrering og indberetning af tvang

Gældende ret

Registrering af tvang er reguleret i psykiatrilovens § 20, stk. 1-2. Heraf følger, at oplysning om enhver anvendelse af tvang skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebs nærmere indhold og begrundelse. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Ministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger. Kapitel 4 og 5 (§§ 32-46) i bekendtgørelsen regulerer detaljeret hvilke oplysninger, der skal registreres og indberettes til Sundhedsstyrelsen og sygehusmyndigheden.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Rapporten konkluderer vedrørende registrering og indberetning af tvang, at der i meget stort omfang oprettes tvangsprotokoller ved tvanganvendelse på afdelingerne. På grund af usikkerhed om fortolkning af enkelte tvangssituationer er der dog behov for videreudvikling og præcisering af gældende vejledning om registrering af tvang. Det er endvidere undersøgelsens konklusion, at Sundhedsstyrelsens årlige tvangsstatistikker generelt finder anvendelse som led i kvalitetsudvikling på de enkelte psykiatriske afdelinger.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen er enig i, at der er behov for en videreudvikling og præcisering af Sundhedsstyrelsens gældende vejledning om registrering af tvang. Udviklingen skal også ses i lyset af, at det pr. 1. januar 2005 blev obligatorisk for afdelingerne at indberette anvendelsen af tvang elektronisk.

2.8. Patientrådgiverordningen

Gældende ret

Patientrådgiverordningen reguleres i psykiatrilovens kapitel 8 (§§ 24-29).

Der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbæholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver

ved iværksættelse af de i kapitel 5 nævnte foranstaltninger. Det drejer sig om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, beskyttelsesfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Patientrådgiverens opgave er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager, og patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i patientklagenævnet, jf. § 24.

Beskikkelsen sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske hurtigst muligt underretter patientrådgiveren om tvangsindgrebet og beskikkelsen. Patientrådgiverne beskikkes efter tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på listen.

Patienten skal have mulighed for at udtale sig om den påtænkte beskikkelse. Hvis patienten fremsætter ønske om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal anmodningen så vidt muligt imødekommes.

Ønsker patienten at få beskikket en patientrådgiver, der ikke er optaget på fortegnelsen, sker der foreløbig beskikkelse af den person, der står for tur efter § 25, stk. 2. Statsamtmanden (pr. 1. januar 2007 – direktøren for statsforvaltningen) træffer bestemmelse om, hvorvidt den af patienten foreslåede person kan beskikkes. Patientens ønske skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt, jf. § 25.

Det følger af § 26, at patientrådgiveren snarest muligt efter beskikkelsen skal besøge patienten og til stighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov.

Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten.

§ 27 bestemmer, at personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.

Nærmere regler om antagelse og beskikkelse af patientrådgivere, deres opgaver og nærmere beføjelser samt honorar er fastsat i bekendtgørelse nr. 1301 af 14. december 2004 om patientrådgivere.

Psykiatrilovsundersøgelsen

I rapporten konkluderes det om patientrådgiverordningen bl.a., at det er relevant at præcisere, at patientrådgiveren så vidt muligt skal deltage, når klagesagen behandles i de lokale psykiatriske patientklagenævn, fordi dette styrker patienttilliden, og fordi patienten derved får bedre mulighed for at formulere sine synspunkter under nævnets møder.

Der synes videre ifølge undersøgelsen at være behov for at overveje, om psykiatrilovens »kan«-bestemmelse i relation til tilbud om beskikkelse af patientrådgiver skal ændres til en »skal«-bestemmelse, når der er tale om tvangsfiksering, således at der obligatorisk beskikkes en patientrådgiver i disse situationer. Baggrunden herfor er primært, at der allerede på en række psykiatriske afdelinger er præcedens herfor, og at dette opfattes positivt af psykiatriens interessenter.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen er enig i anbefalingen om, at de nuværende regler om beskikkelse af patientrådgivere bør udvides til at omfatte obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsfiksering. Regeringen foreslår imidlertid, at patientrådgiverordningen udvides yderligere, således at der sker automatisk beskikkelse af patientrådgivere ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra de indgreb, der fremgår af §§ 18 f og 19 a. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.2. om langvarige fikseringer, samt til lovforslagets § 1, nr. 13, 15 og 21.

2.9. Patientråd og patientmøder

Gældende ret

Det følger af psykiatrilovens § 30, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Rapporten konkluderer om patientråd og patientmøder bl.a., at det forekommer ude af trit med den øvrige udvikling inden for sygehusvæsenet, at der er udarbejdet særlige regler for psykiatriske patienters indflydelse, idet udviklingen på en række områder går mod lignestilling af somatiske og psykiatriske patienter. På den baggrund anbefaler rapporten, at bestemmelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan

fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger, udgår.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Psykiatrilovsundersøgelsen anbefaler, at psykiatriske og somatiske patienter ligestilles for så vidt angår regler om patientindflydelse, og at bemyndigelsesbestemmelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger, ophæves. Regeringen finder patientindflydelse væsentlig. Det er imidlertid regeringens opfattelse, at den gældende regulering med patientmøder og patientråd var velegnet i en tid, hvor psykiatriske patienter var indlagt meget længe på de psykiatriske afdelinger, eventuelt livslangt. Med det nuværende behandlingsmønster og kortere indlæggelsestider er det regeringens opfattelse, at patientindflydelse kan sikres bedre på anden vis.

Regeringen finder således, at den foreslåede tilføjelse til begrebet god psykiatrisk sygehusstandard om patient- og pårørendepolitikker, sammenholdt med sygehusmyndighedens foreslåede forpligtelse til at udarbejde skriftlige husordener er bedre redskaber til fleksibelt at inddrage patienter og pårørende i forhold på afdelingerne end en bekendtgørelse om patientindflydelse. På den baggrund kan regeringen tilslutte sig rapportens anbefaling om at lade den nuværende § 30 om patientindflydelse udgå og erstatte af den foreslåede ændring i § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard og forpligtelsen i § 2 a til at sikre lettilgængelige og skriftlige husordener på de psykiatriske afdelinger. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 4, 5 og 24.

3. Ændringer i psykiatriloven siden 1999 og regulering af døgnhuse

Psykiatriloven er ændret tre gange siden seneste revision i 1998.

Lov nr. 377 af 6. juni 2002 indførte mulighed for aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Loven hjemler, at der på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland kan ske aflåsning af patientstue ud fra en behandlingsmæssig begrundelse, når det er nødvendigt at etablere faste rammer i behandlingen, eller der er behov for at skærme patienten mod for mange stimuli. Derudover kan aflåsning af patientstue anvendes i behandlingsøjemed, hvis det er nødvendigt at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller udøver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Endelig hjemler loven, at der kan fore-

tages aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, om natten og kortvarigt om dagen under konferencer og lignende af sikkerhedsmæssige grunde.

Psykiatriloven blev ændret igen i 2004 ved lov nr. 1371 af 20. december 2004. Med denne lovændring blev der indført mulighed for anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer overfor personer, der lider af demens eller demenslignende tilstande. Derudover blev det med lovændringen præciseret, at der er hjemmel til at anvende særlige dørlåse over for samme gruppe af patienter. Formålet er at hindre, at patienter ved at forlade en psykiatrisk afdeling udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade, f. eks. hvis patienten ikke kan håndtere at færdes i farefyldte trafikforhold eller i naturområder, hvor vedkommende kan miste orienteringen. For øvrige patienter, er det fortsat således, at de straks efter, at afgørelsen om særlige dørlåse er truffet, skal underrettes herom, og gøres opmærksomme på, at de kan forlade afdelingen, hvis de ønsker det.

Senest er psykiatriloven ændret i 2005 ved lov nr. 542 af 24. juni 2005 om regional statsforvaltning. Der er tale om konsekvensrettelser som følge af, at statsamtene/Københavns Overpræsidium nedlægges og erstattes af regionale statsforvaltninger.

Døgnhuse

Det fremgår af den gældende servicelovs § 93, stk. 2, (lovbekendtgørelse nr. 1187 af 7. december 2005 om social service), at amtskommunen kan oprette pladser til midlertidigt ophold i døgnhuse med behandlingsunderstøttende rammer til personer med sindslidelser, som for en kortere periode har behov for behandlingsmæssig støtte og pleje, mens deres situation stabiliseres.

Det er som led i kommunalreformen besluttet, at adgangen til at etablere døgnhuse overføres til regionerne som en del af sygehusvæsenets tilbud efter sundhedsloven. Denne overflytning af døgnhusene til sygehusvæsenet medfører ingen ændring i forhold til psykiatriloven. De regler i psykiatriloven, som forudsætter indlæggelse på psykiatrisk afdeling, finder fortsat ikke anvendelse på døgnhuse.

4. Udviklingen i tvangsanvendelsen siden sidste lovrevisión

Oplysninger om tvangsanvendelsens omfang og udvikling siden den seneste revision af loven i 1998 fremgår af Sundhedsstyrelsens årlige tvangstatistikker. Hovedkonklusionen er, at ca. 20 % af de patienter, der er indlagt på psykiatriske afdelinger, bliver berørt

af tvang. Således var 24.518 personer indlagt på de psykiatriske afdelinger i 1999, hvoraf 4.727 personer var berørt af tvang. Det svarer til 19,3 %. I 2000 var 24.393 personer indlagt på de psykiatriske afdelinger, hvoraf 4.995 personer var berørt af tvang, hvilket svarer til 20,5 %. I 2001 var 26.123 personer indlagt på de psykiatriske afdelinger, hvoraf 5.496 personer var berørt af tvang, hvilket svarer til 21,0 %. I 2002 var 24.816 personer indlagt på psykiatriske afdelinger, hvoraf 5.182 personer var berørt af tvang, hvilket svarer til 20,9 %. I 2003 var 25.352 personer indlagt på psykiatriske afdelinger, hvoraf 5.061 var berørt af tvang, hvilket svarer til 20,0 %. I 2004 var 4.821 personer berørt af tvang ud af 24.077 (foreløbigt tal) indlagte på psykiatriske afdelinger, svarende til 20,0 %.

Til og med 1998 blev tvangsstatistikkerne opgjort på en måde, hvor oplysningerne ikke var personhenførbare. Dette medførte usikkerhed i forbindelse med tolkning af statistikken. Der var endvidere betydelige forskelle i, hvordan tvangsprotokolskemaerne blev udfyldt. I 1999 blev der derfor indført ændrede registreringsregler. 1999 må dog betragtes som en indkøringsperiode, da ikke alle afdelinger indberettede tvang på de nye protokoller for 1. kvartal af 1999. Som det fremgår har mellem 20,0 % og 21 % af patienter indlagt på psykiatrisk afdeling i perioden fra 2000 – 2004 været berørt af tvang.

Det er regeringens målsætning, at tvangsanvendelsen skal nedbringes. Et nationalt kvalitetsprojekt om tvang blev således iværksat og delvist finansieret af midler fra psykiatrafalten for 2003-2006. Der har været iværksat en række projekter lokalt over hele landet. Aktivitetsperioden for de lokale projekter sluttede den 1. juli 2005. Der pågår herefter et arbejde med implementering, spredning og formidling af erfaringerne. Blandt andet på baggrund af resultaterne fra det nationale kvalitetsprojekt om tvang foreslår regeringen et øget tilsyn med tvangsfikseringer samt pligt for sygehusmyndigheden til at tilbyde patienter såkaldte efter samtaler, når det enkelte tvangsgreb er ophørt. Der henvises i den forbindelse til lovforslagets § 1, nr. 8 og 19.

5. Internationalt

I 2002 havde Danmark besøg af *Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur m.v.* Besøget blev fulgt op af en rapport fra komiteen med en række konklusioner og anbefalinger. Rapporten findes på Europarådets hjemmeside – www.coe.int

Hovedpunkterne i komiteens konklusion er, at der i Danmark generelt finder en god behandling sted, der er respekt og en afslappet atmosfære mellem persona-

le og patienter, overvejende gode fysiske rammer, systematisk registrering af anvendelsen af tvang og effektiv, god klagesagsbehandling. Komiteen fandt dog anledning til at kritisere navnlig brugen af langvarige fikseringer. Komiteen anbefalede, at alle patienter, der undergives tvangsfiksering, skal have beskikket en patientrådgiver ved indgrebets iværksættelse. Indenrigs- og Sundhedsministeriet tilkendegav dengang overfor komiteen, at ministeriet ville behandle spørgsmålet om brug af langvarige fikseringer i forbindelse med den forestående revision af psykiatriloven. Med henblik på en styrkelse af patienternes retssikkerhed i forbindelse med tvangsfikseringer foreslår regeringen en række tiltag. Det er regeringens vurdering, at disse tiltag, udover at styrke patienternes retssikkerhed, vil kunne medvirke til at nedbringe længden og antallet af fikseringer. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.2.

Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur m.v. anbefalede tillige, at der udarbejdes nationale standarder for skærmmning, samt at alle patienter, der undergives skærmmning, skal tilbydes en patientrådgiver. Regeringen fremsætter med dette lovforslag forslag om regulering af skærmmning, herunder om tilknytning af en patientrådgiver. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.3.

Europarådet vedtog i 2004 en rekommandation om beskyttelse af personer med sindslidelser (Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder). På baggrund af rekommandationen foreslås det, at lovens § 22 om psykokirurgisk indgreb ændres, således at indgrebet alene kan finde sted, hvis patienten selv er i stand til at samtykke skriftligt. I dag vil en værges samtykke kunne erstatte patientens. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 20, med tilhørende bemærkninger.

Derudover præciseres det med forslaget i psykiatrilovens § 31 på baggrund af rekommandationen, at den underretning, som patienten som udgangspunkt har krav på inden iværksættelse af tvangsindgreb, både skal være mundtlig og skriftlig. Der henvises i den forbindelse til lovforslagets § 1, nr. 25, med tilhørende bemærkninger.

6. Hovedpunkter i lovforslaget

Psykiatrilovens mindste middel princip, som er lovfæstet i § 4, er det bærende element i beslutninger om anvendelse af tvang i behandlingen. Det fremgår således af bestemmelsen, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens

frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid. Derudover skal anvendelse af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Og endelig må tvang ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Dette lovforslags hovedpunkter samt de enkelte elementer skal ses i lyset af mindste middel princippet, som således fortsat overalt skal indfortolkes i betingelserne for og fremgangsmåden ved enhver tvangsudøvelse.

6.1. Tvangsdefinitionen

Det fremgår af den nuværende bestemmelse i psykiatrilovens § 1, stk. 2, at der ved tvang i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, som patienten modsætter sig. Det antages i praksis, at en patients passivitet over for en foranstaltning som udgangspunkt sidestilles med frivillighed. Der stilles dog ikke store krav til en tilkendegivelses klarhed, før en protest fra patientens side må antages at foreligge med den virkning, at man må afstå fra at gennemføre den påtænkte foranstaltning, medmindre betingelserne for tvangsmæssig gennemførelse er til stede. Indvilliger en patient med beklagelse eller resignation, antages der som udgangspunkt at foreligge frivillighed. Det samme gælder, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke. Det er efter de gældende regler imidlertid næppe muligt generelt at angive, hvornår tilfælde inden for dette grå-zone-område, antager karakter af tvang i lovens forstand. Som vejledende retningslinie efter de eksisterende regler antages at gælde, at det er tvang, hvis en foranstaltning søges gennemført, selv om patienten verbalt eller nonverbalt giver udtryk for en protest eller modstand, der ikke frafaldes eller opgives.

Det fremgår af kapitel 5 i sundhedsloven, at ingen undersøgelse, behandling eller pleje må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19 i sundhedsloven vedrørende stedfortrædende samtykke. I § 17, stk. 1, i sundhedsloven fastsættes, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. Det

følger af stk. 2, at såfremt en sundhedsperson efter en individuel vurdering skønner, at en patient, der er imellem 15 og 18 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give et stedfortrædende samtykke. For en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan behandling evt. iværksættes på grundlag af et stedfortrædende samtykke fra de nærmeste eller værger, jf. § 18 i sundhedsloven. Det fremgår af sundhedslovens § 19, at hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Grænserne for, hvornår behandling m.v. kan siges at være frivillig, er således ikke overensstemmende i kapitel 5 i sundhedsloven og psykiatriloven. Efter psykiatriloven anses behandling m.v. som frivillig, hvis patienten forholder sig passiv i forhold til et foreslået behandlingstiltag m.v., hvorimod der i henhold til sundhedsloven kræves et informeret samtykke.

Forskellen i definitionen i sundhedsloven og psykiatriloven af, hvornår behandling kan iværksættes på »frivillig« basis, er imidlertid efter regeringens opfattelse af flere grunde uheldig.

Det forekommer utidssvarende, at der for psykiatriske patienter kan være en lavere tærskel for et gyldigt samtykke end for patienter med somatiske lidelser. Det giver efter regeringens opfattelse kun mening (uden for området af stedfortrædende samtykke) at tale om »samtykke«, hvis patienten har sin handleevne i behold og kan forstå og forholde sig til de påtænkte foranstaltninger. Demente patienter kan således udvise passivitet, simpelthen fordi de ikke forstår, hvad der foregår omkring dem. Derfor kan deres passivitet ikke i alle tilfælde tolkes som en accept (f.eks. til at påbegynde en behandling med psykofarmaka). Denne tolkning vil i øvrigt medføre, at disse patienter afskæres fra at få beskikket en patientrådgiver til at varetage deres interesser, eftersom der ikke vil være tale om tvang. Et synspunkt om, at der for denne gruppe patienter kan træffes beslutning om behandling, uden at de legale repræsentanter involveres, er forladt på sundhedsrettens øvrige område.

Hertil kommer, at uoverensstemmelse i frivillighedsbegreberne mellem regelsættene giver anledning til nogle uheldige grænsefladeproblematikker for psy-

kiatriske patienter. For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de pårørende i henhold til patientretsstillingsloven (pr. 1. januar 2007 – sundhedsloven) give et stedfortrædende samtykke. Er en varigt inhabil patient indlagt på en somatisk afdeling, skal et stedfortrædende samtykke utvivlsomt indhentes fra de pårørende eller værger, før behandling kan iværksættes. Bliver den samme patient indlagt på en psykiatrisk afdeling og skal behandles for en psykisk lidelse, og vedkommende forholder sig passivt i forhold til et behandlingsforslag, er det tvivlsomt, hvorvidt samtykke skal indhentes fra de pårørende, eller om behandling kan iværksættes på et »frivilligt« grundlag med henvisning til psykiatrilovens § 1, stk. 2, hvorefter patientens passivitet jo sidestilles med et samtykke til behandlingen.

Regeringen foreslår på denne baggrund, at samtykkebegrebet i psykiatriloven bringes i overensstemmelse med patientretsstillingslovens samtykkebegreb, og at tvang i psykiatrilovens forstand således defineres som foranstaltninger for hvilke, der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

6.2. Langvarige fikseringer

Det er regeringens opfattelse, at problematikken vedrørende de langvarige fikseringer indeholder to aspekter. Først og fremmest et sundhedsfagligt aspekt i relation til at nedbringe antallet og udstrækningen af fikseringer og dernæst et juridisk aspekt i relation til psykiatrilovens overensstemmelse med grundlovens § 71, stk. 6, som bestemmer, at en administrativt bestemt frihedsberøvelse skal kunne prøves ved en domstol. De to aspekter vil blive belyst hver for sig.

Øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse

Oplysninger om tvangsansvendelsens omfang og udvikling, herunder tvangsfikseringer siden den seneste revision af loven i 1998 fremgår af Sundhedsstyrelsens årlige tvangsstatistikker. I 1999 blev 1.968 personer undergivet en tvangsfiksering. I 2000 drejede det sig om 1.979 personer. I 2001 var der tale om 2.033 personer. I 2002 var antallet af personer, der blev tvangsfikseret faldet til 1.959, og i 2003 blev 1.787 personer undergivet tvangsfiksering. Det seneste tal (foreløbigt tal) fra 2004 viser, at 1.741 personer var underlagt en tvangsfiksering.

Som følge af fokus på brugen af fikseringer, herunder især de langvarige fikseringer, blev Sundhedsstyrelsens tvangsstatistik fra 2002 udvidet med en tabel, der viste den summerede varighed af bæltfikseringer for de enkelte patienter. Herved blev det muligt at få overblik over, hvor mange patienter der var fikseret i

hvor lang tid. I 2002 var 1.004 patienter ud af 1.959, svarende til 51,3 %, fikseret i mindre end et døgn. I 2003 var 925 patienter ud af 1.787, svarende til 51,8 %, fikseret mindre end et døgn. I 2004 var 930 patienter ud af 1.741 (foreløbige tal), svarende til 53,4 %, fikseret mindre end et døgn.

Sundhedsstyrelsens tvangsstatistik blev udvidet igen fra 2003 med oplysning om antal gange, enkeltpersoner har været udsat for en fiksering og/eller fysisk magtanvendelse. Af statistikken fremgår det, at ca. 1/3 (31,2 %) af patienterne alene har været udsat for én foranstaltning i løbet af 2003. Samme tendens gør sig gældende i 2004, da 33,2 % (foreløbigt tal) af patienterne alene blev udsat for én foranstaltning i det år. Regeringen finder, at der med den udvidede tvangsstatistik er tilvejebragt et bedre grundlag for en målrettet indsats for udviklingen af psykiatrien, herunder et grundlag for en mere nuanceret vurdering af brugen af fikseringer. Det er regeringens målsætning, at brugen af langvarige fikseringer skal nedbringes.

Gældende ret

Det følger af psykiatrilovens § 14, at tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det følger videre af psykiatrilovens § 21, at fiksering – som andre tvangsindgreb – ikke må udstrækkes længere end højst nødvendigt.

Afgørelse om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilsat patienten.

De nærmere regler om tvangsfiksering følger af bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger. Det fremgår af § 12 i bekendtgørelsen, at det er en forudsætning for iværksættelse af en tvangsfiksering, at lægen på baggrund af patientens aktuelle tilstand har vurderet nødvendigheden af tvangsfikseringen, og at andre midler som f.eks. øget tilsyn har vist sig utilstrækkelig eller uigennemførlig som følge af patientens tilstand.

Der er i den gældende psykiatrilov og bekendtgørelsen fastsat detaljerede regler for anvendelse af tvangsfiksering. Der er ikke i psykiatriloven fastsat et maksimum for udstrækningen af en fiksering, men der er et generelt krav om løbende efterprøvelse af indgrebet.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Som det er nævnt under punkt 5., har brugen af langvarige fikseringer været rejst af Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur m.v. Herudover har brugen af langvarige fikseringer været rejst af Europarådets Menneskerettighedskommissær.

Regeringen finder ikke, at der i loven bør indsættes en absolut tidsgrænse for varigheden af fikseringer, idet man herved vil risikere at efterlade afdelingen og personalet uden midler til at varetage den fornødne omsorg for patienten selv og de øvrige patienter, hvis patientens tilstand ved udløbet af tidsfristen er uforandret.

Med henblik på at sikre en høj kvalitet i tvangsansværelsen og en begrænsning i fikseringernes udstrækning foreslår regeringen i stedet, at der fastsættes klare og ensartede regler for mindstehyppigheden af fornyet lægeligt tilsyn og i den forbindelse for en stillingtagen til ophør eller fortsat fiksering.

Sundhedsstyrelsen har anbefalet over for ministeriet, at det lægelige tilsyn med patienter, der er fikseret, skærpes, således at der skal ske en lægelig vurdering af en tvangsfiksering mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt. Hensigten er, at det systematisk øgede lægetilsyn skal skærpe lægens opmærksomhed i relation til, om tvangsfikseringen skal opretholdes og om mulige alternativer hertil. Det overordnede formål er, at tvangsfikseringerne, som lovens øvrige tvangsindgreb, ikke må udstrækkes længere end højst nødvendigt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derudover, at der sker en særlig prøvelse af beslutningen om tvangsfiksering, hvis denne udstrækkes mere end 48 timer. Denne prøvelse skal foretages af en læge, som ikke er ansat på det psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, og som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlede læge. Herved sikres en uvildighed i relation til vurderingen af behovet for indgrebets eventuelle fortsatte opretholdelse. Den læge, der foretager den eksterne efterprøvelse, skal være uddannet speciallæge i enten psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri. I vurderingen kan inddrages aspekter, som ligger ud over den helt snævre vurdering af patienten, herunder af forhold i afdelingen som patienten oplever som uhensigtsmæssige, arbejdstilrettelæggelsen m.v.

Ud over et styrket fagligt niveau i relation til anvendelsen af længerevarende tvangsfikseringer peges der på, at begge initiativer øger patientens retssikkerhed, da patienten som minimum sikres et lægeligt tilsyn 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, og at der efter 48 timer bliver taget stilling til beslutningen af en læge, som er

uafhængig af det afsnit, hvor indgrebet finder sted. Hvis der er uenighed mellem de to lægers vurdering af tvangsindgrebets berettigelse, er den behandlende læges vurdering udslagsgivende. Dette skyldes, at denne har et mere indgående kendskab til patientens helbredssituation end den eksterne, og at den behandlende læge har ansvaret for det fortsatte behandlingsforløb. Uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen skal dog mundtligt og skriftligt oplyses over for patienten, idet der ved uenighed vil være anledning til at overveje at få sagen prøvet ved det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.

Således foreslår regeringen, at der i § 21 om efterprøvelse af tvangsindgreb indsættes nye bestemmelser om lægeligt tilsyn med fikseringer. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 19, med tilhørende bemærkninger.

Ændring af klageadgang fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til retten

Ud over de ovenfor omtalte forslag til ændring af § 21, som vil bidrage til at sikre, at en fiksering bringes til ophør, så snart grundlaget er bortfaldet, foreslår regeringen at ændre på ankeadgangen for bl.a. tvangsfikseringer, da en tvangsfiksering efter omstændighederne kan indebære en frihedsberøvelse.

Gældende ret

Efter gældende ret indbringes klager over tvangsfiksering for de psykiatriske patientklagenævn i første instans, og nævnets afgørelse kan herefter påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det er herved forudsat, at hvis tvangsfikseringen efter omstændighederne tillige indebærer en frihedsberøvelse, vil lovligheden af indgrebet kunne prøves efter retsplejelovens kapitel 43 a.

Det er ikke en betingelse for anvendelse af tvangsfiksering, modsat tvangslæggelse og tvangstilbageholdelse, at den pågældende patient er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed. Tvangsfiksering kan således efter loven også iværksættes over for indlagte patienter, der ikke opfylder betingelserne for frihedsberøvelse efter lovens § 5.

Spørgsmålet om, hvornår en fiksering kan antages at indeholde en frihedsberøvelse, blev behandlet i forbindelse med vedtagelsen af psykiatriloven. Justitsministeriet besvarede en række spørgsmål herom fra Folketingets Retsudvalg, jf. Folketingstidende 1988/89, tillæg B, sp. 1387-1390 og 1396 f.

Justitsministeriet udtalte bl.a., at hvis en patient f.eks. protesterer mod en bæltefiksering, må det søges

afklaret, om den pågældende ønsker sig udskrevet. Er dette tilfældet, vil gennemførelsen af bæltefikseringen samtidig indebære en tvangstilbageholdelse, hvorfor betingelserne herfor i så fald skal være opfyldt, jf. § 10, sammenholdt med § 5. Selvom patienten ikke ønsker sig udskrevet, men alene protesterer mod fastspændingen må det antages, at en tvangsfiksering i henhold til § 14, der udstrækkes længere end nogle få timer, vil udgøre en frihedsberøvelse, der kræver, at betingelserne for tvangstilbageholdelse skal være opfyldt.

Justitsministeriet udtalte videre, at ministeriet ikke havde kendskab til afgørelser, hvor der er taget stilling til spørgsmålet om, i hvilket omfang en fiksering i sig selv kan antages tillige at udgøre en frihedsberøvelse. I mangel af sådanne afgørelser var det vanskeligt at sige noget mere præcist om afgrænsningen mellem på den ene side ikke-frihedsberøvende fikseringer og på den anden side fikseringer, der samtidig indebærer en frihedsberøvelse. Det følger af grundlovens § 71, stk. 6, at der skal være adgang til på begæring at få forelagt lovligheden af en administrativ frihedsberøvelse for en domstol. Det vil også gælde lovligheden af en fiksering, der efter omstændighederne må antages at udgøre en frihedsberøvelse.

Det fremgår imidlertid ikke klart af ordlyden af den gældende psykiatrilov, at tvangsindgreb, som kan indeholde en frihedsberøvelse, i medfør af den grundlovssikrede ret på begæring skal forelægges domstolene til prøvelse af frihedsberøvelsens lovlighed.

Efter de gældende bestemmelser i psykiatrilovens §§ 37-38 kan de psykiatriske patientklagenævns afgørelser om tvangsfikseringer og beskyttelsesfikseringer påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Efter de gældende bestemmelser vil dette også være den altovervejende hovedregel. I situationer, hvor det må antages, at de nævnte tvangsindgreb indebærer en frihedsberøvelse, kan lovligheden af frihedsberøvelsen endvidere på begæring forelægges domstolene til prøvelse jf. grundloven § 71, stk. 6.

I en byretsdom fra 2001 blev det fastslået, at en bæltefiksering af en vis udstrækning udgjorde en frihedsberøvelse, som domstolen, jf. grundlovens § 71, stk. 6, kunne tage stilling til.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Med henblik på at styrke patienternes retssikkerhed og for at sikre, at patienterne i alle tilfælde på begæring får adgang til få forelagt lovligheden af en tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen for en domstol finder regeringen, at der er behov for at ændre lovens regler om klagead-

gang, således at alle klager over disse foranstaltninger i første instans som hidtil rettes til de psykiatriske patientklagenævn ved statsamterne/Københavns Overpræsidium (pr. 1. januar 2007 - statsforvaltningerne), men med ankeadgang til retten og ikke som hidtil til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det vil således også gælde i tilfælde, hvor et af de ovennævnte indgreb konkret ikke kan antages at udgøre en frihedsberøvelse. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 31, med tilhørende bemærkninger.

Denne ændring af klageadgangen for disse tvangsindgreb giver anledning til, at patientrådgiverordningen bør ændres.

Obligatorisk beskikkelse af en patientrådgiver sker ved tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og ved tvangsbehandling. Ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, anvendelse af fysisk magt, aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, samt personlige alarm- og pejlesystemer samt særlige dørlåse sker beskikkelse efter patientens anmodning.

Det fremgår af side 344 i principbetænkning nr. 1086/1986 om tvang i psykiatrien, som var en del af grundlaget for udarbejdelsen af den nuværende psykiatrilov, at mens beskikkelsen af patientrådgiver bør være obligatorisk i alle tilfælde af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, bør beskikkelse i andre tilfælde af tvangsansøgning – som ved fiksering, fysisk magtanvendelse eller brug af beskyttelsesforanstaltninger – kun ske efter begæring, idet der i sidstnævnte tilfælde ikke er behov for bistand fra en patientrådgiver, medmindre patienten ønsker at iværksætte en klage. Når en patient tilkendegiver, at han vil klage i de situationer, bør han straks gøres bekendt med, at han kan få en patientrådgiver stillet til rådighed, hvis han ønsker det.

Det er imidlertid regeringens opfattelse, at patientrådgiverordningen med henblik på at styrke patienternes retssikkerhed bør udvides. Ved at udvide ordningen således at der også sker en automatisk beskikkelse af en patientrådgiver ved tvangsfikseringer, vil forslaget endvidere imødekomme anbefalingen fra Europarådets Komité til Forebyggelse og Tortur m.v. Regeringen finder imidlertid, at der er behov for at styrke patienternes retssikkerhed yderligere, idet patienterne ikke nødvendigvis er i stand til at overskue, at vedkommende kan få en patientrådgiver efter anmodning. Det drejer sig efter den gældende lov om foranstaltninger efter kapitel 5, som fordener tvangsfikseringer omfatter anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue

på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, forudsat disse patienter ikke i forvejen har fået beskikket en bistandsværge med hjemmel i straffelovens § 71.

På denne baggrund foreslår regeringen, at den obligatoriske patientrådgiverordning udvides til at omfatte alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a vedrørende henholdsvis personlig hygiejne under anvendelse af tvang og undersøgelse af post, patientstue, ejendele m.v. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 13, 15 og 21, med tilhørende bemærkninger.

6.3. Skærmning

I den gældende psykiatrilov findes skærmningsbegrebet ikke. Ordet skærmning anvendes i stigende omfang inden for psykiatrien som udtryk for en behandlingsmetode, uden at der dog eksisterer en entydig definition af begrebet.

Skærmningsterminologien anvendes til at beskrive situationer, hvor patienten og/eller medpatienter og personale har brug for, at patienten bliver »skærmet« fra omgivelserne. Det kan skyldes hensyn til patienten selv, f.eks. med henblik på i behandlingssøjemed at beskytte patienten imod udefrakommende stimuli eller f.eks. imod selvskadende adfærd. Det kan også være af hensyn til det generelle miljø i afdelingen, f.eks. ønsket om at beskytte de øvrige patienter imod f.eks. støjende og grænseoverskridende adfærd m.v. fra patienters side.

Skærmning anvendes f.eks. som udtryk for forskellige grader af relationelle og observationsmæssige foranstaltninger (»personlig skærmning«) i forhold til patienten, spændende fra samtaler og øget opsyn til konstant følgeskab af et personalemedlem (fast fodfølge). Undertiden tales der om forskellige niveauer for skærmning, f.eks. 3 niveauer, hvor der på niveau 1 er tale om almindelig observation, på niveau 2 om skærpet observation og på niveau 3 intensiv observation evt. i form af fast vagt.

Skærmningen kan også foregå ved, at patienten bliver fysisk afsondret fra omgivelserne, d.v.s., at vedkommende bliver afskåret fra at bevæge sig frit omkring (»fysisk skærmning«). Inden for de senere år er det således blevet almindeligt at etablere såkaldte integrerede afsnit på de psykiatriske afdelinger. Herved forstås normalt et afsnit, der kan fungere som både et åbent og et lukket afsnit, idet der som en del af afdelingen er en enhed (skærmet enhed), hvortil døren kan låses efter behov. Fordelen er, at patienten kan blive på den samme afdeling under hele indlæggelsen og derved undgå at blive flyttet imellem den åbne og den lukkede afdeling. Dette medvirker til at skabe bedre

kontinuitet i behandlingen, da patienten har kontakt til den samme personalegruppe under hele indlæggelsen. Skærmning kan imidlertid også foregå på afdelinger, der alene er åbne eller lukkede.

I nogle tilfælde kombineres de to former for skærmning, f.eks. således at en patient, der opholder sig på en mindre del af afdelingen og dermed er fysisk skærmet, samtidig (fod)følges af et personalemedlem og derved tillige er personlig skærmet.

Skærmningsbegrebet er som ovenfor nævnt ikke entydigt, og det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets indtryk, at det i sundhedsfaglige sammenhænge også anvendes i andre betydninger end de ovenfor skitserede. I nogle tilfælde betegnes f.eks. brug af antipsykotiske medikamenter som en form for skærmning i indre biologisk forstand. I andre tilfælde omtales skærmning som en form for verbal grænsesætning, hvor man over for patienten giver udtryk for, hvad der er rimeligt i den aktuelle situation. Der er således fra sundhedsfagligt hold ikke enighed om, hvad begrebet præcist dækker over. Nogle fagpersoner opfatter skærmning som en frivillig behandlingsmetode. Andre påpeger, at skærmning kan indeholde elementer af tvang og efterlyser retningslinier fra centralt hold, herunder lovgivning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at der er behov for såvel en afklaring i relation til den fysiske skærmning som den personlige skærmning.

Gældende ret

Psykiatrilovens § 18 hjemler anvendelsen af beskyttelsesfiksering. Det følger af denne bestemmelse, at der ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af et middel, der benyttes for at hindre, at en patient utilsigt udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes, efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel. Denne bestemmelse kan ikke anvendes til at beskyttelsesfikserer en patient, der tilsigtet udsætter sig selv for en væsentlig fare. Den må således antages ikke at kunne anvendes i forhold til f.eks. en selvmordstruet patient. I sådanne tilfælde kan der blive tale om en tvangsfiksering i henhold til psykiatrilovens § 14.

Beskyttelsesfiksering som begreb omfatter også aflåsning af afdelingens yderdøre, jf. § 23 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger. Der har været tvivl om hjemmelsgrundlaget for denne form for beskyttelsesfiksering, som er hjemlet i psykiatrilovens § 18.

En afgørelse om aflåsning skal snarest muligt godkendes af overlægen, og alle patienter på afdelingen skal straks efter, at afgørelse om aflåsning er truffet, underrettes herom. Målgruppen er som udgangspunkt personer, der lider af senil demens, men også personer der er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand, kan falde ind under § 23.

Det følger af § 18, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, at der over for personer, der er frihedsberøvede, kan anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Det fremgår af § 18, stk. 2, at der i tilfælde som nævnt i stk. 1 kan træffes afgørelse om, at afdelingens yderdøre skal holdes aflåsed.

Derudover kan der ske aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. lovens §§ 18 a og 18 b.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Aflåsning af døre i afdelingen

Det er regeringens opfattelse, at der er behov for, at hjemlen til at aflåse døre i forhold til patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, bliver præciseret i selve loven, og at bestemmelserne i tvangsbekendtgørelsen om, at alene afdelingens yderdøre kan aflåses, samtidig ophæves.

Videre finder regeringen, at adgangen til aflåsning af skærmede enheder bør hjemles i psykiatriloven. Det er dog afgørende, at der reelt er tale om en selvstændig enhed, med spise-, bade- og opholdsfaciliteter m.v., hvor der er mulighed for socialt samvær med medpatienter. Det er således alene på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, at det er muligt at skærme på et så højt et niveau, at døren til patientstuen kan aflåses.

Endvidere er det væsentligt for patienten at kende til den pågældende afdelings fysiske indretning, herunder om afdelingen råder over en skærmet enhed. På den baggrund foreslår regeringen, at sygehusmyndigheden forpligtes til at oplyse om den fysiske indretning af afdelingerne, herunder hvorvidt der eksisterer skærmede enheder, størrelsen og indretningen af disse m.v. Der henvises vedrørende alle tre forslag til lovforslagets § 1, nr. 13.

Personlig skærmning

Som nævnt under punkt 5. har Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur m.v. anbefalet, at der ud-

arbejdes nationale standarder for anvendelse af skærmning.

Personlig skærmning på et meget højt niveau, hvor patienten f.eks. ikke kan foretage toiletbesøg alene, kan ud fra et lægefagligt synspunkt være nødvendigt f.eks. for at forebygge selvmord. Det er dog et betydeligt indgreb i den personlige integritet. Hvis patienten ikke samtykker i denne del af behandlingen, og denne ikke er ganske kortvarig, finder regeringen, at det bør lovfæstes, at der skal træffes en egentlig beslutning om skærmning, og at der bør kunne klages over beslutningen, samt at indgrebet skal registreres i tvangsprotokollen og indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Det er ikke hensigten med de nye regler om skærmning at begrænse adgangen til at observere og overvåge patienterne i de tilfælde, hvor dette er nødvendigt eller hensigtsmæssigt. I de tilfælde, hvor der er tale om en intensiv foranstaltning, vil de nye regler styrke patienternes retssikkerhed, idet adgangen til at iværksætte foranstaltningen bliver synliggjort ved nogle veldefinerede kriterier, og ved at der i de meget intensive tilfælde af overvågning, som ikke er ganske kortvarige, bliver etableret adgang til at klage til de psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningerne med ankeadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, samt ved at patienten i disse tilfælde får tildelt en patientrådgiver.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 13, 21, 28 og 34 med tilhørende bemærkninger.

6.4. *Tvungen opfølgning efter udskrivning*

Nogle psykiatere og pårørende til alvorligt psykisk syge har på baggrund af konkrete sager givet udtryk for den opfattelse, at psykiatriloven ikke giver tilstrækkelig mulighed for at fastholde især kronisk skizofrene patienter i den nødvendige behandling. Det har således været anført, at der findes en gruppe patienter, som - når de relativt velbehandlede bliver udskrevet fra sygehuset, efter i en periode at have været tvangsbehandlet med antipsykotisk medicin - konsekvent ophører med at tage medicinen, hvorefter de får det dårligere og på ny må indlægges, evt. under anvendelse af tvang.

Gældende ret

Psykiatriloven er i sin nuværende udformning stedligt begrænset til psykiatriske afdelinger, jf. lovens § 1, stk. 1, og lovens personelle anvendelsesområde er alene personer, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Kun patienter, der er heldøgnsindlagte, antages at være omfattet af lovens tvangsbestemmelser. Udenfor falder således deldøgnspatienter og patienter i am-

bulant behandling. Personer, der ikke er indlagt som heldøgnspatienter på en psykiatrisk afdeling, kan således kun behandles frivilligt.

Ved den seneste større revision af psykiatriloven i 1998 blev der indført regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det fremgår således af psykiatrilovens § 3, stk. 4, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale med patienten. Hvis en patient, der er omfattet af § 3, stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at der bliver udarbejdet en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Hvis der er indgået en udskrivningsaftale eller udarbejdet en koordinationsplan, hjemler psykiatriloven, at der kan udveksles oplysninger imellem den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om patientens rent private forhold.

De specifikke krav til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er fastsat i vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision. Det fremgår heraf bl.a., at målgruppen er patienter med alvorlige sindslidelser, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Der kan f.eks. være tale om patienter, der lider af skizofreni og samtidigt har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at udskrivningsaftalerne skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, der er fastlagt, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Ved indførelsen var forventningen, at der årligt skulle udarbejdes ca. 1.000 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det har imidlertid vist sig, at der kun udarbejdes et begrænset antal. I 1999 blev der udarbejdet 251 aftaler/planer. I 2000 var antallet 193. I 2001 blev der udarbejdet 135 aftaler/planer, og i 2002 udgjorde tallet 128. I 2003 var antallet faldet til 89. I 2004 var tallet steget til 158. Det må således konkluderes,

deres, at der ikke er indgået det forventede antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Psykiatrilovsundersøgelsen

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var til lige et fokuspunkt i psykiatrilovsundersøgelsen. Af rapportens konklusioner fremgår, at hvis det skal sikres, at alle patienter, herunder også de allersvageste, kan fastholdes i behandling, er der behov for at sikre patienternes overholdelse af indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og at dette kan ske ved anvendelse af f.eks. ambulante tvang eller tvungen efterbehandling.

Det anføres videre i rapporten, at ønsket om stærkere redskaber, til sikring af at patienten fastholdes i opfølgende behandling, er omgærdet af en række etiske problemstillinger omkring patientens retssikkerhed, og at personalet grundlæggende er meget bevidst om disse problemstillinger. Der peges derfor på, at hvis man ønsker disse muligheder indført, skal anvendelsen af disse redskaber være forbundet med meget specifikke muligheder for at sikre, at man ikke kommer ud på en glidebane, og at mulighederne ikke anvendes unødigt.

Regeringens holdning, herunder lovforslaget

Regeringen finder, at der i dag på trods af de gældende regler om tvangsbehandling under indlæggelse på psykiatriske afdelinger og indførelsen af reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner eksisterer et alvorligt problem med at fastholde en gruppe af de allersvageste psykiatriske patienter med manglende sygdomsindsigt i den behandling, de har brug for.

Som udgangspunkt er det et grundlæggende og lovfæstet princip i dansk ret, at al behandling kræver patientens samtykke på baggrund af information om behandlingen. Det er dog en forudsætning, at patienten er habil. Psykiatriloven er en undtagelse herfra, idet den hjemler mulighed for behandling mod patientens vilje. Det er først og fremmest hensynet til patienten, der begrunder en fravigelse af selvbestemmelsesretten. Respekten for patienternes selvbestemmelsesret og dermed tilbageholdenheden i forhold til at hjemle behandling mod patientens vilje må imidlertid efter regeringens opfattelse ikke føre til, at alvorligt psykisk syge patienter, der vitterligt har brug for behandling, men som mangler sygdomsindsigt, svigtes.

Det er således regeringens opfattelse et udtryk for omsorgssvigt, hvis psykiatriloven ikke hjemler mulighed for, at denne gruppe psykiatriske patienter får den

tilstrækkelige behandling og omsorg, som de ikke selv er i stand til at opøge på grund af deres lidelser.

På den baggrund foreslår regeringen, at der indsættes et nyt kapitel 4 a i psykiatriloven om opfølgning efter udskrivning og i visse tilfælde tvungen opfølgning efter udskrivning.

Den personkreds, som bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning er de allersvageste patienter, som, når de relativt velbehandlede bliver udskrevet fra hospitalet, konsekvent ophører med at tage medicinen, hvorefter de får det dårligere og på ny må indlægges, evt. under anvendelse af tvang. Der er tale om en meget begrænset gruppe af de allersvageste patienter, som det inden for rammerne af det eksisterende regelsæt ikke har været muligt at nå. Den personkreds, der bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning er til dels sammenfaldende med den personkreds, der er omfattet af reglerne for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, idet én af betingelserne for at anvende tvungen opfølgning efter udskrivning er, at en patient i ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Regeringen lægger stor vægt på at fastholde, at tvangsbehandling alene kan finde sted på psykiatriske afdelinger. Denne geografiske afgrænsning er kendt for patienterne, og kun på de psykiatriske afdelinger er de forsvarlige fysiske rammer for tvangsudøvelse til stede.

Derudover finder regeringen det meget vigtigt, at patienter ikke længerevarende skal kunne fastholdes i tvangsbehandling. Regeringen ønsker ikke et permanent indgreb i den personlige frihed for denne gruppe af psykiatriske patienter. Da der er tale om opfølgning på en indlæggelse foreslås det, at en patient maksimalt kan være i tvungen opfølgning i 12 måneder. Dette absolutte loft over, hvor lang tid patienten kan være undergivet tvungen opfølgning, forhindrer, at der kan blive tale om at fastholde patienten i en meget langvarig tvangsbehandling. Der vil således efter forslaget først på ny kunne etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis patienten igen opfylder betingelserne herfor.

Kriterierne for etablering af tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. kapitel 4 a, er ikke identiske med kriterierne for iværksættelse af tvangsendlæggelse og tvangsbehandling, jf. psykiatrilovens kapitel 3 og 4. De patienter, der er sindssyge og opfylder behandlings- eller farekriteriet i henhold til disse kapitler, skal stadig behandles under indlæggelse på den psykiatriske afdeling. Hensigten med tvungen opfølgning

er således at undgå, at patienten bliver så dårlig, at tvangsinlæggelse atter bliver nødvendig.

Det bemærkes, at forslaget om tvungen opfølgning efter udskrivning indebærer, at dette tvangsgreb på lige fod med psykiatrilovens øvrige tvangsforanstaltninger skal tilføjes afdelingens tvangsprotokol og indberettes til Sundhedsstyrelsen. Patienten får automatisk beskikket en patientrådgiver, og der kan klages over indgrebet til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, hvis afgørelse kan indbringes for retten.

§ 13 d, stk. 1

Med forslaget til § 13 d etableres hjemmel til at iværksætte tvungen opfølgning efter udskrivning overfor den omtalte meget svage gruppe af patienter, som det ikke med det hidtidige lovgrundlag har været muligt at fastholde i behandlingen. Disse regler knyttes sammen med de eksisterende regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udgangspunktet er fortsat, at der skal laves en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for denne patientgruppe, jf. §§ 13 a og 13 b.

Der foreslås flere betingelser, der nøje afgrænser personkredsen. Der skal for det første være en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred. Denne betingelse relaterer sig til den aktuelle indlæggelse.

For det andet er det en betingelse, at patienten i ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan.

Patienten skal derudover i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse være blevet tvangsinlagt mindst tre gange, og endelig skal patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse være blevet tvangsinlagt eller tvangstilbageholdt. Alle fire betingelser skal være opfyldt, for at tvungen opfølgning efter udskrivning kan bringes i anvendelse, jf. § 13 d, stk. 1.

§ 13 d, stk. 2

Beslutningen om at iværksætte tvungen opfølgning på den behandling, der blev etableret, mens patienten var indlagt, kan alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen. Det betyder, at medicineringen kan finde sted på en psykiatrisk afdeling, men også i distriktspsykiatrien, jf. § 13 d, stk. 2.

§ 13 d, stk. 3

Hvis patienten undlader at møde op, kan patienten afhentes med politiets hjælp. Medicineringen af patienten i disse tilfælde kan alene finde sted på en psykiatrisk afdeling og ikke f.eks. i distriktspsykiatrien, jf. § 13 d, stk. 3.

§ 13 d, stk. 4

Det følger af § 13 d, stk. 4, at der ved den medicinske behandling i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler for hvilke man kender patientens reaktion, herunder evt. som depotmedicin.

§ 13 d, stk. 5-6

Den primære beslutning om etablering af tvungen opfølgning efter udskrivning kan træffes for en tidsbegrænset periode på indtil 3 måneder forstået således, at overlægen konkret vurderer, om det f.eks. er tilstrækkeligt med 2 måneder. Hvis der er begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten ved 3 måneder periodens udløb vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning kan forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder, jf. § 13 d, stk. 5-6.

§ 13 e

Bestemmelsen i § 13 e er en bemyndigelsesbestemmelse til indenrigs- og sundhedsministeren om at fastsætte nærmere regler om, hvorledes tvungen opfølgning efter udskrivning kan gennemføres, herunder om politiets medvirken i de situationer hvor patienten ikke frivilligt møder op til medicinering. Der henvises for så vidt angår det foreslåede kapitel 4 a til lovforslagets § 1, nr. 11, med tilhørende bemærkninger.

Lovovervågning

Lovforslaget omfattes af lovovervågning. Det er som led heri hensigten efter perioden 2007-2009 at udarbejde en redegørelse, som vil blive fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. Lovovervågningen vil fokusere på de nye regler om tvungen opfølgning efter udskrivning. Det vil i den forbindelse blive undersøgt hvor mange patienter, der bliver omfattet af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning og hvor længe, antallet af eventuelle tvangsinlæggelser af de pågældende m.v.

7. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser m.v.

Økonomiske konsekvenser

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at regionerne sammenlignet med de udgifter amterne/Hovedstadens Sygehusfællesskab i dag afholder, med forslagene om obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver, om øget lægeligt tilsyn ved tvangsfikseringer og om eftersamtaler i forbindelse med tvangsindgreb vil få årlige merudgifter på ca. 2,4 mio. kr.

I lovforslaget lægges der op til, at ankeadgangen for tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering flyttes fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til domstolene. Som følge af overgangen til takstfinansiering af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vil dette føre til en mindreudgift for regionerne på ca. 0,2 mio. kr.

Samlet set vil regionerne med vedtagelsen af lovforslaget efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering således få nettomerudgifter på ca. 2,2 mio. kr.

Administrative konsekvenser

Lovforslaget forventes at medføre en øget registrering for amterne/Hovedstadens Sygehusfællesskab (pr. 1. januar 2007 - regionerne).

Lovforslaget skønnes ikke i øvrigt at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige af betydning.

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

Forslaget har ingen erhvervsøkonomiske eller erhvervsadministrative konsekvenser.

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser og indeholder ingen EU-retlige aspekter.

8. Hørte myndigheder m.v.

Lovforslaget har været i høring hos følgende myndigheder, organisationer m.v.: Amdtsrådsforeningen, Bornholms Kommune, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Kriminalpolitiforening, Dansk Politiforbund, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Distriktspsykiatri, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, Den Danske Dommerforening, Det Centrale Handicapråd, Det Danske Center for Menneskerettigheder, Det Ethiske Råd, Dommerfuldmægtigforeningen, Domstolsstyrelsen, Embedslægeforeningen, Ergoterapeutforeningen, Forbundet af Offentligt Ansatte, Foreningen af Politimestre i Danmark, Foreningen af Socialchefer i Danmark, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af Statsamtmand, Frederiksberg Kommune, Galebevægelsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Institut for Psykiatrisk Grundforskning, KL, Københavns Kommune, Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger, Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI, Landsforeningen LEV, Landsforeningen SIND, Medborgernes Menneskerettighedskommission, Politidirektøren i København, Politifuldmægtigforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Præsidenterne for Vestre og Østre Landsret, Præsidenterne for Københavns Byret og for retterne i Århus, Odense, Aalborg og Roskilde, Psykiatrifonden, Pårørendeforeningen af 1998, Retslægerådet, Retspsykiatrisk Klinik, Rigspolitichefen, Rådet for Socialt Udsatte, samtlige amter, samtlige psykiatriske patientklagenævn, Socialpædagogernes Landsforbund og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Vurdering af konsekvenser af lovforslaget

	Positive konsekvenser / mindre udgifter	Negative konsekvenser / merudgifter
Økonomiske og administrative konsekvenser for staten	Ingen	ca. 2,2 mio. kr.
Økonomiske og administrative konsekvenser for amtskommuner	ca. 0,2 mio. kr.	ca. 2,4 mio. kr.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1 (psykiatrilovens titel)

Loven regulerer en række mulige tvangsindgreb, herunder frihedsberøvelse. Regeringen finder ikke grundlag for særligt at fremhæve »frihedsberøvelse« i titlen, men foreslår at lovens titel forenkles ved at ordet »frihedsberøvelse« udgår af titlen, så loven fremover alene skal hedde »Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien«.

Til nr. 2 og 3 (psykiatrilovens § 1, stk. 2-4)

Tvangsdefinitionen

Det er et grundlæggende princip i dansk ret, at al behandling hviler på frivillighed. Princippet hviler på patientens selvbestemmelsesret (autonomi) og respekten for individets værdighed og ukrænkelighed (integritet). Selvbestemmelsesretten gælder som alt-overvejende hovedregel for alle patienter, d.v.s. både for patienter der lider af en somatisk lidelse, og for patienter der lider af en psykiatrisk lidelse. Reglerne om informeret samtykke i *lov om patienters retsstilling* (pr. 1. januar 2007 – kapitel 5 i sundhedsloven) gælder således som udgangspunkt også for psykiatriske patienter.

Det fremgår af § 6 i *lov om patienters retsstilling* (§ 15 i sundhedsloven), at ingen undersøgelse, behandling eller pleje må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 8–10 i *lov om patienters retsstilling* (§§ 17-19 i sundhedsloven).

Efter den gældende bestemmelse i *psykiatrilovens § 1, stk. 2*, defineres anvendelse af tvang som foranstaltninger, som patienten modsætter sig. Det antages, at en patients passivitet over for anvendelsen af en foranstaltning som udgangspunkt sidestilles med frivillighed.

I *lovsforslaget til ny § 1, stk. 2*, fastsættes, at der ved tvang i henhold til loven forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kap. 5 i sundhedsloven. Hermed bringes *psykiatrilovens* grænser for, hvornår en given foranstaltning er frivillig, eller hvornår der modsat er tale om tvang, i overensstemmelse med samtykkereglerne i *lov om patienters retsstilling* (pr. 1. januar 2007 – sundhedsloven).

Der sker med lovændringen ikke en ændring af de materielle kriterier for anvendelsen af de enkelte tvangsforanstaltninger i henhold til loven, men det sikres, at en foranstaltning i forhold til en patient, der ikke selv har afgivet et informeret samtykke, betragtes som en tvangsmæssig foranstaltning, medmindre der foreligger stedfortrædende samtykke, jf. reglerne herom i kapitel 5 i sundhedsloven. Der henvises i den forbindelse til punkt 6.1. i de almindelige bemærkninger. Det sikres endvidere, at de retssikkerhedsgarantier i form af beskikkelse af patientrådgiver, klageadgang m.v., der er fastsat i *psykiatriloven*, dermed etableres i situationer, hvor der ikke foreligger et informeret samtykke.

Spørgsmålet om, hvorvidt, der foreligger et gyldigt informeret samtykke, herunder hvor klar en menings-tilkendegivelse skal være, før end man kan sige, at der foreligger et samtykke, skal efter lovændringen fortolkes i overensstemmelse med samtykkereglerne i *lov om patienters retsstilling* (kapitel 5 i sundhedsloven).

Der henvises i den forbindelse til punkt 6.1. i de almindelige bemærkninger.

Et *udtrykkeligt* samtykke foreligger herefter, hvor der eksplicit gives udtryk for, at patienten er indforstået med den pågældende behandling m.v. Det kan foreligge skriftligt eller mundtligt. Hovedreglen er, at et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt.

Et *stiltiende* samtykke foreligger, hvor den enkeltes signaler og opførsel må tolkes således, at der foreligger et samtykke på baggrund af den givne information. Et stiltiende samtykke vil alene opfylde lovens krav, hvis det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandlingsforslaget m.v. eller dele heraf. Hvis der er den mindste tvivl om, hvorvidt patienten tilslutter sig behandlingsforslaget, bør et mundtligt samtykke indhentes.

Efter lovændringen vil der stadig være tale om frivillighed, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke, hvorimod en patients passivitet over for en foranstaltning ikke udgør et tilstrækkeligt informeret samtykke til at iværksætte en foranstaltning på et frivilligt grundlag. Det må i disse situationer vurderes, om kriterierne for en tvangsmæssig etablering af den pågældende foranstaltning er til stede, eller om foranstaltningen evt. kan iværksættes på grundlag af et stedfortrædende samtykke.

Et legalt informeret samtykke kan efter forslaget til ny § 1, stk. 2, hvile på patientens eget samtykke. Et legalt informeret samtykke kan endvidere i tilfælde af patientens inhabilitet hvile på et stedfortrædende samtykke, jf. reglerne herom i kapitel 5 i sundhedsloven.

En patient, der i henhold til reglerne i kapitel 5 i sundhedsloven på grund af inhabilitet ikke selv kan give et informeret samtykke til behandling m.v. på grund af mindreårighed eller nedsat psykisk funktionssevne, skal inddrages mest muligt i beslutningsprocessen, også selv om der er legale repræsentanter, d.v.s. forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende, der er bemyndiget til at varetage patientens interesser gennem det informerede samtykke, jf. bemærkningerne til lov om patienters retsstilling.

Det fremgår af forslaget til ny § 1, stk. 3, at der for patienter, der er under 15 år eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, ikke skal forsøges indhentet et samtykke fra forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende, såfremt omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til psykiatriloven er nødvendig for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred eller

for at afværge, at patienten øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Denne undtagelse finder alene anvendelse i de meget akutte situationer, hvor *omgående* intervention er påkrævet med henblik på at afværge de i bestemmelsen anførte følger, og hvor det således ikke er muligt at forsøge at indhente et stedfortrædende samtykke inden iværksættelsen af den pågældende foranstaltning.

Forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres om den iværksatte foranstaltning.

Ovenstående bestemmelse skal for så vidt angår patienter under 15 år ses i lyset af bestemmelsen i sundhedslovens § 17, stk. 1, hvorefter en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal efter bestemmelsen i sundhedslovens § 17, stk. 1, tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Det følger af sundhedslovens § 17, stk. 2, at såfremt en sundhedsperson efter individuel vurdering skønner, at en patient, der er imellem 15 og 18 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke. Med forslaget til ny § 1, stk. 4, sikres, at bestemmelsen i stk. 3 også finder anvendelse for denne patientgruppe, d.v.s., at der for disse patienter, såfremt betingelserne i § 1, stk. 3, er opfyldt, ikke skal forsøges indhentet et stedfortrædende samtykke, før den pågældende foranstaltning iværksættes.

For de børn og unge, der er omfattet af bestemmelserne i § 1, stk. 3 og 4, og hvor en omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til loven har været nødvendig, skal forældremyndighedens indehaver naturligvis efterfølgende informeres om den iværksatte foranstaltning, herunder baggrunden for, at det var nødvendigt at iværksætte den pågældende foranstaltning m.v.

»Sundhedspersoner« defineres i § 4 i lov om patienters retsstilling (fra 1. januar 2007 – sundhedsloven), som personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, som f.eks. læger og sygeplejersker eller personer, der handler på disses ansvar.

Det fremgår specifikt af de materielle hjemmelsbestemmelser vedrørende de enkelte tvangsforanstaltninger i psykiatriloven, hvilke sundhedspersoner, der kan beslutte, at de pågældende foranstaltninger skal iværksættes, f.eks. af § 15, at en beslutning om tvangsfiksering skal træffes af en læge (i særligt hastende tilfælde kan sygeplejerspersonalet på egen hånd beslutte at fikserer en patient – lægen skal straks tilkal-

des og træffe afgørelse vedrørende tvangsfiksering med bælte). Alene de sundhedspersoner, der efter de materielle regler i psykiatriloven kan træffe beslutning om iværksættelse af den pågældende type af foranstaltning, jf. f.eks. ovenfor vedrørende tvangsfiksering, kan med hjemmel i forslaget til ny § 1, stk. 3 og 4, beslutte, at foranstaltningen kan iværksættes omgående, d.v.s. uden forudgående informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

De materielle kriterier for anvendelsen af de enkelte tvangsforanstaltninger overfor børn og unge ændres ikke med lovforslaget, jf. bemærkningerne ovenfor om ændring af tvangsdefinitionen.

Det skal bemærkes, at den foreslåede ændrede tvangsdefinition formentlig vil medføre en stigning i antallet af registrerede tvangstilfælde i Sundhedsstyrelsens årlige tvangsstatistik, idet visse situationer, som i dag vil blive karakteriseret som frivillige, i fremtiden vil optræde i statistikken som et tvangsindgreb.

Til nr. 4 (psykiatrilovens § 2)

God sygehusstandard

Efter den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 2, skal sygehusmyndigheden med henblik på at forebygge tvang tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard.

Med forslaget foreslås en ny formulering af bestemmelsen på baggrund af psykiatrilovsundersøgelsen samt tilkendegivelser fra patient- og pårørendeorganisationer. Derudover lovfæster den nye formulering den praksis, som har udviklet sig i de fleste amter, hvor patient- og pårønde-politikker allerede i dag er en integreret del af god psykiatrisk sygehusstandard.

Ændringen indebærer, at ordet »omsorg« kommer til at indgå i beskrivelsen af sygehusmyndighedens forpligtelser, og at »god sygehusstandard« udvides til også at omfatte »politikker i relation til patienter og pårørende« og »personalets kompetencer«.

Til nr. 5 (psykiatrilovens § 2 a)

Husordener

Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligner fremme i andre opholdsrum.

Derudover har afdelingsledelsen pligt til at udlevere den skriftlige husorden til patienten i forbindelse

med indlæggelse, således at patienten får lejlighed til at gøre sig bekendt med den.

Når den skriftlige husorden udformes eller ændres, skal patienterne inddrages, inden der træffes beslutning om udformning eller ændring. Sygehusmyndigheden tilrettelægger konkret, hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske.

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.

Til nr. 6 (psykiatrilovens § 3, stk. 3)

Behandlingsplan

Som noget nyt fastsættes det specifikt i loven, at den behandlingsplan, der er pligt til at udarbejde for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette. Herved sikres det, at patienten både modtager mundtlig vejledning om planens indhold, jf. § 3, stk. 3, 1. pkt., og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Til nr. 7 (psykiatrilovens § 3, stk. 4-6)

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Bestemmelserne i § 3, stk. 4 – 6 om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ophæves, idet bestemmelserne i stedet flyttes til det nye kapitel 4 a om »Opfølgning efter udskrivning«.

Til nr. 8 (psykiatrilovens § 4)

Eftersamtaler

I forslaget til ny § 4, stk. 5, fastsættes det, at patienten efter ophøret af enhver tvangsforanstaltning skal tilbydes en eller flere eftersamtaler.

Systematisk anvendelse af eftersamtaler har været anvendt i forbindelse med det nationale kvalitetsudviklingsprojekt om tvang i psykiatrien, som blev gennemført i løbet af 2004-2005. Resultaterne fra de for-

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

søg, som blev gennemført i dette regi, viste således, at en struktureret og systematisk anvendelse af eftersamtaler kunne medvirke til at nedbringe tvangsanvendelsen betydeligt. Regeringen ønsker med den nye bestemmelse i § 4, stk. 5, at udbrede de positive erfaringer fra forsøgene i det nationale kvalitetsprojekt til at gælde generelt i forbindelse med anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Eftersamtalen skal være en systematisk gennemgang og bearbejdning af patientens oplevelser i forbindelse med udøvelsen af tvang. Det er hensigten, at samtalen skal medvirke til at give patienten en større forståelse for årsagen til, at det i situationen blev vurderet nødvendigt at anvende tvang og dermed bidrage til en større patienttilfredshed. Det er endvidere hensigten, at eftersamtaler skal forebygge yderligere anvendelse af tvang i behandlingsforløbet. Der skal efter bestemmelsen tilbydes minimum én eftersamtale, men der kan være behov for flere samtaler. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for gennemførelsen af eftersamtaler, herunder en beskrivelse af formålet med eftersamtaler og proceduren for afholdelse af eftersamtaler m.v.

*Til nr. 9 (psykiatrilovens § 4 a)**Beslutninger i overlægens fravær*

Med ændringen fastsættes det, at bestemmelsen i § 4 a, hvorefter de anførte beslutninger i bestemmelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, udvides. Således omfatter denne procedure også beslutningen om, at en patient skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, jf. forslaget til ny § 18 f i lovforslagets § 1, nr. 13 samt beslutning om, at der skal foretages undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., jf. forslaget til ny § 19 a i lovforslagets § 1, nr. 15. Overlægen skal i disse tilfælde snarest muligt tage stilling til beslutningen.

*Til nr. 10 (psykiatrilovens § 12)**Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)*

Fælles for alle former for tvangsbehandling, jf. kapitel 4 i loven, gælder, at de i henhold til psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 5, kun må gennemføres, hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og at det vil være uforvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, idet udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet (»behandlingsindikationen«, jf. § 5, stk. 1,

nr. 1), eller fordi den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (»fareindikationen«, jf. § 5, stk. 1, nr. 2). Afgørelsen om tvangsbehandling træffes af overlægen.

Herudover skal psykiatrilovens § 4 om mindste middel iagttages, hvilket bl.a. indebærer, at tvangsanvendelsen skal være proportional i forhold til det, der søges gennemført med behandlingen, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Der henvises i den forbindelse til punkt 6. i de almindelige bemærkninger.

I den gældende psykiatrilov er der hverken i selve loven eller i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger fastsat særlige regler om tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT), modsat de særlige regler om tvangsmedicinering og tvangsernæring, som er fastsat i lovens § 12, stk. 2, for så vidt angår tvangsmedicinering og ovenfor nævnte bekendtgørelse §§ 2-6, samt § 7 i bekendtgørelsen for så vidt angår tvangsernæring.

Folketingets Retsudvalg anførte imidlertid i beretning af 2. oktober 1997 (Folketingets Forhandling 1996-1997, Tillæg B, s. 1541 ff.), som blev afgivet forud for revisionen af loven i 1998, følgende: »Retsudvalget har i øvrigt bemærket sig, at der er ydret særlig betænkelighed ved at anvende el-stimulation. Retsudvalget ønsker ikke at vurdere behandlingsformer, idet udvalget har forstået, at el-stimulation ikke anvendes under tvang, medmindre der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Det er på den baggrund retsudvalgets opfattelse, at der ikke er behov for særskilt regulering af denne behandlingsform«.

Det har således, på trods af at det ikke i den nuværende psykiatrilov eksplicit er anført som en yderligere betingelse for anvendelse, været forudsat, at ECT alene sker ved en *aktuel eller potentiel livstruende tilstand*. Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis er i overensstemmelse hermed.

Den foreslåede ændring af § 12 har til formål i selve loven at præcisere den gældende retstilstand, hvorefter tvangsbehandling med ECT alene kan gennemføres, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Retssikkerhedsmæssige hensyn tilsiger, at kriterierne fremgår af loven og ikke alene af forarbejderne, som kan være svært tilgængelige for aktørerne på området.

Som eksempel på en situation, hvor ECT givet under tvang kan overvejes, kan nævnes tilstanden akut delir. Denne tilstand kan bl.a. opstå som komplikation i forbindelse med en psykisk lidelse. En udtalt manitilstand kan således udvikle sig til akut delir. Det akut-

te delir kan være præget af hallucinationer, søvnløshed og bevægelsesuro. I løbet af kort tid kan der komme høj feber, væskemangel og afmatning, og patienten kan dø meget hurtigt, hvis behandling ikke iværksættes. Hvis et akut delir udvikler sig i livstruende retning, kan der være indikation for ECT-behandling.

I enkelte tilfælde kan en svær depression udvikle sig og blive livstruende. Patienten kan være meget stærkt eller akut selvmordstruet eller i en så apatisk tilstand, at der er risiko for livsvigtige funktioner f.eks. på grund af manglende indtagelse af føde og væske. I sådanne situationer kan ECT givet under tvang overvejes.

Til nr. 11 (psykiatrilovens §§ 13 a-13 e)

Opfølgning efter udskrivning

Reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning i det nye kapitel 4 a »Opfølgning efter udskrivning« knyttes sammen med de eksisterende regler om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Udgangspunktet er fortsat, at der skal laves en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for de patienter, der efter udskrivning må antages ikke at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, som er nødvendige for patientens helbred, jf. §§ 13 a og 13 b. Hvis det imidlertid viser sig, at det på trods af, at sådanne aftaler og planer har været udarbejdet, ikke er muligt at fastholde patienten i den nødvendige behandling, giver § 13 d, hvis kriterierne i bestemmelsen i øvrigt er opfyldt, mulighed for under anvendelse af tvang at fastholde patienten i behandlingen. Det forudsættes, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for de patienter, der bliver omfattet af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Tvungen opfølgning kommer på denne måde til at indgå som et element i udskrivningsaftalerne eller koordinationsplanerne for disse patienter.

Kriterierne for etablering af tvungen opfølgning efter udskrivning er ikke identiske med kriterierne for iværksættelse af tvangsindlæggelse og tvangsbehandling, jf. kapitlerne 3 og 4. De patienter, der er sindssyge og opfylder behandlings- eller farekriteriet i henhold til disse kapitler, skal stadig behandles under indlæggelse på den psykiatriske afdeling. Tvungen opfølgning efter udskrivning i kapitel 4 a kan anvendes på patienter, hvor indlæggelse ikke længere er påkrævet. Hensigten med bestemmelsen er at undgå, at patienten bliver så dårlig, at en tvangsindlæggelse atter bliver nødvendig.

Udskrivningsaftaler

I det nye kapitel 4 a »Opfølgning efter udskrivning« videreføres de gældende regler i § 3, stk. 4, om udskrivningsaftaler, i § 3, stk. 5, om koordinationsplaner og i § 3, stk. 6, om videregivelse af oplysninger. Ifølge § 13 a har overlægen som hidtil ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en *udskrivningsaftale* mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det kan dreje sig om patienter med alvorlige sindslidelser, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Der kan f.eks. være tale om patienter, der lider af skizofreni og samtidigt har misbrugsproblemer eller store sociale problemer. Udskrivningsaftalerne skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Udskrivningsaftaler indberettes også i dag til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Registrering af anvendelse af tvang er hjemlet i psykiatrilovens § 20, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt tillige udtrykkeligt at hjemle indberetning af udskrivningsaftaler i loven, som det er tilfældet med forslaget til § 13 a, stk. 2. Bemyndigelsesbestemmelsen vil blive udmontet til at fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler, herunder oplysninger om patientens identitet, på samme måde som er gældende i dag vedrørende indberetning af tvang.

Koordinationsplaner

Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen, jf. § 13 b, ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder,

privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en *koordinationsplan* for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, jf § 13 b. Indholdsmæssigt er udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne ens. Det vil sige, at koordinationsplanen bl.a. skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud og de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten jf. vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner samt klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

Koordinationsplaner indberettes også i dag til sygehushyghigheden og Sundhedsstyrelsen på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Registrering af anvendelse af tvang er hjemlet i psykiatrilovens § 20, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt tillige udtrykkeligt at hjemle indberetning af koordinationsplaner i loven, som det er tilfældet med forslaget til § 13 b, stk. 2. Bemyndigelsesbestemmelsen vil blive udmøntet til at fastsætte regler om registrering og indberetning af koordinationsplaner, herunder oplysninger om patientens identitet, på samme måde som er gældende i dag vedrørende indberetning af tvang.

Videregivelse af oplysninger

Hvis der er indgået en udskrivningsaftale eller udarbejdet en koordinationsplan, hjemler § 13 c, der er en videreførelse af reglen i § 3, stk. 6, i den gældende psykiatrilov, at der kan udveksles nødvendige oplysninger imellem den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om patientens rent private forhold.

Tvungen opfølgning efter udskrivning

Den personkreds, der bliver omfattet af reglerne om *tvungen opfølgning efter udskrivning*, jf. § 13 d, er de allersvageste patienter, som, når de relativt velbehandlede bliver udskrevet fra hospitalet, konsekvent ophører med at tage deres medicin, hvorefter de får det dårligere og på ny må indlægges, evt. under anvendelse af tvang. Der er tale om en meget begrænset gruppe af de allersvageste patienter, som det indenfor rammerne af det eksisterende regelsæt ikke har været muligt at nå. Der er tale om de få patienter, som det på trods af de gældende regler om tvangsbehandling, ud-

skrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke har været muligt at fastholde i den nødvendige behandling.

For at afgrænse og præcisere personkredsen er der i forslaget til § 13 d fastsat fire betingelser, der nøje afgrænser den personkreds, der er omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning. Alle betingelser skal være opfyldt, før der kan etableres tvungen opfølgning efter udskrivning.

Der skal for det første være en *begrundet frygt og nærliggende risiko for*, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred. Denne betingelse relaterer sig til den aktuelle indlæggelse. D.v.s., at det skal anføres, hvilke forhold i forbindelse med den aktuelle indlæggelse der begrundes, at der må antages at være en nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivelsen vil ophøre med at følge den nødvendige behandling. Der kan være tale om patienter, der direkte selv angiver, at de efter udskrivelsen ikke vil følge en behandling, som overlægen finder nødvendig for at undgå tilbagefald. Eller overlægen kan på andet grundlag, f.eks. patientens vilje til at samarbejde om behandlingen under indlæggelsen, vurdere, at der ikke er etableret en holdbar behandlingsalliance, og at der derfor konkret er en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivelsen vil ophøre med at følge den nødvendige behandling.

For yderligere at sikre, at kun de allersvageste patienter, som det ikke på anden vis inden for de gældende lovgivningsmæssige rammer har været muligt at fastholde i behandlingen, bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning, skal en række objektive kriterier til afgrænsning af personkredsen være opfyldt:

Det forudsættes således, at muligheden for at udarbejde en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan har været forsøgt anvendt. Det fremgår af bestemmelsen, at patienten i mindst ét tilfælde skal have undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller i en koordinationsplan. Det er alene den behandlingsmæssige del af udskrivningsaftalerne eller koordinationsplanerne, som patienten skal have undladt at følge. Det kan således ikke i den forbindelse tillægges betydning, om patienten har fulgt de sociale elementer i udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen.

Det følger af vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision, for så vidt angår indholdet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, at det bl.a. skal fremgå af aftalen/planen, hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de relevante tilbud, og det skal endvidere fremgå,

hvem der skal reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes.

Kun de patienter, der relativt hurtigt efter udskrivelsen ophører med at følge behandlingen, og som derefter hurtigt på ny bliver så dårlige, at de opfylder kriterierne for frihedsberøvelse i kapitel 3 og bliver tvangsindlagt, er omfattet. Dette sikres ved, at det i bestemmelsen er fastsat, at kun de patienter, der i de sidste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse har været tvangsindlagt mindst 3 gange, kan blive underlagt tvungen opfølgning efter udskrivning. I denne opgørelse indgår den aktuelle tvangsindlæggelse, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 3.

For yderligere at afgrænse og indsnævre personkredsen er det fastsat, at kun patienter, der i forbindelse med den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt eller er blevet tvangstilbageholdt, er omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning. Denne afgrænsning er med til at sikre, at tvungen opfølgning kun kan etableres i forhold til patienter, som i forbindelse med den aktuelle indlæggelse har været sindssyge eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og hvor det ville have været uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling.

Beslutningen om tvungen opfølgning efter udskrivning kan alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinsk behandling i det psykiatriske sygehusvæsen, jf. § 13 d, stk. 2. Patienter, der er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, kan således ikke behandles i hjemmet, uanset om patienten opholder sig i egen bolig eller på en institution. »Det psykiatriske sygehusvæsen« skal forstås i bred forstand og omfatter foruden egentlige sygehusafdelinger også f.eks. distriktspsykiatriske centre, hvor en behandlingsansvarlig overlæge har ansvaret for behandlingen. Der er således hjemmel til, at beslutningen om tvungen opfølgning kan indeholde et pålæg til patienten om at møde til behandling i det distriktspsykiatriske center. Dette kan være hensigtsmæssigt i forbindelse med, at den tvungne opfølgning efter udskrivning skal ophøre, og patienten evt. skal overgå til fortsat behandling på frivillig basis i distriktspsykiatrisk regi. Ved at henlægge behandling til det psykiatriske sygehusvæsen sikres det, at behandlingen varetages af læger med psykiatrisk ekspertise, som har den fornødne erfaring med at varetage behandlingen af denne patientgruppe.

Hvis patienten ikke møder op til behandling, kan patienten afhentes af politiet, jf. § 13 d, stk. 3. Behandlingen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling. Hvis det bliver aktuelt at an-

vende magt til indgivelse af medicinen, kan dette således alene foregå på en psykiatrisk sygehusafdeling, hvor personalet er uddannet hertil, og de fysiske rammer også er egnede hertil.

Eventuel afhentning af patienten med politiets hjælp skal gennemføres så skånsomt og diskret som muligt, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper. De medvirkende polititjenestemænd skal så vidt muligt være civilklædte. Befordres patienten i et af politiets køretøjer, skal dette så vidt muligt ske i et civilt tjenestekøretøj. Således skal politiets medvirken foregå efter samme principper som indeholdt i bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser.

I § 13 d, stk. 2, fastsættes endvidere, at indholdet i beslutningen alene kan gå ud på, at patienten skal medicineres. De behandlingsformer, der i praksis kommer på tale som led i tvangsbehandling i henhold til kapitel 4 under indlæggelse på den psykiatriske afdeling ud over behandling med lægemidler, er tvangsernæring og elektrostimulation. Disse sidstnævnte behandlingsformer, tvangsernæring og elektrostimulation, kan ikke anvendes i forbindelse med etableringen af tvungen opfølgning efter udskrivning. Det forudsættes naturligvis, at patienter, der er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, på frivillig basis på lige fod med andre patienter, ud over medicinsk behandling, tilbydes andre behandlingsformer, hvor dette er relevant, herunder samtalerterapi og andre terapeutiske tiltag.

Det følger af § 13 d, stk. 4, at der ved den medicinske behandling i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler for hvilke man kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depotform. Denne bestemmelse skal ses i lyset af bestemmelsen i § 13 d, stk. 2, om, at en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning fra den psykiatriske afdeling alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde til medicinering på den psykiatriske afdeling, og i lyset af mindste middel princippet i § 4. Det må således som udgangspunkt antages at være mindre indgribende overfor patienten at skulle møde til behandling med depotinjektion af medicin med f.eks. 14 dages intervaller frem for f.eks. at skulle møde dagligt. Det skal bemærkes, at denne adgang til at anvende depotmedicin er begrundet i de særlige forhold vedrørende tvungen opfølgning efter udskrivning. Der kan således ikke sluttes analogt ved tvangsmedicinering af indlagte patienter, hvorom § 5 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 bestemmer, at depotpræparater i videst muligt omfang bør

undgås, samt af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis på området. Dog kan det for patienter, der forventes at overgå til tvungen opfølgning efter udskrivning, være indiceret at anvende et depotpræparat i den sidste del af indlæggelsen inden udskrivelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren vil med hjemmel i § 13 e anmode Sundhedsstyrelsen om at fastsætte regler herom. Det skal i øvrigt bemærkes, at bestemmelsen om, at man skal kende patientens reaktion på medicinen, forudsætter, at denne er gennemprøvet på patienten med kendt effekt i henhold til relevante faglige krav og standarder.

Det forudsættes, at overlægen kun træffer beslutning om tvungen opfølgning i forhold til patienter, hvor den konkrete behandling har haft en dokumenteret god effekt på patientens tilstand, og hvor behandlingen ikke har været forbundet med uforholdsmæssigt store bivirkninger. Det forudsættes i øvrigt, at den behandlende læge løbende sikrer sig, at behandlingen har god effekt på patientens tilstand og ikke er forbundet med uforholdsmæssigt store bivirkninger.

Hvis patienten – enten ved et frivilligt fremmøde efter § 13 d, stk. 2 eller ved fremmøde med politiets hjælp efter § 13 d, stk. 3 – er i så dårlig en helbredstilstand at indlæggelse, herunder tvangsindlæggelse er påkrævet, skal denne ske efter de gældende regler for tvangsindlæggelse, det vil blandt andet sige, at to læger uafhængigt af hinanden skal tage stilling til, om betingelserne for tvangsindlæggelse er til stede. Reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning erstatter således ikke reglerne om tvangsindlæggelse.

Beslutningen om tvungen opfølgning efter udskrivning er gældende i indtil 3 måneder, efter den tvungne opfølgning blev iværksat, d.v.s. efter udskrivning af patienten, medmindre overlægen konkret vurderer, at en kortere periode, f.eks. 2 måneder, er tilstrækkelig, jf. § 13 d, stk. 4. Det følger af § 21, stk. 1, at overlægen til stadighed har ansvaret for, at tvang, herunder tvungen opfølgning efter udskrivning, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Der kan med andre ord primært træffes beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning skal gælde i indtil 3 måneder, men den behandlingsansvarlige overlæge skal vedvarende vurdere, om tvangsforanstaltningen kan ophøre. 3 måneders perioden begynder at løbe den dag, patienten bliver udskrevet fra afdelingen.

Hvis der er en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten ved 3 måneders periodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen, jf. stk. 6, træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning kan forlænges i indtil 3 måneder. Yderligere for-

længelse af den tvungne opfølgning kan ske for indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder. Overlægen skal ved udløbet af enhver 3 måneders periode vurdere, om der er en *begrundet frygt og nærliggende* risiko for, at patienten vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred. Da der er tale om opfølgning på en indlæggelse, kan en patient maksimalt være i tvungen opfølgning i 12 måneder. Dette absolutte loft over hvor lang tid patienten kan være undergivet tvungen opfølgning forhindrer, at der kan blive tale om at fastholde patienten i en tvangsbehandling igennem meget lang tid. Der vil først på ny kunne etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis patienten igen opfylder betingelserne herfor, d.v.s., at patienten, efter den tvungne opfølgning er ophørt, på ny mindst én gang skal undlade at følge behandlingen i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, i 3 tilfælde efter afslutning af den tvungne opfølgning bliver tvangsindlagt 3 gange inden for 3 år og i øvrigt på ny opfylder betingelserne for, at der kan etableres tvungen opfølgning, jf. § 13 d.

En beslutning om tvungen opfølgning vil endvidere blive fulgt op af stærke retssikkerhedsgarantier. Alle patienter, der bliver underlagt tvungen opfølgning, får således tildelt en patientrådgiver. Der kan klages til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, som skal træffe afgørelse i sagen inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. En klage til det psykiatriske patientklagenævn skal tillægges opsættende virkning. Hvis patienten ønsker at klage, kan den tvungne opfølgning således ikke iværksættes, før det psykiatriske patientklagenævn har godkendt, at den tvungne opfølgning kan iværksættes. Får patienten medhold ved det psykiatriske patientklagenævn, kan tvungen opfølgning ikke iværksættes.

Hvis patienten ikke får medhold i det psykiatriske patientklagenævn, kan afgørelsen indbringes for domstolen. Ved enhver eventuel forlængelse af den tvungne opfølgning, kan der på ny klages til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen med anken mulighed til domstolen. Vedrørende tildeling af patientrådgiver, klage- og anken mulighederne henvises til lovforslagets § 1, nr. 21, 23, 26, 28, 30 og 33.

Forslaget til § 13 e indeholder en bemyndigelsesbestemmelse. Indenrigs- og sundhedsministeren agter at udnytte denne bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte regler om gennemførelse af opfølgning efter kapitel 4 a, herunder om afhentning ved politiets hjælp efter samme principper som indeholdt i bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden

ved gennemførelse af tvangsendlæggelser og procedure for forlængelse af beslutning om tvungen opfølgning m.m.

I henhold til psykiatrilovens § 42 fastsætter justitsministeren regler om, i hvilket omfang loven finder anvendelse på personer, der opholder sig på en psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse. Justitsministeren vil udmønte bemyndigelsesbestemmelsen således, at disse personer kan blive omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning i § 13 d, idet der for denne personkreds dog ikke stilles krav om, at betingelsen i § 13 d, stk. 1, nr. 2 og 3, skal være opfyldt.

Det forudsættes dog, at reglerne om tvungen opfølgning ikke kommer til at omfatte personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, der er truffet i medfør af retsplejelovens § 765, § 777 eller § 809, stk. 2 (såkaldt varetægtsurrogat m.v.). Sådan indlæggelse sker typisk for at sikre den pågældendes tilstedeværelse under helbredsmæssigt gunstige forhold og i et på forhånd fastsat tidsrum. Indlæggelsen af disse personer skal derfor tilgodese andre forhold end de rent behandlingsmæssige hensyn, som reglerne om tvungen opfølgning er begrundet i.

For så vidt angår personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en afgørelse efter retsplejelovens § 68 eller § 69, forudsættes det i forbindelse med overlægens konkrete beslutning om tvungen opfølgning endvidere, at den tvungne opfølgning ikke træder i stedet for fortsat indlæggelse eller genindlæggelse i henhold til dommen, hvis sådan indlæggelse eller genindlæggelse er begrundet i hensynet til retssikkerheden og formålet med foranstaltningen, herunder at forebygge at den pågældende begår ny kriminalitet.

Det er ikke muligt at forudsige præcist hvor mange patienter, som vil kunne omfattes af tvungen opfølgning efter udskrivning efter de foreslåede betingelser. Som ovenfor anført, skal patienten opfylde alle 4 betingelser i § 13 d, stk. 1, før der kan etableres tvungen opfølgning efter udskrivning. I medfør af § 13 d, stk. 1, nr. 2, skal patienten som én af disse betingelser i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse have været tvangsendlagt mindst 3 gange. Ifølge oplysninger fra Sundhedsstyrelsen blev 249 personer i den 3-årige periode 2002 – 2004 tvangsendlagt 3 gange eller mere. Indenrigs- og Sundhedsministeriet skønner på den baggrund, at op mod 100 patienter vil opfylde betingelserne for etablering af tvungen opfølgning efter udskrivning.

Til nr. 12 (overskriften efter psykiatrilovens § 18)

I §§ 18 a og 18 b reguleres aflåsning af patientstue overfor patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. I forslaget til ny § 18 e fastsættes nye regler for aflåsning af døre, som gælder generelt på psykiatriske afdelinger. Med henblik på at tydeliggøre, at reglerne i §§ 18 a og 18 b alene vedrører aflåsning af patientstue overfor patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, foreslås det, at dette kommer til at fremgå af overskriften til disse bestemmelser.

Til nr. 13 (psykiatrilovens §§ 18 c-18 f)

Personlig skærmmning

Begrebet »personlig skærmmning« anvendes i den sundhedsfaglige terminologi til at beskrive forskellige grader af relationelle og observationsmæssige foranstaltninger i forhold til patienten, spændende fra samtaler og øget opsyn til konstant følgeskab af et personalemedlem. Der er fra sundhedsfagligt hold imidlertid ikke enighed om, præcist hvad begrebet dækker over.

I forslaget til ny § 18 c i lovforslagets § 1, nr. 13, defineres personlig skærmmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Umiddelbar nærhed skal forstås således, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning, og at der dermed er mulighed for hurtigt indgriben fra personalets side. Personlig skærmmning som juridisk begreb, som det nu er defineret i forslaget til ny § 18 c, har således ikke nødvendigvis det samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge.

Efter sundhedsstyrelsens opfattelse er observation af patienterne en nødvendig del af den psykiatriske behandling, og det kan ud fra et lægefagligt synspunkt være nødvendigt at foretage meget intensiv observation af patienten f.eks. for at forebygge, at patienten begår selvmord eller på anden måde beskadiger sig selv eller andre. I de tilfælde, hvor patienten er indforstået hermed, kan dette foregå under iagttagelse af samtykkereglerne i lov om patienters retsstilling (pr. 1. januar 2007 – kapitel 5 i sundhedsloven). Hvis en patient derimod ikke samtykker heri, udgør den meget tætte observation, hvor patienten konstant er under overvågning, et så stort indgreb i den enkeltes integritet, at der efter regeringens opfattelse er behov for en lovregulering heraf.

Personlig skærmning, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten, kan efter § 18 c i forslaget alene benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade, eller forfølger eller på anden måde forulemper medpatienter. Der kan være tale om patienter, som er omkringfarende og ikke kan falde til ro, og hvor adfærden over for andre kan være præget af indblanding og forulempen, f.eks. maniske patienter, der forgriber sig på andres ejendele, er seksuelt grænseoverskridende m.v. Der kan også være tale om patienter, der lider af f.eks. nervøs spisevægring.

Lavere grader af observation/overvågning er ikke omfattet af bestemmelsen og udgør efter regeringens opfattelse ikke så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Eventuelle retningslinier for lavere grader af observation/overvågning kan derfor fastsættes af sygehusmyndigheden.

Det fremgår af stk. 3, at beslutningen om personlig skærmning imod patientens vilje træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

En beslutning om personlig skærmning imod patientens vilje skal noteres i journalen, jf. lægelovens § 13. Hvis den personlige skærmning ikke er ganske kortvarig, d.v.s., at den uafbrudt varer over 24 timer, skal beslutningen endvidere tilføres tvangsprotokollen, jf. § 20. Herom henvises til lovforslagets § 1, nr. 16. I de tilfælde, hvor skærmningen uafbrudt varer mere end 24 timer, kan patienten klage over beslutningen om skærmning, jf. § 35, jf. lovforslagets § 1, nr. 28 med videre klageadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 38, jf. lovforslagets § 1, nr. 34 og patienten får endvidere tildelt en patientrådgiver jf. § 24, jf. lovforslagets § 1, nr. 21.

Oplysningspligt for sygehusmyndigheden om den fysiske indretning

Inden for de senere år er der opstået behov for at etablere såkaldt integrerede afsnit på de psykiatriske afdelinger. Herved forstås normalt et afsnit, der kan fungere som både et åbent og et lukket afsnit, idet der som en del af afdelingen er en enhed (»skærmet enhed«), hvortil døren kan låses efter behov. Fordelen er, at patienten kan blive på den samme afdeling under hele indlæggelsen og derved undgå at blive flyttet imellem den åbne og den lukkede afdeling. Dette kan medvirke til at skabe bedre kontinuitet i behandlingen.

Det fremgår af forslaget til § 18 d, at sygehusmyndigheden er forpligtet til at oplyse om den fysiske ind-

retning af afdelingerne. Det skal i den forbindelse oplyses, hvorvidt der eksisterer skærmede enheder, størrelsen og indretningen af disse m.v. Underretningen skal så vidt muligt ske i forbindelse med, at patienten indlægges på afdelingen. Er det ikke muligt på grund af patientens tilstand at orientere på dette tidspunkt, skal patienten orienteres om afdelingens indretning så hurtigt som muligt.

Aflåsning af døre i afdelingen

Med de nye bestemmelser i § 18 e bestemmes det i selve loven, over for hvilke patienter der kan foretages aflåsning af døre. Målgruppen er først og fremmest patienter, der er frihedsberøvede efter lovens kapitel 3, d.v.s. patienter, der er tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller tilbageført, jf. § 18 e, stk. 1, nr. 1.

Derudover er målgruppen patienter, der er i risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare. Det drejer sig om den gruppe af patienter, som i dag omfattes af beskyttelsesfiksering, jf. lovens § 18. I praksis er der tale om patienter, der lider af demens eller demenslignende tilstande, personer, der er bevidsthedslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand.

Det følger af de gældende regler i § 23 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, som er hjemlet i psykiatrilovens § 18 om beskyttelsesfiksering, at aflåsning af en afdelings yderdøre kan anvendes som en beskyttelsesforanstaltning.

Det følger af § 18, stk. 1, i denne bekendtgørelse, at der over for personer, der er frihedsberøvede, kan anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Det fremgår af § 18, stk. 2, at der i sådanne tilfælde, kan træffes afgørelse om, at afdelingens yderdøre skal holdes aflåsedet.

Med den nye bestemmelse fastsættes hjemlen til at aflåse døre i forhold til patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, udtrykkeligt i selve loven. Det fremgår af bestemmelsen, at der kan træffes afgørelse om, at der foretages aflåsning af døre i afdelingen over for patienter, der er frihedsberøvede, jf. lovens kapitel 3. Der kan endvidere træffes bestemmelse om døraflåsning i forhold til patienter, hvor der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Denne sidstnævnte patientgruppe omfatter som udgangspunkt personer, der lider af senil demens, men også personer, der er bevidsthedslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand, kan falde ind under bestemmelsen.

Efter stk. 2 kan der endvidere foretages aflåsning af døre i forhold til en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens forespørgsel skal aflåsningen ophæves.

Den nuværende psykiatrilov omtaler – på nær en enkelt bestemmelse (§ 10, stk. 2, om overførsel af en patient til en lukket psykiatrisk afdeling) - ikke begreberne åbne og lukkede afdelinger, da lovens sigte ikke er organiseringen af psykiatrien, men patienternes rettigheder i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien. Det er således ikke lovreguleret, hvilke patienter der skal behandles på åbne afdelinger, og hvilke patienter der skal behandles på lukkede afdelinger.

Efter den gældende retsstilling, jf. § 18, stk. 2, og § 23 i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, kan der alene træffes beslutning om, at afdelingens yderdør kan aflåses. Der kan således ikke aflåses døre til f.eks. en såkaldt »skærmet enhed«, som er beliggende inden for den psykiatriske afdeling. Denne begrænsning ophæves med indførelsen af den foreslåede § 18 e. Således finder regeringen, at aflåsning af skærmede enheder bør være muligt, under forudsætning af, at der reelt er tale om en enhed, med spise-, bade- og opholdsfaciliteter m.v. og med mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed. Det er fortsat alene på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, at det er muligt at aflåse døren til patientstuen, jf. §§ 18 a og 18 b.

Personlig hygiejne under anvendelse af tvang

Med § 18 f indføres der i psykiatriloven hjemmel til, at overlægen kan beslutte, at en patient, der på grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget *personlig hygiejne under anvendelse af tvang*, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale.

Der har hidtil været tvivl om hjemmelsgrundlaget til at foretage nødvendig personlig hygiejne under anvendelse af tvang. Denne tvivl fjernes med bestemmelsen i § 18 f, idet personalet nu med hjemmel i denne bestemmelse kan udføre nødvendig personlig hygiejne i forhold til patienten. Patientens retssikkerhed på dette område styrkes, idet disse foranstaltninger herefter alene kan iværksættes, når lovens kriterier herfor er opfyldt.

Beslutningen om, at en patient skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, træffes af overlægen på baggrund af en aktuel undersøgelse og vurdering af patientens hygiejniske tilstand. Over-

lægens beslutning og begrundelsen herfor skal tilføres journalen, jf. lægelovens § 13.

Ifølge bestemmelsen skal patientens manglende varetagelse af nødvendig personlig hygiejne kunne tilskrives patientens sindslidelse. Det fremgår således, at personlig hygiejne under anvendelse af tvang kun kan udføres i forhold til patienter, der på grund af deres sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne. De fleste af disse patienter vil formentlig opfylde lovens kriterier for tvangstilbageholdelse, jf. § 10, jf. § 5, hvilket blandt andet vil sige, at der er tale om patienter, som er sindssyge eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og hvor det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling. Men også andre sindslidende patienter, indlagt på en psykiatrisk afdeling, kan blive omfattet af bestemmelsen. Der kan f.eks. være tale om patienter, der lider af senil demens, eller er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand.

Som eksempler på nødvendig personlig hygiejne, der kan foretages i henhold til bestemmelsen, kan nævnes badning, hårvask, tandbørstning og tøjskift. Der kan endvidere være tale om f.eks. skiftning af bleer og bind hos f.eks. demente patienter.

Tvangsmæssig personlig hygiejne kan foretages, hvis personens helbred direkte er truet på grund af fraværet af nødvendig hygiejne, f.eks. på grund af risiko for infektioner o. lign. Men også i situationer hvor den hygiejniske standard hos personen udgør en stærk gene for medpatienter og personale, f.eks. på grund af stærke lugtgener, kan overlægen beslutte, at en person skal tvangsbadet og have foretaget tøjskift eller anden form for personlig hygiejne.

Mindste middel principet, jf. § 4, skal iagttages i forbindelse med en beslutning om evt. iværksættelse af tvangsmæssig personlig hygiejne i forhold til en person. En sådan foranstaltning må således ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, og patienten skal have passende betænkningstid, når forholdene tillader det. Anvendelsen af tvang skal endvidere stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Der henvises i den forbindelse til punkt 6. i de almindelige bemærkninger.

Personlig hygiejne, der foretages under anvendelse af tvang, skal udføres så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe, jf. § 4, stk. 3. Der henvises i den forbindelse til punkt 6. i de almindelige bemærkninger.

Eventuelle klager over personlig hygiejne under anvendelse af tvang kan rettes til sygehusmyndigheden.

Til nr. 14 (psykiatrilovens § 19)

Bemyndigelsesbestemmelse

Den gældende psykiatrilov indeholder bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om tvangsfiksering, om anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Efter lovforslaget bemyndiges ministeren tillige til at fastsætte regler om personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen og personlig hygiejne under anvendelse af tvang. Det er hensigten med bestemmelsen at fastsætte regler om, at der forud for anvendelse af personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen og personlig hygiejne under anvendelse af tvang skal foreligge en lægelig ordination, efter at lægen/overlægen har tilset patienten samt den nærmere procedure for anvendelse af de tre tvangsforanstaltninger.

Til nr. 15 (psykiatrilovens § 19 a)

Undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

Med forslaget til ny § 19 a foreslås visse foranstaltninger af ikke behandlingsmæssig karakter reguleret direkte i psykiatriloven. Det drejer sig om kontrol af patientens post, undersøgelse af patientens stue og ejendele og kropsvisitation af patienten. Hjemlen til at konfiskere og evt. destruere genstande m.v. foreslås endvidere reguleret i selve loven. Der har hidtil været tvivl om hjemmelsgrundlaget til at foretage de pågældende indgreb, men det har været antaget, at indgrebene har kunnet foretages med henvisning til nødrets- eller nødvægemæssige betragtninger eller eventuelt anstaltsmæssige betragtninger om, hvad hensynet til almindelig ro og orden på afdelingen tilsiger. Regeringen finder imidlertid, at der er tale om så indgribende foranstaltninger i forhold til den enkeltes integritet, at de retlige rammer for at foretage de pågældende indgreb bør reguleres direkte i loven.

Der er med forslaget alene tale om en kodificering af gældende praksis, og der etableres med forslaget således ikke hjemmel til at foretage indgreb udover, hvad der hidtil har været muligt på baggrund af det gældende, men usikre, hjemmelsgrundlag. Med de foreslåede nye bestemmelser styrkes patienternes retssikkerhed ved at kriterierne for at foretage de på-

gældende indgreb bliver synlige, idet de kommer til at fremgå direkte af loven.

Hensynet bag bestemmelsen er, at der skal være mulighed for at forhindre, at patienten er eller kommer i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, som kan udgøre en fare for patienten selv eller andre. Der kan endvidere være tale om f.eks. rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

Det fremgår af forslaget, at overlægen kan beslutte, at de pågældende indgreb skal foretages ved *begrundet mistanke* om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugs-historie er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om, at der skal foreligge en begrundet mistanke om, at patienten aktuelt er i besiddelse af rusmidler. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.

Det kan efter bestemmelsen undersøges, om patienten er i besiddelse af *medikamenter, rusmidler eller farlige genstande*. Der kan være tale om genstande eller midler, der kan udgøre en fare for patienten selv, f.eks. selvmordstruede patienter, eller andre, hvis de findes på afdelingen. Der kan f.eks. være tale om knive eller andre våben, men der kan også være tale om genstande, som normalt vil blive betragtet som ufarlige, f.eks. værktøj, nåle, glasflasker mv. Af rusmidler omfattet af bestemmelsen kan f.eks. nævnes alkohol og narkotiske stoffer. Medikamenter omfattet af bestemmelsen kan i princippet være alle former for medicin, både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin.

Det følger af § 19 a, stk. 1, nr. 1, at der etableres hjemmel til, at patientens post skal åbnes og kontrolleres for de i bestemmelsen nævnte objekter. Både breve og pakker kan undersøges. Posten kan alene undersøges for, om de i bestemmelsen nævnte genstande, medikamenter og rusmidler findes i posten. Der er derimod *ikke* hjemmel til at læse det skriftlige indhold i posten. Kun forsendelser *til* patienten er omfattet af bestemmelsen, hvorimod breve og pakker, som patienten sender, ikke er omfattet.

Overlægen kan ifølge forslaget til ny § 19 a, stk. 1, nr. 2, beslutte, at stue og ejendele skal undersøges.

Der kan f.eks. være tale om undersøgelse af skabe og skuffer på stuen, men også patientens personlige tasker og andre ejendele kan med hjemmel i denne bestemmelse undersøges.

Ifølge forslaget til ny § 19 a, stk. 1, nr. 3, kan der foretages kropsvsitation af patienten. Det følger udtrykkeligt af andet led i denne bestemmelse, at undersøgelse af kroppens hulrum ikke er tilladt, hvilket også omfatter mundhulen. Undersøgelse af kroppens hulrum ved f.eks. en endetarmsundersøgelse er efter regeringens opfattelse så indgribende en foranstaltning, at dette ikke skal være muligt indenfor rammerne af psykiatriloven. Disse undersøgelser kan naturligvis stadig foretages i behandlingsøjemed på frivillig basis. Undersøgelse af armhulerne er ikke omfattet af begrænsningen i andet led. Mindste middel principet, jf. § 4, skal iagttages i forbindelse med kropsvsitation af patienten, hvilket bl.a. indebærer, at indgrebet skal udføres så skånsomt som muligt og med størst muligt hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Der henvises i den forbindelse til punkt 6. i de almindelige bemærkninger.

Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær. Det forudsættes, at disse undersøgelser kun foretages, uden patientens tilstedeværelse i situationer, hvor patientens tilstand er af en sådan karakter, at vedkommende ikke kan overvære kontrollen. Andre rent praktiske forhold som f.eks. det forhold, at patienten ikke er tilstede på afdelingen på det tidspunkt, hvor kontrollen skal finde sted, må forsøges løst, så kontrollen f.eks. afventer patientens tilbagevenden til afdelingen.

Det følger af forslaget til ny § 19 a, stk. 3, at overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved de indgreb, der er hjemlet i bestemmelsen, skal beslaglægges. Det forudsættes, at afdelingen opbevarer disse ejendele, indtil det skønnes forsvarligt, at patienten kan få disse udleveret, f.eks. i forbindelse med udskrivningen fra afdelingen. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande, besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Overlægens beslutninger i henhold til § 19 a skal tilføres journalen, jf. lægelovens § 13.

Eventuelle klager over undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvsitation samt beslag-

læggelse og tilintetgørelse af genstande m.v. kan rettes til sygehusmyndigheden.

Forslaget indeholder en bemyndigelsesbestemmelse, som indenrigs- og sundhedsministeren agter at udmånte til at fastsætte regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

Til nr. 16 (psykiatrilovens § 20, stk. 1)

Registrering i afdelingens tvangsprotokol

Ifølge den gældende lov skal oplysning om enhver anvendelse af tvang i henhold til de gældende tvangsbestemmelser i loven tilføres afdelingens tvangsprotokol og indgrebets nærmere indhold og begrundelse skal angives.

Det fremgår af dette ændringsforslag, at tvungen opfølgning efter udskrivning, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og aflåsning af døre i afdelingen skal tilføres tvangsprotokollen. Registreringen er nødvendig af hensyn til den enkelte patients retssikkerhed, f.eks. i forbindelse med behandlingen af klagesager.

Det forudsættes endvidere, at sygehusmyndighederne og Sundhedsstyrelsen, som tilfældet er med de andre former for tvangsindgreb i henhold til loven, fører kontrol med anvendelsen af disse foranstaltninger, jf. § 20, stk. 2.

Til nr. 17 (psykiatrilovens § 21, stk. 1)

Overlægens ansvar for at tvang ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt

Det er efter de nugældende bestemmelser overlægen, der skal sørge for, at der til stadighed føres det fornødne tilsyn med tvangsansværelsen på afdelingen, og i den forbindelse at arbejdsgangen tilrettelægges på en sådan måde, at dette kan ske.

I § 21, stk. 1, præciseres det, at overlægen, også for så vidt angår tvungen opfølgning efter udskrivning, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v. har ansvaret for, at der ikke anvendes tvang i videre omfang end nødvendigt, både i relation til mindste middel princippet i lovens § 4 og med hensyn til den tidsmæssige udstrækning af tvangsansværelsen. Der henvises i den forbindelse til punkt 6. i de almindelige bemærkninger.

For så vidt angår frihedsberøvelse og anvendelsen af beskyttelsesfiksering skal der derudover foretages obligatorisk efterprøvelse af disse indgrebs tidsmæs-

sige udstrækning med de intervaller, der fremgår af § 21, stk. 2 og 3. For så vidt angår tvungen opfølgning efter udskrivning fremgår det af § 13 d, stk. 5, at beslutningen om etableringen af dette indgreb er gældende i indtil 3 måneder efter, at beslutningen blev truffet, og af § 13 d, stk. 6, at der derefter kan træffes beslutning om forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning i indtil 3 måneder ad gangen, dog maksimalt for en periode på 12 måneder.

Til nr. 18 (psykiatrilovens § 21, stk. 3)

Med forslaget til ændring af § 21, stk. 3, lovfæstes der faste minimumsintervaller for den lægelige efterprøvelse af spørgsmålet om fortsat anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, på lige fod med hvad der gælder for beskyttelsesfiksering. Det foreslås således fastsat, at spørgsmålet om den fortsatte anvendelse af disse tiltag skal lægeligt vurderes så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelsen af tiltagene blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.

Til nr. 19 (psykiatrilovens § 21, stk. 4 og 5)

Øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse

Med § 21, stk. 4, foreslås indsat en bestemmelse om lægeligt tilsyn med tvangsfikseringer. Bestemmelsen fastlægger en pligt til at føre tilsyn med den fikserede patient så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, fra beslutningen om tvangsfiksering er truffet.

Herved skærpes det lægelige tilsyn med udstrækningen af fikseringer, således at det kommer til at fremgå af loven, at patienten som minimum skal tilses 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, fra beslutningen om tvangsfiksering blev truffet, og så længe tvangsfikseringen opretholdes. Stk. 4 påbyder lige som stk. 2 og 3 en obligatorisk efterprøvelse af tvangsindgrebene. Forslaget fritager således ikke overlægen fra det overordnede ansvar for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v. samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, ikke anvendes i videre omfang end

højest nødvendigt, jf. § 21, stk. 1. Den løbende efterprøvelse efter denne bestemmelse skal således finde sted sideløbende med den obligatoriske efterprøvelse efter stk. 2 og 3.

Med § 21, stk. 5, foreslås indsat en bestemmelse om en ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer, der udstrækker sig længere end 48 timer. Bestemmelsen fastlægger en pligt til, at en fiksering, der udstrækkes længere end 48 timer, vurderes af en anden læge. Denne anden læge må ikke være ansat på det pågældende afsnit, hvor tvangsindgrebet finder sted. Lægen skal være speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri. Den læge, der foretager denne vurdering kan enten være ansat på et andet hospital eller på det hospital, hvor den langvarigt fikserede patient er indlagt. Hvis der f.eks. er tale om en patient, der er indlagt på f.eks. et gerontopsykiatrisk afsnit, kan den eksterne efterprøvelse således foretages af f.eks. en læge ansat på et afsnit på hospitalets almene psykiatriske afdeling. Tilsvarende kan f.eks. en læge ansat på et børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit foretage ekstern efterprøvelse i forhold til en patient, der er indlagt på et voksen psykiatrisk afsnit og omvendt. Det afgørende er, at den eksterne læge ikke er ansat på det psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, og således ikke har ansvar for patientens behandling og heller ikke står i et underordningsforhold til den behandelende læge.

Stk. 5 skal ses i forlængelse af stk. 4 som en øget retssikkerhedsgaranti for patienter, der bliver fikseret i længere tid, idet der med den foreslåede regel skabes yderligere fokus på, om betingelserne for at opretholde en tvangsfiksering er til stede. Dette giver grundlag for en kvalitetsudvikling i form af en faglig diskussion af indgrebets berettigelse. Ved uenighed i bedømmelsen af, om der fortsat er behov for at opretholde en tvangsfiksering, er den behandelende læges vurdering afgørende, men uenighed vil være en anledning til, at patienten overvejer behovet for evt. iværksættelse af en klagesag. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 19 og 28. Bemyndigelsesbestemmelsen skal udmøntes i regler om den praktiske fremgangsmåde ved gennemførelse af den eksterne vurdering, herunder om tilkaldelse af en anden læge, vurderingens omfang, inhabilitet m.m.

Det skal bemærkes, at der efter den gældende regel i psykiatrilovens § 16 er et krav om, at en patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt. De foreslåede nye bestemmelser er således en udbygning i forhold hertil.

Til nr. 20 (psykiatrilovens § 22, stk. 3)

Skærpet samtykkekrav til psykokirurgisk indgreb

Det fremgår af § 22, stk. 3, i psykiatriloven, at psykokirurgiske indgreb kun kan foretages i forhold til patienter, der er ude af stand til selv at afgive gyldigt samtykke, hvis der over for patienten iværksættes værgemål efter værgemålslovens § 5, der omfatter personlige forhold, herunder beføjelse til at meddele samtykke til psykokirurgiske indgreb, og at værgen giver sit skriftlige samtykke til indgrebet.

I henhold til artikel 28 i Europarådets rekommandation om »The protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder« (Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder) skal en person, der skal have foretaget et psykokirurgisk indgreb, selv afgive skriftligt samtykke.

Med den foreslåede ophævelse af § 22, stk. 3, bringes den danske retstilstand i overensstemmelse med rekommandationen, idet psykokirurgiske indgreb herfter kun kan foretages på baggrund af patientens eget skriftlige samtykke.

Til nr. 21 (psykiatrilovens § 24, stk. 1)

Patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a

Efter den gældende bestemmelse i § 24, stk. 1, skal der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved iværksættelse af de i kapitel 5 nævnte foranstaltninger. Det betyder, at ved iværksættelse af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, beskyttelsesfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, får patienten beskikket en patientrådgiver efter anmodning.

Når tvangsindgreb efter lovens kapitel 5 skønnes påkrævet, er personalet forpligtet til at underrette patienten om adgangen til at få beskikket en patientrådgiver efter anmodning. Personalet har ikke mulighed for at skønne over, om en anmodning er mere eller mindre velbegrunder. Når en begæring er fremsat af patienten selv, skal beskikkelsen straks finde sted.

Den foreslåede ændring af § 24, hvorefter der skal beskikkes en patientrådgiver for alle, der undergives et tvangsindgreb bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19

a, har til formål overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed. Da der ikke kan klages over indgreb efter §§ 18 f og 19 a til de psykiatriske patientklagenævn, men til sygehusmyndigheden, findes det ikke hensigtsmæssigt alene på den baggrund at beskikke en patientrådgiver til patienten. Det skønnes dog, at en del af de patienter, som bliver omfattet af indgreb efter §§ 18 f og 19 a, i forvejen vil have fået beskikket en patientrådgiver.

Med forslaget sikres patienten adgang til vejledning og rådgivning i forbindelse med alle de nævnte tvangsindgreb uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver i en evt. ophedet og stresset situation.

Der kan være situationer, hvor det ikke kan udelukkes, at f.eks. en fiksering efter omstændighederne kan udgøre en frihedsberøvelse. I sådanne situationer er det hensigtsmæssigt, at patienten får beskikket en patientrådgiver, som kan rådgive og vejlede patienten, herunder bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Da det ikke præcist er muligt at afgøre, hvornår f.eks. en fiksering overgår til at udgøre en frihedsberøvelse, findes det mest hensigtsmæssigt, at alle patienter, der udsættes for tvang bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a, får beskikket en patientrådgiver.

Det bemærkes, at den foreslåede ændring af bestemmelsen imødekommer Europarådets Torturkomitees forslag om, at alle patienter, der er fikserede, bør have beskikket en patientrådgiver.

Den foreslåede ændring går imidlertid videre end anbefalet af Torturkomiteen, idet den omhandler alle patienter, der undergives tvang i medfør af lovens bestemmelser herom, bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a. Hensigten med at udvide ordningen er således at give de patienter, som undergives tvang, den letteste adgang til en høj grad af retssikkerhed.

Med henvisningen til § 40, stk. 4, fremhæves, at der ikke skal beskikkes en patientrådgiver til personer, som er omfattet af psykiatrilovens § 40, i tilfælde, hvor de pågældende i forvejen har en sådan eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.

Ligeledes følger det af bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse, § 2, stk. 2, at bestemmelserne i psykiatrilovens §§ 24-29 om patientrådgivere kun gælder i tilfælde, hvor personer, som er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 eller retsplejelovens § 765, § 777 eller § 809, stk. 2, ikke har en bistandsværge efter straffelovens § 71.

Til nr. 22, 27, 29, 35 og 36 (psykiatrilovens § 24, stk. 2, § 34, stk. 3, § 36, stk. 1 og 4 og § 39)

Der er tale om en præcisering af begrebet »patientklagenævn« og om konsekvensrettelser som følge af, at de psykiatriske patientklagenævn som i dag organisatorisk er tilknyttet statsamterne/Københavns Overpræsidium pr. 1. januar 2007 benævnes de psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningerne.

Til nr. 23 (psykiatrilovens § 26, stk. 1)

Patientrådgiverens forpligtelse til besøg

Efter bestemmelsen skal patienter, der er undergivet tvungen opfølgning, jf. § 13 d, have besøg af patientrådgiveren inden 24 timer efter beskikkelsen på lige fod med patienter undergivet andre tvangsforanstaltninger efter loven. Hovedparten af de patienter, der bliver underlagt tvungen opfølgning, vil i forvejen have fået tildelt en patientrådgiver, idet én af betingelserne for at blive underlagt tvungen opfølgning er, at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt eller er blevet tvangstillbæholdt, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 3. I de tilfælde, hvor der i forvejen er beskikket en patientrådgiver, fortsætter beskikkelsen efter, at der er truffet beslutning om tvungen opfølgning.

Det fremgår af bestemmelsen, at patientrådgiverens besøg hos patienter, der er undergivet tvungen opfølgning, skal ske efter behov. Da der er tale om patienter, der er udskrevet til eget hjem, vil der formentlig ikke være behov for besøg mindst én gang om ugen, som tilfældet er ved de patienter, der er undergivet tvangsforanstaltninger efter kapitel 3, 4 og 5. Hyppigheden af kontakten beror på det aktuelle behov og kan efter omstændighederne foregå ved, at patienten og patientrådgiveren telefonisk er i kontakt med hinanden. Det skal bemærkes, at patientrådgiveren alene kan besøge patienten i dennes hjem med patientens accept.

Til nr. 24 (psykiatrilovens § 30)

Ophævelse af bemyndigelsesbestemmelse om patientindflydelse

Det foreslås, at bemyndigelsesbestemmelsen, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger, ophæves. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som herefter vil bortfalde. Det foreslås i stedet, at reglerne i § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard udvides, og at der som § 2 a indføres en ny

bestemmelse, hvorefter sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne. Der henvises til lovforslaget § 1, nr. 4 og 5.

Til nr. 25 (psykiatrilovens § 31, stk. 1)

Skriftlig underretning om tvang

Efter § 31, stk. 1, skal patienten, inden frihedsberøvelse iværksættes eller anden tvang anvendes, underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Bestemmelsen indeholder i sin nuværende udformning ingen formkrav. Med henblik på at sikre, at patienten får så god en information som muligt, foreslås med den nye udformning af bestemmelsen, at underretningen skal ske både mundtligt og skriftligt. Det fremgår af artikel 22 i Europarådets rekommandation om »The protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder« (Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder), at en person, der udsættes for frihedsberøvelse eller tvangsbehandling, skal modtage såvel mundtlig som skriftlig information om vedkommedes rettigheder og muligheder.

Til nr. 26 (psykiatrilovens § 32, stk. 4)

Opsættende virkning ved klage over beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning

Klager over en beslutning om tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3. Tilsvarende sikres det med forslaget til § 32, stk. 4, at klager over tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, gives opsættende virkning. Det betyder, at den tvungne opfølgning ikke kan etableres, før det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen har behandlet sagen i de tilfælde, hvor der er klaget over beslutningen. Klager over en forlængelse af beslutningen om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 6, har derimod ikke opsættende virkning. Eventuel opsættende virkning af en klage kunne i forlængelsestilfældene medføre et brud i et nødvendigt behandlingsforløb.

Til nr. 28 (psykiatrilovens § 35)

Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen er første instans i alle klager over tvang, bortset fra indgreb efter §§ 18 f og 19 a

Efter den gældende bestemmelse skal sygehusmyndigheden efter anmodning fra patienten eller patient-

rådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, for det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium.

Forslaget indebærer, at i det omfang, der anvendes tvungen opfølgning efter udskrivning, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og aflåsning af døre i afdelingen, vil anvendelsen af disse midler i lighed med lovens øvrige tvangsforanstaltninger kunne påklages, og den pågældende sygehushmyndighed vil være forpligtet til i givet fald at indbringe klagen for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen. Hermed fastholdes den enstrengede indgang til klagesystemet.

Til nr. 30 (psykiatrilovens § 36, stk. 3)

Procedureregulering ved klagesagsbehandling tillagt opsættende virkning

Det fastsættes i denne bestemmelse af hensyn til patientens retssikkerhed og sikring af kontinuiteten i behandlingen, at det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvungen opfølgning efter udskrivning inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. Denne bestemmelse skal ses i sammenhæng med reglen i § 32, stk. 4, hvorefter en klage over tvungen opfølgning efter udskrivning er tillagt opsættende virkning, d.v.s. at den tvungne opfølgning, i det omfang der klages, ikke kan iværksættes før det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen har truffet afgørelse i sagen.

Til nr. 31-32 (psykiatrilovens § 37)

Klageadgang til retten

Efter den gældende § 37, stk. 1, skal det psykiatriske patientklagenævns afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Det følger af, at der efter grundlovens § 71, stk. 6, skal være adgang til på begæring at få forelagt lovligheden af en administrativ frihedsberøvelse for en domstol.

Det er ikke muligt præcist at angive, hvornår en konkret tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering eller aflåsning af døre i afdelingen i henhold til grundlovens § 71, stk. 6, må antages at udgøre en frihedsberø-

velse, hvis lovlighed efter begæring skal forelægges for en domstol.

Med henblik på at styrke patienternes retssikkerhed findes det hensigtsmæssigt, at det kommer til at fremgå direkte af psykiatriloven, at alle afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne vedrørende tvangsfikseringer, beskyttelsesfikseringer og aflåsning af døre i afdelingen skal prøves ved domstolene, hvis patienten eller patientrådgiveren anmoder herom.

Med den foreslåede formulering imødekommes den kritik, som Europarådet, i forbindelse med arbejdet om Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning »The protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder«, har rejst over for den danske regering om, at der ikke umiddelbart er mulighed for domstolsprøvelse af tvangsindgreb.

Det betyder, at det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren efter forslaget til ny formulering af § 37 skal indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen, for retten.

Afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan som hidtil påklages til Sundhedsråds Patientklagenævn. Derudover kan personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, efter forslaget ligeledes påklages til Sundhedsråds Patientklagenævn. Hvis et af disse indgreb, f.eks. brug af særlige dørlåse, i et konkret tilfælde efter omstændighederne udgør en frihedsberøvelse, skal lovligheden heraf på begæring af vedkommende indbringes for retten til prøvelse, jf. grundlovens § 71, stk. 6. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 34.

Til nr. 33 (psykiatrilovens § 37 a)

Klageadgang til retten ved tvungen opfølgning efter udskrivning

Som et led i en effektiv efterprøvelsesadgang og opstillingen af effektive retsgarantier i forbindelse med etablering af tvungen opfølgning efter udskrivning, fastsættes i § 37 a, at det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren, på lige fod med afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, tvangsfikseringer, be-

skyttelsesfikseringer og aflåsning af døre i afdelingen, skal indbringe sine afgørelser vedrørende tvungen opfølgning efter udskrivning for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Det følger af forslaget til § 13 d, stk. 2, at en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning fra den psykiatriske afdeling alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, og af stk. 3, at patienten kan afhentes af politiet, såfremt vedkommende ikke møder op til medicinering. Medicineringen kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling. En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning indeholder således en beslutning om en potentiel frihedsberøvelse af patienten, som alene kan effektueres, hvis patienten ikke følger pålægget om at møde til behandling. Reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a finder efter ordlyden i bestemmelserne alene anvendelse i forhold til administrativt bestemte frihedsberøvelser, der er effektueret. Med henvisningen i § 37 a sikres, at de processuelle regler i retsplejelovens kapitel 43 a også gælder for personer underlagt tvungen opfølgning efter udskrivning.

Reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a gælder generelt for prøvelse af administrativt bestemte frihedsberøvelser uden for strafferetsplejen. I retsplejelovens § 469, stk. 1, 2. pkt., findes imidlertid en særlig værnetingsregel for sager om frihedsberøvelse i henhold til psykiatriloven, og i § 469, stk. 4, 3. pkt., findes en særlig regel for beregning af frister for sagens indbringelse for retten for så vidt angår sager i henhold til psykiatriloven. § 37 a, stk. 2 og 3 skal sikre, at disse særlige regler også gælder for sager om tvungen opfølgning efter udskrivning.

Det følger således af forslaget til ny § 37 a, stk. 2, at sager om tvungen opfølgning efter udskrivning, så længe patienten ikke er udskrevet, forelægges for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende. Denne bestemmelse svarer til værnetingsreglen i retsplejelovens § 469, stk. 1, 2. pkt., vedrørende administrativt frihedsberøvede personer i henhold til psykiatriloven.

I forslaget til ny § 37 a, stk. 3, fastsættes, at begæring om sagens indbringelse for retten skal fremsættes inden 4 uger efter patientklagenævnets afgørelse, og at senere fremsættelse af begæringen indtil 6 måneder efter patientklagenævnets afgørelse undtagelsesvis kan tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. Denne bestemmelse svarer til bestemmelsen i retsplejelovens § 469, stk. 4.

Med stk. 4 sikres, at patienter, der er underlagt tvungen opfølgning efter udskrivning, får mulighed

for hver 3. måned, i forbindelse med evt. forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 5 og 6, at klage til det psykiatriske patientklagenævn, og hvis de ikke får medhold her, at indbringe afgørelsen for domstolene.

Til nr. 34 (psykiatrilovens § 38, stk. 1)

Klageadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Efter den gældende § 38, stk. 1, kan det lokale nævns afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Den foreslåede ændring af bestemmelsen er en følge af den foreslåede ændring af § 37, stk. 1, hvor området for rettens prøvelse af tvangsindgreb udvides. Det betyder, at alene afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmming, der uafbrudt varer mere end 24 timer samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Der henvises herom til bemærkningerne til § 37, stk. 1, jf. lovforslagets § 1, nr. 31.

Til nr. 37 (psykiatrilovens § 46)

Ophævelse af revisionsbestemmelse

Det fremgår af § 46 i den nuværende lov, at der skal fremsættes forslag om revision af loven i folketingsåret 2005-2006. Med fremsættelsen af dette lovforslag er revisionsbestemmelsen opfyldt, og den foreslås derfor ophævet.

Til § 2

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

Den foreslåede ændring af retsplejeloven er en konsekvens af de foreslåede ændringer af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven). Psykiatrilovens titel foreslås forenklet ved at ordet »frihedsberøvelse« udgår, så loven fremover alene skal hedde »Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien«.

Med ændringen af psykiatriloven foreslås endvidere indført nye klageadgange for tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering. De psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende disse spørgsmål kan ef-

ter de gældende regler i psykiatrilovens § 38, indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Efter den foreslåede ændring af psykiatrilovens § 37, stk. 1, skal det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren, på lige fod med hvad der gælder for tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a, indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering, for retten. I forbindelse med ændringen af psykiatriloven foreslås det endvidere, at de psykiatriske patientklagenævns afgørelser om aflåsning af døre i afdelingen, jf. de foreslåede nye regler i psykiatrilovens § 18 d, efter anmodning skal indbringes for retten, jf. § 37, stk. 1, i psykiatriloven. Det foreslås derfor, at retsplejelovens § 469, stk. 1, ændres, så disse nye ankeadgange bliver omfattet af bestemmelsens regler om værneting og om den besluttede myndigheds pligt til at forelægge sagen for retten.

Det følger af grundlovens § 71, stk. 6, at der skal være adgang til på begæring at få prøvet en administrativ frihedsberøvelse ved en domstol. Tvangsfikseringer, beskyttelsesfikseringer og aflåsning af døre i afdelingen vil efter omstændighederne kunne indebære en frihedsberøvelse. Det fremgår imidlertid ikke klart af den gældende lovtekst, at der i disse tilfælde i givet fald skal være mulighed for domstolsprøvelse af tvanganvendelsen/frihedsberøvelsen. Derfor findes det hensigtsmæssigt, at alle afgørelser om de i bestemmelsen omhandlede tvangsforanstaltninger vedrørende fikseringer m.v. fra de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne kan prøves ved en domstol.

Til nr. 2 (retsplejelovens § 469, stk. 4, 3. pkt.)

Det fremgår af den nuværende formulering af § 469, stk. 4, at begæring om sagens indbringelse for retten skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. Det fremgår af den nuværende formulering af § 469, stk. 4, 3. pkt., at i sager om tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regnes fristerne fra patientklagenævnets afgørelse i sagen. Det foreslås, at klagefristen også for tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen regnes fra det psykiatriske patientklagenævns afgørelse i sagen.

Det foreslås endvidere, at bestemmelsen rettes som konsekvens af, at det i lovforslaget om ændring af psykiatriloven foreslås, at lovens titel forenkles, således at ordet »frihedsberøvelse« udgår af titlen, så den fremover kommer til at hedde »Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien«.

Til § 3

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Tvungen opfølgning efter udskrivning kan iværksættes over for patienter, der udskrives den 1. januar 2007 eller senere.

Det følger af stk. 2, 1. pkt., at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som er en forudsætning for anvendelse af tvungen opfølgning efter udskrivning efter § 13 d, stk. 1, nr. 1, kan være henholdsvis indgået eller udarbejdet før den 1. januar 2007. Der er ikke forskel på indholdet af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan indgået henholdsvis før og efter den 1. januar 2007.

Ligeledes følger det af stk. 2, 2. pkt., at tvangsendlæggelser, som er iværksat før den 1. januar 2007 tæller med ved opgørelsen af, om patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst 3 gange, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 2.

Det foreslås videre i stk. 3, at bevare den gældende klagesagsprocedure i 2. instans for klagesager, hvor der er truffet afgørelse i 1. instans inden den 1. januar 2007. Det betyder, at alene afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, som er truffet inden den 1. januar 2007, skal indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Det psykiatriske patientklagenævns afgørelser, som er truffet inden den 1. januar 2007, om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Bevarelse af den gældende klagesagsprocedure i 2. instans for klagesager, hvor der er truffet afgørelse i 1. instans inden den 1. januar 2007, får således den konsekvens, at en afgørelse om en tvangsfiksering eller en beskyttelsesfiksering, som er truffet af det psykiatriske patientklagenævn inden den 1. januar 2007, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, uanset at afgørelsen i 2. instans først vil blive truffet efter den 1. januar 2007.

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

Efter den 1. januar 2007 vil alle sager i 1. instans fortsat blive afgjort i de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne.

De psykiatriske patientklagenævns afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførelse, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen, som er truffet efter den 1. januar 2007, vil af patienten eller dennes patientrådgiver kunne indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Der sker således med forslaget en udvidelse af rettens kompetence til at træffe afgørelser i 2. instans.

I forlængelse heraf gælder det, at de psykiatriske patientklagenævns afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, som er truffet efter den 1. januar 2007, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Til § 4

Denne bestemmelse fastsætter lovens territoriale anvendelsesområde, der følger hovedloven.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov:

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998, som ændret ved lov nr. 377 af 6. juni 2002, lov nr. 1371 af 20. december 2004 og lov nr. 542 af 24. juni 2005 foretages følgende ændringer:

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

1. Lovens *titel* affattes således:

»**Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien**«.

§ 1. ---

Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.

2. *§ 1, stk. 2*, affattes således:

»*Stk. 2.* Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger for hvilke, der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.«

§ 1. Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i denne lov.

Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.

3. I *§ 1* indsættes som *stk. 3 og 4*:

»*Stk. 3.* For patienter, der er under 15 år eller varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke, skal der ikke forsøges indhentet et samtykke fra forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende, hvis omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til denne lov er nødvendig for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred eller
- 2) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres herom.

Stk. 4. For patienter, der er imellem 15 og 18 år, hvor sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at vedkommende ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen, jf. sundhedslovens § 17, stk. 2, finder stk. 3 tilsvarende anvendelse.«

Gældende formulering

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

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

§ 3. ---

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

§ 3. ---

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

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

Lovforslaget

4. I § 2 ændres »behandling og pleje« til: »behandling, pleje og omsorg« og efter »personale-normering,« indsættes: »personalets kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende,«.

5. Efter § 2 indsættes:

»§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.«

6. I § 3, stk. 3, indsættes som 2. pkt.:

»En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette.«

7. § 3, stk. 4-6, ophæves.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

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

§ 4. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Stk. 2. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Stk. 3. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.

Stk. 4. Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

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

8. I § 4 indsættes som *stk. 5*:

»*Stk. 5.* Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler herom.«

9. I § 4 a indsættes efter »§ 15, stk. 2,«: »§ 18 f, § 19 a, stk. 1 og 3,«.

Gældende formulering

§ 12. Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10.

Stk. 2. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Stk. 3. Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. Denne træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

§ 13. En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. § 5, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, jf. § 6, stk. 3, og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. § 9, stk. 2.

Stk. 2. Beslutning om tvangsbehandling som nævnt i stk. 1 træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab. Behandling kan om fornødent ske på somatisk afdeling.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

Lovforslaget

10. I § 12 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

»Stk. 3. Tvangsbehandling med elektrostimulation må kun iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en akut eller potentiel livstruende tilstand.«

Stk. 3 og 4 bliver herefter stk. 4 og 5.

11. Efter § 13 indsættes:

»Kapitel 4 a

Opfølgning efter udskrivning

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

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m. fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af koordinationsplaner til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

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

§ 13 d. Overlægen kan træffe beslutning om tidsbegrænset tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred og

- 1) patienten i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, og
- 2) patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst 3 gange, og
- 3) patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller er blevet tvangstilbageholdt.

Stk. 2. Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Stk. 3. Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan patienten afhentes af politiet. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.

Stk. 4. Ved medicineringen i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal der anvendes lægemidler, for hvilke man kender patientens reaktion, herunder evt. i depotform.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

Stk. 5. En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten.

Stk. 6. Hvis der er en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten ved 3 måneders periodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder. Yderligere forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning kan ske for indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.

§ 13 e. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter dette kapitel, herunder om eventuel afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op samt om politiets medvirken hertil.«

Aflåsning

§ 18 b. Aflåsning af patientstuer kan foretages af sikkerhedsmæssige grunde om natten og kortvarigt om dagen under konferencer eller lignende over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. kapitel 11.

Stk. 2. Beslutning om aflåsning af patientstuer træffes af en læge.

12. *Overskriften* efter § 18 affattes således:

»Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland«.

13. Efter § 18 b indsættes:

»Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen

§ 18 c. Ved personlig skærmning forstås i denne lov foranstaltninger, hvor ét eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Stk. 2. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

*Gældende formulering**Lovforslaget*

Stk. 3. En beslutning om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

§ 18 d. Patienten skal i forbindelse med indlæggelse på afdelingen orienteres om afdelingens indretning, herunder om forekomsten af mindre enheder på afdelingen, hvortil døren kan aflåses, hvis sådanne mindre enheder findes på afdelingen.

§ 18 e. Lægen kan beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, over for

- 1) patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og
- 2) patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. § 18.

Stk. 2. Lægen kan endvidere beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke af døre til patientstuer, i forhold til en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves.

Stk. 3. Alle patienter på afdelingen skal straks efter, at en beslutning om aflåsning efter stk. 1 og 2 er truffet, underrettes herom.

Personlig hygiejne under anvendelse af tvang

§ 18 f. Overlægen kan beslutte, at en patient, der på grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale.«

Gældende formulering

§ 19. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsfiksering, om anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt om aflåsning af patientstue.

§ 19. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsfiksering, om anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt om aflåsning af patientstue.

Lovforslaget

14. § 19 affattes således:

»§ 19. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.«

15. Efter § 19 indsættes:

»Kapitel 5 a

Undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.«

Gældende formulering

§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, §§ 12-17 a, samt § 18 a, og enhver ordination i henhold til § 18 skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse.

§ 21. Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

§ 21. ---

Stk. 3. Der skal foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.

Lovforslaget

16. § 20, stk. 1, affattes således:

»**§ 20.** Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, §§ 12, 13 og 13 d, §§ 14 -17 a, § 18 a samt § 18 c, stk. 2, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 e, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18.«

17. § 21, stk. 1, affattes således:

»Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.«

18. § 21, stk. 3, affattes således:

»*Stk. 3.* Der skal foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelse af disse foranstaltninger blev truffet og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.«

Gældende formulering

§ 21. Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

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

Stk. 3. Der skal foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.

§ 22. ---

Stk. 3. Er patienten ude af stand til at afgive gyldigt samtykke, kan indgrebet kun gennemføres, såfremt der over for patienten iværksættes værgemål efter værgemålslovens § 5, der omfatter personlige forhold, herunder beføjelse til at meddele samtykke til psykokirurgiske indgreb, og værgeren giver skriftligt samtykke til indgrebet.

§ 24. Der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved iværksættelse af de i kapitel 5 nævnte foranstaltninger.

Lovforslaget

19. I § 21 indsættes som *stk. 4* og *5*:

»*Stk. 4.* Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnnet, som skal være jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

Stk. 5. Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, og som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandelende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering. Denne vurdering skal foretages af en læge, der er speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen, er den behandelende læges vurdering afgørende. Uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen skal dog mundtligt og skriftligt oplyses over for patienten. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om den lægelige vurdering efter denne bestemmelse.«

20. § 22, *stk. 3*, ophæves.

21. § 24, *stk. 1*, affattes således:

»Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen efter § 18 e, *stk. 1*, nr. 2, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. dog § 40, *stk. 4*.«

Gældende formulering

§ 24. ---

Stk. 2. Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i patientklagenævnet.

§ 26. Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov.

§ 30. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

§ 31. Inden frihedsberøvelse iværksættes og anden tvang anvendes, skal patienten underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Underretning om anvendelse af tvang i henhold til § 18 b kan dog foretages som generel information til patienten.

§ 32. Ved enhver anvendelse af tvang skal patienten vejledes om adgangen til at påklage indgrebet.

Stk. 2. Klage over beslutning om anvendelse af tvang har ikke opsættende virkning.

Stk. 3. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Lovforslaget

22. § 24, stk. 2, 3. pkt., affattes således:

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

23. § 26, stk. 1, affattes således:

»Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg hos patienter, som er undergivet tvangsforanstaltninger efter kapitel 3, 4 og 5, skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Besøg hos patienter, som er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, skal finde sted efter behov.«

24. § 30 ophæves.

25. I § 31, stk. 1, indsættes efter »underrettes«: »mundtligt og skriftligt«.

26. I § 32 indsættes som *stk. 4*:

»*Stk. 4.* Klage over beslutning om tvungen opfølgning efter § 13 d, stk. 1, har opsættende virkning.«

*Gældende formulering***§ 34. ---**

Stk. 3. Statsforvaltningen varetager patientklagenævnets sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue for patientklagenævnet.

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

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

Lovforslaget

27. I § 34, *stk. 3*, ændres »patientklagenævnets« til: »det psykiatriske patientklagenævns«.

28. § 35 affattes således:

»§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.«

29. I § 36, *stk. 1 og stk. 4*, ændres »patientklagenævnet« til: »det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

*Gældende formulering***§ 36. ---**

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

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

§ 37. ---

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

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

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

*Lovforslaget***30. § 36, stk. 3, affattes således:**

»*Stk. 3.* Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, stk. 3 og 4, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.«

31. § 37, stk. 1, affattes således:

»§ 37. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.«

32. I § 37, stk. 2, ændres »patientklagenævnet« til: »det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

33. Efter § 37 indsættes:

»§ 37 a. Reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a vedrørende administrativt bestemt frihedsberøvelse finder tilsvarende anvendelse ved tvungen opfølgning efter udskrivning. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvungen opfølgning efter udskrivning for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Sager om tvungen opfølgning efter udskrivning forelægges, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.

Gældende formulering

Lovforslaget

Stk. 3. Begæring om sagens indbringelse for retten skal fremsættes inden 4 uger efter det psykiatriske patientklagenævns afgørelse. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter nævnets afgørelse undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen.

Stk. 4. Godkender det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, at der etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges, jf. § 13 d, stk. 6. Den tvungne opfølgning efter udskrivning kan herefter begæres prøvet ved enhver forlængelse af den tvungne opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 6.«

§ 38. Patientklagenævnets afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, samt aflåsning af patientstue kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

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

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

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om indberetning af afgørelser fra patientklagenævnene og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning.

§ 46. Forslag om revision af loven fremsættes for Folketinget i folketingsåret 2005-06.

34. § 38, *stk. 1*, affattes således:

»Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.«

35. I § 39, *stk. 1*, ændres: »Patientklagenævnet« til: »Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen«.

36. I § 39, *stk. 2*, ændres: »patientklagenævne« til: »de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne«.

37. § 46 ophæves.

Gældende formulering

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

§ 469. ---

Stk. 4. Begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regnes fristerne dog fra patientklagenævnets afgørelse i sagen.

Lovforslaget

§ 2

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 910 af 27. september 2005, som senest ændret ved lov nr. 1399 af 21. december 2005, foretages følgende ændringer:

1. § 469, *stk. 1, 2. pkt.*, affattes således:

»Sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.«

2. § 469, *stk. 4, 3. pkt.*, affattes således:

»I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien regnes fristerne dog fra det psykiatriske patientklagenævns afgørelse i sagen.«

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

Til lovforslag nr. L 140. Skriftlig fremsættelse (25. januar 2006)

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Herved tillader jeg mig for Folketinget at fremsætte:

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.).

(Lovforslag nr. L 140).

Lovforslaget opfylder den forpligtelse, som Folketinget har pålagt regeringen om at fremsætte lovforslag om revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-2006, jf. psykiatrilovens § 46 (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien).

Lovforslagets formål er at styrke patienternes retsstilling og retssikkerhed på en række områder i forbindelse med anvendelsen af tvang i psykiatrien, herunder på nogle områder at reducere anvendelsen af tvang. Lovforslagets formål er endvidere at medvirke til at sikre, at det bliver muligt at fastholde de patienter, som det indenfor rammerne af den hidtidige lovgivning ikke har været muligt at fastholde, i den nødvendige behandling.

Loven foreslås ændret på mere end 30 punkter, herunder styrkes patienternes retsstilling ved

at det bl.a. bliver obligatorisk at tilbyde patienterne eftersamtaler efter ethvert tvangsindgreb, obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver ved tvangsindgreb, øget lægeligt tilsyn til langvarigt bæltefikserede patienter og en ekstern lægelig efterprøvelse af indgrebet.

Der foreslås nye afsnit om personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen, om personlig hygiejne under anvendelse af tvang, og om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvistitation m.v.

Derudover foreslås det at indføre et nyt instrument; tvungen opfølgning efter udskrivning, som er en mulighed for at fastholde de allersvageste patienter, som det ikke er muligt at nå med det gældende regelsæt, i behandling. Patienter, som gang på gang bliver tvangsindlagt, men som dropper behandlingen, når de velbehandlet bliver udskrevet. For efterfølgende at få det dårligere og dårligere, inden de atter indlægges med tvang. Tvungen opfølgning efter udskrivning kan kun anvendes, når en række betingelser er opfyldt, ligesom der er knyttet en række retsgarantier til indgrebet. Endelig er der ikke tale om en pligt for overlægen til at vælge dette indgreb men alene en mulighed, hvis overlægen skønner, at indgrebet er relevant.

Idet jeg i øvrigt henviser til bemærkningerne til lovforslaget, skal jeg anbefale det til Folketingets velvillige behandling.