



Fremsat den 5. februar 2015 af ministeren for sundhed og forebyggelse (Nick Hækkerup)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

(Fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters retsstilling, indførelse af ny formålsbestemmelse, skærpede kriterier for tvangsfiksering, og ændring af kriterierne i § 19 a for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvsitation m.v.)

§ 1

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010, som ændret ved § 17 i lov nr. 647 af 12. juni 2013 foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes før stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 1. Indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling sker på baggrund af informeret samtykke efter reglerne i kapitel 5 i sundhedsloven, medmindre andet følger af denne lov.«

Stk. 1 og 2 bliver herefter til stk. 2 og 3.

2. § 1, stk. 3 og 4 ophæves, og i stedet indsættes:

»Stk. 4. Tvang foreligger ikke i de tilfælde

- 1) hvor en patient er under 15 år, og
- 2) der foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Stk. 5. For patienter, der er omfattet af stk. 4, 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.

Stk. 6. Forældremyndighedens indehaver, værger eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres herom.«

3. I § 2 indsættes før stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 1. Formålet med loven er at sikre,

- 1) at iværksættelse og gennemførelse af tvang efter denne lov sker i overensstemmelse med grundlæggende retsikkerhedsprincipper,

- 2) at i de tilfælde, hvor indlæggelse, ophold og behandling sker uden patientens samtykke, i videst muligt omfang sker som led i at understøtte patientens muligheder for bedring, og
- 3) at tvangsansøgning efter reglerne i denne lov i videst muligt omfang tager udgangspunkt i patientens behov og udføres med respekt for patienten og dennes værdighed.

Stk. 2. Tvang må aldrig erstatte omsorg, behandling og pleje.

Stk. 3. Patienten skal under hensyntagen til formålet med indlæggelsen og den enkeltes tilstand have mulighed for i videst muligt omfang selv at træffe beslutninger.

Stk. 4. Der skal tages størst muligt hensyn til den enkelte patients livssyn og kulturelle baggrund.«

Stk. 1 bliver herefter til stk. 5.

4. I § 3, stk. 3, 1. pkt., ændres »vejledes« til: »inddrages og høres«.

5. I § 3 indsættes som stk. 4-6:

»Stk. 4. I forbindelse med indlæggelsessamtalen skal patienten høres om eventuelle tilkendegivelser om præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Er det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente en sådan forhåndstilkendegivelse om præferencer ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter.

Stk. 5. Patientens eventuelle forhåndstilkendegivelser vedrørende dennes behandling under indlæggelsen, herunder behandling uden samtykke, skal fremgå af patientjournalen og i videst muligt omfang inddrages i behandlingsplanen.

Stk. 6. I forbindelse med indlæggelsessamtalen tages sammen med patienten stilling til inddragelse af pårørende eller andre i patientens sociale netværk i behandlingsforløbet. Er

det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente forhåndstilkendegivelser om præferencer ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter.«

6. I § 4 indsættes efter stk. 5 som nyt stk. 6:

»Stk. 6. Mindreårige under 15 år, hvor forældrene har givet samtykke til behandlingen, skal tilbydes en opfølgende samtale efter ophør af indgrebet. Det samme gælder den mindreåriges forældre. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler herom.«

7. I § 4 a, 1. pkt. indsættes efter »§ 10 a, stk. 1, 1. pkt.,«: »§ 11,«, og »§ 15, stk. 2,« ændres til: »§ 15, stk. 1 og 2,«.

8. I § 11, 1. pkt. indsættes efter »Når«: »overlægen finder, at«.

9. § 14, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.«

10. I § 14 indsættes som stk. 3:

»Stk. 3. En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, som angivet i stk. 2, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed og sikkerhed tilsiger dette.«

11. I § 15, stk. 1, ændres »en læge« til: »overlægen«.

12. § 18 c, stk. 5, 3. pkt., affattes således:

»Ansøgningen til Sundhedsstyrelsen skal indeholde en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder om, at den pågældende på grundlag af sin undersøgelse af patienten vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.«

13. I § 18 c, stk. 5, indsættes som 4. pkt.:

»I ansøgningen til Sundhedsstyrelsen kan den ledende overlæge eller dennes stedfortræder samtidig anmode om Sundhedsstyrelsens tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering i ansøgningsperioden, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til patientens psykiske og legemlige tilstand.«

14. I § 18 c, stk. 6, 1. pkt., udgår: »i op til 6 måneder ad gangen«.

15. I § 18 c indsættes som stk. 8 og 9:

»Stk. 8. Sundhedsstyrelsen og Det særlig sagkyndige råd aflægger én gang om året besøg på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og tilser de patienter, der er eller i det forudgående år har været underlagt oppegående tvangsfiksering.

Stk. 9. Hvis Sundhedsstyrelsen i forbindelse med sit tilsyn finder, at en oppegående tvangsfiksering bør ophøre, kan

Sundhedsstyrelsen ophæve den oppegående tvangsfiksering med øjeblikkelig virkning.«

16. Kapitel 5 a affattes således:

»Kapitel 5 a

Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.«

§ 19 a affattes således:

§ 19 a. Ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen, kan overlægen, med henblik på at sikre at disse ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse beslutte

- 1) at en patients post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af en patient.

Stk. 2. Kropsvisitation efter stk. 1, nr. 3, omfatter ikke undersøgelse af kroppens hulrum.

Stk. 3. Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 4. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, tages i bevaring. 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.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.«

17. I § 20, stk. 1, 2. pkt., indsættes efter »§ 18«: »samt indgreb, i henhold til denne lov foretaget over for mindreårige, hvor forældremyndighedens indehaver, jf. § 1, stk. 4, giver informeret samtykke på den mindreåriges vegne.«

18. § 21, stk. 1, affattes således:

»Stk. 1. Overlægen har ansvaret for, at frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang efter reglerne i denne lov ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.«

19. I § 21, stk. 4, ændres »4 gange i døgn« til: »3 gange i døgn«.

20. I § 21, stk. 5, 1. pkt., ændres »48 timer« til: »24 timer«.

21. I § 21 indsættes efter stk. 5, som nyt stykke:

»Stk. 6. 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, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering efter 48 timer og på 4. dagen efter iværksættelse af indgrebet under de samme betingelser, som er nævnt i stk. 5, 2.- 4. pkt.«

Stk. 6 og 7, bliver herefter stk. 7 og 8.

22. I § 21, stk. 6, indsættes efter »stk. 5«: »og stk. 6«

23. § 21, stk. 7, affattes således:

»Stk. 7. Så længe en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, opretholdes, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder med passende intervaller og mindst én gang om måneden foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Beslutningen om oppegående tvangsfiksering skal indgå i patientens behandlingsplan.«

24. § 21, stk. 8, ophæves.

25. Efter § 21 indsættes i kapitel 6:

»§ 21 a. Overlægen har ansvaret for, at en tvangsfiksering, der udstrækkes i længere tid end 30 dage, indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Stk. 2. Indberetningen skal sendes til Sundhedsstyrelsen senest tre dage efter, at tvangsfikseringen har overskredet 30 sammenhængende dage.«

26. I § 24, stk. 1, indsættes efter »anvendelse af fysisk magt,«: »indgivelse af et beroligende middel med magt, «.

27. I § 27, 2. pkt., ændres »af lægelige grunde« til: »i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 3,«.

28. I § 34, stk. 1, indsættes efter 2. pkt.:

»Lægeforeningen skal så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri.«

29. I § 38, stk. 1, indsættes efter »anvendelse af fysisk magt,«: »indgivelse af et beroligende middel med magt, «.

30. § 40, stk. 3, 2. pkt., affattes således:

»Det gælder dog ikke §§ 5-11, §§ 13, 13 d og 13 e, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og tvungen opfølgning efter udskrivning.«

§ 2

I lov nr. 533 af 26. maj 2010 om lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje (Tvungen opfølgning efter udskrivning) foretages følgende ændring:

1. I § 4 ændres »2014-15« til: »2018-19«.

§ 3

I lov nr. 708 af 25. juni 2010 om lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje (Betænkningstid forud for tvangsbehandling, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, udvidet eksternt tilsyn med tvangsfikseringer m.v.) foretages følgende ændring:

1. § 4 ophæves.

§ 4

Loven træder i kraft den 1. juni 2015.

§ 5

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

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Lovforslagets baggrund
 - 2.1. Rapporten fra regeringens udvalg om psykiatri
 - 2.2. Regeringens plan for psykiatri
 - 2.3. Danske Regioners rapport »Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed«
3. Lovforslaget
 - 3.1. Lovens område og fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters rettigheder
 - 3.1.1. Gældende ret
 - 3.1.1.1. FN's konvention om barnets rettigheder
 - 3.1.1.2. Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin
 - 3.1.2. Overvejelser om mindreårige psykiatriske patienters rettigheder
 - 3.1.3. Den foreslåede ordning
 - 3.2. Formålsbestemmelse
 - 3.2.1. Gældende ret
 - 3.2.2. Overvejelser om formålsbestemmelse
 - 3.2.2.1. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap
 - 3.2.3. Den foreslåede ordning
 - 3.3. Forhåndstilkendegivelser og inddragelse af pårørende
 - 3.3.1. Gældende ret
 - 3.3.2. Overvejelser om forhåndstilkendegivelser og inddragelse af pårørende
 - 3.3.3. Den foreslåede ordning
 - 3.4. Tvangsfikseringer
 - 3.4.1. Gældende ret
 - 3.4.2. Overvejelser om tvangsfikseringer
 - 3.4.3. Den foreslåede ordning
 - 3.5. Oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen
 - 3.5.1. Gældende ret
 - 3.5.2. Overvejelser om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen
 - 3.5.2.1. Sundhedsstyrelsens evaluering af oppegående tvangsfiksering
 - 3.5.2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger
 - 3.5.3. Den foreslåede ordning
 - 3.6. Udvidede muligheder for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patienters ejendele og patientstuer samt kropsvsitation m.v.
 - 3.6.1. Gældende ret
 - 3.6.2. Overvejelser om udvidede muligheder for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patienters ejendele og patientstuer samt kropsvsitation m.v.
 - 3.6.3. Den foreslåede ordning
 - 3.7. Tvungen opfølgning efter udskrivning
 - 3.7.1. Gældende ret
 - 3.7.2. Overvejelser om tvungen opfølgning efter udskrivning
 - 3.7.2.1. Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning
 - 3.7.2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger
 - 3.7.3. Den foreslåede ordning
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6. Administrative konsekvenser for borgerne
7. Miljømæssige konsekvenser
8. Lovforslagets forhold til EU-retten
9. Hørte myndigheder m.v.
10. Sammenfattende skema.

1. Indledning

Formålet med forslaget er at øge fokus på ligeværd, patientindflydelse, dialog og samarbejde i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling og dermed sikre, at anvendelse af tvang alene sker, når alle andre muligheder er udtømt. Lovens formål er således også at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien.

Endelig er formålet med forslaget at begrænse forekomsten af rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger og deraf følgende problemer for såvel behandlingen som for sikkerheden for patienter og personale.

I forhold til den gældende lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010, som ændret ved lov nr. 647 af 12. juni 2013 vil forslaget indebære:

- at mindreårige psykiatriske patienters retsstilling fremgår tydeligt af psykiatriloven,
- at psykiatriloven får en formålsbestemmelse med fokus på selvbestemmelse, ligeværd og respekt for den enkelte,
- at der er fokus på at indhente forhåndstilkendegivelser fra patienten ved indlæggelsessamtalen eller snarest muligt herefter,
- at kriterier for og tilsyn med tvangsfiksering skærpes,
- at oppegående tvangsfiksering får en permanent hjemmel,
- at det bliver muligt at foretage åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation efter § 19 a, uden at der foreligger en begrundet mistanke i forhold til en konkret patient,
- at Lægeforeningen så vidt muligt skal indstille læger, der er speciallæger i psykiatri til Det Psykiatriske Patientklagenævn,
- at forsøgsordningen med tvungen opfølgning efter udskrivning udvides med yderligere 4 år.

2. Lovforslagets baggrund

2.1. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri

Regeringen nedsatte i foråret 2012 et bredt udvalg om psykiatri. Udvalget fik til opgave at kortlægge og analysere indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, samt i forlængelse heraf komme med forslag til, hvordan indsatsen tilrettelægges og gennemføres bedst muligt.

Udvalgets arbejde blev afsluttet i oktober 2013 med udgivelsen af rapporten »En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.«

Udvalgets rapport udstikker en ny ramme og retning for hele psykiatrien, herunder i forhold til blandt andet selvbestemmelse, inddragelse, dialog, samarbejde, recovery, inklusion og deltagelse, og udvalget har indenfor denne ramme adskillige forslag vedrørende tvang og psykiatrilovens indhold. Helt overordnet foreslår udvalget, at »psykiatriloven gennemgås med henblik på en modernisering, herunder i

forhold til formålsbestemmelser og overensstemmelse med den nye ramme og retning«.

I forhold til konkrete ændringer i psykiatriloven foreslår udvalget, at der i forbindelse med udarbejdelse af en ny formålsparagraf lægges vægt på respekt for patienters rettigheder og selvbestemmelse, samt mulighed for aktiviteter og mulighed for at opretholde kontakt med netværk m.v., at mindreåriges retsstilling præciseres i psykiatriloven, at de psykiatriske afdelinger får den nødvendige hjemmel til at sikre, at rusmidler og farlige genstande holdes ude af afdelingerne, at der er fokus på forhåndstilkendegivelser, at det undersøges, om der er behov for, at det lægelige medlem i de psykiatriske patientklagenævne er fagligt udpeget, samt at det undersøges, hvilke muligheder der er for at nedbringe sagsbehandlingstiderne i Det Psykiatriske Patientklagenævn i forhold til behandling af klager over tvangsbehandling.

2.2. Regeringens plan for psykiatri

Forslaget skal også ses i lyset af regeringens plan for psykiatri »Ligeværd – et nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan.«, som blev udgivet i maj 2014.

Det fremgår bl.a. af psykiatriplanen, at regeringen i efteråret 2014 vil foreslå en modernisering af lov om tvang i psykiatrien bl.a. for at sikre, at den nye ramme og retning for psykiatrien, ligestilling, selvbestemmelse og inddragelse afspejler sig i lovgivningen. Det fremgår også af psykiatriplanen, at andelen af personer, der udsættes for tvang i psykiatrien, skal reduceres, og at bæltefiksering skal halveres frem mod 2020, samt at regeringen i 2014 indgår partnerskaber med regionerne herom. Der er med finanslovsaftalen for 2014 afsat 50 mio. kr. årligt i permanente midler til partnerskaberne. Derudover er der med finanslovsaftalen for 2014 udmøntet 100 mio. kr. til forbedring af de fysiske rammer med henblik på at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien. Desuden er der med satspuljeaftalen for 2015-2018, som blev indgået i juni 2014, afsat 2,2 mia. kr. til kapacitetsudbygning og modernisering af den regionale psykiatri, som kan løfte behandlingskvaliteten og sikre en ligeværdig indsats for psykiatriske patienter.

Det fremgår endvidere af psykiatriplanen, at udover de erfaringer, der allerede er for at nedbringe anvendelsen af tvang, er der behov for at afprøve helt nye metoder, fx helt at afskaffe visse former for tvang. Regeringen og de øvrige satspuljepartier har med satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2014-17 afsat 74 mio. kr. i alt over fire år til sådanne forsøg.

Som led i målsætningen om halvering af bæltefikseringer i psykiatrien skal området endvidere monitoreres. Statens Serum Institut har til opfyldelse heraf nedsat en monitoreringsgruppe, hvor regionerne tillige deltager. Derudover er der nedsat en task force, hvor task forcens opgave er at følge og fremme udviklingen på psykiatriområdet særligt i forhold til nedbringelse og forebyggelse af tvang, men også generelt i forhold til psykiatriområdet herunder øvrige initiativer,

hvis formål er at imødegå identificerede udfordringer på området.

2.3. Danske Regioners rapport »Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed«

I Danske Regioners rapport »Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed« fra februar 2011 anbefales det, at adgangen til at gennemføre undersøgelse af patientstuer i henhold til psykiatrilovens § 19 a ændres. Det vurderes i rapporten, at en ændring bør gælde alle psykiatriske afdelinger.

Baggrunden for rapporten og det bagvedliggende udvalgsarbejde var, at der i første halvår af 2010 var en række rømninger fra de retspsykiatriske afdelinger. Udvalgsarbejdet skulle munde ud i anbefalinger, der øger kvaliteten i behandlingen og sikkerheden. Både kvalitet og sikkerhed kan forebygge rømninger.

Tilstedeværelsen af narkotika er et stort problem på de psykiatriske afdelinger, og indsatsen mod stoffer fylder meget i afdelingernes daglige arbejde. Det forekommer også, at der forefindes våben eller andre farlige genstande på afdelingerne.

Det fremgår af rapporten, at en tværsektorsundersøgelse har vist, at ca. 50 pct. af de retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret alkohol- eller stofmisbrug. Dertil må påregnes, at en betydelig del jævnligt bruger alkohol og stoffer i en grad, der må kategoriseres som et misbrug.

Rapporten beskriver en række negative konsekvenser af misbrug på afdelingerne. Patienten bliver ofte psykisk dårligere og udviser ofte en uhensigtsmæssig adfærd, hvilket påvirker både medpatienter og personale. Når der er patienter med misbrug på en afdeling, bliver miljøet også mere råt. Det medfører ofte handel mellem patienterne med deraf følgende gæld og udestående, der kan lede til uro, intern splid og konflikter mellem patienterne. Patienter uden udgang prøver at presse patienter med udgang til at tage stoffer med ind på afdelingen. Nogle patienter bliver aggressive og farlige under påvirkning af stoffer, og generelt modvirker stofferne selve behandlingen.

Ifølge rapporten vil der i personalegruppen på de psykiatriske afdelinger ofte være en sikker fornemmelse af, hvornår der er stoffer til stede og i omløb. Det gælder for eksempel, når patienter fremtræder påvirkede af stoffer, afdelingen lugter af hash, der er en øget/hektisk aktivitet og uro i patientgruppen, der forekommer trusler, verbale og fysiske skærmydsler eller lignende. I de nævnte situationer kan det være svært for personalet at begrunde mistanken tilstrækkeligt i forhold til en konkret patient.

Det fremgår af rapporten, at udvalget har fundet, at psykiatrilovens krav om begrundet mistanke er rimelige, for så vidt angår adgangen til kropsvsitation, idet der er tale om et grænseoverskridende indgreb, som af mange vil blive oplevet som både ydmygende og krænkende. Af hensyn til patienternes retsstilling fandt udvalget det derfor er rimeligt, at dette indgreb er begrundet i forhold til den konkrete patient.

Sundhedsstyrelsen har evalueret ordningen om henholdsvis tvungen opfølgning efter udskrivning og oppegående

tvangsfiksering på Sikringsafdelingen. Evalueringerne er nærmere uddybet under afsnit 3.5.2 om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen og afsnit 3.7.2 om tvungen opfølgning efter udskrivning.

3. Lovforslagets hovedindhold

Lovforslaget skal ses i lyset af regeringens målsætning om, at anvendelsen af tvang i psykiatrien skal reduceres og på en række områder skal halveres frem mod 2020 og i lyset af de forslag og den ramme og retning, der fremgår af rapporten fra regeringens udvalg om psykiatri.

Regeringen ønsker med forslaget at understrege, at der skal lægges stor vægt på, at psykiatriske patienter skal have størst mulig indflydelse på egne behandlingsforløb herunder ved eventuel anvendelse af behandling uden samtykke. Derudover skal der lægges stor vægt på dialog og samarbejde mellem patient og relevante sundhedspersoner. Regeringen ønsker også med forslaget at understrege, at al anvendelse af tvang skal ske med den største respekt for patienten og dennes følelse af ligeværdighed og selvfølelse.

Regeringen anerkender, at et tvangsgreb under alle omstændigheder altid vil opleves som en krænkelse af det enkelte menneske. Derfor er det vigtigt også at understrege, at lovforslaget skal ses i lyset af det mindste middels princip, som er lovfæstet i § 4 i psykiatriloven, og som skal indfortolkes i enhver anvendelse af tvang efter psykiatriloven. Det er i § 4 fastlagt, 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 krænkelse eller ulempe. Og endelig må tvang ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

3.1. Lovens område og fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters rettigheder

3.1.1. Gældende ret

Mindreåriges retsstilling på sundhedsområdet reguleres af forældreansvarsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1085 af 7. oktober 2014, samt sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014.

Efter § 1 i forældreansvarsloven er børn og unge under 18 år under forældremyndighed, medmindre de har indgået ægteskab. Efter § 2 skal forældremyndighedens indehaver drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelser om barnets personlige forhold ud fra barnets interesser og behov. Derudover fremgår det af § 3, at barnet har ret til omsorg og tryghed, samt at barnet skal behandles med respekt for sin person og ikke må udsættes for legemlig afstraffelse og anden krænkende behandling.

Disse bestemmelser medfører som udgangspunkt, at det er forældremyndighedens indehaver, der har kompetence til at give informeret samtykke på barnets vegne - i barnets interesse - til undersøgelse og behandling m.v. Bestemmelserne skal forstås således, at barnet skal medinddrages i beslutningsprocessen, således at barnets synspunkter tillægges en passende vægt.

Efter psykiatrilovens § 1, stk. 1, lovebekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2012, må frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling kun må finde sted efter reglerne i loven. Tvang defineres i § 1, stk. 2, som anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven. Psykiatriloven udgør således undtagelser til hovedreglen i sundhedslovens kapitel 5 vedrørende patienters medinddragelse i beslutninger og informeret samtykke.

Det fremgår af psykiatrilovens § 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, værger eller de nærmeste pårørende, hvis omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til loven 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 hærverk af ikke ubetydeligt omfang.

Bestemmelsen 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.

Ifølge bemærkningerne til bestemmelsen finder denne undtagelse 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, værger eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres om den iværksatte foranstaltning.

Efter § 15 i sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19.

Behandling omfatter bl.a. undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling og sundhedsfaglig pleje m.v., jf. § 5 i sundhedsloven.

§§ 17-19 i sundhedslovens kapitel 5 vedrører mindreårige patienter samt midlertidigt og varigt inhabile patienter. Det fremgår af § 17, at patienter, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling, samt at forældremyndighedens indehaver tillige skal have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. Det fremgår endvidere, at såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand

til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give 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 værger, jf. sundhedslovens § 19.

Det fremgår af sundhedslovens § 20, at en patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Det fremgår desuden, at patientens tilkendegivelser i det omfang, de er aktuelle og relevante, skal tillægges betydning.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, at såfremt lægen vælger at ordinere en behandling som barnet modsætter sig, skal lægen, selvom forældrene samtykker, altid opveje fordele og ulemper og vælge den til enhver tid for barnet mest skånsomme løsning. Mindste middels princip skal altid følges. Ligeledes må overvejelser om forholdet mellem forældre og barn inddrages i lægens beslutning.

Derudover fremgår det, at forældremyndighedens indehaver skal informeres om, at denne har mulighed for at frasige sig stillingtagen til anvendelse af magt over for den mindreårige. Såfremt forældremyndighedens indehaver ikke ønsker at tage stilling, vil den mindreårige være omfattet af psykiatriloven, hvis de øvrige betingelser for anvendelse af de enkelte tvangsforanstaltninger er opfyldt. Dette indebærer beskikkelse af patientrådgiver og klagemuligheder m.v.

3.1.1.1. FN's konvention om barnets rettigheder (Børnekonventionen)

Børnekonventionen indeholder fire grundlæggende værdier; retten til at blive hørt og inddraget, retten til ikke-diskrimination, retten til liv og udvikling og det primære hensyn til barnets bedste.

Det fremgår af artikel 12, at deltagerstaterne skal sikre et barn, der er i stand til at udforme sine egne synspunkter, retten til frit at udtrykke disse synspunkter i alle forhold, der vedrører barnet, og barnets synspunkter skal tillægges passende vægt i overensstemmelse med dets alder og modenhed. Det fremgår videre, at barnet med henblik herpå især skal gives mulighed for at udtale sig i enhver behandling ved dømmende myndighed eller forvaltningsmyndighed af sager, der vedrører barnet, enten direkte eller gennem en repræsentant eller et passende organ i overensstemmelse med de i national ret foreskrevne fremgangsmåder.

Det fremgår af vejledningen til konventionen, at bestemmelsen refererer til barnets kapacitet, som skal vurderes, for

at kunne tillægge barnets synspunkt passende vægt. Det følger af artikel 12, at det ikke er fyldestgørende alene at lytte til barnet. Derudover følger det, at barnets synspunkter nøje skal vurderes, når barnet er i stand til at udtrykke egne synspunkter.

Modenhed refererer til evnen til at forstå og vurdere implikationer af en given sag eller begivenhed og skal derfor vurderes som led i at bestemme barnets individuelle evner. Modenhed er vanskeligt at definere. I artikel 12 er det barnets evne til at udtrykke sit synspunkt på en fornuftig og uafhængig måde. Indvirkning af den givne sag eller forhold skal også tages i betragtning. Jo større indvirkning forholdet har på barnets liv, jo mere relevant er det med en passende vurdering af barnets modenhed.

Børnekomitéen understreger, at artikel 12 ikke fastslår en aldersgrænse for barnets ret til at blive hørt, og komitéen fraråder medlemsstaterne at fastlægge en aldersgrænse i lov eller i praksis, der vil begrænse barnets ret til at blive hørt i alle sager, der påvirker den pågældende.

I artikel 24 anerkender deltagerstaterne barnets ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand, adgang til at få sygdomsbehandling og genoprettelse af helbredet. Deltagerne stater skal stræbe mod at sikre, at intet barn fratages sin ret til adgang til at opnå sådan behandling og pleje

3.1.1.2. *Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin*

Det følger af konventionens artikel 6, stk. 2, at i tilfælde, hvor en mindreårig ifølge loven ikke kan give samtykke til en intervention, kan interventionen kun foretages med bemyndigelse fra en repræsentant for denne person eller en myndighed eller en person eller et organ foreskrevet ved lov. I så fald skal den mindreåriges synspunkter betragtes som en stadig mere afgørende faktor jo ældre og mere moden vedkommende er.

3.1.2. *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om mindreårige psykiatriske patienters rettigheder*

Forud for revisionen af psykiatriloven i 2007 fik det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium udarbejdet »Undersøgelse af psykiatrilovsrevisionen af 1999«, som blev udgivet i maj 2005. Der blev i forbindelse med undersøgelsen gennemført interview med medarbejdere, afdelingsledelse, indlagte børn og pårørende på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling med det formål at afdække, om der var særlige problemstillinger, som var gældende i forhold til børne- og ungepsykiatriske afdelinger for så vidt angår de ændringer, der blev foretaget i psykiatriloven i 1999. En af de særlige problemstillinger, der peges på, er det forhold, at der for børn og unge under 18 år skal iagttages et samspil mellem tre lovgivninger: psykiatriloven, lov om patienters retsstilling (nu sundhedsloven) og lov om forældremyndighed og samvær (nu forældreansvarsloven).

I forhold til samspillet mellem lovene konkluderes det i undersøgelsen, at psykiatriloven finder anvendelse i forhold

til sindssyge mindreårige forudsat, at de har opnået en vis alder.

Det fremgår af undersøgelsen, at det af interviewene med medarbejdere og afdelingsledelse fremgår, at der eksisterer en grundlæggende bevidsthed om de nævnte problemstillinger, og at der kan være tale om skøn inden for en bestemt aldersgruppe. Det anføres således, at der arbejdes efter et fornuftsprincip, baseret på de konkrete forhold, der gør sig gældende i de enkelte sager. Det vurderes i rapporten, at der på det foreliggende grundlag ikke bør ske en ændring af psykiatriloven, idet det ikke vil kunne undgås, at der vil være tilfælde, hvor den skønsmæssige stillingtagen til barnets modenhed vil være en væsentlig baggrund for, hvilke handlinger der iværksættes.

Der har efterfølgende været anlagt den fortolkning, at forældremyndighedens indehavers mulighed for at give samtykke til indlæggelse, ophold og behandling i forhold til børn under 15 år også omfatter anvendelse af foranstaltninger mod den mindreåriges vilje. Det er i denne fortolkning antaget, at mindreårige under 15 år i udgangspunktet ikke har den fornødne modenhed til at forstå og dermed kunne træffe beslutning om indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Et sådant samtykke fra forældremyndighedens indehaver har ifølge den anlagte fortolkning den virkning, at der i sådanne tilfælde ikke vil være tale om et tvangsindgreb i henhold til psykiatriloven. Det medfører, at den mindreårige i sådanne tilfælde ikke får den retssikkerhedsmæssige beskyttelse, som patienter, der er omfattet af psykiatrilovens regler, har. Det vil sige, at barnet ikke har selvstændig klageadgang og ikke får beskikket patientrådgiver m.v.

Denne fortolkning har været kritiseret blandt andet med den begrundelse, at patienter under 15 år dermed ikke har samme retssikkerhed som voksne, når de behandles mod deres vilje, samt at der i bemærkningerne til psykiatriloven og sundhedslovens kapitel 5 ikke findes støtte for denne fortolkning.

Det centrale spørgsmål i forhold til mindreårige patienter har været, om barnet eller den unge har den fornødne modenhed og kapacitet til at forstå og tage stilling til behandlingen med den virkning, at den pågældendes protest skal tillægges betydning i forhold til en beslutning om indlæggelse eller behandling og med den virkning, at sker det mod den mindreåriges protester, sker det efter reglerne i psykiatriloven.

Psykiatrilovundersøgelsen fra 2005 fandt, at en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling selv fastsatte aldersgrænser for, hvilken lovgivning der administreres efter, og at det må antages, at også de øvrige afdelinger, der behandler mindreårige, fastsætter sådanne vejledende aldersgrænser. Dette åbner mulighed for, at afgørelser vedrørende tvangsbehandling m.v. træffes ud fra forskellige lokale fortolkninger af reglerne.

Det vurderes på baggrund af ovenstående u hensigtsmæssigt, at der i lovgivningen ikke er fastsat regler, der præciserer, hvad der gælder i forhold til behandling m.v. af min-

dreårige patienter. Mindreårige patienters retsstilling i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling bør derfor fremgå direkte af psykiatriloven.

Det vurderes endvidere, at det vil være hensigtsmæssigt at følge de samme aldersgrænser, som i sundhedslovens § 17, (som beskrevet ovenfor) dog således, at alle 15-17-årige har selvstændig samtykkekompetence, uanset modenhedsvurderingen.

I de tilfælde, hvor patienten under 15 år, modsætter sig en behandling m.v., som forældremyndighedens indehaver har givet samtykke til, skal barnet eller den unge, jf. sundhedslovens § 20 som beskrevet ovenfor, informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, barnet eller den unge forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade den pågældende, og patientens tilkendegivelser skal tillægges betydning i det omfang, de er aktuelle og relevante.

3.1.3. Den foreslåede ordning

I den gældende § 1 i psykiatriloven foreslås der indsat en ny § 1, stk. 1, der fastslår, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling sker på baggrund af informeret samtykke efter reglerne i sundhedslovens kapitel 5, med mindre andet følger af psykiatriloven. På den måde bliver det understreget, at udgangspunktet altid vil være, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling er et frivilligt tilbud til borgerne. Dette medfører, at 15-17 årige, som ikke giver samtykke til behandlingen, er omfattet af psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang i psykiatrien og de deraf følgende retssikkerhedsgarantier.

Derudover foreslås det, at det i forlængelse af lovens tvangsdefinition bliver fastsat, at der ikke foreligger tvang i de tilfælde, hvor en patient er under 15 år, og der foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med sundhedslovens § 17, stk. 1, hvorefter patienter, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling, samt at forældremyndighedens indehaver tillige skal have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

For så vidt angår patienter, der er under 15 år, foreligger der ikke tvang, hvis forældrene har givet informeret samtykke til behandlingen. I sådanne tilfælde vil forældremyndighedens indehaver således kunne samtykke til behandlingen på den mindreåriges vegne uanset, at barnet protesterer.

Der vil således være tale om magtanvendelse i forhold til den mindreårige under 15 år, i de situationer hvor der foreligger informeret forældresamtykke til indgrebet, mens der er tale om tvang i de situationer, hvor forældrene ikke har givet informeret samtykke til behandlingen.

I modsætning til reglerne i sundhedslovens § 17, stk. 2, vil der med forslaget ikke skulle foretages en modenhedsvurdering af de 15-17-årige. Forslaget vil således medføre, at der vil foreligge tvang i alle tilfælde, hvor en 15-17-årig ikke vil give informeret samtykke til behandling m.v., eller hvor den pågældende modsætter sig behandling m.v. Der skal dermed

ikke forsøges indhentet samtykke fra forældremyndighedens indehaver i forhold til 15-17-årige patienter.

Ud fra proportionalitetsprincippet skal der være et rimeligt forhold mellem den udøvede tvang og det, der søges opnået med tvanganvendelsen, herunder set i forhold til alvoren af den tilstand, der søges behandlet, og de deraf afledte konsekvenser. Der skal også foretages vurdering i forhold til de konsekvenser, der kan være af at bruge konkrete tvangsindgreb. Jo mere indgribende et tvangstiltag er, og jo yngre den mindreårige patient er, jo mere vil tale for, at det vurderes, om behandlingens formål kan opnås via alternative metoder. Fx bør et alvorligt indgreb som tvangsfiksering i udgangspunktet ikke anvendes over for mindreårige.

Mindreårige under 15 år, hvor forældrene har givet samtykke til behandlingen, så vel som forældrene vil få tilbudt en opfølgende samtale efter ophør af indgrebet.

Som reglerne er i dag fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller (VEJ nr. 9713 af 20. december 2011), at styrelsen henstiller til, at det registreres i tvangsprotokollen, når der foretages foranstaltninger over for mindreårige med samtykke fra forældre/forældremyndighedsindehaveren.

Med lovforslaget indføres der en pligt for overlægen på afdelingen til at indberette indgrebet udført over for børn under 15 år til Statens Serum Institut uanset, om indgrebet er sket med forældresamtykke.

Eftersom de 15-17 årige, som ikke har givet samtykke til indgrebet, vil være omfattet af retssikkerhedsgarantierne i psykiatriloven, følger det implicit heraf, at indgreb foretaget uden samtykke skal registreres i tvangsprotokollen og indberettes til Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser og vejledninger vil blive justeret i overensstemmelse hermed.

Ministeriet vil efter 3 år fra vedtagelsen af lovforslaget foretage en evaluering af den nye klageadgang for de 15-17 årige, der tidligere er vurderet umodne til selv at give informeret samtykke til behandling. I den forbindelse overvejes det, om der er grundlag for at justere ordningen blandt andet i forhold til den aldersgruppe, der har klageadgang. Ministeriet vil endvidere evaluere ordningen om eftersamtale for alle mindreårige, ligesom indberetningspligten i forhold til mindreårige under 15 år, i de tilfælde hvor der foreligger forældresamtykke til et indgreb, også vil blive evalueret, jf. lovforslagets § 1, stk. 5.

3.2. Formålsbestemmelse

3.2.1. Gældende ret

Grundlæggende er psykiatrilovens formål at give patienter, der undergives tvang, en høj retssikkerhed. Psykiatriloven indeholder ikke en egentlig formålsbestemmelse, men der er i de almindelige bestemmelser en hensigtserklæring om god psykiatrisk sygehusstandard i § 2, samt et mindstemiddelsprincip i § 4.

Det er i § 2 bestemt, at regionerne med henblik på at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehusophold, be-

handling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard. God psykiatrisk sygehusstandard omfatter bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets kompetencer, patient- og pårørendepolitikker, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Bestemmelsen er en målsætningsbestemmelse, der har til formål at begrænse eller forebygge anvendelse af tvang. Bestemmelsen indeholder således ingen materielle rettigheder for patienterne.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 4, stk. 1- 4 indebærer en lovfæstelse af det såkaldte mindste middels princip, der er udtryk for et proportionalitetsprincip om i den givne situation altid at anvende den mindst muligt indgribende foranstaltning og at begrænse den tidsmæssige udstrækning af foranstaltningen til det absolut nødvendige.

Mindstemiddelsprincippet er et generelt princip, der gælder ved såvel tvangsanvendelse efter psykiatriloven, som i situationer hvor det overvejes at anvende tvang.

3.2.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om formålsbestemmelse

3.2.2.1. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (Handicapkonventionen)

Det fremgår af Institut for Menneskerettigheders juridiske notat fra september 2013 om tvang i psykiatrien, at handicapkonventionens artikel 12 fastslår, at mennesker med handicap har retlig handleevne på lige fod med andre. Der skal træffes passende foranstaltninger til at give personer med handicap adgang til den støtte, de måtte have behov for at kunne udøve denne evne. Det betyder en adgang til støttet beslutningstagen. Målet er at gøre op med tilfælde, hvor personer med handicap ikke har indflydelse på egen situation.

Institut for Menneskerettigheder har i september 2013 udgivet »Menneskerettigheder og tvang i psykiatrien. Anbefalinger«. Det fremgår heraf, at det i artikel 12 i FN's Handicapkonvention understreges, at stater har en pligt til at anvende støttet beslutningstagning fremfor at fratage personer med handicap deres retlige handleevne. En tvangsbehandling udgør en form for fratagelse af den retlige handleevne på et snævert område, nemlig i forhold til behandlingen af en psykisk sygdom. Det følger derfor, at staterne har pligt til i videst muligt omfang at støtte den enkelte person til at træffe beslutninger om behandlingen af hans eller hendes sygdom, frem for at anvende tvang. Det har også stor betydning, at der i henhold til FN's Handicapkonvention gælder et krav om rimelig tilpasning for personer med handicap. Tilpasning består i, at man i en konkret situation tager hensyn til den enkeltes særlige behov. Det kan fx være, at der ved information om en påtænkt behandling gives information på en måde, der fuldt og helt tager højde for den enkeltes særlige behov, sprog osv. Manglende tilpasning i rimeligt omfang for særlige behov, som har forbindelse til et handicap, herunder et psykosocialt handicap, kan udgøre diskrimination.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler på den baggrund, at der er større opmærksomhed på støttet beslutningstagning og tilpasning. Det fremgår heraf, at det følger af FN's Handicapkonventions artikel 12, at staterne er forpligtede til at fremme den enkeltes selvbestemmelse, og at udøvelsen af den enkeltes selvbestemmelse bør ske med støtte fra staten, hvor det er nødvendigt. Denne forpligtelse til at yde støtte til at træffe beslutninger er også relevant i konkrete situationer, hvor alternativet er en tilsidesættelse af den enkeltes selvbestemmelse. FN's Handicapkonvention forpligter endvidere medlemsstaterne til at sikre adgang til tilpasning i rimeligt omfang for et handicap i konkrete situationer. Tilpasning i rimeligt omfang kan for eksempel være kommunikation på en måde, som tager højde for den enkeltes forudsætninger.

Institut for Menneskerettigheder peger på, at der i psykiatrilovens bestemmelse om, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad det er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, kan ligge overvejelser om støttet beslutningstagen.

Derudover peger instituttet på, at tankegangen om rimelig tilpasning til en vis grad allerede kendes på sundhedsområdet i Danmark, idet det fremgår af sundhedsloven, at information skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Det påpeges, at der, hvis en borger med handicap har svært ved at udtrykke sig, og ikke får den nødvendige hjælp hertil, er en risiko for, at relevante hensyn ikke kommer med i afvejningen mellem samfundets omsorgsansvar og borgernes selvbestemmelse. Med andre ord, at der træffes afgørelser om tvang, som kunne være undgået.

Psykiatriudvalget har i sin rapport fastslået behovet for en åben, moderne og inddragende ramme og retning for indsatsen i psykiatrien, og udvalget har foreslået, at der i forbindelse med udarbejdelse af en ny formålsparagraf til lov om tvang i psykiatrien lægges vægt på respekt for patienters rettigheder og selvbestemmelse, samt mulighed for aktiviteter og mulighed for at opretholde kontakt med netværk m.v.

Regeringen ønsker at understøtte den ramme og retning, som psykiatriudvalget udstikker, og som det fremgår af regeringens plan for psykiatri ønsker regeringen at indføre en formålsbestemmelse, der er i overensstemmelse med det nye fokus på ligeværd. Formålsbestemmelsen skal understrege og dermed medvirke til at sikre, at der også i forhold til situationer, hvor der overvejes at anvende tvang eller anvendes tvang, tages udgangspunkt i patientens behov og med størst mulige respekt for patientens værdighed og ret til selvbestemmelse.

Regeringen ønsker også med forslaget at få større opmærksomhed på støttet beslutningstagning og tilpasning, jf. ovenfor.

3.2.3. Den foreslåede ordning

Med forslaget indføres som noget nyt en egentlig formålsbestemmelse i psykiatriloven.

Der vil med forslaget ikke blive indført en patientret, men formålsbestemmelsen vil være retningsgivende for den tilgang, der skal være til patienter og patientbehandlingen i psykiatrien, herunder ikke mindst i forhold til behandling m.v. uden patientens samtykke.

Med forslaget kommer det til at fremgå af loven, at formålet med loven er at sikre, at iværksættelse og gennemførelse af tvang efter psykiatriloven sker i overensstemmelse med grundlæggende retssikkerhedsprincipper, som bl.a. vil sige, at borgeren skal oplyses om baggrunden for en myndigheds afgørelse og skal høres, samt at afgørelsen skal kunne påklages.

Det kommer med forslaget også til at fremgå, at også i de tilfælde, hvor indlæggelse, ophold og behandling sker uden patientens samtykke, skal det i videst mulige omfang ske som led i at understøtte patientens muligheder for at komme sig (recovery). Derudover kommer det til at fremgå, at loven har til formål at sikre, at anvendelse af tvang i videst mulige omfang tager udgangspunkt i patientens behov og med respekt for patienten og dennes værdighed. Det bliver dermed understreget, at eventuelle tvangsforanstaltninger skal anvendes på en sådan måde, at det i udgangspunktet understøtter patientens recovery og med størst mulig inddragelse af patienten selv. Det er ikke hensigten med forslaget at begrænse sundhedspersoners muligheder for også at tage hensyn til patientens og andres sikkerhed, men at sikre at det indgår i enhver overvejelse om anvendelse af tvang, at indgrebet i udgangspunktet skal bidrage til at fremme en bedring af patientens tilstand og ikke må skade patienten, herunder patientens selv værd og selvrespekt.

Forslaget vil endvidere medføre, at det fremgår direkte af loven, at patienten, henset til formålet med indlæggelsen og den enkeltes tilstand, skal have mulighed for i videst mulige omfang selv at træffe beslutninger. I den forbindelse understreges det, at der skal tages størst mulige hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle baggrund, samt at tvang aldrig må erstatte omsorg, behandling og pleje.

Forslaget medfører ikke en ændring i den gældende bestemmelse i § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard, som med forslaget bliver § 2, stk. 5.

3.3. Forhåndstilkendegivelser og inddragelse af pårørende

3.3.1. Gældende ret

Spørgsmålet om forhåndstilkendegivelser er ikke reguleret i psykiatriloven, men i afsnit 2 i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger behandles spørgsmålet om forhåndstilkendegivelser.

Efter § 26 i sundhedsloven, kan enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, oprette et livstestamente. I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkom-

mende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at

- 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og
- 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop el.lign. har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Testators ønske i medfør af nr. 1 er bindende for sundhedspersonen, medens et ønske efter nr. 2 er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

Livstestamentet giver således patienten indflydelse på sin behandling, hvis den pågældende skulle komme i en situation, hvor sundhedspersonen og pårørende ikke længere kan komme og aldrig vil kunne komme i kontakt med patienten.

Andre tilkendegivelser om behandlingen m.v., som patienten eventuelt måtte give udtryk for, herunder i forbindelse med indhentelse af patientens informerede samtykke, skal noteres i patientjournalen. Reglerne om sundhedspersoners journalføringspligt er fastsat i bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Det fremgår af bekendtgørelsen, at der ved patientjournal forstås optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v., herunder hvilken information der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet.

Med hensyn til pårørendeinddragelse fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning, som nævnt ovenfor, at pårørende i videst mulige omfang skal søges inddraget om behandlingsplanen og dennes indhold.

3.3.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om forhåndstilkendegivelser og inddragelse af pårørende

Også dette forslag skal ses i lyset af den nye ramme og retning for indsatsen i psykiatrien.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, at patienten forud for og i forbindelse med indlæggelsen har ret til at fremsætte sine personlige ønsker til behandlingens form og indhold. Dette gælder også behandling uden samtykke. Den endelige tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet kan nødvendigvis kun finde sted efter den kliniske vurdering ved indlæggelsen og i forbindelse med udformning af behandlingsplanen. Patientens tilkendegivelser skal indføres i journalen og skal så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale. Patienten

skal informeres om, at der kan opstå situationer, hvor det kan være nødvendigt at fravige forhåndstilkendegivelsen. Ved tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet skal det inddrages, hvad der kunne have forebygget anvendelse af tvang i et tidligere indlæggelsesforløb.

Patientens tilkendegivelser skal også fremgå af den behandlingsplan, som overlægen, jf. § 3, stk. 3, i psykiatriloven, har ansvaret for at opstille for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Overlægen har endvidere ansvaret for, at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået. Det nærmere indhold af behandlingsplanen er fastsat i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. Det fremgår heraf, at behandlingsplanen, der skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen, bl.a. skal indeholde oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at lægen i forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen skal informere patienten om formålet med behandlingen og søge patientens samtykke til den påtænkte behandling, herunder overveje og diskutere patientens eventuelle forslag til andre behandlingsformer. Patientens tilkendegivelser og resultatet af drøftelsen skal indføres i journalen. Behandlingsplanen er en del af journalen, hvad enten den er indskrevet i selve journalen eller foreligger som et selvstændigt notat.

Endelig fremgår det i forhold til behandlingsplanen, at patienten skal vejledes om dens indhold, og patientens samtykke skal til stadighed søges opnået. Under hele behandlingsforløbet bør der i videst muligt omfang træffes klare aftaler om samarbejdet mellem patient og behandlere. Disse aftaler skal journalføres. En kopi af behandlingsplanen og de efterfølgende reviderede behandlingsplaner skal udleveres til patienten, medmindre patienten frabeder sig dette. Planen skal ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller i den overordnede behandlingsstrategi.

Der indføres med forslaget ikke en ny materiel patientret, men med bestemmelsen understreges det i loven, at patienten skal have størst mulig indflydelse på sit eget behandlingsforløb, herunder ved anvendelse af behandling uden samtykke. Endvidere understreges det med forslaget, at dialog og samarbejde mellem patient og relevante sundhedspersoner er et vigtigt redskab med henblik på at give patienten det bedst mulige indlæggelsesforløb og reducere risikoen for tvangsansvendelse. Den foreslåede bestemmelse præciserer dermed, at den indlæggelsessamtale, der allerede finder sted, også omfatter indhentelse af patientens tilkendegivelser i forhold til behandlingen m.v., herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale.

Det vurderes, at indhentelse af forhåndstilkendegivelser i samtalen med patienten understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem patient og sundhedsperson og hermed medvirker til at forebygge anvendelsen af tvang. Derudover giver forhåndstilkendegivelser patienten mulighed for selv at definere, hvilken form for tvang, der er mindst indgriben-

de, og sikrer hermed, at patienten i en tvangssituation oplever mindst mulig krænkelse.

Psykiatriudvalget vurderer i sin rapport (s. 217), at der skal sættes øget fokus på at sikre gode rammer og strukturer for pårørendeinddragelse, samt at pårørendesamarbejdet i højere grad skal anerkendes som en del af behandlingstilbuddet.

Der peges i rapporten (s. 216) på et vellykket forsøg med styrket pårørendeinddragelse - »Projekt Pårørende i Psykiatrien«. Der er tale om et projekt, som i 2009 blev igangsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner. Projektet omfattede 15 voksenpsykiatriske sengeafsnit og 6 ambulante centre fordelt over hele landet og Færøerne. I løbet af projektperiodens 15 måneder blev der arbejdet målrettet på at forbedre pårørendes tilfredshed i forhold til kontakt, information og samarbejde, samt på at forbedre den faglige og organisatoriske kvalitet af arbejdet med pårørende i psykiatrien.

Det fremgår af rapporten, at de deltagende psykiatriske enheder oplevede store forbedringer uden at blive tilført flere økonomiske midler. Der var kun tale om praktiske ændringer i behandlingsforløbet og en ny tilgang til de pårørende. Fra projektet foreligger meget konkrete best practices m.v. om, hvordan medarbejderne i psykiatrien meget enkelt kan sikre bedre pårørendeinddragelse og skabe en mere ligeværdig dialog med de pårørende.

Det fremgår endvidere af rapporten, at det er centralt, at borgerens ret til at frabede sig, at pårørende informeres og inddrages, respekteres, men det kan også i nogle tilfælde være relevant at motivere borgeren til at arbejde med relationen til pårørende. Der er i forbindelse med »Projekt Pårørende i Psykiatrien« afprøvet en motiverende samtale. Formålet med samtalen er at arbejde motiverende med de borgere, der i udgangspunktet ikke ønsker inddragelse af pårørende i behandlingsforløbet. Samtalen tages løbende med borgeren og ikke kun ved start eller afslutning af sygdomsforløb. Erfaringerne fra projektet har vist, at fem ud af syv patienter besluttede, at de alligevel gerne ville have, at deres pårørende blev inddraget i behandlingsforløbet efter, at de havde været igennem en proces med den motivationsskabende samtale.

3.3.3. Den foreslåede ordning

Forslaget vil medføre, at det kommer til at fremgå af loven, at der skal indhentes forhåndstilkendegivelser i forbindelse med indlæggelsessamtalen eller snarest muligt herefter, hvis patientens tilstand ved indlæggelsen ikke muliggør en sådan samtale.

Forslaget vil endvidere medføre, at det præciseres i loven, at eventuelle forhåndstilkendegivelser fra patienten, herunder vedrørende behandling uden samtykke, skal fremgå af patientjournalen, som de almindelige journalføringsregler allerede tilsiger, samt at de i videst muligt omfang skal inddrages i behandlingsplanen. Hvis der i forbindelse med anvendelse af tvang afviges fra de ønsker til behandling, patienten har tilkendegivet i forbindelse med indlæggelsessam-

talen, skal det fremgå af journalen, hvorfor der er afvejet fra patientens tilkendegivne ønsker.

I forbindelse med indhentelse af forhåndstilkendegivelser bør der være opmærksomhed på at sikre, at patienten ydes støtte til at træffe beslutninger og på at sikre adgang til tilpasning i rimeligt omfang, jf. det i afsnit 3.2.2.1. anførte.

Forhåndstilkendegivelser kan, som det fremgår under afsnit 3.3.1., indeholde oplysninger om patientens ønsker til behandlingen, herunder behandling uden samtykke, i tilfælde af at patienten på grund af sin psykiske tilstand er i en situation, hvor denne ikke kan varetage sine egne interesser.

I indlæggelsessamtalen berøres også hvilke reaktionsmuligheder, patienten foretrækker, sundhedspersonalet gør brug af i en tilspidset situation, eller hvilken behandling patienten foretrækker, hvis den pågældende får det dårligt. Hvis det er relevant i den konkrete situation, kan det endvidere drøftes, hvilke behandlingsformer patienten vil foretrække, hvis anvendelse af tvang kommer på tale.

Med forslaget bliver det fastsat, at der i forbindelse med indlæggelsessamtalen sammen med patienten tages stilling til inddragelse af pårørende eller andre i patientens netværk i behandlingsforløbet, samt at det, hvis det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke er muligt at indhente sådanne oplysninger ved indlæggelsen, skal ske snarest muligt herefter.

3.4. Tvangsfiksering

3.4.1. Gældende ret

Psykiatrilovens § 14, stk. 1, indeholder en udtømmende opremsning af de midler, der må anvendes til tvangsfiksering. Det fremgår heraf, at alene bælte, hånd- og fodremme samt handsker må anvendes.

Det er i psykiatrilovens § 14, stk. 2, fastsat, at tvangsfiksering kun må anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten, jf. § 15, stk. 1. Beslutningen om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- og fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. § 15, stk. 2.

Det fremgår af § 15, stk. 3, at såfremt det i et tilfælde, som nævnt i § 14, stk. 2, nr. 1, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed ville være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan personalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

Det er en forudsætning for den lægelige ordination, at lægen på grundlag af patientens aktuelle tilstand har vurderet nødvendigheden af tvangsfiksering, og at anvendelse af andre midler, for eksempel øget tilsyn, har vist sig utilstrække-

lige eller uigennemførlige som følge af patientens tilstand, jf. § 19, stk. 4, i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Det er i psykiatrilovens § 16 fastsat, at en patient, der er tvangsfikseret, skal have fast vagt. Det fremgår af § 21, stk. 2, i ovenstående bekendtgørelse, at en fast vagt er en hertil udpeget sygeplejerske, plejer eller andet kvalificeret personale, som ikke samtidig har andre arbejdsopgaver end at tage sig af den eller de bæltefikserede patienter. Tilsynet skal udføres under hensyntagen til patientens ønsker og med respekt for dennes værdighed og selvfølelse. Patienten skal have ret til et vist privatliv, når dette ikke er uforeneligt med hensyn til patientens sikkerhed.

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, jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf. § 21, stk. 4. Derudover har overlægen en løbende tilsynspligt i henhold til § 21, stk. 1, hvoraf det fremgår, at overlægen til stadighed har ansvaret for, at tvangsfikseringen ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Hvis tvangsfikseringen udstrækkes i længere tid end 48 timer, er det i § 21, stk. 5, fastsat, at en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, skal foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering. Vurderingen må ikke foretages af en læge, der i øvrigt er inhabil. Inhabiliter foreligger i samme tilfælde, som nævnt i forvaltningslovens § 3, jf. § 22, stk. 2, 3. pkt., i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Efter § 21, stk. 6, skal vurderingen i henhold til stk. 5, gentages en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

3.4.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om tvangsfiksering

I 2002, 2008 og igen i 2014 har Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur (CPT) kritiseret Danmark for brugen af langvarige tvangsfikseringer. CPT udtalte i rapporten vedrørende besøget i 2008, at CPT »forbliver alvorligt bekymret« over brugen af langvarige tvangsfikseringer og henviser til sin rapport om besøget i 2002, hvori det understreges, at fikseringer i dagevis ikke har nogen medicinsk berettigelse og efter CPT's opfattelse er at ligestille med nedværdigende behandling. Dette gentages i 2014-rapporten. CPT udstikker i rapporten det princip, at en tvangsfiksering bør anvendes i så kort tid som muligt, normalt kun nogle minutter eller nogle få timer. Derudover anbefaler CPT, at tvangsfiksering alene bør anvendes i de tilfælde, hvor en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, jf. pkt. 125 i rapporten over komitéens besøg i Danmark fra den 4. – 13. februar 2014.

Bl.a. på baggrund af kritikken blev der ved revision af psykiatriloven i henholdsvis 2007 og 2010 indsat bestemmelser om øget tilsyn med tvangsfikserede patienter.

Ca. hver femte patient indlagt på en psykiatrisk afdeling bliver udsat for én eller flere tvangsforanstaltninger. I 2013 blev 2.084 patienter udsat for tvangsfiksering, heraf 83 i børne- og ungdomspsykiatrien, mens det drejede sig om 1993 patienter i 2012, heraf 78 børne- og ungdomspsykiatrien. En del patienter bliver tvangsfikseret flere gange under indlæggelse. Der blev foretaget i alt 6.165 bæltefikseringer i 2013, heraf 946 i børne- og ungdomspsykiatrien, mod 5.657 tvangsfikseringer i 2012, heraf 482 i børne- og ungdomspsykiatrien. Omkring halvdelen af alle bæltefikseringer varer under 1 døgn. Omkring 90 pct. af alle bæltefikseringer er afsluttet indenfor tre døgn. Langvarige bæltefikseringer, der strækker sig over uger, forekommer, men er relativt sjældne.

I forbindelse med det nationale gennembrudsprojekt om nedbringelse af tvang i psykiatrien, som blev gennemført i perioden 2004-2007 på forskellige psykiatriske afdelinger, blev de mest anvendte former for tvang nedbragt med 50 pct. på hver femte af de deltagende afdelinger og 20 pct. på 40 pct. af afdelingerne. Imidlertid har det ikke været muligt for afdelingerne at fastholde de gode resultater. Det erkendes, at det ikke har været muligt at opnå en varig, nævneværdig reduktion i anvendelsen af tvangsfikseringer.

Psykiatriudvalget har i sin rapport foreslået, at der sættes fælles mål for en markant og varig reduktion af tvang frem mod 2020, herunder et mål om, at en tvangsfiksering som udgangspunkt ikke må udstrække sig over 48 timer, med mindre helt specielle hensyn taler herfor, herunder patientens, personalets eller andres sikkerhed.

I rapporten beskrives en række evidensbaserede metoder i forhold til at nedbringe antallet af tvangsfikseringer.

Som nævnt i indledningen til lovforslaget fremgår det også af regeringens plan for psykiatri, at andelen af personer, der udsættes for tvang i psykiatrien, skal reduceres, og at bæltefiksering skal halveres frem mod 2020. Det er afgørende for regeringen, at brugen af tvangsfiksering reduceres i både antal og tidsmæssig udstrækning. Det vurderes, at der er behov for bl.a. at skærpe reglerne for tvangsfiksering med henblik på at opnå en sådan reduktion.

Det vurderes, at det ikke vil være hensigtsmæssigt i loven at fastsætte en absolut tidsbegrænsning i forhold til varigheden af en tvangsfiksering, idet sundhedspersonalet dermed vil kunne blive frataget muligheden for at yde den nødvendige omsorg for de patienter, der efter den fastsatte tidsgrænse fortsat befinder sig i den tilstand, der oprindeligt førte til tvangsfikseringen.

3.4.3. Den foreslåede ordning

Forslaget vil medføre, at det af lovens § 14, stk. 2, kommer til at fremgå, at en tvangsfiksering kun må anvendes kortvarigt. Der foreslås samtidig indsat en undtagelsesbestemmelse hertil for at tage højde for de tilfælde, hvor der undtagelsesvist kan være væsentlige grunde til at fortsætte

en tvangsfiksering ud over nogle få timer, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.

En yderligere skærpelse er indeholdt i forslaget om, at det er overlægen, der skal træffe beslutning om anvendelse af tvangsfiksering i modsætning til gældende ret, hvor en beslutning om tvangsfiksering kan træffes af en læge. Der er dog med forslaget til § 1, nr. 5, lagt op til, at beslutningen, jf. lovens § 4 a, i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, men at overlægen i så fald efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen. Ifølge bemærkningerne til psykiatrilovens § 4 a indebærer udtrykket »snarest«, at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på sygehuset. Resultatet af overlægens stillingtagen skal tilføres tvangsprotokollen.

Med hensyn til de tilsyn med tvangsfikserede patienter, der er fastlagt i lovens § 21, nr. 4 og 5, vil forslaget til § 1, nr. 19, medføre, at de tilsyn, der efter lovens § 21, stk. 4, skal ske mindst 4 gange i døgnet, fremover skal ske mindst 3 gange i døgnet. Forslaget skal ses i lyset af forslaget til § 1, nr. 20, som vil medføre, at den eksterne lægefaglige vurdering, der jf. lovens § 21, stk. 5, skal ske i forhold til tvangsfikseringer, der udstrækkes i længere tid end 48 timer, vil blive fremrykket til 24 timer efter tvangsfikseringens iværksættelse. Derudover skal forslaget ses i lyset af, at overlægen i henhold til lovens § 21, stk. 1, har en løbende tilsynspligt, således at overlægen til stadighed har ansvaret for, at tvang, herunder tvangsfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der ikke er øget patientsikkerhedsmæssige risici ved at ændre tilsynet med bæltefikserede patienter fra 4 til 3 gange i døgnet. Endvidere gennemføres omkring 4 tilsyn af bæltefikserede patienter i døgnet, da der efter 24 timer skal gennemføres et eksternt tilsyn, såfremt patienten fortsat er bæltefikseret.

Den eksterne lægefaglige vurdering, der skal ske i forhold til tvangsfikseringer, der udstrækkes i længere tid end 48 timer, bliver som nævnt fremrykket til 24 timer efter tvangsfikseringens iværksættelse. Der er således krav om, at fortsat anvendelse af tvangsfiksering, skal godkendes af en uvildig speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. Den pågældende overlæge, der skal foretage vurderingen, må ikke være ansat på afdelingen, hvor indgrebet finder sted, have ansvaret for patientens behandling og må ikke stå i et underordningsforhold til den behandlende læge. Med andre ord foretages der en uvildig »second opinion« efter 24 timer mod i dag, hvor grænsen er 48 timer. Vurderingen må ikke foretages af en læge, der i øvrigt er inhabil.

I de tilfælde, hvor der er tale om tvangsfikseringer over 48 timer, vil der desuden blive indført en yderligere revurdering efter 48 timer og på 4. dagen efter iværksættelsen af indgrebet under de samme betingelser, som gælder for vurdering efter 24 timer. Derefter gentages revurdering en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

Den eksterne faglige vurdering efter 24 timer, 48 timer og 4. dagen kan foretages af samme læge, forudsat at lægen fortsat opfylder betingelserne om uvildighed, jf. ovenfor.

Fristen for foretagelse den eksterne faglige vurdering efter 24 timer, 48 timer, på 4. dagen og 1 gang om ugen regnes fra det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsfiksering blev truffet første gang.

Derudover foreslås det, at den nedsatte Task Force på psykiatriområdet som fast punkt på dagsordenen drøfter, hvordan "second opinion ordningen" efterleves i praksis - herunder hvordan bedste praksis kan udbredes til regionerne, som herved kan gøre brug af hinandens erfaringer.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser og vejledninger herom justeres i overensstemmelse med lovforslaget.

Ordningen om revurdering efter 48 timer og på 4. dagen vil blive evalueret efter 3 år.

3.5. Oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen

3.5.1. Gældende ret

Det er i psykiatrilovens § 18 c, stk. 1, fastsat, at oppegående tvangsfiksering alene kan anvendes over for patienter på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Oppegående tvangsfiksering kan etableres, såfremt mindst ét af de materielle kriterier i den gældende lovs § 14, stk. 2, er opfyldt. Det vil sige, at patienten skal udsætte sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølge eller på anden lignende måde groft forulempe medpatienter, eller øve hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er endvidere en betingelse, at langvarig isolation på patientstue vurderes at have negativ effekt på patientens samlede tilstand, psykisk, legemligt og socialt, eller at langvarig tvangsfiksering vurderes at have negativ effekt på patientens samlede tilstand, psykisk, legemligt og socialt.

Det er i § 18 c, stk. 2, fastsat, at der til oppegående tvangsfiksering alene kan anvendes mavebælte, fikseringsremme, håndremme og fodremme. Dette er en udtømmende opremning af de midler, der kan anvendes til oppegående tvangsfiksering. I § 18 c, stk. 3, stilles der krav om, at en patient, der er oppegående tvangsfikseret, skal have mindst én fast vagt. En fast vagt til en patient, der er oppegående tvangsfikseret, er en hertil udpeget sygeplejerske, plejer eller andet kvalificeret personale, som ikke samtidig har andre arbejdsopgaver end at tage sig af den bæltefikserede patient. Tilsynet skal udføres under hensyntagen til patientens ønsker og med respekt for dennes værdighed og selvfølelse. Når patienten opholder sig på sin egen stue, skal den pågældende have ret til et vist privatliv, når dette ikke er uforeneligt med hensynet til patientens sikkerhed. Tilsynet i forhold til patienter, der er oppegående tvangsfikseret, skal således ske i overensstemmelse med de regler, der gælder for tilsyn med en patient, der er tvangsfikseret til en seng efter den gældende lovs § 14, jf. § 21 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, dog således at den faste vagt alene må have ansvar for én patient, der er oppegående tvangsfikseret.

Oppegående tvangsfiksering kan, jf. § 18 c, stk. 4, alene iværksættes efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Det er Sundhedsstyrelsen, der træffer afgørelse i sagen efter indstilling fra et særligt sagkyndigt råd nedsat af Sundhedsstyrelsen. Rådet skal bestå af en speciallæge i psykiatri udpeget af Sundhedsstyrelsens fire speciallæger i psykiatri udpeget efter indstilling fra Dansk Psykiatrisk Selskab samt en repræsentant udpeget efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Sundhedsstyrelsen varetager formandskab, juridisk rådgivning og sekretariatsbetjening af rådet og udarbejder efter forhandling med ministeriet en forretningsorden for rådet. Forretningsordenen vil blandt andet indeholde bestemmelser om proceduren i forbindelse med ansøgninger fra Sikringsafdelingen, herunder at den behandlingsansvarlige overlæge på Sikringsafdelingen har mulighed for at give møde for rådet. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i sin afgørelse også skal tage stilling til de midler, der ønskes anvendt til oppegående tvangsfiksering af den pågældende patient. Det indebærer, at det skal fremgå af overlægens ansøgning til Sundhedsstyrelsen specifikt hvilke midler, herunder i hvilket materiale, der efter § 18 c, stk. 2, ønskes anvendt.

§ 18 c, stk. 5, indeholder de formelle kriterier vedrørende oppegående tvangsfiksering. Når den ledende overlæge for Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, har vurderet, at oppegående tvangsfiksering er nødvendig, ansøger denne Sundhedsstyrelsen om tilladelse hertil. I den ledende overlæges fravær kan vurderingen foretages af dennes stedfortræder, som også kan indgive ansøgning til Sundhedsstyrelsen. Den ledende overlæges ansøgning til Sundhedsstyrelsen skal være bilagt en erklæring fra den ledende overlæge selv, samt en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, som vurderer, om oppegående tvangsfiksering kan anvendes. Erklæringen fra den uvildige speciallæge i psykiatri skal hvile på såvel speciallægens egen undersøgelse af patienten, som de modtagne oplysninger. Det er forudsat, at den uvildige speciallæge i sin undersøgelse tager stilling til den medicinske behandling og den øvrige samlede behandlingsmæssige indsats. Der foreligger uvildighed, hvis speciallægen i psykiatri ikke tidligere har haft ansvaret for patientens behandling og ikke er ansat på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Speciallægen i psykiatri kan således tidligere have været ansat på Sikringsafdelingen, men må under ansættelsen ikke have haft ansvaret for den konkrete patients behandling.

I § 18 c, stk. 6, er Det særligt sagkyndige råds opgaver fastsat. Rådets opgave er at vurdere nødvendigheden af at anvende oppegående tvangsfiksering til den pågældende patient. Rådet kan herefter indstille til Sundhedsstyrelsen, at Sundhedsstyrelsen giver tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering af patienten i en periode på op til 6 måneder ad gangen. Rådet skal afgive sin vurdering hurtigst muligt dog senest 14 hverdage efter, at Sundhedsstyrelsen har modtaget ansøgningen fra den ledende overlæge på Sikringsafdelingen. En af rådets speciallæger i psykiatri skal have til-

set den patient, ansøgningen vedrører, inden rådet kan behandle ansøgningen.

Efter § 18 c, stk. 7, er det den behandlingsansvarlige overlæge, der kan ophæve den oppegående tvangsfiksering. I den behandlingsansvarlige overlæges fravær kan beslutningen træffes af dennes stedfortræder. Med ophævelse af den oppegående tvangsfiksering sigtes der alene til det endelige ophør af foranstaltningen. En oppegående tvangsfiksering betragtes således ikke ophørt, hvis remme og mavebælte fx fjernes til natten eller i andre situationer, hvor der ikke skønnes at være behov for dem. Tilladelsen til at anvende oppegående tvangsfiksering er således ikke et påbud om at anvende oppegående tvangsfiksering hele tiden, men tilladelsen giver overlægen mulighed for at anvende oppegående tvangsfiksering i de tilfælde, hvor alternativet ville være, at patienten langvarigt ville være fikseret til en seng eller være i isolation på egen patientstue.

Såfremt den behandlingsansvarlige overlæge på Sikringsafdelingen eller dennes stedfortræder vurderer, at der er behov for at anvende oppegående tvangsfiksering i op til yderligere 6 måneder kan denne på ny indgive en ansøgning til Sundhedsstyrelsen efter reglerne i § 18 c, stk. 5.

Revurderinger af oppegående tvangsfiksering er reguleret i psykiatrilovens § 21, stk. 7 og 8. Det fremgår af stk. 7, at den behandlingsansvarlige overlæge, så længe en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, opretholdes, en gang i døgnet skal foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Træffer den behandlingsansvarlige overlæge beslutning om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering, skal denne endvidere fastlægge en observationsplan for de følgende 24 timer. I den behandlingsansvarlige overlæges fravær træffer den stedfortrædende overlæge beslutning og fastlægger observationsplan. Af stk. 8 fremgår det, at hvis en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, udstrækkes i længere tid end 1 uge, skal en speciallæge i psykiatri, som ikke har haft ansvaret for patientens behandling, og som ikke er ansat på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Denne vurdering gentages herefter en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

3.5.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen

Oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen blev indført den 1. oktober 2010 ved lov nr. 708 af 25. juni 2010 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje. Det er i lovens § 4 fastsat, at ministeren for sundhed og forebyggelse efter en forsøgsperiode på 4 år med oppegående tvangsfiksering fremsætter forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15.

I overensstemmelse med bemærkningerne til ændringsloven nr. 708 af 25. juni 2010 om blandt andet oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen har Sundhedsstyrelsen fulgt ordningen tæt. Til det formål blev der nedsat en

bredt sammensat følgegruppe bestående af repræsentanter fra Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatrirugere, Danske Regioner og Dansk Psykiatrisk Selskab. Det fremgår af bemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen efter perioden 2010-2013 udarbejder en redegørelse, som vil blive fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. Endelig fremgår det, at de erfaringer, der indhøstes i forbindelse med undersøgelsen, vil blive anvendt til eventuelle justeringer af bestemmelsen, når lovændringen revideres i folketingsåret 2014-2015.

De to redegørelser er sendt til udvalgene i juni 2014.

3.5.2.1. Sundhedsstyrelsens evaluering af oppegående tvangsfiksering

I alt har Sundhedsstyrelsen, fra starten af ordningen den 1. oktober 2010 til og med sommeren 2013, behandlet 26 ansøgninger om oppegående tvangsfiksering vedr. i alt fem patienter ud af de i alt 30 patienter på Sikringsafdelingen. Sundhedsstyrelsen har for fire patienter givet seks tilladelser pr. patient til oppegående tvangsfiksering, og to tilladelser til oppegående tvangsfiksering af én patient. Tilladelse gives i henhold til psykiatriloven for seks måneder ad gangen. Der er i perioden ikke givet afslag på ansøgninger.

Sikringsafdelingen har fået tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering over for fem patienter fra lovens ikrafttrædelse 1. oktober 2010 og frem til juni 2013. Alle patienter er anbragt på Sikringsafdelingen i henhold til farlighedsdekret udstedt af justitsministeren.

Patienterne er svært psykisk syge og vanskelige at behandle medicinsk, da de ikke responderer sædvanligt på behandling med antipsykotiske lægemidler. Deres oplevelsesverden kan medføre omfattende selvskadende adfærd, og deres hallucinationer kan også diktere patienterne til pludselige uventede aggressive udfald mod andre, fx personale eller medpatienter – nogle gange er udfaldene livstruende for personer i omgivelserne.

Fire af de fem patienter er uændret farlige, hvorfor de ikke kan være sammen med medpatienter uden oppegående tvangsfiksering. For to patienter har oppegående tvangsfiksering især været anvendt for at skabe mulighed for at varetage en tilstrækkelig og nødvendig personlig hygiejne

Oppegående tvangsfiksering giver patienterne mulighed for at komme i gårdhaven alene eller sammen med medpatienter op til ca. ½ time daglig, ligesom de får mulighed for at deltage i fællesspisning et par gange om ugen. Endvidere giver det mulighed for at deltage i fællesskab med medpatienter i dagligstuen én time to gange dagligt, hvis de kan magte det og ikke er inde i en periode med specielt udadrettede, voldelig adfærd. Oppegående tvangsfiksering har givet patienterne mulighed for også at deltage i andre fælles aktiviteter (grillaftener, julefrokost, kortspil m.v.). Ordningen har også givet mulighed for at få besøg af familiemedlemmer, som patienterne tidligere har gjort udfald mod.

Som udgangspunkt opholder alle fem patienter sig på aflåst stue og kan til tider være tvangsfikseret (fastspændt til sengen) som følge af deres farlighed. Oppegående tvangsfiksering har ikke erstattet patienternes ophold på aflåst stue eller i tvangsfiksering, men er *en supplerende tvangsforanstaltning*, der giver mulighed for et brud på isolationen og en forbedring af plejen og behandlingen. De mest syge patienter har kun i mindre grad været i stand til at benytte sig af oppegående tvangsfiksering, da de ofte er for psykotiske eller for voldelige.

Tre af patienterne har udtalt, at det er positivt at være i oppegående tvangsfiksering, da det giver mulighed for mere fællesskab og øget aktivitet. De to sidste patienter har ikke kunne give udtryk for, hvad de mener om brugen af oppegående fiksering, da de ikke har et forståeligt sprog.

Fire af de fem patienter har haft samme patientrådgiver, der også fungerer som patienternes bistandsværge, og vedkommende har fremsendt en udtalelse til brug for Sundhedsstyrelsens evaluering. Den pågældende, der har mange års erfaringer med patienter på Sikringsafdelingen, har vurderet, at brugen af oppegående tvangsfiksering har været til gavn for både patienter og personale, og det har givet patienterne mere frihed, og gjort det lettere for dem at være i fællesskab med andre patienter. Rådgiveren vurderer, at oppegående tvangsfiksering har bidraget til, at de dårligste patienter i mindre grad udsættes for langvarige bæltefikseringer. Tillige har oppegående tvangsfiksering været gavnligt for patienternes pleje og hygiejne. Rådgiverens vurdering er, at oppegående tvangsfiksering er en mere human måde at behandle patienterne på.

3.5.2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger

På baggrund af de positive erfaringer, der er indhentet i forsøgsperioden, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at ordningen med oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen fortsætter, samt at der foretages ændringer i de processuelle regler.

Sundhedsstyrelsen anbefaler Det særligt sagkyndige råds arbejde ændret. Det særligt sagkyndige råd er nedsat af Sundhedsstyrelsen og består af en speciallæge i psykiatri udpeget af Sundhedsstyrelsens fire speciallæger i psykiatri udpeget efter indstilling fra Dansk Psykiatrisk Selskab samt en repræsentant udpeget efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Det er på baggrund af rådets indstilling, at Sundhedsstyrelsen træffer afgørelse i ansøgningssager om oppegående tvangsfiksering. Sundhedsstyrelsens anbefaling er, at Sikringsafdelingen kun skal søge om Rådets tilladelse første gang, der ansøges om tilladelse til oppegående tvangsfiksering af en patient på Sikringsafdelingen. En psykiater fra rådet skal tilse patienten før rådsmødet, som det sker i henhold til den nuværende model. Herefter anbefales det, at Sikringsafdelingen hvert halve år selv kan forlænge ordningen et halvt år ad gangen uden at ansøge Rådet.

Med hensyn til revurderinger af den oppegående tvangsfiksering, som efter gældende regler skal ske en gang i døgnnet, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Sikringsafdelingen afhængig af patientens sygdom med passende intervaller (dog

som minimum én gang om måneden) skal vurdere, om der fortsat er indikation for at anvende oppegående tvangsfiksering. Der skal revurderes oftere, hvis patientens kliniske tilstand kræver det.

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at det gældende krav om, at en ekstern psykiater skal tilse patienter før et Rådsmøde, eller at patienten skal tilses af en ekstern psykiater, hvis oppegående tvangsfiksering har været i længere tid end én uge, bortfalder.

Ifølge Sundhedsstyrelsens evalueringsrapport om ordningen har patienternes tilstand gennem årene stort set været uændret for 4 patienters vedkommende, og Rådet har kunnet give tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle Sikringsafdelingens ansøgninger hvert halve år. Sikringsafdelingens gentagne ansøgninger hvert halve år, vurderes ifølge Sundhedsstyrelsen ikke at bidrage med væsentligt nyt i forhold til, hvad der registreres løbende i forbindelse med patientbehandlingen. Der har gennem årene været sammenfald i patientvurderingerne fra de eksterne psykiatere og fra Rådets psykiatere. Disse vurderinger svarer også til Sikringsafdelingens egne vurderinger. På den baggrund er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der ikke er behov for, at patienterne vurderes så ofte og af så mange forskellige psykiatere.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at Sikringsafdelingen som noget nyt kan iværksætte oppegående tvangsfiksering, hvis der findes indikation for det, samtidig med at Sikringsafdelingen ansøger Sundhedsstyrelsen om tilladelse. Formålet skal være at forebygge, at en patient evt. kan være bæltefikseret i ventetiden på Rådets beslutning.

Endvidere anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Sundhedsstyrelsen/Rådet som noget nyt én gang om året skal besøge Sikringsafdelingen og tilse de patienter, der er eller i året forud har været under oppegående tvangsfiksering.

Sundhedsstyrelsens argument for de ovenstående anbefalinger er, at patienternes tilstand gennem årene stort set har været uændret for de fire patienters vedkommende, og Rådet har kunnet give tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle Sikringsafdelingens ansøgninger hvert halve år. Sundhedsstyrelsen vurderer, at Sikringsafdelingens gentagne ansøgninger hvert halve år ikke bidrager med væsentligt nyt i forhold til, hvad der registreres løbende i forbindelse med patientbehandlingen.

Der har gennem årene været sammenfald i patientvurderingerne fra de uvildige speciallæger i psykiatri og fra Rådets psykiatere. Disse vurderinger svarer også til Sikringsafdelingens egne vurderinger. Sundhedsstyrelsen vurderer på den baggrund, at vurderingerne fra de uvildige speciallæger i psykiatri ikke har bidraget med væsentligt nyt. På den baggrund er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der ikke er behov for, at patienterne vurderes så ofte og af så mange forskellige psykiatere.

Sundhedsstyrelsen peger på, at den foreslåede model er mindre administrativt krævende og samtidig sikrer, at der føres et grundigt tilsyn med patienterne. Efter den foreslåede model skal patienterne ikke vurderes af en ekstern psykiater

uden for Rådet, men udelukkende af eksterne psykiatere fra Rådet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at Rådet med den foreslåede model vil komme til at fungere mere effektivt i vurderingen af patienterne.

Samtidig påpeger Sundhedsstyrelsen, at den foreslåede model sikrer, at patienterne tilbagevendende tilses af eksterne psykiatere fra Rådet samt af det samlede Råd, herunder Sundhedsstyrelsen. Ved det årlige tilsyn skal det vurderes, om patientbehandlingen er gennemført med omhu og samvittighedsfuldhed, og om psykiatriloven er overholdt.

Sundhedsstyrelsen påpeger endvidere, at modellen tilgodeser, at tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering vurderes af et uvildigt Råd med forskellige kompetencer. Samtidig er det væsentligt, at den samlede ressourceanvendelse i form af personaletimer er mere hensigtsmæssig, da evalueringen har vist, at det administrative arbejde samt omfanget og formen af patientvurdering i den nuværende ordning ikke er nødvendig ud fra et sundhedsfagligt eller patientrettighedsmæssigt perspektiv. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at der med modellen vil kunne frigøres personale til aktiviteter med mere sundhedsfaglig relevans for patienterne.

Sundhedsstyrelsen anfører, at oppegående tvangsfiksering har vist sig som et vigtigt middel til at vedligeholde og udvikle patienternes fysiske og psykiske helbred, men da det er en tvangsforanstaltning, er der behov for, at ordningen vurderes af en uvildig instans med forskellige kompetencer. I forsøgsperioden har det været muligt for Rådet at drøfte patientbehandlingen med Sikringsafdelingen undervejs i forløbet. Især den medicinske behandling har løbende været drøftet. Rådet har også initieret, at patienter er blevet vurderet på ny af neurologer samt, at to patienter fik foretaget en medicinsk second opinion. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at der fortsat er behov for, at Rådet og Sundhedsstyrelsen vurderer ordningen med oppegående tvangsfiksering.

3.5.3. Den foreslåede ordning

Forslaget vil medføre, at der fortsat bliver hjemmel til anvendelse af oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen.

Med forslaget ophæves kravet i § 18 c, stk. 5, om, at ansøgningen til Sundhedsstyrelsen skal indeholde en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri.

Anvendelse af oppegående tvangsfiksering bør alene kunne ske på baggrund af en tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Derfor foreslås det, at Sikringsafdelingen får mulighed for samtidig med, at der indgives ansøgning til Sundhedsstyrelsen om oppegående tvangsfiksering, at søge om Sundhedsstyrelsens tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering i ansøgningsperioden, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til patientens psykiske og legemlige tilstand.

Derudover vil forslaget medføre, at bestemmelsen i § 18 c, stk. 6, om, at tilladelsen kun gives for 6 måneder ad gangen, ophæves. Det vil medføre, at en tilladelse gælder, indtil Sikringsafdelingen ophæver den oppegående tvangsfiksering, eller Sundhedsstyrelsen ved sit årlige tilsyn, jf. forsla-

get til § 1, nr. 15, vurderer, at den oppegående tvangsfiksering skal ophæves.

Endelig vil forslaget medføre, at revurderingen af den oppegående tvangsfiksering, der i henhold til § 21, stk. 7, skal foretages én gang i døgnet, fremover skal ske med passende intervaller og mindst én gang om måneden, og beslutningen om fortsat oppegående tvangsfiksering skal indgå i behandlingsplanen, som, jf. psykiatrilovens § 3, stk. 3, skal opstilles for patienten.

Sundhedsstyrelsens evaluering af ordningen om oppegående tvang viser, at et antal patienter oplever, at ordningen med oppegående tvangsfiksering har gavnet dem.

Sundhedsstyrelsens evaluering peger i retning af, at de formelle krav kan lempes, uden at det forringer patienternes retssikkerhed. Sundhedsstyrelsens argument for denne lempelse er, at patienternes tilstand gennem den 4-årige prøveperiode stort set har været uændret for de fire patienters vedkommende, og Rådet har kunnet give tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle Sikringsafdelingens ansøgninger hvert halve år. Patienternes sygdom er ofte af kronisk karakter med mindre udsving i sygdomsintensiteten. Som følge heraf er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ikke er faglig begrundelse for, at Sikringsafdelingens læger dagligt skal vurdere, om der er indikation for, at patienten kan anvende oppegående tvang.

Hensigten med afskaffelse af de daglige revurderinger kan endvidere efter ministeriets vurdering være en fordel for patienterne, idet de ikke dagligt skal bekymre sig om, hvorvidt de fortsat kan få lov til at være i oppegående tvangsfiksering. Ministeriet skal i den forbindelse fremhæve, at alternativet til oppegående tvang er tvangsfiksering eller isolation.

Det er ministeriets vurdering, at Sundhedsstyrelsens anbefaling om ophævelse af 6-månedersreglen og bortfald af kravet om daglige revurderinger ikke medfører en forringelse af patienternes retssikkerhed. Baggrunden for denne vurdering er som nævnt ovenfor, at oppegående tvangsfiksering bruges som et alternativ til isolation på egen stue og tvangsfiksering, hvor patienten er fastspændt til en seng. I henhold til psykiatrilovens § 21, stk. 1, har overlægen til stadighed ansvaret for, at oppegående tvangsfiksering og andre tvangsforanstaltninger ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Oppegående tvangsfiksering kan bruges dagligt eller med flere dages mellemrum alt efter, om patientens tilstand muliggør ophold i fællesarealerne. Det giver derfor mening, at overlægen kan træffe beslutning om, at isolation og/eller tvangsfiksering i givne situationer kortvarigt kan erstattes med oppegående tvangsfiksering i løbet af fx den følgende måned. Som ved alle andre tvangsformer skal den oppegående tvangsfiksering ophøre straks, når lægen har vurderet, at kriterierne for den pågældende tvangsforanstaltning ikke længere er til stede. Patienten eller dennes bistandsværge eller patientrådgiver kan til enhver tid klage over overlægens beslutning om, at der kan anvendes oppegående tvangsfiksering.

3.6. Udvidede muligheder for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patienters ejendele og patientstuer samt kropsvisitation

3.6.1. Gældende ret

Det fremgår af psykiatrilovens § 19 a, at overlægen ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten, kan 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.

Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær, jf. stk. 2. Derudover kan overlægen, jf. stk. 3, beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade det 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.

Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen jf. Folketingstidende 2005-06, tillæg A, s. 4213 f., at 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 fx rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

Det fremgår endvidere, 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 fx har en kendt misbrugshistorie, er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om 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, fx selvmordstruede patienter, eller andre, hvis de findes på afdelingen. Der kan fx være tale om knive eller andre våben, men der kan også være tale om genstande, som normalt vil blive betragtet som ufarlige, fx værktøj, nåle, glasflasker m.v. Af rusmidler omfattet af bestemmelsen kan fx nævnes alkohol og narkotiske stoffer. Medikamenter omfattet af bestemmelsen kan i princippet

være alle former for medicin, både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin.

Hjemlen til at åbne og kontrollere patientens post for de i bestemmelsen nævnte objekter indebærer, at 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.

En beslutning om undersøgelse af stue og ejendele omfatter for eksempel undersøgelse af skabe og skuffer på stuen, men også patientens personlige tasker og andre ejendele kan med hjemmel i denne bestemmelse undersøges.

Med hensyn til kropsvisitation af patienten fremgår det, at undersøgelse af kroppens hulrum ikke er tilladt, hvilket også omfatter mundhulen. Undersøgelse af kroppens hulrum ved fx en endearmsundersøgelse er så indgribende en foranstaltning, at dette ikke skal være muligt indenfor rammerne af psykiatriloven. Disse undersøgelser kan foretages på frivillig basis i behandlingsøjemed. Undersøgelse af armhulerne er ikke omfattet af begrænsningen i andet led. Mindste middel princippet, jf. § 4, skal iagttages i forbindelse med kropsvisitation 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.

3.6.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om udvidede muligheder for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patienters ejendele og patientstuer samt kropsvisitation

Som beskrevet i afsnit 2.3. fremgår det af Danske Regioners rapport om retspsykiatri, at forekomsten af narkotika er et stort problem på de psykiatriske afdelinger, samt at indsatsen mod stoffer fylder meget i afdelingernes daglige arbejde. Det forekommer også, at der forefindes våben eller andre farlige genstande på afdelingerne.

Det fremgår endvidere af rapporten, at misbrug har en række negative konsekvenser for både patienter og personale. Patienten bliver ofte psykisk dårligere, udviser ofte en uhensigtsmæssig adfærd, og miljøet på afdelingen bliver mere råt. Derudover bliver nogle patienter aggressive og farlige under påvirkning af stoffer, og generelt modvirker stofferne selve behandlingen.

På den baggrund anbefales det i rapporten, at adgangen til at gennemføre undersøgelser af patientstuer i henhold til psykiatrilovens § 19 a lempes, samt at dette bør gælde alle psykiatriske afdelinger og ikke kun i retspsykiatrien.

Det kan således udledes af rapporten, at forekomsten af narkotika på afdelingerne udgør et voldsomt problem såvel behandlingsmæssigt som sikkerhedsmæssigt. Dertil kommer, at alkohol- og stofmisbrug er en faktor, der betragteligt øger risikoen for selvmord blandt psykiatriske patienter. Disse faktorer taler for at lempe betingelserne i § 19 a, så patienternes behandlingsforløb bliver så godt som muligt,

når afdelingerne får bedre muligheder for at forhindre forekomsten af bl.a. rusmidler på afdelingerne.

Også Regeringens Psykiatriudvalg finder i sin rapport fra 2013, at det af hensyn til sikkerheden for såvel patienter som personale er et problem, at der er stor forekomst af rusmidler på de psykiatriske afdelinger og anbefaler, at de psykiatriske afdelinger får den nødvendige hjemmel til at sikre, at rusmidler og farlige genstande holdes ude af afdelingerne.

I England og Wales er der blevet forsket i forekomsten af rusmidler på psykiatriske afdelinger og mulige løsninger. Det fremgår af en artikel om rusmiddelmissbrug på psykiatriske afdelinger i tidsskriftet *The Psychiatrist*, at rusmidlerne kan have alvorligt skadelige virkninger for de enkelte patienter og have foruroligende konsekvenser for afdelingerne som helhed. Det kan føre til konflikter mellem såvel personale og patienter som mellem patienterne, og det kan skade den fysiske sikkerhed for patienter og personale.

Der peges i artiklen på følgende konsekvenser af psykiatriske patienters misbrug (i forhold til de patienter, der alene har en psykiatrisk diagnose):

- det kan medføre, at den medicinske behandling ikke gavner,
- der er markant øget risiko for, at behandlingen ikke overholdes,
- der er markant øget risiko for tilbagefald,
- der er øget risiko for aggressiv og asocial adfærd,
- det kan fordoble antal indlæggelsesdage,
- det øger risikoen for at begå drab.

Ministeriet har på baggrund af ovenstående overvejet mulighederne for at ændre § 19 a. Det bemærkes i den forbindelse, at der fx ikke fremgår et krav om begrundet mistanke i straffuldbyrdslovens regler om indgreb over for indsatte i fængslerne, når det drejer sig om undersøgelse af indsatte ejendele i cellen eller undersøgelse med henblik på at afdekke, hvilke effekter den indsatte er i besiddelse af på sin person (heri indgår ikke undersøgelse af legemets hulrum). Det fremgår således af denne lovs § 60, at institutionen kan undersøge, hvilke effekter en indsat har i sin besiddelse i sit opholdsrum eller på sin person, hvis en sådan undersøgelse er nødvendig for at sikre, at ordensbestemmelser overholdes eller sikkerhedshensyn iagttages.

Det er ministeriets vurdering, at hensynet til patienternes behandling samt patienternes og personalets sikkerhed taler for, at regionerne bør have mulighed for i højere grad at kunne begrænse forekomsten af medikamenter, rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger.

En begrænsning i forekomsten af medikamenter, rusmidler og farlige genstande kan efter ministeriets vurdering opnås ved at give overlægen mulighed for at foretage de i den gældende § 19 a nævnte undersøgelser m.v., uden at skulle opfylde kravet om begrundet mistanke. Ministeriet vurderer med henvisning til anbefalingerne i rapporten om retspsykiatri, at en sådan ændring bør gælde alle psykiatriske afdelinger og ikke kun for eksempel retspsykiatriske afdelinger.

Efter ministeriets vurdering bør ændringen omfatte alle elementer i bestemmelsen, herunder kropsvisitation, hvis

ændringen skal have en reel betydning for afdelingernes mulighed for at begrænse indførelse og forekomst af rusmidler, og dermed bl.a. muligheden for at øge sikkerheden i afdelingerne generelt. Det er hensigten, at en sådan ændring skal medvirke til at forebygge de alvorlige konsekvenser, der kan være af patienters misbrug, herunder øget risiko for at blive udsat for tvang.

Det bør efter ministeriets vurdering fortsat ikke være muligt at undersøge kroppens hulrum, idet sådanne indgreb er særligt grænseoverskridende, hvis de foretages uden patientens samtykke.

Ministeriet vurderer i øvrigt, at det er hensigtsmæssigt og så i psykiatrilovens § 19 a at præcisere, at indgreb efter bestemmelsen kan foregå uden retskendelse. Det bemærkes i den forbindelse, at lov nr. 442 af 9. juni 2004 om retssikkerhed ved forvaltningens anvendelse af tvangsindgreb og oplysningspligter vil finde anvendelse på de pågældende indgreb. Grundlovens hovedregel om, at et indgreb kræver retskendelse, kan fraviges ved en lovbestemmelse, der udtrykkeligt fastsætter, at det pågældende indgreb kan foretages »uden retskendelse«. Det er imidlertid antaget, at en undtagelse til grundlovens hovedregel også kan støttes på en fortolkning af loven, jf. Danmarks Riges Grundlov med kommentarer, redigeret af Henrik Zahle, (2. udgave), 2006, side 460).

For så vidt angår nyere lovgivning fremgår det af Justitsministeriets vejledning om lovkvalitet, at fravigelse af kravet om retskendelse bør fremgå udtrykkeligt af lovteksten.

3.6.3. Den foreslåede ordning

Med forslaget til § 19 a gives der hjemmel til, at overlægen ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen, med henblik på at sikre at disse ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse kan beslutte:

1. at en patients post skal åbnes og kontrolleres,
2. at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller
3. at der skal foretages kropsvisitation af en patient.

Forslaget medfører således, at kravet om »begrundet mistanke« bortfalder. Formålet med forslaget er at begrænse forekomsten af medikamenter, rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger af hensyn til patienternes behandlingsmuligheder samt sikkerheden for såvel patienter som personale, herunder at forhindre, at patienter begår personfarlig kriminalitet under indlæggelsen. Formålet er endvidere at nedbringe anvendelsen af tvang, idet patienter under indflydelse af rusmidler bl.a. har øget risiko for at blive udsat for tvang.

Med forslaget kommer det til at fremgå udtrykkeligt af lovteksten, at de indgreb, der kan foretages efter bestemmelsen, kan ske uden retskendelse.

Med forslaget udgår den gældende bestemmelses stk. 3, 3. pkt., hvorefter politiet kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og genstande, der er i strid med den almindelige lovgivning, kan destrueres, idet denne bestemmelse vurderes at

være overflødig. De ulovlige midler og genstande, som politiet får overdraget fra overlægen, vil kunne destrueres m.v. efter de almindelige regler, der gælder for politiets håndtering af sådanne effekter.

Forslaget medfører ikke en ændring i den gældende regel i stk. 1, nr. 3, om, at kropsvisitation ikke omfatter undersøgelse af kroppens hulrum, samt den gældende regel i stk. 2 om, at åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue samt ejendele så vidt muligt skal foretages i patientens nærvær.

Det er med bestemmelsen alene hensigten, at patientens post kan åbnes med henblik på kontrol af, om posten indeholder medikamenter, rusmidler eller farlige genstande. Bestemmelsen indeholder således ikke hjemmel til at læse patientens post.

For så vidt angår kropsvisitation af patienten skal denne så vidt muligt foretages af en person af eget køn.

Det er med forslaget ikke hensigten, at der med henvisning til bestemmelsen kan foretages rutinemæssige undersøgelser på afdelingen i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter. Der skal foreligge en mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen.

Mistankebegrebet vil blive beskrevet nærmere i bekendtgørelse om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v. på psykiatrisk afdeling, som justeres i forhold til det fremsatte forslag.

3.7. Tvungen opfølgning efter udskrivning

3.7.1. Gældende ret

Det er i § 13 d, stk. 1, fastsat, at overlægen inden patientens udskrivning kan træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at være en begrundet formodning om 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 de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange,
- 2) patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan,
- 3) patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og
- 4) patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan, jf. § 13 d, stk. 2, alene indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan overlægen, jf. § 13 d, stk. 3, beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatrisk afdeling.

Det er i § 13 d, stk. 4, fastsat, at der ved medicinering i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler, for hvilke overlægen kender patientens reaktion, herunder eventuelt i depotform.

En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan, jf. § 13 d, stk. 5, være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten. Endelig er det i § 13 d, stk. 6, fastsat, at overlægen, hvis der er en begrundet formodning om 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 træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder.

3.7.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om tvungen opfølgning efter udskrivning

Tvungen opfølgning efter udskrivning blev indført den 1. oktober 2010 ved lov nr. 533 af 26. maj 2010 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje. Det er i lovens § 4 fastsat, at ministeren for sundhed og forebyggelse efter en forsøgsperiode på 4 år med tvungen opfølgning efter udskrivning fremsætter forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15.

I overensstemmelse med bemærkningerne til ændringslov nr. 533 af 26. maj 2010 om tvungen opfølgning efter udskrivning har Sundhedsstyrelsen fulgt ordningen tæt. Til det formål blev der nedsat en bredt sammensatte følgegruppe. Det fremgår af bemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen efter perioden 2010-2013 udarbejder en redegørelse, som vil blive fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. Endelig fremgår det, at de erfaringer, der indhøstes i forbindelse med undersøgelsen, vil blive anvendt til eventuelle justeringer af bestemmelsen, når lovændringen revideres i folketingsåret 2014-2015.

3.7.2.1. Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning

Evalueringen, som omfatter i alt 30 patienter, har vist, at patienterne, der er under tvungen opfølgning, er tvangsindlagt i færre dage og sammenlagt udsættes for færre øvrige tvangsforanstaltninger end tidligere.

Journalgennemgangen viser, at et stabilt behandlingsforløb er med til at modvirke indlæggelse. For nogle af de patienter, der har været behandlet i mange måneder (op til 12 måneder) uden at være indlagt, har det i flere tilfælde vist sig, at patienterne har taget den ordinerede medicin frivilligt gennem flere måneder efter ophør af tvungen opfølgning. Journalgennemgangen viser også, at de patienter, der ikke

ønsker at have kontakt med det udgående/opsøgende psykiatriteam, og som ophører med den medicinske behandling, oftere har en dårligere sygdomsprogno­se end andre patienter. Efter en kortere eller længere periode uden medicin bliver patienterne ofte tiltagende mere psykotiske, kan ikke længere klare sig selv eller er evt. til fare for andre, hvorfor de må indlægges til behandling, ofte med tvang.

Ordningen vurderes meget forskelligt afhængig af, om patienter eller behandlere spørges. Gennemgående er patienternes oplevelse af ordningen negativ, da patienterne ikke opfatter sig som syge og derfor oplever det som forkert og som et overgreb at skulle tage den ordinerede medicin. En patient har imidlertid angivet at være meget glad for sin kontaktperson, hvad der gjorde, at vedkommende fortsatte med at tage den ordinerede medicin efter ordningens ophør. Fra journalgennemgangen fremgår det, at to af patienterne kunne se, at de havde haft en gavnlig effekt af behandlingen.

Omvendt mener det behandelende personale generelt, at tvungen opfølgning har en positiv effekt i langt de fleste tilfælde. Personalet mener, at ordningen er nødvendig, såfremt man skal fastholde en lille gruppe af svært psykisk syge med medicinsvigt i et længerevarende behandlingsforløb. Personalet har også nævnt, at den maksimale varighed af tvungen opfølgning på 12 måneder synes at være for kort, fordi det kræver lang tid for denne patientgruppe at komme ind i et stabilt behandlingsforløb. Samtidig peger de på nogle ulemper ved ordningen, der beskrives i afsnittet nedenfor.

Der er kun få pårørendetilkendegivelser i journalerne, og nogle af dem har oplyst, at de kan mærke, at medicinen har været gavnlig for patienten.

Patientperspektivet er sparsomt belyst trods en omfattende indsats for at få de pågældende i tale, da de fleste patienter enten var for syge/dårlige til at deltage i et interview eller ikke ønskede at deltage. Kun fire patienter deltog i interviewundersøgelsen.

Evalueringen har vist, at seks patienter blev afhentet af politiet hver gang, de skulle have deres depotmedicin. Sundhedsstyrelsen påpeger, at hvis en patient gentagne gange skal afhentes af politiet, skal lægen overveje om ordningen er egnet for patienten, eller om patienten skal have anden behandling, for eksempel indlæggelse.

Sundhedsstyrelsen har fundet, at de psykiatriske afdelingers kendskab til behandlingen af patienter med tvungen opfølgning i en række sammenhænge har været mangelfuld.

3.7.2.2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering er, at der på baggrund af et lille datagrundlag og de indhentede erfaringer med ordningen, ikke kan konkluderes entydigt i forhold til ordningens virkning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forsøgsperioden forlænges, så det bliver muligt at udbygge datagrundlaget for en endelig vurdering af ordningen, herunder ikke mindst belysningen af patienternes oplevelse af ordningen.

Derudover anbefaler styrelsen, at der i tillæg til de nuværende fem kriterier for at anvende tvungen opfølgning efter

udskrivning indføres et 6. kriterium om, at patienten er stabiliseret behandlingsmæssigt i den aktuelle indlæggelse/forud for udskrivelse til tvungen opfølgning.

Det er ministeriets vurdering, at der ikke er behov for at indføre et sådant nyt kriterium, idet det er en konkret lægefaglig vurdering, om en patient er stabiliseret behandlingsmæssigt. Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010 om tvungen opfølgning efter udskrivning, at det er forudsat, at patienter, der udskrives til tvungen opfølgning efter udskrivning, er i et stabilt behandlingsforløb, samt at beslutningen om at etablere tvungen opfølgning efter udskrivning ikke må føre til, at patienten udskrives tidligere, end patienten ville være blevet, såfremt muligheden for at etablere tvungen opfølgning efter udskrivning ikke var til stede. Ministeriet vurderer på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen om bl.a. tvungen opfølgning efter udskrivning skal indarbejde og præcisere disse bemærkninger.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det tydeliggøres i loven, at tvungen opfølgning efter en udskrivning kan iværksættes på ny, hvis de fem kriterier for at iværksætte tvungen opfølgning fortsat er til stede. Det vil fx. sige, at der ikke kræves tre nye tvangsindlæggelser.

I den forbindelse kan ministeriet oplyse, at det ligger implicit i bestemmelsen om tvungen opfølgning efter udskrivning, at der ikke er krav om tre nye tvangsindlæggelser for patienter, der har været under tvungen opfølgning efter udskrivning. Det er på den baggrund ministeriets vurdering, at dette bør tydeliggøres i bemærkningerne til dette lovforslag, samt at det skal præciseres i Sundhedsstyrelsens vejledning på området.

Det er ministeriets vurdering, at der generelt er behov for præcisering af reglerne i Sundhedsstyrelsens vejledning på området. Vejledningen vil blive revideret i overensstemmelse hermed efter lovforslagets vedtagelse.

Sundhedsstyrelsens gennemgang af de anvendte udskrivningsaftaler/ koordinationsplaner har vist, at der er forskel på kvaliteten af aftalerne. Nogle er meget udførlige og detaljerede, mens andre er summariske. Sundhedsstyrelsen foreslår på den baggrund, at der bliver sat fokus på kvaliteten af udskrivningsaftaler/ koordinationsplaner, hvis det vælges at forlænge ordningen.

Det er ministeriets vurdering, at også dette kan adresseres i Sundhedsstyrelsens vejledning på området.

3.7.3. Den foreslåede ordning

Da Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der på baggrund af et for lille datagrundlag og de dermed få indhentede erfaringer med ordningen, ikke kan konkluderes entydigt i forhold til ordningens virkning, foreslås forsøgsperioden med tvungen opfølgning efter udskrivning udvidet til yderligere 4 år, hvorefter ministeren for sundhed og forebyggelse fremsætter forslag om revision af loven i folketingsåret 2018-19.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Forslaget om en justering af mindreåriges retsstilling forventes ikke at ville medføre betydelige merudgifter for regionerne. Det samme gælder forslaget om en ny formålsbestemmelse samt forslaget om indhentelse af forhåndserklæringer. Regionerne har ansvaret for at drive sygehusvæsenet, og derfor påhviler det allerede i dag regionerne at sikre, at behandlingen af de psykiatriske patienter sker i overensstemmelse med den foreslåede formålsbestemmelse og bestemmelsen om forhåndserklæringer.

Forslaget om fremrykning af de eksterne lægelige tilsyn med tvangsfikserede patienter fra 48 timer til 24 timer vil have økonomiske konsekvenser for regionerne. Dette opvejes dog af den mindreudgift, der opnås i forhold til forslaget om at reducere antallet af tilsyn med den tvangsfikserede patient fra 4 gange i døgnet til 3 gange i døgnet.

Forslaget om, at beslutning om tvangsfiksering skal træffes af overlægen, vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige, idet der samtidig er stillet forslag om mulighed for, at en læge i overlægens fravær kan træffe beslutningen, som ved førstkommende lejlighed skal godkendes af overlægen.

Endvidere forventes forslaget om en revurdering efter henholdsvis 48 timer og på 4. dagen ikke at ville medføre betydelige merudgifter for regionerne.

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

5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet mv.

Lovforslaget har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

10. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser / mindreudgifter	Negative konsekvenser / merudgifter
Økonomiske konsekvenser for det offentlige, stat, kommuner og regioner	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for det offentlige, stat, kommuner og regioner	Ingen	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter	

6. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

8. Forhold til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

9. Hørte myndigheder og organisationer mv.

Et udkast til lovforslaget har i perioden fra den 11. juli til den 29. august 2014 været sendt i høring hos følgende myndigheder, organisationer m.v.: Bedre Psykiatri – Landsforeningen for pårørende, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Distriktpsikiatri, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Regioner, Den Danske Dommerforening, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Det Sociale Netværk, Dommerfuldmægtigforeningen, Ergoterapeutforeningen, FOA, Foreningen af Offentlige Anklagere, Foreningen af Socialchefer i Danmark, Galebevægelsen, Institut for Menneskerettigheder, KL, Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger, Landsforeningen Sind, Lægeforeningen, Patientombuddet, Psykiatrifonden, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Retspolitisk Forening, Rådet for Socialt Udsatte, Socialpædagogernes Landsforbund, Statsforvaltningen.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

(Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien)

Til nr. 1 (§ 1, stk. 1)

Udgangspunktet i sundhedsvæsenet, herunder i forhold til indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling, er, at det er et frivilligt tilbud til borgerne.

Forslaget vil medføre, at det indledningsvist i psykiatriloven bliver fastslået, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling sker på baggrund af informeret samtykke efter reglerne i sundhedslovens kapitel 5, med mindre andet følger af psykiatriloven.

Der henvises til bemærkningerne til gældende lovs §§ 1 og 2, der er indsat i loven ved lov nr. 331 af 24. maj 1989.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.1.1. i de almindelige bemærkninger i lovforslaget.

Til nr. 2 (§ 1, stk. 4-6)

Det er i den gældende lov ikke fastsat, hvilken retsstilling mindreårige patienter generelt har i forhold til tvangsansvendelse, herunder i de tilfælde hvor der foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Forslaget vil medføre, at der vil foreligge tvang i de tilfælde, hvor en 15-17-årig patient ikke vil give informeret samtykke til indlæggelse, ophold og behandling, herunder de i psykiatriloven nævnte tvangstiltag. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten i henhold til sundhedsloven vil være omfattet af § 17, stk. 2, i sundhedsloven.

For mindreårige patienter under 15 år vil forslaget medføre, at der vil foreligge tvang i henhold til psykiatriloven, hvis der ikke foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Mindreårige mellem 15-17 år, der ikke har givet samtykke til behandlingen og mindreårige under 15 år, hvor forældrene ikke har givet samtykke til behandlingen vil være omfattet af de retssikkerhedsgarantier, der er fastsat i psykiatriloven, fx beskikkelse af patientrådgiver og klageadgang. Patienten og dennes forældre vil også have ret til en eftersamtale.

Det er imidlertid ikke kun mindreårige mellem 15-17 år, der vil have ret til en eftersamtale. Med lovforslaget vil også mindreårige under 15 år, hvor forældrene har givet samtykke til behandlingen, og dennes forældre få tilbudt en opfølgende samtale efter ophør af indgrebet.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.1.3. i de almindelige bemærkninger.

Den foreslåede § 1, stk. 5 og stk. 6, svarer til gældende lovs § 1, stk. 3, bortset fra at der med lovforslaget ikke længere skal lægges et modenhedskriterium til grund i en akut situation, hvor omgående intervention er påkrævet med henblik på at afværge de i bestemmelsen anførte følger, og hvor det ikke er muligt at forsøge at indhente et stedfortrædende

samtykke inden iværksættelsen af den pågældende foranstaltning. Der henvises endvidere til bemærkningerne til gældende lovs § 1, stk. 3, der er indsat i loven ved lov nr. 534 af 8. juni 2006.

Til nr. 3 (§ 2, stk. 1-4)

Der er i den gældende lov ingen formålsbestemmelse. Med forslaget vil psykiatriloven komme til at indeholde en formålsbestemmelse.

Den foreslåede § 2, stk. 1, vil medføre, at det kommer til at fremgå af loven, at formålet med loven er at sikre, at iværksættelse og gennemførelse af tvang efter psykiatriloven sker på en forsvarlig måde og i overensstemmelse med grundlæggende retssikkerhedsprincipper.

Forslaget vil derudover medføre, at det kommer til at fremgå, at også i de tilfælde, hvor indlæggelse, ophold og behandling sker uden patientens samtykke, skal det ske som led i at understøtte patientens muligheder for at komme sig. Derudover vil det fremgå, at formålet med loven endvidere er at sikre, at tvangsansvendelse efter reglerne i loven tager udgangspunkt i patientens behov og udføres med respekt for patienten og dennes værdighed.

Det vil med forslagens § 2, stk. 2, blive understreget, at tvang aldrig må erstatte omsorg, behandling og pleje.

Forslaget vil med den foreslåede § 2, stk. 3 og 4, endvidere medføre, at det fastlægges, at patienten, henset til formålet med indlæggelsen og den enkeltes tilstand, skal have mulighed for i videst mulige omfang selv at træffe beslutninger, samt at der skal tages størst mulige hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle baggrund.

Forslaget skal ses i lyset af den nye ramme og retning for psykiatrien, som psykiatriudvalget har udstukket, og som danner den værdimæssige ramme for regeringens plan for psykiatri.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.2. i de almindelige bemærkninger.

Gældende lovs § 2, stk. 1, som bliver stk. 5. § 2, stk. 1, blev indsat i loven ved lov nr. 403 af 26. juni 1998.

Til nr. 4 (§ 3, stk. 3, 1. pkt.)

I den gældende § 3, stk. 3, er det fastsat, at 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. En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette.

Formålet med bestemmelsen er at have dialog med borgeren om behandlingsplanen og dermed øge mulighederne for borgerens samtykke til planen.

For yderligere at sikre at patienten i videst mulige omfang inddrages i sin egen behandling, vil der med forslaget blive ændret i bestemmelsen, således at patienten skal inddrages og høres om planens indhold i stedet for blot at blive vejledt om planens indhold. Dermed deltager patient aktivt i drøf-

telsen og tilrettelæggelsen af den langsigtede behandlingsplan.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til gældende lovs § 3, stk. 3, som er indsat ved lov nr. 403 af 26. juni 1998 og lov nr. 534 af 8. juni 2006.

Til nr. 5 (§ 3, stk. 4-6)

Forslaget skal ses i lyset af den nye ramme og retning for indsatsen i psykiatrien.

Forslagets § 3, *stk. 4*, vil medføre, at det fremgår af loven, at patienten i forbindelse med indlæggelsessamtalen skal høres om sine personlige ønsker i forhold til behandlingens form og indhold, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Hvis det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke er muligt at indhente en sådan forhåndstilkendegivelse ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter.

Forhåndstilkendegivelsen er ikke juridisk bindende, men skal så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale.

Forslagets § 3, *stk. 5*, vil endvidere medføre, at det præciseres i loven, at eventuelle forhåndstilkendegivelser fra patienten vedrørende dennes behandling under indlæggelsen, herunder behandling uden samtykke, skal fremgå af patientjournalen og i videst mulige omfang skal inddrages i behandlingsplanen.

Begrebet »behandling« skal i denne bestemmelse forstås bredt, således at det omfatter undersøgelse, sygdomsbehandling, sundhedsfaglig pleje samt tvangstiltag i henhold til loven og forebyggelse heraf. Der er ingen formkrav til en forhåndstilkendegivelse, og den kan fremsættes på ethvert tidspunkt, uanset om patienten er indlagt eller ej.

Forhåndstilkendegivelser er vejledende og kan ikke medføre en fravigelse af psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang.

Med forslagets § 3, *stk. 6*, skal der sammen med patienten tages stilling til, om pårørende eller andre personer i patientens netværk skal inddrages i behandlingsforløbet.

Netværket bør forstås bredt, og den enkelte definerer selv, hvem der er vedkommendes netværk, og om det skal inddrages. En del af netværket kan fx også være den enkeltes kontaktperson og andre professionelle, fx i psykiatrien eller på et kommunalt bosted.

Der skal i øvrigt henvises til afsnit 3.3. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 6 (§ 4, stk. 6)

Med forslaget indføres der en bestemmelse om, at Sundhedsstyrelsen får hjemmel til at fastsætte regler om, at mindreårige under 15 år, hvor forældrene har givet samtykke til et indgreb, får ret til en eftersamtale. Det samme gælder for forældre, der har givet samtykke til et indgreb over for en mindreårig under 15 år.

Eftersamtalen skal være en systematisk gennemgang og bearbejdning af patientens oplevelser i forbindelse med udøvelsen af indgrebet. Det er hensigten, at samtalen skal medvirke til at give den mindreårige og dennes forældre en større forståelse for årsagen til, at det i situationen blev vurderet nødvendigt at foretage indgrebet. Samtalen gennemføres af en kvalificeret sundhedsperson på den afdeling, hvor indgrebet har fundet sted.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 4, stk. 5 i lov nr. 534 af 8. juni 2006, s. 28-29.

Til nr. 7 (§ 4 a, 1. pkt.)

Med forslaget fastsættes det, at bestemmelsen i § 4 a, hvorefter de anførte beslutninger i bestemmelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, udvides til også at omfatte overlægens beslutning om tvangsfiksering eller ophør af frihedsberøvelse.

Således vil forslaget medføre, at også beslutningen om, at en frihedsberøvelse skal ophøre, samt at en patient skal tvangsfikseres, er omfattet af § 4 a. Overlægen skal i disse tilfælde snarest muligt tage stilling til beslutningen.

Baggrunden for forslaget er, at det er overlægen, der efter forslagets § 11, 1. pkt. har kompetencen til at træffe afgørelse om, hvorvidt betingelserne for at frihedsberøve er til stede.

Til nr. 8 (§ 11, 1. pkt.)

Det fremgår af § 11, at frihedsberøvelsen straks skal bringes til ophør, når betingelserne i lovens § 5 ikke længere er til stede.

Det følger endvidere af § 9, stk. 2, og § 10, stk. 1, at det er overlægen, der har kompetence til at træffe afgørelse om, hvorvidt betingelserne for at frihedsberøve en patient er til stede.

Med forslaget bliver det præciseret, at det er overlægen, der har kompetence til at træffe beslutning om ophør af en frihedsberøvelse.

Til nr. 9 (§ 14, stk. 2)

Det fremgår af lovens § 14, stk. 2, at tvangsfiksering kun må anvendes kortvarigt, og i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989 (Folketingstidende tillæg A, sp. 2066 f.)

Forslaget vil medføre, at det kommer til at fremgå af § 14, stk. 2, at tvangsfiksering kun må anvendes kortvarigt. Ved »kortvarigt« forstås »ikke ud over nogle få timer«.

Der henvises endvidere til almindelige bemærkninger afsnit 3.4.3.

Til nr. 10 (§ 14, stk. 3)

Af forslaget § 14, stk. 3, fremgår det, at patienten kan tvangsfikseres i længere tid end angivet i § 14, stk. 2, hvis der er væsentlige grunde til det, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed og sikkerhed.

Et eksempel på væsentlige grunde kan være, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare. Farlighedsindikationen kan foreligge enten som fare for personen selv, typisk i form af risiko for selvmord eller alvorlig selvlæstelse, eller som fare for andre. Der stilles krav om, at faren skal være væsentlig. En fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig, er ikke tilstrækkelig. Verbale forulempelser, der ikke indeholder trusler om vold eller selvlæstelse falder også uden for farlighedsbegrebet.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989.

Det er formålet, at forslaget skal medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvangsfikseringer, herunder især langvarige tvangsfikseringer. Derudover vil forslaget være i overensstemmelse med de principper for varigheden af en tvangsfiksering, som Den europæiske torturforebyggelseskomité (CPT) har udstukket, jf. det i afsnit 3.4.2. anførte.

Der skal i øvrigt henvises til afsnit 3.4. i de almindelige bemærkninger samt bemærkningerne til nr. 20.

Til nr. 11 (§ 15, stk. 1)

Forslaget vil indebære, at beslutningen om tvangsfiksering fremover skal træffes af overlægen og ikke som efter gældende ret af en læge. Som det fremgår af bemærkningerne til nr. 6 kan beslutningen i overlægens fravær træffes af en anden læge. Overlægen skal i disse tilfælde snarest muligt tage stilling til beslutningen.

Med forslaget skærpes reglerne for tvangsfiksering med henblik på at opnå en reduktion af antallet af tvangsfikseringer.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger afsnit 3.4.2.

Til nr. 12 (§ 18 c, stk. 5, 3. pkt.)

I den gældende § 18 c, stk. 5, 3. pkt., er det fastsat, at ansøgningen til Sundhedsstyrelsen ud over en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder skal indeholde en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, som på grundlag af sin undersøgelse af patienten og de modtagne oplysninger vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.

Med forslaget vil kravet om, at ansøgningen skal indeholde en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, bortfalde.

Den nye formulering medfører, at Sikringsafdelingens ansøgning til Sundhedsstyrelsen skal indeholde en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder, som på grundlag af sin undersøgelse af patienten vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.

Første gang en patient vurderes at kunne få iværksat oppegående tvangsfiksering, skal Sikringsafdelingen søge Det særligt sagkyndige råd om tilladelse. En psykiater fra Rådet skal tilse patienten før et rådsmøde og udarbejde en erklæring. Herefter kan Sikringsafdelingen hvert halve år selv forlænge ordningen et halvt år ad gangen uden at ansøge Rådet.

Ændringen sker på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefaling i forbindelse med evaluering af ordningen om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen. Anbefalingen skyldes, at patienternes tilstand gennem årene stort set har været uændret for de 4 patienters vedkommende, og Det særligt sagkyndige råd har kunnet give tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle Sikringsafdelingens ansøgninger hvert halve år.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.5.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 13 (§ 18 c, stk. 5, 4. pkt.)

Med forslaget til § 18 c, stk. 5, om indsættelse af 4. pkt. vil det blive muligt for den ledende overlæge på Sikringsafdelingen eller dennes stedfortræder i sin ansøgning til Sundhedsstyrelsen samtidig at anmode om Sundhedsstyrelsens tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering i ansøgningsperioden, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til patientens psykiske og legemlige tilstand.

For at forebygge at en patient evt. kan være bæltefikseret i ventetiden på Rådets beslutning, kan Sikringsafdelingen beslutte at iværksætte oppegående tvangsfiksering i ansøgningsperioden, hvis der findes indikation for det, samtidig med at Sikringsafdelingen ansøger Sundhedsstyrelsen om tilladelse.

Formålet med forslaget er med andre ord at gøre det muligt at undgå, at en patient i ansøgningsperioden konstant er tvangsfikseret eller isoleret.

Der henvises til bemærkningerne i lov nr. 708 af 25. juni 2010 side 11-12 og side 16-17.

Til nr. 14 (§ 18 c, stk. 6, 1. pkt.)

Efter den gældende § 18 c, stk. 6, kan en tilladelse til oppegående tvangsfiksering gælde i op til 6 måneder.

Forslaget vil medføre, at tilladelsen fremover vil gælde, indtil overlægen ophæver den oppegående tvangsfiksering.

Som det fremgår af de almindelige bemærkninger afsnit 3.5.3. vil det medføre, at en tilladelse gælder, indtil Sikringsafdelingen ophæver den oppegående tvangsfiksering, eller Sundhedsstyrelsen ved sit årlige tilsyn vurderer, at den oppegående tvangsfiksering skal ophæves.

Til nr. 15 (§ 18 c, stk. 8 og 9)

Med forslaget om tilføjelse af *stk. 8* til § 18 c vil det i loven blive fastsat, at Sundhedsstyrelsen og Det særligt sagkyndige råd én gang om året aflægger besøg på Sikringsafdelingen og tilser de patienter, der er eller i året forud har været underlagt oppegående tvangsfiksering.

Tilsynet omfatter alene de patienter, som fortsat er indlagt på Sikringsafdelingen.

Ved det årlige tilsyn skal det vurderes, om patientbehandlingen er gennemført med omhu og samvittighedsfuldhed, og om psykiatriloven er overholdt.

Med forslagets *stk. 9*, er der tale om en ny bestemmelse, hvorefter Sundhedsstyrelsen i forbindelse med sit tilsyn med øjeblikkelig virkning kan ophæve en oppegående tvangsfiksering, hvis styrelsen finder, at den oppegående tvangsvurdering bør ophøre.

Bestemmelsen indsættes som en ekstra kontrolforanstaltning for tilsynet som erstatning for, at Sikringsafdelingens gentagne ansøgninger hvert halve år afskaffes.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.5.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Vedrørende betingelserne for anvendelse af oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen henvises der endvidere til bemærkningerne i lov nr. 708 af 25. juni 2010 side 11-12 og side 16-17.

Til nr. 16 (kapitel 5 a og § 19 a)

Med forslaget ændres overskriften på *kapitel 5 a*, således at kapitlet alene omfatter kontrol og åbning af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.

I forslaget til § 19 a, *stk. 1*, angives, under hvilke betingelser overlægen kan beslutte, at en patients post skal åbnes og kontrolleres, at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller at der skal foretages kropsvisitation af en patient. Forslaget vil præcisere, at de grundlæggende betingelser for de nævnte indgreb er, at der er mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen, samt at det er nødvendigt for at sikre, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen.

Forslaget medfører, at kravet om begrundet mistanke bortfalder.

Forslaget vil endvidere medføre, at det vil komme til at fremgå udtrykkeligt af bestemmelsen, at de pågældende indgreb kan foretages uden retskendelse.

Med forslaget udgår den gældende bestemmelse i *stk. 3, 3. pkt.*, hvorefter politiet kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og genstande, der er i strid med den almindelige lovgivning, kan destrueres, idet denne bestemmelse vurderes at være overflødig. De ulovlige midler og genstande, som politiet får overdraget fra overlægen, vil kunne destrueres m.v. efter de almindelige regler, der gælder for politiets håndtering af sådanne effekter.

Ved udførelse af de pågældende indgreb skal psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip iagttages. Det indebærer bl.a., at indgrebet skal være proportionalt i forhold til det, der søges opnået med indgrebet, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Kropsvisitation skal udføres så skånsomt som muligt og med størst muligt hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødige krænkelser eller ulemper.

Der etableres med forslaget ikke hjemmel til at foretage indgreb udover, hvad der er gældende efter lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Der henvises i den forbindelse til bemærkningerne til lov nr. 534 af 8. juni 2006, s. 37-38.

Som det fremgår af bemærkningerne til afsnit 3.6.3. er det ikke hensigten med forslaget, at der med henvisning til bestemmelsen kan foretages rutinemæssige undersøgelser på afdelingen i forhold til samtlige eller en gruppe af indlagte patienter.

Det er endvidere ikke hensigten med forslaget, at sundhedspersonen får adgang til at læse patienten post.

Endelig er det hensigten med forslaget, at kropsvisitation af patienten så vidt muligt skal foretages af en person af eget køn.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.6. i de almindelige bemærkninger.

Efter bestemmelsens *stk. 5*, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om kontrol og åbning af patientens post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v., – herunder om mistankebegrebet.

Til nr. 17 (§ 20, *stk. 1, 2. pkt.*)

Det er i § 20, *stk. 1*, bestemt, at tvangsindgreb efter psykiatrilovens §§ 5-10 a, 12, 13, 14-17 a, 18, 18 a, 18 c, 18 d, *stk. 2* for så vidt angår personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 f, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol.

Forslaget til ændringen i § 20, *stk. 1, 2. pkt.* vil medføre, at også indgreb, som nævnt i denne lov, der anvendes over for mindreårige, hvor forældremyndighedens indehaver, jf. § 1, *stk. 4*, giver informeret samtykke på den mindreåriges vegne, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol.

Forslaget vil medføre, at indgreb efter psykiatrilovens §§ 5-10 a, 12, 14-17 a, 18, 18 d, *stk. 2*, for så vidt angår personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 f, der anvendes over for mindreårige, hvor forældrene har givet samtykke til indgrebet, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol.

Formålet med forslaget er at sikre, at indgreb over for mindreårige, der udføres med samtykke fra forældremyndighedens indehaver også registreres og indgår i Statens Serum Instituts tvangsstatistik.

Til nr. 18 (§ 21, *stk. 1*)

I den gældende § 21, *stk. 1*, er det fastsat, at overlægen til stadighed har 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, åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen

under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Forslaget medfører, at det alene fremgår af bestemmelsen, at overlægen har ansvaret for, at frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang efter reglerne i loven ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Formålet med ændringen er at forenkle bestemmelsen.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne i lov nr. 331 af 24. maj 1989 i Folketingstidende, sp. 2088-2089 og lov nr. 534 af 8. juni 2006, s. 38-39.

Til nr. 19

Efter den gældende bestemmelse i § 21, stk. 4, skal der, så længe en tvangsfiksering opretholdes, foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet, jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

Den foreslåede ændring i § 21, stk. 4, vil indebære, at disse tilsyn skal foretages 3 gange i døgnet. Forslaget skal ses i lyset af, at den eksterne faglige vurdering, der skal ske i forhold til tvangsfikseringer, der udstrækkes i længere tid end 48 timer, vil blive fremrykket til 24 timer.

Efter lovens § 21, stk. 1, er der en generel pligt for overlægen til løbende at revurdere enhver anvendelse af tvang. Det følger af bestemmelsen, at det er overlægen, der til stadighed har ansvaret for, at der ikke anvendes tvang i videre omfang end nødvendigt, både i relation til det mindste midtels princip, jf. lovens § 4 og med hensyn til den tidsmæssige udstrækning af tvangsansvarelsen. Overlægen er ansvarlig for, at der til stadighed føres det fornødne tilsyn hermed, og skal i den forbindelse tilrettelægge arbejdsgangen på afdelingen herefter.

Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget til § 1, nr. 20.

Der skal i øvrigt henvises til afsnit 3.4. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 20 (§ 21, stk. 5, 1. pkt.)

Med forslaget vil den eksterne lægefaglige vurdering, der skal ske i forhold til tvangsfikseringer, der udstrækkes i mere end 48 timer, blive fremrykket til 24 timer efter tvangsfikseringens iværksættelse.

Som det fremgår af afsnit 3.4.3 i de almindelige bemærkninger, er der krav om, at en fortsat anvendelse af tvangsfiksering skal godkendes af en uvildig speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lov nr. 534 af 8. juni 2006, s. 39.

Til nr. 21-22 (§ 21, stk. 6)

Det fremgår af lovens § 21, stk. 5, at 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, som ikke har ansvaret 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.

Med forslaget fremrykkes den eksterne lægefaglige vurdering, således at vurderingen skal foretages, hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 24 timer mod 48 timer efter de gældende regler.

Som det fremgår af afsnit 3.4.2. i de almindelige bemærkninger er det regeringens mål, at andelen af personer, der udsættes for tvang i psykiatrien, skal reduceres, og at bæltefiksering skal halveres frem mod 2020. Det er endvidere afgørende for regeringen, at brugen af tvangsfiksering reduceres både i antal og tidsmæssig udstrækning.

I de tilfælde, hvor der er tale om tvangsfikseringer over 48 timer, vil der desuden blive indført en yderligere revurdering efter 48 timer og på 4. dagen under de samme betingelser, som gælder for vurdering efter 24 timer.

Den eksterne faglige vurdering efter 24 timer, 48 timer og 4. dagen kan foretages af samme læge, forudsat at lægen fortsat opfylder betingelserne om uvildighed

Med forslaget bliver det understreget, at tvangsfikseringer ud over et døgn anses for at være så langvarige, at der er behov for en skærpet retssikkerhedsgaranti for de pågældende patienter. Forslaget vil medføre, at der efter et døgn tvangsfiksering er skærpet fokus på, om kriterierne for tvangsfiksering er til stede, og om der kan være alternativer til tvangsfikseringen. Formålet med forslaget er, at det skal medvirke til at nedbringe anvendelsen af langvarige tvangsfikseringer.

Der skal i øvrigt henvises til afsnit 3.4. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 23 (§ 21, stk. 7)

Efter den gældende § 21, stk. 7, skal den behandlingsansvarlige overlæge, så længe en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, opretholdes, en gang i døgnet foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Træffer den behandlingsansvarlige overlæge beslutning om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering, skal denne endvidere fastlægge en observationsplan for de følgende 24 timer. I den behandlingsansvarlige overlæges fravær træffer den stedfortrædende overlæge beslutning og fastlægger observationsplan.

Forslaget vil medføre, at kravet om en daglig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering ophæves, samt at det erstattes af et krav om, at den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder med passende intervaller og mindst én gang om måneden skal foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering.

Det er Sikringsafdelingens læger, der ud fra patientens tilstand vurderer, hvordan og hvor ofte oppegående tvangsfiksering kan anvendes. På denne baggrund, og da patienternes sygdom ofte er af kronisk karakter med mindre udsving i sygdomsintensiteten, er der ifølge Sundhedsstyrelsen ikke en sundhedsfaglig begrundelse for, at Sikringsafdelingens læger dagligt skal vurdere, om der er indikation for, at patienten kan anvende oppegående tvangsfiksering.

Det fremgår endvidere af forslaget, at beslutningen om oppegående tvangsfiksering skal indgå i patientens behandlingsplan. Det er overlægen, der har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for patienten, jf. psykiatrilovens § 3, stk. 3.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.5.2.2. og 3.5.3. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 24 (§ 21, stk. 8)

Det er i den gældende § 21, stk. 8, fastsat, at hvis en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, udstrækkes i længere tid end 1 uge, skal en speciallæge i psykiatri, som ikke har haft ansvaret for patientens behandling, og som ikke er ansat på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Denne vurdering gentages herefter en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

Forslaget vil medføre, at stk. 8 ophæves, da det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af ordningen om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, at vurderingen fra en ekstern psykiater ikke har bidraget med noget nyt.

Der henvises til afsnit 3.5.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 25 (§ 21 a)

Forslaget vil medføre, at der bliver pligt til at foretage indberetning til Sundhedsstyrelsen, hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 30 dage.

Bestemmelsen vil ikke udelukke de tilsyn, der skal foretages efter § 21, stk. 1, (frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i henhold til psykiatrilovens regler) og stk. 4-5. lægelig vurdering 3 gange i døgnet og ekstern lægefaglig vurdering efter 24. timer, 48 timer og på 4. dagen.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne i afsnit 3.4.3 i de almindelige bemærkninger og til nr 19 og 20.

Formålet med Sundhedsstyrelsens tilsyn er at øge patientsikkerheden og medvirke til at begrænse langvarig tvangsfiksering.

Stk. 2, medfører, at indberetningen skal sendes til Sundhedsstyrelsen senest tre dage efter, at tvangsfiksering af patienten har overskredet de 30 sammenhængende dage. Det er overlægen på afdelingen, der er ansvarlig for indberetningen. Indberetningen skal indeholde en redegørelse over forløbet og kopi af patientjournalen og tvangsprotokoller.

Sundhedsstyrelsen vil herefter vurdere, om der skal iværksættes tilsynstiltag over for den pågældende afdeling.

Tilsynstiltag kan for eksempel indebære, at afdelingen bliver pålagt at revurdere behandlingen af den pågældende patient på anden vis. Endelig kan sagen medføre, at Sundhedsstyrelsen pålægger afdelingen at bringe andre forhold i orden, der strider mod lovgivningen eller er til risiko for patientsikkerheden.

Det bemærkes særligt, at indberetning til Sundhedsstyrelsen sker med henblik på Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed. Sundhedsstyrelsens tilsyn er ikke en lægelig second opinion, der vurderer tvangsforanstaltningen.

Klager over tvangsfiksering skal fortsat ske til Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Til nr. 26 (§ 24, stk. 1)

Efter den gældende bestemmelse i § 24, stk. 1, skal der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsendlægges, 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 f, stk. 1, nr. 2, samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. dog § 40, stk. 4.

Forslaget medfører, at det i bestemmelsen præciseres, at anvendelse af fysisk magt også omfatter indgivelse af et beroligende middel med magt, jf. lovens § 17, stk. 2. Dette medfører, at der også skal beskikkes patientrådgiver i de tilfælde, hvor der indgives et beroligende middel med magt.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lov nr. 331 af 24. maj 1989, Folketingstidende, sp. 2067 og sp. 2085-2086.

Til nr. 27 (§ 27, 2. pkt.)

I § 27, 2. pkt., ændres »af lægelige grunde« til: »i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 3,«.

Det fremgår af § 37, stk. 1, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, at den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., på anmodning har ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer. Det fremgår endvidere af § 37, stk. 3, at for optegnelser, journalført før den 1. januar 2010, kan retten efter stk. 1, begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

Undtagelsesbestemmelsen kan bl.a. anvendes i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvor afgørende hensyn til patientens udsigt til bedring i forbindelse med en igangværende behandling kan bevirke, at der er behov for at afslå en anmodning om aktindsigt. Ved afgørende hensyn til patienten selv forstås særligt, at patienten

må antages at ville tage alvorligt skade ved at blive gjort bekendt med oplysningerne.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af lov nr. 1521 af 27. december 2009 om ændring af sundhedsloven, som gav udvidet adgang til aktindsigt i egne helbredsoplysninger. Forud for lovændringen var der, jf. sundhedslovens § 37, stk. 3, adgang til, om nødvendigt, at begrænse adgangen til aktindsigt efter sundhedslovens § 37, stk. 1, i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne fandtes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Begrænsningen blev med lovændringen videreført, dog alene for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden den 1. januar 2010.

Med den foreslåede ændring vil det i psykiatrilovens § 27 blive præciseret, at de begrænsninger, der kan være, i forhold til hvilke oplysninger patientrådgiveren kan gives, alene angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før den 1. januar 2010.

Til nr. 28 (§ 34, stk. 1)

Det fremgår af § 34, stk. 1, at der ved statsforvaltningen oprettes et psykiatrisk patientklagenævn bestående af direktøren for statsforvaltningen som formand, jf. dog stk. 2, samt 2 medlemmer. Det følger endvidere af bestemmelsen, at ministeren for sundhed og forebyggelse beskikker et antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer.

Det lægelige medlem i Det Psykiatriske Patientklagenævn er ikke speciallæge i psykiatri. I andre klagenævne på sundhedsområdet anvender man fagligt udpegede medlemmer (udpeget ud fra sagens fagområde). Der er således forskel på tilstedeværelsen af lægefaglig ekspertise i klagesagsbehandlingen af henholdsvis klager over behandlingen på det somatiske område og klager over tvangsanvendelse.

Forslaget vil indebære, at Lægeforeningen så vidt muligt skal indstille læger, der er speciallæger i psykiatri.

Til nr. 29 (§ 38, stk. 1)

Det fremgår af lovens § 38, stk. 1, at 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 Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

Med forslaget bliver det præciseret, at også indgivelse af beroligende medicin efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, er omfattet af bestemmelsen, hvilket medfører, at afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn herom kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

Til nr. 30 (§ 40, stk. 3, 2. pkt.)

Den foreslåede ændring er en konsekvens af § 1, nr. 1, i lov nr. 533 af 26. maj 2010 om ændring af lov om anvend-

se af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje, som trådte i kraft den 1. oktober 2010, hvormed tvungen opfølgning efter udskrivning blev indført.

Med forslaget kommer det til at fremgå udtrykkeligt af bestemmelsen, at lovens §§ 13 d og 13 e samt bestemmelserne i lovens kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvungen opfølgning efter udskrivning ikke finder anvendelse på personer anbragt på Sikringsafdelingen efter § 40, stk. 1.

Til § 2

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje (Tvungen opfølgning efter udskrivning)

Til nr. 1 (§ 4)

Efter § 4 i lov nr. 533 af 26. maj 2010 fremsætter ministeren for sundhed og forebyggelse efter en forsøgsperiode på 4 år med tvungen opfølgning efter udskrivning, forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15.

Med forslaget foreslås der indsat en bestemmelse om, at regeringen, efter en forsøgsperiode på yderligere 4 år med tvungen opfølgning efter udskrivning, i folketingsåret 2018-19 skal fremsætte et forslag om revision af loven for Folketinget.

Med indførelsen af en sådan revisionsbestemmelse forpligter regeringen sig til at evaluere erfaringerne med tvungen opfølgning efter § 13 d. Regeringen vil i den forbindelse sikre, at evalueringen, der udføres af Sundhedsstyrelsen og omhandler samtlige patienter, der er omfattet af § 13 d, gennemføres således, at regeringen i folketingsåret 2018-19 kan redegøre for evalueringens resultater over for Folketinget og tilkendegive, om der er grundlag for at revidere loven, herunder eventuelt at ophæve ordningen.

Baggrunden for forslaget er, at der på det foreliggende datagrundlag og de indhentede erfaringer med ordningen, ikke kan konkluderes entydigt i forhold til ordningens virkning. Med en forlængelse af forsøgsperioden er målet at udbygge datagrundlaget, herunder belyse patienternes oplevelse af ordningen.

Til § 3

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje (Betænkningstid forud for tvangsbehandling, oppegående tvang på Sikringsafdelingen, udvidet eksternt tilsyn med tvangsfikseringer m.v.)

Til nr. 1 (§ 4)

Efter § 4 i lov nr. 708 af 25. juni 2010 fremsætter ministeren for sundhed og forebyggelse forslag om revision af § 18 c (oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen) i folketingsåret 2014-15.

Det foreslås, at bestemmelsen om evaluering af oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen ophæves, idet det foreslås at ordningen gøres permanent.

Der henvises til afsnit 3.5.3. i de almindelige bemærkninger og nr. 12-15.

Til § 4

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. juni 2015.

Til § 5

Denne bestemmelse fastsætter lovens territoriale anvendelsesområde. Som det fremgår, gælder loven ikke for Færøerne og Grønland, men § 1 kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de færøske forhold tilsiger.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

§ 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, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

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.

§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende, mulighed for udendørs ophold

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes før stk. 1 som nyt stykke:

»*Stk. 1.* Indlæggelse ophold og behandling på psykiatrisk afdeling sker på baggrund af informeret samtykke efter reglerne i kapitel 5 i sundhedsloven, med mindre andet følger af denne lov.

»Stk. 1 og 2 bliver herefter til stk. 2 og 3.«

2. § 1, stk. 3 og 4 ophæves, og i stedet indsættes:

»*Stk. 4.* Tvang foreligger ikke i de tilfælde,

1) hvor en patient er under 15 år, og

2) der foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Stk. 5. For patienter, der er omfattet af stk. 4, 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.

Stk. 6. Forældremyndighedens indehaver, værgen eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres herom.«

3. I § 2 indsættes før stk. 1 som nye stykker:

»*Stk. 1.* Formålet med loven er at sikre,

1) at iværksættelse og gennemførelse af tvang efter denne lov sker i overensstemmelse med grundlæggende retssikkerhedsprincipper,

2) at i de tilfælde, hvor indlæggelse, ophold og behandling sker uden patientens samtykke, i videst

samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

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

§ 3. Indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens samtykke.

Stk. 2. Lægen skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

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

muligt omfang sker som led i at understøtte patientens muligheder for bedring, og

3) at tvangsanvendelse efter reglerne i denne lov i videst muligt omfang tager udgangspunkt i patientens behov og udføres med respekt for patienten og dennes værdighed.

Stk. 2. Tvang må aldrig erstatte omsorg, behandling og pleje.

Stk. 3. Patienten skal under hensyntagen til formålet med indlæggelsen og den enkeltes tilstand have mulighed for i videst mulige omfang selv at træffe beslutninger.

Stk. 4. Der skal tages størst muligt hensyn til den enkelte patients livssyn og kulturelle baggrund.«

»Stk. 1 bliver herefter til stk. 5.«

4. I § 3, stk. 3, 1. pkt., ændres »vejledes« til: »inddrages og høres«.

5. I § 3 indsættes som *stk. 4-6*:

»*Stk. 4.* I forbindelse med indlæggelsessamtalen skal patienten høres om eventuelle tilkendegivelser om præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Er det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente en sådan forhåndstilkendegivelse om præferencer ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter.

Stk. 5. Patientens eventuelle forhåndstilkendegivelser vedrørende dennes behandling under indlæggelsen, herunder behandling uden samtykke, skal fremgå af patientjournalen og i videst mulige omfang inddrages i behandlingsplanen.

Stk. 6. I forbindelse med indlæggelsessamtalen tages sammen med patienten stilling til inddragelse af pårørende eller andre i patientens sociale netværk i behandlingsforløbet. Er det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente forhåndstilkendegivelser om

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

Stk. 2. Anvendelse 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 krænkelse eller ulempe.

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

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

§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 12, stk. 4, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 2, § 18 g, § 19 a, stk. 1 og 3, 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.

§ 11. Når betingelserne i § 5 ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør. Patienten og patientrådgiveren underrettes straks herom.

§ 14. ---

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

præferencer ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter.«

6. I § 4 indsættes efter stk. 5, som nyt stk. 6:

»*Stk. 6.* Mindreårige under 15 år, hvor forældrene har givet samtykke til behandlingen, skal tilbydes en opfølgende samtale efter ophør af indgrebet. Det samme gælder den mindreåriges forældre. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler herom.

7. I § 4 a, 1. pkt. indsættes efter »§ 10 a, stk. 1, 1. pkt.,«: »§ 11,« og »§ 15, stk. 2« ændres til: »§ 15, stk. 1 og 2«.

8. I § 11 indsættes efter »Når«: »overlægen finder, at«.

9. § 14, stk. 2, affattes således:

»*Stk. 2.* Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.«.

10. I § 14 indsættes som *stk. 3*:

§ 15. ---

Stk. 1. Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

§ 18 c. ---

Stk. 5. Vurderer den ledende overlæge for Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, at oppegående tvangsfiksering er nødvendig, ansøger denne Sundhedsstyrelsen om tilladelse hertil. I den ledende overlæges fravær kan vurderingen efter 1. pkt. foretages af dennes stedfortræder, der ligeledes kan indgive ansøgning. Ansøgningen til Sundhedsstyrelsen skal ud over en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder indeholde en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, som på grundlag af sin undersøgelse af patienten og de modtagne oplysninger vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.

§ 18 c. ---

Stk. 6. Det særlig sagkyndige råd, jf. stk. 4, kan indstille, at der gives tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering af patienten i op til 6 måneder ad gangen. En af rådets speciallæger i psykiatri skal have tilset patienten, før ansøgningen kan behandles i rådet. Rådet afgiver sin vurdering hurtigst muligt, dog senest 14 hverdage efter at Sundhedsstyrelsen har modtaget ansøgningen fra Sikringsafdelingen.

§ 18 c. Ved oppegående tvangsfiksering forstås tvangsfiksering, hvor patienten ikke er fastspændt til en seng. Oppegående tvangsfiksering, jf. stk. 2, kan som alternativ til langvarig isolation eller lang-

»*Stk. 3.* En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, som angivet i stk. 2, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed og sikkerhed tilsiger dette.«

11. I § 15, *stk. 1*, ændres »en læge« til: »overlægen«.

12. § 18 c, *stk. 5, 3. pkt.*, affattes således:

»Ansøgningen til Sundhedsstyrelsen skal indeholde en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder, om at den pågældende på grundlag af sin undersøgelse af patienten vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.«

13. I § 18 c, *stk. 5*, indsættes som *4. pkt.*:

»I ansøgningen til Sundhedsstyrelsen kan den ledende overlæge eller dennes stedfortræder samtidig anmode om Sundhedsstyrelsens tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering i ansøgningsperioden, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til patientens psykiske og legemlige tilstand.«

14. I § 18 c, *stk. 6, 1. pkt.*, udgår: »i op til 6 måneder ad gangen«.

15. I § 18 c indsættes som *stk. 8 og 9*:

»*Stk. 8.* Sundhedsstyrelsen og Det særlig sagkyndige råd aflægger én gang om året besøg på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling,

varig tvangsfiksering til en seng anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, såfremt mindst ét af kriterierne i § 14, stk. 2, er opfyldt og

1) langvarig isolation på patientstue vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand eller

2) langvarig tvangsfiksering til en seng vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand.

Stk. 2. Oppegående tvangsfiksering som defineret i stk.1 må alene ske med anvendelse af mavebælte, fikseringsremme, håndremme og fodremme.

Stk. 3. En patient, der er oppegående tvangsfikseret, skal have mindst én fast vagt.

Stk. 4. Oppegående tvangsfiksering af en patient kan alene iværksættes efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen træffer på baggrund af ansøgning efter stk. 5 afgørelse i sagen efter indstilling fra et særlig sagkyndigt råd nedsat af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Rådet, som nedsættes af Sundhedsstyrelsen, består af 1 speciallæge i psykiatri udpeget af Sundhedsstyrelsen, 4 speciallæger i psykiatri udpeget efter indstilling fra Dansk Psykiatrisk Selskab og 1 medlem udpeget efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og fastsætter efter forhandling med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en forretningsorden for det sagkyndige råd.

Stk. 5. Vurderer den ledende overlæge for Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, at oppegående tvangsfiksering er nødvendig, ansøger denne Sundhedsstyrelsen om tilladelse hertil. I den ledende overlæges fravær kan vurderingen efter 1. pkt. foretages af dennes stedfortræder, der ligeledes kan indgive ansøgning. Ansøgningen til Sundhedsstyrelsen skal ud over en erklæring fra den ledende overlæge eller dennes stedfortræder indeholde en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, som på grundlag af sin undersøgelse af patienten og de modtagne oplysninger vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.

Stk. 6. Det særlig sagkyndige råd, jf. stk. 4, kan indstille, at der gives tilladelse til at anvende oppe-

Region Sjælland og tilser de patienter, der er eller i året forud har været underlagt oppegående tvangsfiksering.

Stk. 9. Hvis Sundhedsstyrelsen i forbindelse med sit tilsyn finder, at en oppegående tvangsfiksering bør høre, kan Sundhedsstyrelsen ophæve den oppegående tvangsfiksering med øjeblikkelig virkning.«

gående tvangsfiksering af patienten i op til 6 måneder ad gangen. En af rådets speciallæger i psykiatri skal have tilset patienten, før ansøgningen kan behandles i rådet. Rådet afgiver sin vurdering hurtigst muligt, dog senest 14 hverdage efter at Sundhedsstyrelsen har modtaget ansøgningen fra Sikringsafdelingen.

Stk. 7. Beslutning om ophævelse af den oppegående tvangsfiksering træffes af den behandlingsansvarlige overlæge. I den behandlingsansvarlige overlæges fravær kan beslutningen træffes af dennes stedfortræder.

Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation 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 kropsvsitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tiladt.

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. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om undersøgelse af post, patie-

16. Kapitel 5 a affattes således:

»Kapitel 5 a

Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvsitation m.v.»

§ 19 a affattes således:

»§ 19 a. Ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen, kan overlægen, med henblik på at sikre at disse ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse beslutte:

- 1) at en patients post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvsitation af en patient.

Stk. 2. Kropsvsitation efter stk. 1, nr. 3, omfatter ikke undersøgelse af kroppens hulrum.

Stk. 3. Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 4. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, tages i bevaring. 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.

ntstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

§ 20. ---

Stk. 1. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, 12, 13, 13 d, 14-17 a, 18 a, 18 c, § 18 d, stk. 2, for så vidt angår personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 f, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18.

§ 21. ---

Stk. 1. 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 og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

§ 21. ---

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.

§ 21. ---

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, som ikke har ansvaret 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

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.«

17. I § 20, *stk. 1, 2. pkt.* indsættes efter »§ 18«:

»samt indgreb i henhold til denne lovforetaget over for mindreårige, hvor forældremyndighedens indehaver, jf. § 1, stk. 4, giver informeret samtykke på den mindreåriges vegne.«

18. § 21, *stk. 1*, affattes således:

»*Stk. 1.* Overlægen har ansvaret for, at frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang efter reglerne i denne lov ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.«

19. I § 21, *stk. 4*, ændres »4 gange i døgnet« til: »3 gange i døgnet«.

20. I § 21, *stk. 5, 1. pkt.* ændres »48 timer« til: »24 timer«.

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. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om den lægelige vurdering efter denne bestemmelse.

§ 21. ---

Stk. 6. Vurderingen, der skal foretages i henhold til stk. 5, skal efterfølgende godkendes efter en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

§ 21. ---

Stk. 7. Så længe en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, opretholdes, skal den behandlingsansvarlige overlæge en gang i døgnet foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Træffer den behandlingsansvarlige overlæge beslutning om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering, skal denne endvidere fastlægge en observationsplan for de følgende 24 timer. I den behandlingsansvarlige overlæges fravær træffer den stedfortrædende overlæge beslutning og fastlægger observationsplan.

§ 21. ---

Stk. 8. Hvis en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, udstrækkes i længere tid end 1 uge, skal en speciallæge i psykiatri, som ikke har haft ansvaret for patientens behandling, og som ikke er ansat på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, foretage fornyet vurdering af

21. I § 21 indsættes efter stk. 5:

»*Stk. 6.* 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, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering efter 48 timer og på 4. dagen efter iværksættelse af indgrebet under de samme betingelser under samme betingelser, som er nævnt i stk. 5, 2. – 4. pkt.«

Stk. 6 og 7, bliver herefter stk. 7 og 8.

22. I § 21, *stk. 6*, indsættes efter »stk. 5«: »og stk. 6.«

23. § 21, *stk. 7*, affattes således:

»*Stk. 7.* Så længe en oppegående tvangsfiksering, jf. § 18 c, opretholdes, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder med passende intervaller og mindst én gang om måneden foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Beslutningen om oppegående tvangsfiksering skal indgå i patientens behandlingsplan.«

24. § 21, *stk. 8*, ophæves.

spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Denne vurdering gentages herefter en gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

§ 24. ---

Stk. 1. 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 f, stk. 1, nr. 2, samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. dog § 40, stk. 4.

§ 27. 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.

§ 34. ---

Stk. 1. Ved statsforvaltningen oprettes et psykiatrisk patientklagenævn bestående af direktøren for statsforvaltningen som formand, jf. dog stk. 2, samt 2 medlemmer. Ministeren for sundhed og forebyggelse beskikker et antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Ministeren for sundhed og forebyggelse beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

§ 38. ---

Stk. 1. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen om tvangsbehand-

25. Efter § 21 indsættes i kapitel 6:

»§ 21 a. Overlægen har ansvaret for, at en tvangsfiksering, der udstrækkes i længere tid end 30 dage, indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Stk. 2. Indberetningen skal sendes til Sundhedsstyrelsen senest tre dage efter, at tvangsfikseringen har overskredet 30 sammenhængende dage.«

26. I § 24, *stk. 1*, indsættes efter »anvendelse af fysisk magt,«: »indgivelse af et beroligende middel med magt,«.

27. I § 27, 2. *pkt.*, ændres »af lægelige grunde« til: »i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 3,«.

28. I § 34, *stk. 1*, indsættes efter 2. *pkt.*:

»Lægeforeningen skal så vidt muligt indstille læger, der er speciallæger i psykiatri.«

29. I § 38, *stk. 1*, indsættes efter »anvendelse af fysisk magt,«: »indgivelse af et beroligende middel med magt,«

ling, 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 Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn.

§ 40. ---

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

§ 4

Efter forsøgsperiode på 4 år med tvungen opfølgning efter udskrivning fremsætter ministeren for sundhed og forebyggelse forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15.

§ 4

Indenrigs- og sundhedsministeren fremsætter i folketingsåret 2014-15 forslag om revision af § 18 c i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien som affattet ved denne lovs § 1, nr. 7.

30. § 40, stk. 3, 2. pkt., affattes således:

»Det gælder dog ikke §§ 5-11, § 13 d, § 13 e, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og tvungen opfølgning efter udskrivning.«

§ 2

I lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje, jf. lov nr. 533 af 26. maj 2010.

1. I § 4 ændres »2014-15« til: »2018-19«.

§ 3

I lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettenspleje, jf. lov nr. 708 af 25. juni 2010.

1. § 4 ophæves.

§ 4

Loven træder i kraft den 1. juni 2015

§ 5

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