

Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 24. maj 2006

## Betænkning

over

### Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven

(Revision af psykiatriloven, herunder tvangsdefinition, tvungen opfølgning efter udskrivning, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse, ændret klageadgang m.v.)

[af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)]

#### 1. Ændringsforslag

Der er stillet 13 ændringsforslag til lovforslaget. Socialdemokratiets, Dansk Folkepartis, Det Radikale Venstres, Socialistisk Folkepartis og Enhedslistens medlemmer af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 1 og 4-13. Socialistisk Folkepartis medlem af udvalget har stillet ændringsforslag nr. 2 og indenrigs- og sundhedsministeren har stillet ændringsforslag nr. 3.

#### 2. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 25. januar 2006 og var til 1. behandling den 28. februar 2006. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundhedsudvalget.

#### *Møder*

Udvalget har behandlet lovforslaget i 10 møder.

#### *Høring*

Et udkast til lovforslaget har inden fremsættelsen været sendt i høring, og indenrigs- og sundhedsministeren sendte den 10. november 2005 dette udkast til udvalget, jf. alm. del - bilag 92. Den 30. januar 2006 sendte indenrigs- og sundhedsministeren de indkomne høringssvar samt et notat herom til udvalget.

#### *Teknisk gennemgang af lovforslaget*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på et møde den 22. februar 2006 givet udvalget en teknisk gennemgang af lovforslaget.

#### *Skriftlige henvendelser*

Udvalget har i forbindelse med udvalgsarbejdet modtaget skriftlige henvendelser fra:

Brabrand Boligforening,

Mårten Breum,

Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere,

Landsforeningen Bedre Psykiatri,

Landsforeningen SIND,

Medborgernes Menneskerettighedskommission,  
Knud Aage Mørch, Birkerød og  
Rådet for Socialt Udsatte.

#### *Deputationer*

Endvidere har følgende mundtligt over for udvalget redegjort for deres holdning til lovforslaget:

Brabrand Boligforening,  
Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere og  
Medborgernes Menneskerettighedskommission.

#### *Spørgsmål*

Udvalget har stillet 99 spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret. Nogle af udvalgets spørgsmål og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

### **3. Indstillinger og politiske bemærkninger**

#### *Indstillinger*

Et *mindretal* i udvalget (S, DF og RV) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de af S, DF, RV, SF og EL under nr. 1 og 4-13 stillede ændringsforslag og det af indenrigs- og sundhedsministeren under nr. 3 stillede ændringsforslag.

Et *andet mindretal* i udvalget (V og KF) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med det af indenrigs- og sundhedsministeren under nr. 3 stillede ændringsforslag. Mindretallet vil stemme imod de af S, DF, RV, SF og EL stillede ændringsforslag.

Et *tredje mindretal* i udvalget (SF og EL) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de stillede ændringsforslag.

#### *Politiske bemærkninger*

*Socialdemokratiet, Det Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti*

Socialdemokratiets, Det Radikale Venstres og Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget ønsker at udtale følgende:

Psykiatriske behandlingstilbud er i god udvikling, om end området fortsat er omgæret af manglende ressourcer og store kulturforskelle på de enkelte behandlingssteder.

Områdets kultur- og kompetenceforskelle påvirker valg af behandling, herunder også omfanget i anvendelsen af magt og tvangsmidler. Derfor er det meget tilfredsstillende, at lovforslaget generelt vil give nye og bedre rammer for udviklingen og indholdet af den psykiatriske behandling. Især finder S, RV og SF det værdifuldt, at der nu er en klar definition på begrebet »tvang«, at der bliver afstukket nye rammer om anvendelse af fiksering m.v.

Lovforslaget har været underlagt en langvarig behandling, hvor der har været stillet adskillige spørgsmål. Desværre er flere af de spørgsmål, som udvalget har stillet tidligt i udvalgsbehandlingen, først besvaret meget sent i forløbet, hvorfor de ikke fuldt ud har kunnet indgå i udvalgets arbejde.

Udvalget har forud for førstebehandlingen af lovforslaget holdt sit eget ekspertmøde om behandlingsforholdene i dag, herunder især om behovet for adgang til eventuel udvidet anvendelse af me-

dicinsk tvang. S, RV og SF er ikke blevet overbeviste om behovet for såkaldt ambulans tvang, eller for nytteværdien heri. Dette uddybes nedenfor under betænkningsteksten til ændringsforslag nr. 4.

Udvalgsmedlemmer har deltaget i konferencer om det såkaldte »Gennembrudsprojekt« og det 3-årige undersøgelsesprojekt omkring Projekt Recovery-orientering. I forlængelse af disse konferencer ønsker S, RV og SF at udtale en tilfredshed med, at erfaringerne fra Gennembrudsprojektet meget hurtigt har vist et fald i anvendelse af magt og tvangsbehandlinger. S, RV og SF har noteret sig, at der oftest er tale om ret så banale hensyn og midler i interaktionen mellem patient og behandler, og undrer sig derfor over, at dette ikke tidligere har været sat så klart i fokus. Samtaler med patienter/ brugere og pårørende omkring behandlingsvalg, konsekvenser og evalueringer af handlinger har i årtier succesfuldt været blandt de faste ingredienser i andre behandlingsformer, hvorfor det kun er godt, at det nu også kommer til at gælde inden for de psykiatriske behandlingstilbud.

Vedrørende Projekt Recovery-orientering finder S, RV og SF, at der også her må være god inspiration til endnu en udvidelse af det gode samarbejde mellem patient og behandler, og mellem mennesker med sindslidelser og deres omgivelser i øvrigt.

S, RV og SF er enige i, at de pårørende skal involveres mere i behandlingen/samarbejdet om behandlingen, idet det dog skal understreges, at valg af den enkelte pårørende skal ske ud fra patientens hensyn og ønsker, samt at en pårørende kan være en anden person end et familiemedlem.

I forbindelse med lovforslaget er det kommet frem, at redskaberne – udskrivningsaftaler og koordinationsplaner – kun har været anvendt i endda meget få forløb. Det finder S, RV og SF stærkt utilfredsstillende, idet netop disse planer skulle være med til dels at sikre god livskvalitet i tiden efter udskrivning, dels at sikre et planlagt og et for patienten kendt samarbejde med socialpsykiatrien eller andre kommunale tilbud, så personen i tide får imødekommet sine behov.

S, RV og SF ønsker at understrege, at et sammenhængende behandlingsforløb er lige så vigtigt for mennesker med sindslidelser som for mennesker med somatiske lidelser. Vigtigheden i den rette sammenhæng i et forløb får ekstra betydning ved gennemførelsen af Kommunalreformen, hvor den svære socialpsykiatri løsrives fra amterne og overgår til kommunerne, mens behandlingspsykiatrien overgår til regionerne.

S, RV og SF vil løbende følge lovforslaget implementering og er enige i, at lovforslaget skal være underlagt lovovervågning.

#### *Særskilte bemærkninger til ændringsforslag nr. 4 om, at tvungen opfølgning udgår af lovforslaget*

S, RV og SF er medforslagsstillere på ændringsforslag nr. 4 om, at tvungen opfølgning udgår, og støtter det med følgende bemærkninger:

S, RV og SF er enige i, at et af formålene med revisionen af psykiatriloven er at mindske brugen af tvang. Derfor undrer S, RV og SF sig over forslaget om indførelse af tvungen opfølgning, hvor adgangen til tvang udvides.

S, RV og SF har noteret sig, at Rådet for Socialt Udsatte i deres småskriftserie nr. 4/ 2005 bl.a. påpeger, at psykiatriloven fortsat har friheds- og rettighedsberøvelse som udgangspunkt, hvilket Rådet finder kan være i konflikt med de grundlæggende friheds- og menneskerettigheder.

S, RV og SF er enige med mange i, at det er i grænsefladerne ved overgangen fra et system til et andet, at der er risiko for brud i indsatsen, med ringe vilkår for rehabiliteringen af borgerne til følge. Derfor ønsker S, RV og SF, at redskaberne med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes meget hyppigere end i dag.

S, RV og SF er enige i, at en lille målgruppe blandt mennesker med forskellige psykiatriske lidelser og eller problemstillinger er vanskelige at nå med en kontinuerlig og stabil behandlingsindsats. Det er der mange forskellige årsager til.

S, RV og SF har samme mål som regeringen, nemlig at alle borgere skal sikres så god en livskvalitet som muligt. Men S, RV og SF ønsker at bruge andre midler til at nå målet end anvendelse af ambulans tvang.

S, RV og SF er parate til at indgå i en dialog omkring lov om social service med henblik på at vurdere, om der i denne lov er forhold, der bør ændres/nytolkes, så målgruppen gennem mere omsorg, støtte og bistand kan sikres mere og bedre end i dag.

S, RV og SF ønsker ikke en ændring i det generelle forbud mod indgreb i selvbestemmelsesretten eller forbudet mod anvendelse af magt i de sociale tilbud, men vil gerne tage en dialog om, hvorvidt nogle af de lovlige undtagelser med fordel bør omfatte borgere med psykiatriske lidelser.

Under udvalgsbehandlingen er udvalget blevet mødt med ønsker om en større ligestilling mellem borgere, der pga. andre forhold bliver omfattet af »handicapbegrebet« og så borgere med svære psykosociale problematikker og/eller psykiatriske lidelser. Måske vil der åbne sig andre muligheder i tilrettelæggelsen af de psykiatriske behandlingstilbud og socialpsykiatriske tilbud, hvis tænkningen om kompensation for et handicap i større udstrækning kom til at gælde for personer med psykiatriske lidelser. Også dette deltager S, RV og SF gerne i en dialog om.

S, RV og SF finder, at social kontakt, opsøgende omsorg og mere hjælp i hjemmet kan gøre det lettere for mennesker at leve med deres psykiatriske lidelser. Deres situation rummer sjældent alene kun en psykiatrisk lidelse, men også flere samspilsproblemer, hvor mange sociale faktorer, traumer og tidligere svigt gør, at de pågældende reagerer voldsomt på og i deres omgivelser. Derfor handler det om andet og mere end en medicinsk behandling, hvis man skal tale om god livskvalitet for flere efter udskrivning fra en psykiatrisk afdeling.

For ikke bare forlods at være modstandere af muligheden for indførelse af ambulans tvang, har S, RV og SF systematisk gennemgået det tilgængelige materiale. Herunder også tidligere regeringsmateriale om »Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse«. De fælles værdier blev udarbejdet på baggrund af folketingsvedtagelse V124, folketingsåret 2001-02, 2. samling, som opfordrede til, at forskellige sektorer arbejder ud fra et fælles værdigrundlag med fælles etik og mål.

Under udvalgsarbejdet er S, RV og SF flere gange blevet mødt den erfaring, at noget af det mest pinefulde i tvangsbehandlingen er afhentning af politiet i eget hjem. Afhentning af politiet i eget hjem er noget, der kan være nødvendigt ved indlæggelse på såkaldte gule eller røde papirer. Men ikke noget, S, RV og SF finder er inde for proportionerne af god behandling i en periode, hvor borgeren ikke er psykotisk.

S, RV og SF har noteret sig, at alle patientorganisationer fraråder at gennemføre forslaget om ambulans tvang, samt at mange eksperter gør det samme. Det, der først og fremmest må være vores interesse, må netop være patienterne. Selvfølgelig skal vi også være lydhøre over for de pårørende. Alle partier får med jævne mellemrum henvendelser fra ulykkelige pårørende, som ikke aner deres levende råd i forhold til deres psykisk syge familiemedlemmer. Men samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at det problem ikke vil blive løst med ambulans tvang. Problemet for den pårørendegruppe, som vi ofte hører fra, er, at deres pårørende ikke er tilstrækkeligt syge til, at de kan tvangsindlægges. Derfor kan man heller ikke bruge muligheden med ambulans tvang over for dem. De har nemlig ikke været tvangsindlagt det antal gange, der skal til, for at man kan anvende ambulans tvang.

S, RV og SF har deltaget i § 71-tilsynets særlige besøg på 5 større psykiatriske sygehuse/amter for at få tydeliggjort fordele og ulemper ved ambulat tvang. Kun meget få har udtalt sig for indførelsen af ambulat tvang, hvorimod flere har udtalt sig imod.

S, RV og SF ønsker endelig at opridse følgende årsager til, at vi ikke kan støtte forslaget om tvungen opfølgning:

For det første mangler der empirisk belæg for, at det rent faktisk vil forbedre livskvaliteten for de mennesker, som omfattes af reglen.

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

For det tredje viser forsøget med »Gennembrudsprojektet«, at tvang kan reduceres væsentligt under indlæggelse, hvor patienten ofte vil være i en psykotisk tilstand. S, RV og SF kan derfor ikke acceptere, at adgangen til tvang nu udvides i perioder, hvor patienten ikke er psykotisk.

For det fjerde tror mange, at forslaget vil imødegå kriminalitet. Det tror S, RV og SF ikke. En ekspert har vurderet, at der ved tvangsbehandling af 238 psykiatriske patienter vil være mulighed for at forebygge ét tilfælde af kriminalitet. Forslaget er således uproportionalt.

For det femte er der tale om en markant ændring af retstilstanden. I dag kan et menneske kun tvinges ud af eget hjem, hvis vedkommende er erklæret aktivt sindssyg, er blevet umyndiggjort, eller hvis der foreligger en dommerkendelse. Med regeringens forslag etableres der en ny mulighed. Hvis et menneske, som ikke er sindssygt, holder op med at tage den foreskrevne medicin, skal vedkommende kunne tvinges ud af sit eget hjem for at blive medicineret.

For det sjette frygter S, RV og SF, at muligheden for ambulat tvang, kan friste nogle til ikke at sammensætte det rette og måske dyrere forløb, enten i forhold til enkeltpersoner eller i den generelle udvikling omkring flere veje i behandlingen, så som oprettelse af flere opsøgende teams, flere døgnåbne akuttilbud m.v. Mennesker med sindslidelser har brug for andet og mere end medicin.

For det syvende kan en af grundene til, at nogle patienter holder op med at tage deres medicin være, at medicinen ikke virker. Man ved, at medicin ikke virker på mellem 5 og 10 pct. af patienterne. Til gengæld ved man også, at medicinen har en række store bivirkninger. Endelig ved man, at den medicin, som lettest kan gives med tvang, nemlig depotmedicin, ikke altid vil være den foretrukne, hvis der skulle vælges den bedst virkende i forhold til den konkrete patient. Der kan altså være en god grund til, at en patient ikke tager sin medicin eller ikke møder op for at få den. Det kan også være et udtryk for manglende omsorg at dag og nat går i ét for patienterne, og at der mangler struktur i deres dagligdag.

For det ottende finder S, RV og SF, at de retspsykiatriske patienter skal sikres anden og for dem mere stabil behandling end den, som adgang til ambulat tvang vil sikre dem.

S, RV og SF kan tilslutte sig lovforslagets øvrige tiltag, som bl.a. indebærer en stor forbedring af retssikkerheden for de psykiatriske patienter.

S, RV og SF kan stemme for lovforslaget, hvis forslaget om tvungen opfølgning efter udskrivning udgår.

#### *Socialdemokratiet og Det Radikale Venstre*

Socialdemokratiets og Det Radikale Venstres medlemmer af udvalget bemærker, at S og RV ikke støtter SF's ændringsforslag om, at patienter, skal have ret til psykoterapibehandling under indlæggelse, idet S og RV ikke finder, at de fagligt tilgængelige behandlingsmetoder skal afgrænses eller

gives forrang i en lov. Den faglige udvikling er dynamisk over tid, og valg af rette relevant behandling bør være tilgodeset i psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard. S og RV har ikke hermed taget afstand til psykoterapibehandling men mener alene, at det ikke er et lovgivningsmæssigt anliggende.

### *Dansk Folkeparti*

Dansk Folkepartis medlemmer af udvalget bemærker, at DF tilslutter sig de dele af lovforslaget, der går ud på at styrke patienternes retsstilling og retssikkerhed på en række områder i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder at reducere anvendelsen af tvang. Det gælder således bestemmelserne om god psykiatrisk sygehusstandard, skriftlig husorden, udlevering af kopi af behandlingsplan til patienten, obligatorisk tilbud om eftersamtaler, om personlig hygiejne, undersøgelse af post m.v. samt om udvidet pligt til lægelig vurdering ved tvangsfiksering, og ligeledes de foreslåede regler om patientrådgivere m.v. Der er efter DF's opfattelse tale om tiltrængte forbedringer til gavn for patienterne og behandlingsforløbet.

Derimod afviser DF den foreslåede »tvungne opfølgning« med udvidelse af adgangen til tvang over for og tvangsmedicinering af patienter, der er udskrevet fra behandling. DF ser en nærliggende risiko for, at den foreslåede lovhjemmel til at afhente patienter og indbringe dem til tvungen medicinering kan føre til, at man vælger tvangsmedicinering frem for andre frivillige, mere virksomme og mere medmenneskelige former for opfølgning.

Der er en række alternative indsatsformer, som det bl.a. er påpeget i henvendelser til udvalget og i hørings svar. Der kan nævnes bedre behandlingsgarantier, også inden for børne- og ungepsykiatrien, hvor ventetiderne er lange. Der er grund til at være opmærksom på erfaringerne med opsøgende psykoteams, som kun kendes enkelte steder i landet, men som har dokumenteret, at det uden tvang kan lade sig gøre at forbedre fastholdelse i behandlingen, reduktion af misbrug, bedre behandlingsresultater og færre og korterevarende indlæggelser. Erfaringerne med de opsøgende psykoteams peger endda i retning af, at de kan bringes til at fungere udgiftsneutralt og med klare forbedringer for patienterne bl.a. som følge af et stort fald i indlæggelsesraterne og i indlæggelsernes varighed. Der er således en række forskellige tiltag, der kan implementeres til gavn for patienterne og i høj grad med det formål at opfange de patienter, der har brug for vedholdende støtte til at gennemføre behandlingsforløbet, herunder indtage den fornødne medicin.

DF finder, at princippet om »mindste indgreb« taler for, at alle andre former for indgreb skal være gennemprøvet, før man kan overveje at tvangsmedicinere patienter, der er udskrevet fra behandling. DF finder også, at de betænkeligheder, der er gjort gældende af bl.a. Rådet for Socialt Udsatte, Retspsykiatrisk Klinik, Det Ethiske Råd, Dansk Psykiatrisk Selskab, Socialpædagogernes Landsforbund, Retslægerådet og en række andre høringsparter, er så tungtvejende, at de ikke kan ignoreres.

Der er grund til at hæfte sig ved, at forslaget om tvungen opfølgning ikke er fremsat af sagkyndige faggrupper eller organisationer, men er bragt i forslag af et privat konsulentfirma, Rambøll Management A/S i tilknytning til psykiatrilovsundersøgelsen og naturligvis på baggrund af en konsulentundersøgelse, der har omfattet samtaler med en række relevante personer. Det fremgår imidlertid af de skriftlige bemærkninger til lovforslaget, at Rambøll Management A/S på baggrund af sin undersøgelse alene foreslår, at der i psykiatriloven gives mulighed for at »afprøve anvendelse af ambulante tvang, og herunder at erfaringer indhøstet i forbindelse hermed anvendes som led i en eventuel udformning af en permanent mulighed herfor«. Dette er i regeringens lovforslag blevet til det noget stærkere forslag om tvungen opfølgning, om end suppleret med lovovervågning. Det kan således konstateres, at der er tale om et forslag, der på ingen måde har bred opbakning fra sagkyndig side eller fra de sundhedsfaglige grupper, der til daglig er beskæftigede inden for psykiatrisk behandling.

Tværtimod er de sagkyndige vurderinger så stærkt delte, at det ikke med sikkerhed kan ses, om der er en overvejende holdning for eller imod forslaget.

På den baggrund lægger DF vægt på, at en række af de sagkyndige og en række faggrupper påpeger, at der er andre metoder, der uden tvang, men på frivilligt grundlag må foretrækkes for at nå den gruppe mennesker, lovforslaget skal hjælpe. En styrkelse af samarbejdet mellem socialpsykiatrien og sygehuspsykiatrien står her som en nødvendighed, ligesom øget fokus på ergoterapi, samtaleterapi m.v. må fremhæves.

DF opfordrer regeringen og Folketinget til i den kommende tid at tage fat på udbygning af ordninger med psykoteams, ligesom det er påkrævet at se på, om der er sket for mange nedlæggelser af sengepladser inden for psykiatrien. Regeringen har udtrykt som sin ambition at sætte sundhedsvæsenet i »verdensklasse«, og skal det ske – også inden for psykiatrien – må man sætte ind på at forbedre tilbuddene til patienterne og i videst muligt omfang undgå tvang.

### *Enhedslisten*

Enhedslistens medlem af udvalget bemærker, at EL sammen med S, DF, RV og SF stiller ændringsforslaget om, at tvungen opfølgning udgår af lovforslaget.

Forslaget om indførelse af tvungen opfølgning er totalt uacceptabelt og er fremsat på et ekstremt tyndt grundlag. Det har naturligt nok mødt en gennemgående stærk modstand fra sagkyndige kredse, fagfolk, samt ikke mindst psykiatribrugeres og pårørendes foreninger. Det er glædeligt, at dette forslag kan afvises af et flertal i Folketinget.

På en lang række andre områder er det foreliggende lovforslag en forbedring i forhold til det hidtidige lovgrundlag. Der er dog grund til en kritisk eftertanke i forhold til processen frem mod lovforslaget og mere fremadrettet.

EL ønsker at fastslå, at den forud for lovrevisionen gennemførte psykiatrilovsundersøgelse (Rambøll-undersøgelsen) ikke lever op til de hensigter med undersøgelsen, der i sin tid blev formuleret af Folketingets Retsudvalg og Justitsministeriet, og heller ikke til almindelige videnskabelige standarder for sådanne undersøgelser.

Det er en alvorlig mangel, at undersøgelsen alene forholder sig til virkningerne af de i juni 1998 vedtagne lovændringer og ikke til virkningerne af hele psykiatriloven. En sådan bredere undersøgelse af hele lovens virkninger er stadig nødvendig, med særlig vægt på patienters og pårørendes erfaringer, som kun i meget ringe omfang indgår i Rambøll-undersøgelsen.

Rambøll-undersøgelsen bygger på en utidssvarende og ensidig biomedicinsk opfattelse og ser helt bort fra den eksisterende viden om, at mange psykiatribrugere kommer sig (recovery-perspektivet), og at anvendelse af tvang er med til at forsinke og vanskeliggøre denne proces. Som det er påvist (Amtsrådsforeningens magasin Mandat, nr. 10, 2005), er den dokumentalist-rapport, der indgår som bilag i undersøgelsesrapporten, desuden behæftet med alvorlige fejl og stærkt vildledende i sine konklusioner, når det gælder dokumentationen for de påståede positive virkninger af ambulante tvang i andre lande.

EL bakker op om de forslag, som bl.a. er fremsat af Rådet for Socialt Udsatte i årsrapporten for 2005, ligesom EL mener, at man bør tage de 15 konkrete forslag som for nylig er fremsat af bruger- og pårørende-foreninger positivt op (Se [www.recovery-orientering.dk](http://www.recovery-orientering.dk)). En ny og fremadrettet lovgivning bør tage afsæt i recovery-perspektivet.

EL hilser tiltag om indførelse af en behandlingsgaranti velkommen. Men EL understreger i denne forbindelse, at garantien må sikre rettigheder og valgmuligheder i form af fri og uhindret adgang til den form for støtte, hjælp og behandling, den enkelte selv mener at have brug for, herunder også

medicinfri behandlingstilbud, eksempelvis i form af døgnhuse under psykologisk/pædagogisk ledelse. Det er afgørende, at der sker en udvidelse af døgnåbne tilbud udover de psykiatriske afdelinger og skadestuer over alt i landet, og at man i forbindelse med behandlingsgarantien bør have mulighed for at vælge mellem psykosocial, psykologisk eller medicinsk behandling.

EL vil i fremtiden arbejde for, at frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse) kun bør finde sted med henblik på at afværge en situation, hvor en person er til fare for eget liv eller for andres liv og førighed. EL mener således, at frihedsberøvelse på såkaldt behandlingsindikation helt bør afskaffes.

Tvangsbehandling bør begrænses til påviseligt og overhængende livstruende tilstande og under ingen omstændigheder med behandlingsmetoder, der kan påføre patienten uoprettelige skader.

EL mener, at psykiatriske forhåndserklæringer, der angiver hvilke behandlingsformer og foranstaltninger, der foretrækkes og frabedes i forbindelse med en eventuel frihedsberøvelse, bør have retsgyldighed.

Ligeledes vil EL arbejde for, at brugen af bæltefiksering afskaffes med henblik på at sikre, at den bl.a. af Europarådets Antitorturkomite kritiserede overdrevne brug af tvangsfiksering i dansk psykiatri bringes til ophør. EL ønsker, at man i alle andre situationer i stedet arbejder med individuel skærmning.

Sidst men ikke mindst vil EL arbejde for, at man afviser brugen af neuroleptika som beroligende middel. Aktuelt kendes eksempler på, at der påbegyndes neuroleptika-behandling - ofte ved injektion med depotvirkning (Cisordinol-Acutard) - under dække af indgivelse af beroligende middel. Hermed fratages patienten reelt muligheden for at klage over påtænkt behandling, fordi klagen ikke får opsættende virkning.

Siumut, Tjóðveldisflokkurinn, Fólkaflokkurinn og Inuit Ataqatigiit var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen. Der gøres opmærksom på, at et flertal eller et mindretal i udvalget ikke altid vil afspejle et flertal/mindretal ved afstemning i Folketingssalen.

#### 4. Ændringsforslag med bemærkninger

##### Æ n d r i n g s f o r s l a g

Af et *flertal* i udvalget (S, DF, RV, SF og EL):

##### Til § 1

1) I undertitlen udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

Af et *mindretal* i udvalget (SF), tiltrådt af et *mindretal* (EL):

2) Efter nr. 4 indsættes som nyt nummer:

»01. I § 2 indsættes som *stk. 2*:



»Stk. 2. Patienten har ret til at få tilbudt psykoterapibehandling i forbindelse med dennes indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Omfanget af psykoterapibehandlingen fastsættes efter en konkret vurdering af den enkelte patients tilstand og behov, idet patienten dog som udgangspunkt har ret til at få tilbudt psykoterapibehandling minimum to timer om ugen.««

[Patienten gives ret til psykoterapibehandling i forbindelse med indlæggelse]

Af *indenrigs- og sundhedsministeren*, tiltrådt af *udvalget*:

**3) Nr. 9** affattes således:

**9.** I § 4 a ændres »§ 12, stk. 3,« til: »§ 12, stk. 4,« og efter »§ 15, stk. 2,« indsættes: »§ 18 f, § 19 a, stk. 1 og 3,«.

[Konsekvensrettelse]

Af *et flertal* i *udvalget* (S, DF, RV, SF og EL):

**4)** De under *nr. 11* foreslåede § 13 d og § 13 e udgår.

[Bestemmelserne om tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**5)** I den under *nr. 16* foreslåede affattelse af § 20, stk. 1, ændres »12, 13 og 13 d« til: »12 og 13«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**6)** I den under *nr. 17* foreslåede affattelse af § 21, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**7)** I den under *nr. 21* foreslåede affattelse af § 24, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**8) Nr. 23** udgår.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**9) Nr. 26** udgår.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**10)** I den under *nr. 28* foreslåede affattelse af § 35 udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**11)** I den under *nr. 30* foreslåede affattelse af § 36, stk. 3, 1. pkt., udgår »og om tvungen opfølgning efter udskrivning,« og »og 4«.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

**12) Nr. 33** udgår.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

### Til § 3

**13) Stk. 2** udgår.

Stk. 3 bliver herefter stk. 2.

[Teknisk konsekvensændring som følge af ændringsforslag nr. 4, hvorefter tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget]

## B e m æ r k n i n g e r

### Til nr. 1 og 5-13

Der er tale om tekniske konsekvensændringer som følge af det under nr. 4 stillede ændringsforslag om, at tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget.

### Til nr. 2

Ændringsforslaget indebærer, at patienter får en egentlig ret til at få tilbudt psykoterapibehandling, når de er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Omfanget af psykoterapibehandling fastsættes efter en konkret vurdering af den enkelte patients tilstand og behov. Som udgangspunkt har patienten dog ret til at få tilbudt psykoterapibehandling minimum to timer om ugen.

### Til nr. 3

I lovforslagets § 1, nr. 10, foreslås i lovens § 12 indsat et nyt stykke 3. De gældende stk. 3 og 4, bliver herefter stk. 4 og 5.

Henvisningen i § 4 a til § 12, stk. 3, skal ligeledes konsekvensrettes, således at henvisningen i § 4 a vedrører det rigtige stykke (tidligere § 12, stk. 3, nu § 12, stk. 4).

Formålet med ændringsforslaget er at foretage denne konsekvensrettelse.

### Til nr. 4

Ændringsforslaget indebærer, at de i lovforslaget foreslåede bestemmelser om tvungen opfølgning efter udskrivning udgår af lovforslaget.

*Inge-Lene Ebdrup (V) Joan Erlandsen (V) Birgitte Josefsen (V) Preben Rudiengaard (V) nfm.*

*Jørgen Winther (V) Birthe Skaarup (DF) fmd. Karin Nødgaard (DF) Helle Sjelle (KF)*

*Pia Christmas-Møller (KF) Lone Møller (S) Karen Hækkerup (S) Karen J. Klint (S)*

---

*Lene Hansen (S) Charlotte Fischer (RV) Morten Østergaard (RV) Anne Baastrup (SF)*  
*Majbrit Berlau (EL)*

Siumut, Tjóðveldisflokkurin, Fólkaflokkurin og Inuit Ataqatigiit havde ikke medlemmer i udvalget.

**Folketingets sammensætning**

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	52	Enhedslisten (EL)	6
Socialdemokratiet (S)	47	Siumut (SIU)	1
Dansk Folkeparti (DF)	24	Tjóðveldisflokkurin (TF)	1
Det Konservative Folkeparti (KF)	18	Fólkaflokkurin (FF)	1
Det Radikale Venstre (RV)	17	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	11		

### Oversigt over bilag vedrørende L 140

Bilagsnr.	Titel
1	Høringssvar og høringsnotat, fra indenrigs- og sundhedsministeren
2	Tidspunkt for teknisk gennemgang af lovforslaget
3	Henvendelse af 31/10-05 fra Landsforeningen SIND
4	Henvendelse af 30/1-06 fra Knud Aage Mørch, Birkerød
5	Henvendelse af 17/1-06 fra Mårten Breum
6	Kopi § 71 alm. del - svar på spm. 6, 7 og 8 om boliger til borgere med kronisk psykiatrisk lidelser, fra socialministeren
7	Tilmeldte til den tekniske gennemgang af lovforslaget
8	Materiale udleveret i forbindelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriets tekniske gennemgang af lovforslaget
9	Henvendelse af 12/2-06 fra Landsforeningen SIND
10	Månedsbrev, marts 2006 fra Patientforeningen Danmark
11	Artikel fra Information den 28/2-06 om ambulant tvang i psykiatrien
12	Frist for spørgsmål og svar på lovforslaget
13	Anonymiseret henvendelse
14	Anonymiseret henvendelse
15	Henvendelse af 9/3-06 fra Landsforeningen SIND
17	Henvendelse af 24/3-06 fra Landsforeningen Sind og Landsforeningen Bedre Psykiatri
18	Henvendelse af 30/3-06 fra Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere
19	Henvendelse af 2/4-06 fra Brabrand Boligforening
20	Henvendelse af 21/4-06 fra Rådet for Socialt Udsatte
21	Henvendelse af 2/5-06 fra Medborgernes Menneskerettighedskommission
22	Tidsplan for udvalgets behandling af lovforslaget
23	Henvendelse af 3/5-06 fra Medborgernes Menneskerettighedskommission
24	Bogen »En helt anden hjælp« af Pernille Jensen, Akademisk Forlag
25	1. udkast til betænkning
26	2. udkast til betænkning
27	Nyt tidspunkt for betækningsafgivelse
28	Ændringsforslag, fra indenrigs- og sundhedsministeren
29	3. udkast til betænkning

### Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 140

Spm.nr. Titel

- 
- 1 Spm. om kommentar til henvendelse af 31/10-05 fra Landsforeningen SIND, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 2 Spm. om kommentar til henvendelse af 30/1-06 fra Knud Aage Mørch, Birkerød, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 3 Spm. om kommentar til henvendelse af 18/1-06 fra Mårten Breum, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 4 Spm. om kommentar til henvendelse af 12/2-06 fra Landsforeningen SIND, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 5 Spm. om kommentar til månedsbrev, marts 2006 fra Patientforeningen Danmark, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 6 Spm., om en konkret iværksat tvungen opfølgning kan udstrækkes så langt, at der ville kunne være tale om en administrativ frihedsberøvelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 7 Spm. om, hvornår retspsykiatriske patienter vil kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 8 Spm. om, hvilken gruppe af retspsykiatriske patienter der vil kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 9 Spm. om hvilke retssikkerhedsmæssige garantier, der er gældende for de retspsykiatriske patienter, som bliver omfattet af reglerne for en tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 10 Spm. om oversendelse af udkastet til den af justitsministeren bebudede bekendtgørelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 11 Spm. om hvilke tilbud de psykiatriske patienter, der ville kunne omfattes af tvungen opfølgning, har indenfor distrikpsykiatrien, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 12 Spm. om, hvilken effekt medicin har haft på den gruppe af psykiatriske patienter, der ville kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 13 Spm. om, hvilke botilbud den gruppe af psykiatriske patienter, der ville kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, bor i, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 14 Spm. om en oversigt over, hvor den gruppe af psykiatriske patienter, der ville kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, kommer fra, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 15 Spm. om redegørelse for klageregler for den gruppe af psykiatriske patienter, der ville kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
  - 16 Spm. om oversigt over, hvor mange psykiatriske patienter, der bliver afvist i den psykiatriske skadestue i 3 af landets amter, til indenrigs-

- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 17 Spm. om statistik over varigheden af de gennemførte tvangsindlæggelser på landsplan for 2004, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 18 Spm. om kommentar til artikel fra Information den 28/2-06 om ambulantly tvang i psykiatrien, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 19 Spm. om kommentar til anonymiseret henvendelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 20 Spm. om kommentar til anonymiseret henvendelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 21 Spm. om kommentar til henvendelse af 9/3-06 fra Landsforeningen SIND, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 22 Spm. om hvilken fysisk og eller psykisk magtanvendelse, det vil være acceptabelt at anvende ved indgivelse af depotmedicin, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 23 Spm. om hvilken fysisk og eller psykisk magtanvendelse, det vil være acceptabelt at anvende ved indgivelse af medicin i tablet eller væskeform, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 24 Spm. om registrering af magtanvendelse i forbindelse med tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 25 Spm. om, i hvilket omfang politiet forventes at skulle ledsage til medicingivning under tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 26 Spm. om, i hvilket omfang ledsagelse til medicinindtagelse under tvungen opfølgning er indregnet i merudgifterne til stat og amter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 27 Spm. om, lovforslaget indeholder andre frihedsbegrænsninger end muligheden for tvungen afhentning i hjemmet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 28 Spm. om, i hvilke omfang Servicelovens bestemmelser om visitation til en bolig uden eget samtykke vil kunne anvendes over for den målgruppe, som forslaget om tvungen opfølgning omhandler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 29 Spm., om der i forbindelse med iværksættelse af tvungen opfølgning vil være brug for en administration af beskikkelsen af patientrådgivere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 30 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at den dobbelt lægelige vurdering af et tvangsindgreb kan ske med fuldt ud kvalificerede læger på alle psykiatriske afdelinger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 31 Spm. om, hvor kortvarig en bæltefiksering skal være for ikke at være en frihedsberøvelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 32 Spm. om, hvorfor lovforslaget ikke indeholder et øget frit valg mel-

- 
- lem sygehuse for patienter med behov for psykiatrisk behandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 33 Spm. om hvilke bivirkninger, der er forbundet med anvendelse af depotmedicin, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 34 Spm. om, hvor lang tid en patient bør være under overvågning efter indtagelse af depotmedicin, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 35 Spm. om uddybning af reglerne for ordinerings af depotmedicin, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 36 Spm. om hvilke årsager, der kan berettige lægen til at ordinere depotmedicin i stedet for medicin i tabletform, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 37 Spm. om hvilke årsager ved tvangsmedicinering, der kan berettige lægen til at ordinere depotmedicin i stedet for medicin i tabletform, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 38 Spm. om, hvorledes tvungen opfølgning forventes administreret, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 39 Spm. om effekten af udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler for de allersvageste patienter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 40 Spm. om, hvor mange af de allersvageste patienter, der rent faktisk får lavet udskrivnings- og koordinationsaftaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 41 Spm. om baggrunden for, at der udarbejdes en lang række andre aftaler end udskrivnings- og koordinationsaftaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 42 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at der fremover i større omfang udarbejdes udskrivnings- og koordinationsaftaler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 43 Spm. om ministerens holdning til, at hvis man anvender længerevarende indlæggelser, vil behovet for ambulans tvang minimeres, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 44 Spm. om, hvilken betydning en trussel om tvangsmedicinering har for den vigtige behandlingsalliance mellem behandler og patient, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 45 Spm. om hvilken virkning ministeren forventer, at tvungen opfølgning vil få i forhold til kriminalitet blandt psykisk syge, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 46 Spm. om evidensen for tvangsmedicinering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 47 Spm. om oversigt over de geografiske områder, hvor man ikke har opsøgende psykoteams, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 48 Spm. om status for de nuværende erfaringer med forsøgene med medicinfrifri afdelinger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministe-

- 
- rens svar herpå
- 49 Spm. om status for forsøg med mindre anvendelse af tvang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 50 Spørgsmålet udgår
- 51 Spm. om ministerens holdning til at uddanne andre faggrupper end psykiatere til at være den tætte behandler, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 52 Spm. om oversigt over bemærkninger fra institutioner m.v. om tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 53 Spm. om konsekvenser for de svage patienter som følge af tvungen opfølgning, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 54 Spm. om ministerens holdning til at afprøve tvungen opfølgning som en forsøgsperiode i et amt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 55 Spm. om ministerens holdning til, at psykiatriske patienter på forhånd kan frabede sig specifikke behandlingsmetoder, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 56 Spm. om muligheden for lave aftaler med psykiatriske patienter i forbindelse med udskrivning om eventuel senere medicinering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 57 Spm. om ministeren er enig i, at medicinering af psykiatriske patienter ikke er helbredende men alene symptomnedsættende, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 58 Spm. om uddybning af ministerens udsagn om, »at vi har en lille gruppe af patienter, som vi ikke kan nå inden for rammerne af den eksisterende lovgivning«, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 59 Spm. om, hvilke overvejelser ministeren har gjort i forhold til, at tvungen opfølgning ikke krænker grundlovens § 71 og § 72, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 60 Spm. om, hvilke overvejelser ministeren har gjort i forhold til, at forslaget om tvang uden forældremyndighedens samtykke for børn under 15 år krænker børnekonventionen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 61 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre lægekapacitet på landets psykiatriske afsnit, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 62 Spm., om ministeren er indstillet på at ændre lovforslaget, således at det alene er, når der foreligger en aktuel livstruende tilstand, at elektrochok kan anvendes, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 63 Spm. om i hvilket omfang lovforslaget øger behovet for patientrådgivere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 64 Spm., om det er korrekt, at der ikke findes nogen dokumenteret effekt



- af ambulat tvang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 65 Spm., om det er korrekt, at der ikke findes viden om fordele og ulemper for patienten ved ambulat tvang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 66 Spm., om ministeren er fuldt opmærksom på, at samtlige faggrupper har fremhævet den manglende dokumentation for effekten af ambulat tvang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 67 Spm. om redegørelse for udenlandske erfaringer med ambulat tvang, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 68 Spm., om ministeren kan forstå bekymringen for, at ambulat tvang med tvangsmedicinering uundgåeligt driver en kile ind imellem patienter og personale, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 69 Spm., om ministeren er indstillet på at kompensere sygehuspersonalet for den øgede stress, de udsættes for, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 70 Spm., om afskedigelse kan blive konsekvensen, såfremt plejepersonale nægter at foretage tvangsmedicinering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 71 Spm. om i hvilke kommuner, der findes psykiatriske skadestuer, hvor psykiatriske patienter kan søge akut hjælp, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 72 Spm. om, hvor stor en andel af de psykiatriske patienter her i landet, der inden for deres eget nærområde har adgang til psykiatriske skadestuer, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 73 Spm., om ministeren vil stille et ændringsforslag, der sikrer døgnåbne tilbud til sindslidende udover de psykiatriske afdelinger, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 74 Spm. om, hvordan ministeren forestiller sig de konkrete handlinger i forbindelse med afhentning og indbringelse af patienter til tvangsmedicinering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 75 Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag, der sikrer, at tvangsfiksering alene anvendes, når alle andre relevante muligheder er blevet benyttet eller forsøgt benyttet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 76 Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag, der sikrer, at tvangsfiksering begrænses til livstruende tilstande, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 77 Spm., om ministeren vil yde teknisk bistand til et ændringsforslag, der decideret forbyder tvangsfiksering, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 78 Spm. om udformningen af bestemmelserne om udpegning af patientrådgivere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar

- 
- herpå
- 79 Spm., om ministeren vil stille ændringsforslag, der sikrer behandlingsgaranti på sindslidendeområdet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 80 Spm. om ministeren har overvejet konsekvenserne af mere tvang i psykiatrien, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 81 Spm. om ministerens synspunkt til udtalelse fra Det Ethiske Råd om ordinerings af medicin, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 82 Spm. om teknisk bistand til udformning af ændringsforslag, hvorved bestemmelserne om tvungen opfølgning udgår af lovforslaget, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 83 Spm. om redegørelse for overbelægningsituationen, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 84 Spm. om, hvilken indflydelse det vil få på udviklingen i antallet af personer, hvis ambulans tvang kan benyttes, uden at kriterierne om forudgående tvangsindlæggelse er opfyldt, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 85 Spm. om kommentar til henvendelse af 24/3-06 fra Landsforeningen Sind og Landsforeningen Bedre Psykiatri, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 86 Spm. om, hvordan ministeren vil sikre, at den behandlende psykiatri ikke udsættes for ressourcemæssige nedprioriteringer til fordel for anden sundhedsbehandling, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 87 Spm. om, hvilken længde ministeren finder acceptabel på ventetider, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 88 Spm., om udvidet brug af psykologer i den sundhedsmæssige psykiatribehandling kan øge en dialogbaseret behandlingsmetode, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 89 Spm. om, hvilke jobfunktioner psykiaterne kan videregive til andre faggrupper, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 90 Spm. om hvilke forskningsmæssige tiltag, der er i gang med henblik på at begrænse bivirkninger på de mest gængse anvendte medikamenter, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 91 Spm. om kommentar til henvendelse af 30/3-06 fra Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 92 Spm. om kommentar til henvendelse af 2/4-06 fra Brabrand Boligforening, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 93 Spm. om foreløbige resultater af undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå
- 94 Spm. om, hvilke initiativer ministeren vil iværksætte overfor patien-

ter, der er pålagt tvungen opfølgning, hvis disse går under jorden eller forlader landet, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

95 Spm. om kommentar til henvendelse af 21/4-06 fra Rådet for Socialt Udsatte, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

96 Spm. om kommentar til henvendelse af 2/5-06 fra Medborgernes Menneskerettighedskommission, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

97 Spm. om kommentar til henvendelse af 3/5-06 fra Medborgernes Menneskerettighedskommission, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

98 Spm. om kommentar til pjecen »En bedre hjælp til at komme sig« fra LAP og Bedre Psykiatri, og ministerens svar herpå

99 Spm. om teknisk bistand til udformning af ændringsforslag, der giver patienten ret til psykoterapibehandling i forbindelse med indlæggelse, til indenrigs- og sundhedsministeren, og ministerens svar herpå

### Nogle af udvalgets spørgsmål til indenrigs- og sundhedsministeren og dennes svar herpå

Spørgsmålene og indenrigs- og sundhedsministerens svar herpå er optrykt efter ønske fra udvalget:

#### Spørgsmål 14:

Ministeren bedes oversende en oversigt fordelt på amtsligt niveau over, hvor den ovennævnte gruppe af psykiatriske patienter kommer fra, hvor der er opsøgende psykoseteams, hvor mange psykiatriske sengepladser der er pr. indbygger i de pågældende amter og hvor udbygget distriktspsykiatrien er der?

#### Svar:

Ifølge L 140 skal de patienter, som kan omfattes af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, som én af de 4 betingelser, der skal være opfyldt for at blive omfattet af ordningen, i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse have været tvangsindlagt mindst 3 gange, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 2.

Antallet af patienter i de enkelte amter/ H:S, der har været tvangsindlagt 3 gange eller mere i perioden 2002 – 2004, fremgår af nedenstående oversigt.

Antallet af patienter fordelt på amter/ H:S, der i perioden 2002 – 2004 har været tvangsindlagt 3 gange eller mere

Amt	Antal personer
Københavns Amt	22
Frederiksborg Amt	15
Roskilde Amt	8
Vestsjællands Amt	8
Storstrøms Amt	16
Bornholm	2
Fyns Amt	24
Sønderjyllands Amt	5
Ribe Amt	6
Vejle Amt	12
Ringkøbing Amt	10
Århus Amt	29
Viborg Amt	11
Nordjyllands Amt	20
H:S	37

Note: Når man tæller antal gange den enkelte person har været tvangsindlagt pr. amt vil dette tal være mindre, end når man opgør dette for hele landet. Dvs. at antal gange den enkelte person har været tvangsindlagt undervurderes i denne opgørelse

Med henblik på at belyse dækningen med opsøgende psykoseteams, sengekapaciteten og udbygningen af distriktspsykiatrien i de enkelte amter/ H:S har jeg anmodet samtlige amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab om at besvare 9 spørgsmål.

Svarene viser, at de enkelte amter/ H:S har tilrettelagt den opsøgende indsats, distriktspsykiatrien m.v. forskelligt, hvorfor det er svært at sammenligne tilbudene på tværs af amterne/ H:S. F.eks. oplyser nogle amter, at de ikke har opsøgende psykoseteams, jf. den terminologi, der er gængs inden-

for psykiatrien, men at de har andre udgående tilbud eller andre døgndækkende behandlings- og støttetilbud. Andre anfører, at de ikke ønsker at oprette opsøgende psykoseteams eller at der ikke er behov herfor, f.eks. med den begrundelse, at et eventuelt behov dækkes af et velfungerende samarbejde imellem distriktspsykiatrien og kommunerne.

Sammenligning på tværs vanskeliggøres endvidere af, at de enkelte amter/ H:S ikke nødvendigvis har anvendt ens opgørelsesmetoder.

Nedenfor gengives de 9 spørgsmål og de enkelte amters/ H:S' svar i oversigtsform.

1, Hvor mange opsøgende psykoseteams fandtes i amtet/ H:S pr. 1. marts 2006?

<b>Amt</b>	<b>Antal psykoseteams</b>
Københavns Amt	0 (Det tilføjes, at der pr. 1. marts 2006 var ét udgående team i Københavns Amt, og at dette team ikke helt er sammenligneligt med de psykoseteams, der findes i Danmark)
Frederiksborg Amt	0 (Amtet anfører, at amtet ikke har opsøgende psykoseteams i den terminologi, der i dag benyttes i psykiatrien)
Roskilde Amt	0 (Amtet skriver, at amtet ikke har ønsket at oprette egentlige opsøgende psykoseteam, og at udadgående ydelser gives som et led i behandlingen i det omfang sygehuset vurderer, at der er behov herfor)
Vestsjællands Amt	0
Storstrøms Amt	1
Bornholms Reg.	0
Fyns Amt	0 (Det anføres, at der på Fyn vurderes ikke at være behov for opsøgende psykoseteams, idet et evt. behov dækkes af et meget velfungerende samarbejde imellem distriktspsykiatrien og kommunerne)
Sønderjyllands Amt	3 (1 amtsdækkende for tidlig intervention ved første psykosetegn som herefter følger patienten i mindst 5 år. 2 opsøgende psykoseteams for kroniske, svært sindslidende)
Ribe Amt	1 (og 1 modificeret team)
Vejle Amt	0 (Amtet anfører, at amtet ikke har opsøgende psykoseteams i den form, som er kendt fra Sønderjyllands Amt, men en bred vifte af døgndækkende behandlings- og støttetilbud, f.eks. udgående teams, distriktspsykiatri, herunder med udgående virksomhed, udbygget socialpsykiatri med opsøgende virksomhed med målgruppe svarende til opsøgende psykoseteams).
Ringkøbing Amt	0 (Amtet anfører, at amtet gennem organiseringen af og tilgangen til psykiatrien i amtet har elementer, der i høj grad rummer elementerne fra opsøgende psykoseteams, og som på mange måder kan kaldes et murstensløst psykoseteam)
Århus Amt	0
Viborg Amt	0
Nordjyllands Amt	0
H:S	5 (I budgettet for 2006 er indarbejdet en udvidelse med 3 nye teams. Herudover etableres i indeværende år yderligere 2 opsøgende teams til henholdsvis dobbeltdiagnosepatienter og retspsykiatriske patienter. Hertil kommer 3 OPUS-teams i H:S, hvor målgruppen er unge patienter med debuterende psykose i alderen 18-35 år)

2, Var der pr. 1. marts 2006 fuld geografisk dækning af opsøgende psykoseteams indenfor amtet/ H:S? Hvis der ikke var fuld geografisk dækning, oplys da venligst om omfanget af dækningen.

<b>Amt</b>	<b>Geografisk dækning af opsøgende psykoseteams</b>
Københavns Amt	Det udgående team dækker én kommune af amtets 18 kommuner
Frederiksborg Amt	-
Roskilde Amt	Amtet anfører, at der arbejdes med udadgående ydelser i hele amtet
Vestsjællands Amt	-
Storstrøms Amt	Opsøgende psykoseteam har de 4 kommuner på Falster som geografisk

	afgrænset område (ca. 18,6 pct. af borgerne i amtet bor på Falster)
Bornholms Reg.	-
Fyns Amt	-
Sønderjyllands Amt	100 pct. dækning for nydebuterede 50 pct. dækning for kronisk, svært sindslidende
Ribe Amt	Det opsøgende psykoseteam dækker Ribe, Bramming, Brørup, vejen, Holsted, Grindsted, Ølgod og Billund kommune. Psykoseteamet dækker Esbjerg og Fanø kommune.
Vejle Amt	100 pct. dækning af de tilbud amtet har, jf. dog tabel 1
Ringkøbing Amt	-
Århus Amt	-
Viborg Amt	-
Nordjyllands Amt	-
H:S	Knap 50 pct. af optageområderne var dækket

3, Er der aldersmæssige begrænsninger i forhold til at blive omfattet af et tilbud om behandling ved et opsøgende psykoseteam?

<b>Amt</b>	<b>Aldersmæssige begrænsninger for besøg af psykoseteams</b>
Københavns Amt	Tilbuddet fra det udgående team omfatter borgere under 60. Alle hjemmeboende sindslidende over 60 år tilses af tre gerontoteams.
Frederiksborg Amt	-
Roskilde Amt	Der arbejdes med udgående ydelser i relation til alle aldersgrupper
Vestsjællands Amt	-
Storstrøms Amt	Målgruppen er patienter over 17 år, der kan betegnes som »svært psykisk syge«
Bornholms Reg.	-
Fyns Amt	-
Sønderjyllands Amt	nej
Ribe Amt	Det opsøgende psykoseteam varetager behandling af primært yngre psykotiske patienter
Vejle Amt	Der er ikke aldersmæssige begrænsninger for voksne
Ringkøbing Amt	-
Århus Amt	-
Viborg Amt	-
Nordjyllands Amt	-
H:S	Ja, behandlingstilbuddet er rettet imod aldersgruppen 18 – 65 år

4, Hvor mange patienter fik i henholdsvis 2004 og 2005 besøg af et opsøgende psykoseteam?

<b>Amt</b>	<b>Antal patienter, der har haft besøg af et opsøgende psykoseteam</b>
Københavns Amt	I henholdsvis 2004 og 2005 fik 10 – 20 patienter besøg af det udgående team
Frederiksborg Amt	-
Roskilde Amt	Ca. 9 – 10 pct. af sygehusets ambulante ydelser gives som udadgående ydelser, dvs. i patientens hjem
Vestsjællands Amt	-
Storstrøms Amt	I 2004 og 2005 var antallet ca. 60

Bornholms Reg.	-
Fyns Amt	-
Sønderjyllands Amt	2004: 85 2005: 160
Ribe Amt	2004: 54 2005: 68
Vejle Amt	-
Ringkøbing Amt	-
Århus Amt	-
Viborg Amt	-
Nordjyllands Amt	-
H:S	500 patienter har været tilknyttet OP-teams ved udgangen af 2004 og 2005 (Det har ikke været muligt at foretage valide og repræsentative registerudtræk for denne patient-gruppe i de pågældende kalenderår)

5, Hvor mange psykiatriske sengepladser rådede amtets/ H:S' sygehuse over pr. 1. marts 2006?

Amt	Antal sengepladser
Københavns Amt	456
Frederiksborg Amt	181
Roskilde Amt	109
Vestsjællands Amt	161
Storstrøms Amt	104
Bornholms Reg.	23
Fyns Amt	229 (voksenpsykiatriske)
Sønderjyllands Amt	125
Ribe Amt	105
Vejle Amt	185
Ringkøbing Amt	86
Århus Amt	273 (10 senge i Randers midlertidigt lukket pga. ombygning)
Viborg Amt	123
Nordjyllands Amt	271
H:S	909

6, Hvor mange psykiatriske sengepladser rådede amtets/H:S' sygehuse over pr. indbygger pr. 1. marts 2006?

Amt	Antal sengepladser opgjort pr. 10.000 indbyggere
Københavns Amt	7
Frederiksborg Amt	4,78
Roskilde Amt	4,6
Vestsjællands Amt	5,3
Storstrøms Amt	4
Bornholms Reg.	5
Fyns Amt	6,2
Sønderjyllands Amt	5
Ribe Amt	4,6

Vejle Amt	5,1
Ringkøbing Amt	3,1
Århus Amt	4
Viborg Amt	5,3
Nordjyllands Amt	5,4
H:S	15,3

7, Hvor mange distriktpsychiatriske enheder fandtes pr. 1. marts 2006 i amtet/ H:S?

<b>Amt</b>	<b>Antal distriktpsychiatriske enheder</b>
Københavns Amt	12
Frederiksborg Amt	3
Roskilde Amt	4
Vestsjællands Amt	8
Storstrøms Amt	12
Bornholms Reg.	2
Fyns Amt	7
Sønderjyllands Amt	4 (+ 2 gerontopsychiatriske + 1 ungdomspsychiatrisk + 1 børnepsychiatrisk enhed)
Ribe Amt	5
Vejle Amt	Amtet har distriktpsychiatri bestående af zonefordelte fuldt udbyggede behandlingsafdelinger i hver af de 3 geografiske zoner, som amtet er opdelt i.
Ringkøbing Amt	2
Århus Amt	8 (benævnes lokalpsychiatriske centre for at betone det tætte samarbejde med den kommunale, socialpsychiatriske indsats)
Viborg Amt	6
Nordjyllands Amt	9
H:S	13

8, Hvor mange patienter var pr. 1. marts 2006 i behandling i distriktpsychiatrien i amtet/ H:S?

<b>Amt</b>	<b>Antal patienter i behandling i distriktpsychiatrien</b>
Københavns Amt	2.843 Amtet anfører, at der er en vis usikkerhed forbundet med tallene, da der ikke nødvendigvis indgår de samme kriterier for besøgsregistreringerne.
Frederiksborg Amt	850
Roskilde Amt	1.767 (heri ikke inkluderet børn og unge)
Vestsjællands Amt	2.410
Storstrøms Amt	2.700
Bornholms Reg.	393
Fyns Amt	1.017
Sønderjyllands Amt	4.000 (ca.)
Ribe Amt	1.403
Vejle Amt	Data ikke tilgængelige
Ringkøbing Amt	1.100 (ca.)



Århus Amt	4.900
Viborg Amt	2.190
Nordjyllands Amt	1.001
H:S	3.919 (antal individer med åbne ambulante forløb på dagen)

9, Hvor mange ambulante besøg blev aflagt i de distriktspsykiatriske enheder i henholdsvis 2004 og 2005?

Amt	Antal ambulante besøg i distriktspsykiatrien
Københavns Amt	2004: 31.075 2005: 33.052 <small>Amtet anfører, at der er en vis usikkerhed forbundet med tallene</small>
Frederiksborg Amt	2004: 4.734 2005: 7.939
Roskilde Amt	2004: 26.289 2005: 29.192
Vestsjællands Amt	2004: 24.607 2005: 25.477
Storstrøms Amt	2004: 38.000 2005: 36.000
Bornholms Reg.	2004: 4.367 2005: 5.323
Fyns Amt	2004: 11.613 2005: 12.502 <small>Det anføres, at opgørelsen til og med 2005 gav et skævt billede af det faktiske antal aflagte besøg, da besøg af kommunalt ansatte distriktspsykiatriske sygeplejersker i Odense ikke er opgjort i det amtslige registreringssystem. Det korrekte tal formodes at være markant højere.</small>
Sønderjyllands Amt	2004: 43.300 2005: 46.500
Ribe Amt	2004: 22.429 2005: 21.661
Vejle Amt	2004: 49.856 2005: 52.655 <small>Både for 2004 og 2005 er der tale om den samlede ambulante aktivitet i amtet</small>
Ringkøbing Amt	2004: 13.107 2005: 15.102
Århus Amt	2004: 46.271 2005: 51.868
Viborg Amt	2004: 17.529 2005: 25.561
Nordjyllands Amt	2004: 20.284 2005: 19.612
H:S	2004: 125.566 2005: 119.833

*Spørgsmål 15:*

Hvis en patient, der bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning, f.eks. klager over det tilbudte socialpsykiatriske tilbud eller koordinationsplanen, har det så opsættende virkning i forhold til gennemførelsen af den tvungne opfølgning?

*Svar:*

Det fremgår af § 13 d, stk. 2 i L 140, at overlægens beslutning om tvungen opfølgning alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Det følger af § 32, stk. 4 i forslaget, at en klage over en beslutning om tvungen opfølgning har opsættende virkning, dvs. at den tvungne opfølgning ikke kan iværksættes, før det psykiatriske patientklagenævn har behandlet klagen.

Eventuelle klager over andre forhold, herunder eventuelt over socialpsykiatriske tilbud eller en koordinationsplan, som anført i spørgsmålet, har ikke opsættende virkning i forhold til iværksættelsen af en eventuel beslutning om tvungen opfølgning.

*Spørgsmål 16:*

Ministeren bedes oversende en oversigt over, hvor mange psykiatriske patienter, der bliver afvist i den psykiatriske skadestue i 3 af landets amter, herunder Århus Amt og anføre begrundelsen for afslaget, hvis det er muligt.

*Svar:*

Jeg har anmodet Hovedstadens Sygehusfællesskab, Vejle Amt og Århus Amt om at fremsende bidrag til besvarelsen af spørgsmålet.

Alle 3 amter/ H:S anfører, at ingen patienter afvises fra de psykiatriske skadestuer.

Vejle Amt anfører blandt andet, at amtet ikke afviser psykiatriske patienter, der henvender sig til psykiatrisk skadestue, men tilbyder undersøgelse og behandling i det relevante omfang og at det altid er en vurderingssag, om en person tilhører den psykiatriske målgruppe, og hvilken konkret behandling, der skal tilbydes.

Århus Amt anfører, at ingen patienter afvises fra psykiatrisk skadestue og at alle patienter, der henvender sig får mulighed for at tale med en læge, som visiterer patienten til en relevant behandling/foranstaltning. Amtet oplyser, at et begrænset antal patienter har valgt at forlade skadestuen inden lægesamtalen/ visitationen.

Hovedstadens Sygehusfællesskab skriver, at psykiatriske patienter ikke afvises fra de 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer i H:S, og at psykiatriske patienter, der henvender sig eller henvises til de psykiatriske skadestuer, hurtigst muligt vurderes ved lægesamtale. Efter en sådan vurdering visiteres patienterne til den mest hensigtsmæssige behandling.

*Spørgsmål 47:*

Ministeren bedes tilsende udvalget en oversigt over de geografiske områder, hvor man ikke har opsøgende psykoseteams, psykiatriske skadestuer eller en distriktspsykiatri, der har åbent længere end mellem 8 – 16. Det bedes angivet for de enkelte områder, hvilke af de nævnte tilbud man ikke har.

*Svar:*

Vedrørende dækningen af opsøgende psykoseteams, psykiatriske skadestuer og distriktspsykiatri kan jeg endvidere henvise til besvarelsen af spørgsmål 14 og 16.

Jeg har indhentet bidrag fra amterne/H:S til belysning af dækningen med døgnåbne tilbud i de enkelte amter/H:S. Nedenfor gengives de enkelte amters/H:S' svar i oversigtsform:

## Oversigt over døgnåbne tilbud i de enkelte amter/H:S

<b>Amt</b>	<b>Døgnåbne tilbud</b>
Københavns Amt	<p>De 12 distriktspsykiatriske centre har åbent i dagtimerne og dækker geografisk alle 18 kommuner i amtet.</p> <p>Amtets 4 skadestuer, der geografisk dækker hele amtet, har åbent hele døgnet.</p> <p>Derudover har amtets borgere mulighed for at komme i kontakt med psykiatrisk udrykningstjeneste mellem 16 og 08.00 på hverdage samt hele døgnet på helligdage og i weekender.</p>
Frederiksborg Amt	Amtet har en psykisk skadestue med døgnåbent, der dækker hele amtet
Roskilde Amt	<p>Alle kommuner i amtet er dækket af en døgnåben psykiatrisk skadestue.</p> <p>Alle kommuner er dækket af et behandlingstilbud i de distriktspsykiatriske centre imellem 8 og 16.</p>
Vestsjællands Amt	<p>Amtet er i forhold til psykiatrisk behandling opdelt i 4 geografiske optageområder. I hvert område er der en almenpsykiatrisk afdeling med åbne akutte afsnit, som kan modtage patienter døgnet rundt.</p> <p>Hertil kommer en lukket afdeling, en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og retspsykiatrisk afdeling med døgnsege og akut modtagelse af patienter døgnet rundt.</p> <p>Der er ingen psykiatrisk skadestue i amtet.</p> <p>Pr. 1. marts 2006 er der etableret en psykiatrisk telefonrådgivning, som er bemandet på hverdage i tidsrummet 8 – 23.</p>
Storstrøms Amt	<p>Der findes en amtsdækkende skadestue med gratis transport fra hele amtet.</p> <p>Bortset fra opsøgende psykoseteam har ingen af de distriktspsykiatriske team døgndækkende indsats.</p>
Bornholm	Bornholms Regionskommune har ikke opsøgende psykoseteams, ingen psykiatrisk skadestue og ikke åbent efter kl. 16 i distriktspsykiatrien.
Fyns Amt	I Fyns amt har man et amtsdækkende tilbud, idet Psykiatrisk Skadestue i Odense har døgnåbent. I dagarbejdstiden er der mulighed for henvendelse til tre akut teams (I Svendborg til kl. 18)
Sønderjyllands Amt	Amtet anfører, at spørgsmålet ikke kan besvares entydigt. Det anføres at alle nyudskrevne patienter er dækket af intensive teams, som følger

	<p>den enkelte patient så længe, det er nødvendigt.</p> <p>Alle med nydebuterede psykoser er omfattet af et tilbud fra Tidligt Interventionsteam (OPUS).</p> <p>I halvdelen af amtet er alle svært psykisk syge tillige omfattet af et opsøgende psykoseteam.</p>
Ribe Amt	<p>Amtet har en døgnåben skadestue, der dækker hele amtet.</p> <p>Amtet har desuden en række distriktpsychiatriske teams og 2 opsøgende teams, som til sammen dækker hele amtet, men disse har ikke døgnåbent.</p>
Vejle Amt	<p>Vejle amt er opdelt i 3 zoner med hver sin psykiatriske sygehusafdeling med både stationær (døgnindlæggelse) og ambulante aktiviteter i afdelingerne og decentralt.</p> <p>Amtet har en akuttelefon, således at personer med akutte problemer altid kan komme i kontakt med psykiatrien ud over muligheden for at benytte lægepraksis og lægevagten.</p> <p>Der er via de socialpsykiatriske døgntilbud i amtet ligeledes mulighed for hurtig kontakt for personer med psykiatriske problemer</p>
Ringkøbing Amt	<p>I kommunerne rundt om i amtet er etableret lokale akutordninger for sindslidende udenfor normal arbejdstid. Akutordningerne omfatter dels telefonordning, dels mulighed for overnatning.</p> <p>Såfremt der er behov for indlæggelse sker det gennem praktiserende læge/vagtlægesystemet</p>
Århus Amt	<p>Psykiatrisk skadestue ved Psykiatrisk Hospital i Risskov dækker hele amtet og har døgnåbent</p>
Viborg Amt	<p>Viborg Amt har ingen opsøgende psykoseteams og ingen psykiatriske skadestuer.</p> <p>Amtet har en døgn-tjeneste, der er rettet imod sindslidende og pårørende, som uden for normal åbningstid og i weekender har behov for at kunne henvende sig et sted, hvor de kan få professionel hjælp i en akut opstået krisesituation.</p> <p>Der findes desuden to mobilteams, som ikke er åben udenfor almindelig åbningstid, men de har i begrænset omfang mulighed for at træffe aftaler om besøg udenfor åbningstiden.</p>
Nordjyllands Amt	<p>Distriktpsychiatrien er fuldt geografisk dækkende, men er kun tilgængelig i dagarbejdstiden på hverdage.</p> <p>Der er en amtsdækkende psykiatrisk skadestue, som er tilgængelig alle dage og hele døgnet.</p>
H:S	<p>Der er i alt 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer i H:S, som tilsammen dækker hele sygehusfællesskabets optageområde</p>

*Spørgsmål 67:*

Det bedes oplyst, hvilke udenlandske erfaringer med ambulante tvang, ministeren støtter sig til, herunder f.eks. lovgivning eller administrative ordninger, hvor man i et eller flere lande har gennemprøvet en ordning, der er identisk med eller ligner den, der nu foreslås af regeringen. Der bedes for hvert af de lande, der henvises til, givet en kort redegørelse for, om ordningen har været en succes, set med faggruppernes og patienternes øjne.

*Svar:*

Som anført i min besvarelse af spørgsmål nr. 1 og 64, kan den ordning med tvungen opfølgning efter udskrivning, der lægges op til i L 140, efter min opfattelse ikke sammenlignes med udenlandske ordninger om »ambulant tvang«, hvor kriterierne for at blive omfattet af ordningerne og indholdet i ordningerne er forskellige fra det, regeringen foreslår.

Forslaget om tvungen opfølgning efter udskrivning støtter sig således ikke på udenlandske erfaringer.

Men jeg noteret mig, at der i andre lande, bl.a. Norge, England, New Zealand, USA og Australien er mulighed for at anvende »ambulant tvang«, og at effekten heraf er undersøgt i flere forskellige studier, jf. den dokumentalistrapport vedrørende blandt andet ambulant tvang, som Rambøll Management har udarbejdet i forbindelse med psykiatrilovsundersøgelsen. Til udvalgets orientering gengiver jeg nedenfor de konklusioner herom, som er optrykt i Rambølls rapport:

»En randomiseret amerikansk undersøgelse omhandlende 129 alvorligt psykisk syge patienter underlagt ambulant tvang fandt, at frekvensen af genindlæggelser faldt med 57 pct. for alle og for gruppen af patienter med non-afektive psykoser (dvs. overvejende skizofrene patienter) blev frekvensen af genindlæggelse reduceret med 72 pct. (Schwartz et al 1999). Undersøgelsen konkluderede, at ambulant tvang er en effektiv måde at sikre behandling for svært sindssyge personer, men at det ikke kan erstatte behovet for periodevis intensiv behandling på et hospital.

Et andet amerikansk studie viste, at for gruppen af svært psykisk syge reducerede anvendelsen af ambulant tvang risikoen for at blive hjemløs de første 4 måneder efter udskrivelsen (Compton et al 2003).

En tredje amerikansk undersøgelse så på ambulante tvangs effekt på at holde svært psykisk syge i behandling efter udskrivelse (Schwartz et al 2001). Patienterne var oprindeligt blevet tvangsindlagt og en undergruppe blev beskrevet som havende en sygehistorie, hvor de havde begået alvorlig vold mod andre. Man sammenlignede en gruppe af patienter, der var underlagt ambulant tvang i længere tid (mindst ½ år) og fandt, at længerevarende anvendelse af ambulant tvang bedrede deres psykiske tilstand i forhold til den anden gruppe. Studiet fremhæver især, at anvendelse af antipsykotisk behandling i depotform sikrer, at patienterne forblev i kontakt med sundhedsvæsenet. Samme studiegruppe har også undersøgt patienternes holdning til ambulant tvang og fandt hos over 200 patienter, at mere end 76 pct. mente, at ambulant tvang betød, at de med langt større sandsynlighed ville møde op til ambulant kontrol, tage den nødvendige medicin og dermed undgå genindlæggelse (Borum et al 1999).

I en undersøgelse af 85 amerikanske sundhedspersonalers holdning til ambulant tvang fremgår det, at 78 pct. fandt, at ambulant tvang øgede sandsynligheden for, at skizofrene patienter forblev i behandling efter udskrivelse og at 81 pct. ikke troede, at ambulant tvang ville afholde psykisk syge fra at søge hjælp i fremtiden (Schwartz et al 2003). Patienterne selv opfattede i denne undersøgelse ambulant tvang som en mulig barriere for at søge hjælp, men dette gjaldt kun personer, der tidligere havde været tvangsindlagt. Studiet konkluderer, at vedvarende, uformelt pres til at forblive i behandling efter udskrivelse forbedrer prognosen og mindsker barrieren mod at søge hjælp.

En randomiseret undersøgelse af patienternes livskvalitet efter 12 måneder med ambulat tvang viste, at patienter underlagt ambulat tvang, opnåede en højere grad af livskvalitet og færre sygdomssymptomer end kontrolgruppen (Swanson et al 2003).

En engelsk undersøgelse fra 1991 konkluderede, at ambulat tvang reducerede graden af farlighed, bedre patienternes evne til at forblive i behandling og nedsatte indlæggelsestiden (Sensky et al 1991).

En amerikansk undersøgelse, hvor man sammenlignede to grupper af patienter med og uden ambulat tvang kunne ikke påvise nogen forskel hos de 142 individer efter 11 måneder (Steadman et al 2001).

En oversigtsartikel fra 2001 anbefaler anvendelse af ambulat tvang over for personer med alvorlig psykisk sygdom, idet ordningen nedsætter risikoen for vold, reducerer antallet af genindlæggelser, øger sandsynligheden for at patienten følger behandlingen efter udskrivelse og muligvis nedsætter risikoen for selvmord hos denne personkreds (Torrey et al 2001).«

#### *Spørgsmål 75:*

I debatoplægget fra Rådet for Socialt Udsatte »Mindre tvang i psykiatrien – et debatoplæg i forbindelse med den kommende revision af psykiatriloven« beskrives det program, der siden august 2004 er gennemført på 22 psykiatriske afdelinger med det formål at nedbringe brugen af tvang, herunder især bæltefikseringer. På den lukkede afdeling på Hvidovre Hospital er det således lykkedes at få nedbragt antallet af tvangsfikseringer til en tredjedel, uden at patienterne er blevet udsat for flere tvangsbehandlinger med beroligende medicin. I stedet er patienterne tilbudt samtaler, motion, musik og andre aktiviteter, uanset hvor dårlige patienterne har været. Vil ministeren stille et ændringsforslag, der sikrer, at tvangsfiksering alene anvendes, når ingen andre relevante muligheder – såsom samtaler, motion, musik og andre terapiformer m. v. – er blevet benyttet eller forsøgt benyttet? I benægtende fald anmodes om teknisk bistand til udarbejdelse af et sådant ændringsforslag.

#### *Svar:*

Det følger allerede af psykiatrilovens § 4 om mindste middel princippet, at tvang ikke må benyttes, hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige.

Jeg synes, det er meget positive resultater, som er frembragt i det nationale kvalitetsprojekt om anvendelse af tvang i psykiatrien, bl.a. på Hvidovre Hospital. Det viser, hvor vigtigt det er til stadiet at arbejde med udvikling af kvaliteten i det kliniske arbejde.

#### *Spørgsmål 78:*

Er det ved udformningen af bestemmelserne om patientrådgivere sikret, at der også udpeges en rådgiver for de patienter, som på den ene side ikke modsætter sig behandling, men som på den anden side heller ikke er i stand til at overskue behandlingen? I dag behandles disse patienter i praksis uden et gyldigt samtykke, jf. »Mindre tvang og større kreativitet« af lektor i sundhedsret Mette Hartlev, Københavns Universitet, i Bedre Psykiatri 2005, 2. Det ønskes oplyst, om dette problem er løst ved den foreslåede udformning af bestemmelserne, eller om ministeren i modsat fald vil stille ændringsforslag herom. I benægtende fald anmodes om teknisk bistand til udformning af et sådant ændringsforslag.

#### *Svar:*

I den gældende psykiatrilov er tvang defineret som anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig, jf. lovens § 1, stk. 2.

Lovforslaget definerer tvang som anvendelse af foranstaltninger for hvilke, der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. lov om patienters retsstilling, fra 1. januar 2007 sundhedsloven.

Med lovforslagets nye tvangsdefinition bringes psykiatrilovens grænser for, hvornår der er tale om henholdsvis frivillighed og tvang således i overensstemmelse med lov om patienters retsstilling, fra 1. januar 2007 sundhedsloven.

Det sikres hermed, at en foranstaltning i forhold til en patient, der ikke selv har afgivet et informeret samtykke, betragtes som en tvangsmæssig foranstaltning, medmindre der foreligger stedfortrædende samtykke.

Det betyder, at patienter, der, som Mette Hartlev beskriver, ikke modsætter sig behandling, men som heller ikke er i stand til at overskue behandlingen, vil få beskikket en patientrådgiver, eftersom indgreb overfor dem vil blive betragtet som tvang med den nye tvangsdefinition, i det omfang der ikke er afgivet samtykke.

Den nye tvangsdefinition vil formentlig medføre en stigning i antallet af registrerede tvangstilfælde i Sundhedsstyrelsens årlige tvangsstatistik, idet visse situationer, som i dag vil blive karakteriseret som frivillige, i fremtiden vil optræde i statistikken som tvangsindgreb.

#### *Spørgsmål 79:*

Der ønskes en vurdering af Rådet for Socialt Udsattes ønske om indførelse af en behandlingsgaranti på sindslidendeområdet, svarende til hvad der er gennemført på stofmisbrugerområdet. Er ministeren indstillet på at stille ændringsforslag i overensstemmelse hermed? I benægtende fald anmodes om teknisk bistand til et sådant ændringsforslag.

#### *Svar:*

Rådet for Socialt Udsatte skriver i sin årsrapport for 2005, at en behandlingsgaranti i relation til sindslidende bør drejes i retning af, hvad der kan forstås som »garanti for både kvalificeret behandling og omsorg for hver enkelt bruger«. Hermed ønsker Rådet for Socialt Udsatte at forlade en automatisk tænkning af behandling som alene værende den medicinske/lægefaglige dimension. Kvalificeret behandling og omsorg har efter Rådets opfattelse et bredere sigte med henholdsvis psykologbehandling, psykosocial, socialfaglig såvel som medicinsk/lægefaglig behandling. Rådet finder, at alle psykisk syge bør sikres fri og uhindret adgang til den form for støtte, hjælp og behandling, han/hun selv mener at have brug for.

En behandlingsgaranti som beskrevet af Rådet for Socialt Udsatte er derfor efter min vurdering meget forskellig fra behandlingsgarantien for stofmisbrugere, som består i en pligt for kommunalbestyrelsen til at tilbyde social behandling senest 14 dage efter henvendelse til kommunen.

Psykiatriloven regulerer kun en meget lille del af den psykiatriske behandling, nemlig i hvilket omfang der må anvendes frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Jeg finder således ikke, at det vil være hensigtsmæssigt at indføre en behandlingsgaranti på sindslidendeområdet i psykiatriloven, hvorfor jeg ikke er indstillet på at stille et ændringsforslag herom.

Jeg er imidlertid helt enig med Rådet i, at der skal tilbydes en bred vifte af tilbud til psykiatriske patienter – både i sundhedsvæsenet og i det sociale system. Det afgørende for mig er, at der er en sammenhæng i tilbuddene for de patienter, som har behov for tilbud i både sundhedsvæsenet og i det sociale system. Det er bl.a. også derfor, det med sundhedsloven bliver obligatorisk at indgå aftaler mellem region og kommune om indsatsen for sindslidende. Det er også derfor, jeg i bemærkningerne til L 140 har præciseret forpligtelsen til at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

*Spørgsmål 83:*

I Politikens kronik den 27. februar 2006 »Mere tvang i psykiatrien«, er blandt andet anført: »Efter nedjustering af antallet af sengepladser i psykiatrien igennem de sidste årtier – i forbindelse med indførelse af distriktpspsykiatrien – er der i perioder massive problemer med overbelægning på de psykiatriske afdelinger rundt omkring på landets sygehuse. Set i det lys er det klart, at man må frygte, at indførelsen af ambulante tvang vil føre til eksperimenterende udskrivninger i pressede situationer. Ligesom man kan frygte, at de patienter, der betragtes som særligt »besværlige« vil blive udskrevet før tid sammen med et krav om ambulante tvangsbehandling.« Der anmodes om ministerens kommentar hertil. I besvarelsen bedes endvidere oplyst udviklingen i antal sengepladser siden 1985 og overbelægningssituationen.

*Svar:*

Spørgsmålet om, hvorvidt en patient skal behandles under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, eller om vedkommende eventuelt kan behandles ambulante, beror som anført ved besvarelsen af spørgsmål 43 og 74 på et sundhedsfagligt skøn. Spørgsmålet om, hvorvidt en patient er »besværlig« kan selvfølgelig ikke indgå i denne vurdering. Jeg deler således ikke den skepsis i forhold til landets psykiatriske overlæger, som spørgsmålet afspejler, og har tillid til, at der ikke »foretages eksperimenterende udskrivninger«.

Som jeg blandt andet ved besvarelsen af spørgsmål 38 og 43 har understreget, gælder psykiatrilovens overordnede og grundlæggende princip om mindste middel også i forhold til beslutninger om tvungen opfølgning efter udskrivning. Dette indebærer, at den behandlingsansvarlige overlæge til stadighed har ansvaret for at anvende den mindst indgribende foranstaltning i forhold til den enkelte patient. Heraf følger også, at tvungen opfølgning ikke kan sættes i værk som alternativ til en indlæggelse.

For så vidt angår udviklingen i antallet af sengepladser og belægningsprocenten kan jeg henvise til nedenstående oversigt, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet. Årene 1985 og 1986 er ikke medtaget på grund af store strukturelle ændringer i disse år. Opgørelsen i disse år medtager sengepladser ved psykiatriske plejehjem og er derfor ikke sammenlignelige med de efterfølgende år.

Tabel: Sengepladser og belægningsprocenter på psykiatriske specialer fra 1987 til 2004

År	Normerede sengepladser	Belægningsprocent
1987	5.893	85,0
1988	5.639	83,8
1989	5.209	84,8
1990	4.906	85,6
1991	4.728	85,1
1992	4.338	90,0
1993	4.242	92,4
1994	4.259	92,9
1995	4.204	90,1
1996	4.209	91,0
1997	4.161	94,9
1998	4.125	95,3
1999	4.148	95,3
2000	4.001	96,0
2001	3.990	94,3
2002	3.879	93,9



2003	3.756	93,4
2004	3.559	94,3

*Spørgsmål 99:*

Vil ministeren yde teknisk bistand til udformning af ændringsforslag, der giver patienten ret til psykoterapibehandling i forbindelse med indlæggelse. Ændringsforslaget bedes udformet således, at der ikke er tale om en ubegrænset adgang til psykoterapi for patienten, men således at omfanget af den ydede psykoterapi fastsættes på et rimeligt niveau.

*Svar:*

Jeg er naturligvis indstillet på at yde teknisk bistand til udformning af de ændringsforslag, som udvalgets behandling af lovforslaget måtte føre frem til.

Efter den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 2, skal sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt at forebygge tvang tilbyde sygehushold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard. I L 140 foreslår jeg, at denne bestemmelse blandt andet udbygges ved, at ordet »omsorg« kommer til at fremgå af bestemmelsen.

De faglige tilgængelige behandlingsmetoder omfatter overordnet:

- Biologiske, herunder psykofarmakologiske behandlingsmetoder
- Samtalebaserede, herunder psykoterapeutiske såvel psykodynamiske som kognitive behandlingsmetoder og
- Psykosociale, herunder miljøterapeutiske behandlingsmetoder.

Disse metoder supplerer hinanden med forskellig vægt i behandlingen af den enkelte patient afhængig af dennes sygdom og problemstilling i øvrigt.

Der foregår løbende en faglig udvikling, dokumentation og evidensindhentning vedrørende værdi og effektivitet af forskellige behandlingsformer i relation til forskellige psykiske lidelser.

Den faglige udvikling er således dynamisk over tid. Videnskabelige artikler, kliniske vejledninger, referenceprogrammer og lignende opsummerer de faglige anbefalinger for, hvad der på et givet tidspunkt må anses for god nutidig faglig standard af behandling i relation til forskellige psykiske sygdomme.

Formuleringen i Psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard tilgodeser at patienterne på ethvert tidspunkt kan tilbydes den sundhedsfagligt relevante behandling i overensstemmelse med denne udvikling og vidensindhentningen på området.

Hvilken konkret behandling, pleje og omsorg, der skal tilbydes den enkelte psykiatriske patient, herunder evt. psykoterapeutisk behandling, beror således, som for alle andre patienter i sygehusvæsenet, hvad enten patienten lider af en legemlig lidelse eller en psykisk lidelse, på en konkret sundhedsfaglig vurdering.

Jeg kan på denne baggrund ikke støtte et ændringsforslag, som specifikt giver patienten ret til en bestemt type faglig behandling f.eks. psykoterapeutisk behandling.