



Fremsat den 7. februar 2019 af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., sundhedsloven og forskellige andre love

(Udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, anvendelse af kropsscannere og narkohunde, ambulante behandling af retspsykiatriske patienter på privathospitaler m.v.)

§ 1

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015, som ændret ved § 7 i lov nr. 656 af 8. juni 2016, § 1 i lov nr. 691 af 8. juni 2017 og senest ændret ved § 32 i lov nr. 1711 af 27. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 4 a ændres »§ 19 a, stk. 1 og 4« til: »§ 19 a, stk. 1, 2, 6 og 7«.

2. § 13 a, stk. 1, ophæves og i stedet indsættes:

»§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Hvis det må antages, at en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

3. § 13 d og § 13 e ophæves.

4. Overskriften til kapitel 5 affattes således:

»Kapitel 19 a

Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, samt anvendelse af kropsscannere og narkohunde m.v.»

5. § 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. Ved mistanke som nævnt i stk. 1 kan overlægen med henblik på at sikre, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af en patient eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Stk. 3. Kravet om mistanke efter stk. 1 gælder ikke for Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med anvendelse af kropsscannere, jf. stk. 2.

Stk. 4. Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue og ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 5. Kropsvisitation efter stk. 1, nr. 3, omfatter ikke undersøgelse af kroppens hulrum.

Stk. 6. Overlægen kan ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdelings udearealer beslutte, at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af disse arealer.

Stk. 7. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, 2 og 6, tages i forvaring. Overlægen skal 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. 8. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele, kropsvistation af patienten, anvendelse af kropsscannere og anvendelse af narkohunde.«

6. I § 20, *stk. 1, 1. pkt.*, udgår »13 d.«.

7. I § 24, *stk. 1*, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

8. § 26, *stk. 1, 4.-6. pkt.*, ophæves.

9. § 32, *stk. 3, 2. pkt.*, ophæves.

10. I § 35 udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«.

11. I § 36, *stk. 3, 1. pkt.*, udgår », og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, *stk. 3*,«.

12. I § 37, *stk. 1*, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«.

13. § 37, *stk. 3*, ophæves.

14. § 40, *stk. 3*, affattes således:

»*Stk. 3.* Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i Sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13 og 21, *stk. 2*, samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.«

§ 2

I lov om retspsykiatrisk behandling m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1396 af 21. december 2005, foretages følgende ændring:

1. I § 1 indsættes som *stk. 2* og *3*:

»*Stk. 2.* Regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, som er omfattet af stk. 1, nr. 2, og på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af institutioner som nævnt i stk. 2.«

§ 3

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018, som ændret ved § 3 i lov nr. 1555 af 18. december 2018, lov nr. 1556 af 18. december 2018, § 42 i lov nr. 1518 af 18. december 2018 og senest ændret ved § 1 i lov nr. 1732 af 27. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. § 238, *stk. 1*, affattes således:

»Bopælsregionen opkræver betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Betalingskommunen er den kommune, som i henhold til § 9 a, *stk. 4, 1.-3. pkt.*, samt § 9 c, *stk. 2* og *stk. 4-6* samt *stk. 12*, i lov om retssikkerhed på det sociale område, har den generelle betalingsforpligtelse.«

2. I § 238, *stk. 2* og *stk. 3*, der bliver til *stk. 5*, ændres »bopælskommunen« til: »betalingskommunen«.

3. I § 238, *stk. 2*, indsættes efter »afsnit VI til«: »somatisk«

4. I § 238 indsættes efter *stk. 2* som nye stykker:

»*Stk. 3.* Ud over den betaling, der opkræves efter *stk. 1*, opkræver staten betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde, som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 4. Taksterne efter *stk. 3* får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.«

Stk. 3-6 bliver herefter *stk. 5-8*.

5. I § 238, *stk. 4*, der bliver *stk. 6*, ændres »*stk. 1* og *3*« til: »*stk. 1* og *5*«.

6. I § 238, *stk. 5*, der bliver *stk. 7*, ændres »*stk. 1-4*« til: »*stk. 1-6*«.

7. I § 238, *stk. 5*, der bliver *stk. 7*, ændres »bopælskommunens« til: »betalingskommunens«.

8. I § 238, *stk. 6*, der bliver *stk. 8*, indsættes efter »*stk. 2*« »og *3*«.

§ 4

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018, som ændret ved § 1 i lov nr. 1555 af 18. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 41, *stk. 1, 1. pkt.*, indsættes efter »§ 142, *stk. 4*«: », og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse«.

2. I § 41, stk. 1, indsættes som 3. pkt.:

»I tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser skal ordinationen foretages straks.«

§ 5

I retsplejeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1284 af 14. november 2018, som ændret ved § 1 i lov nr. 1540 af 18. december 2018, § 2 i lov nr. 1541 af 18. december 2018, lov nr. 1544 af 18. december 2018, § 2 i lov nr. 1719 af 27. december 2019 og § 15 i lov nr. 1711 af 27. december 2018, foretages følgende ændring:

1. I § 469, stk. 1, 2. pkt. og 4, 3. pkt., udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

§ 6

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2019, jf. dog stk. 2

Stk. 2. Lovens § 3, nr. 2 træder i kraft den 1. januar 2020.

Stk. 3. Regler fastsat i medfør af § 13 a, stk. 2, jf. lov nr. 1160 af 29. september 2015, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af § 13 a, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., som affattet ved denne lovs § 1, nr. 2.

Stk. 4. Regler fastsat i medfør af § 238, stk. 5 og 6, jf. lov nr. 1286 af 2. november 2018, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af sundhedslovens § 238, stk. 7 og 8 som affattet ved denne lovs § 3, nr. 7 og 9.

§ 7

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men lovens §§ 1 og 4 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Lovforslagets hovedindhold
 - 2.1 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
 - 2.1.1 Gældende ret
 - 2.1.1.1 *Psykiatriloven*
 - 2.1.1.2 *Servicebogen*
 - 2.1.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.2 Tvungen opfølgning efter udskrivning
 - 2.2.1 Gældende ret
 - 2.2.2 Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning
 - 2.2.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.3 Brug af kropsscannere og narkohunde i forbindelse med mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling
 - 2.3.1 Gældende ret
 - 2.3.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.4 Mulighed for regionerne til at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulans behandlingsdom
 - 2.4.1 Gældende ret
 - 2.4.1.1 *Straffelovens bestemmelser om personer dømt til retspsykiatriske foranstaltninger*
 - 2.4.1.2 *Indlæggelse og behandling på psykiatriske sygehuse i lov om retspsykiatrisk behandling m.v.*
 - 2.4.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.5 Justering af takster for psykiatriske færdigbehandlingsdage
 - 2.5.1 Gældende ret
 - 2.5.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.6 Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug og tilvejebringelse af et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling
 - 2.6.1 Gældende ret
 - 2.6.1.1 *Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug*
 - 2.6.1.2 *Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling*
 - 2.6.2 Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug
 - 2.6.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser den foreslåede ordning
 - 2.6.1.1 *Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug*
 - 2.6.1.2 *Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling*
3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
5. Administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
9. Sammenfattende skema

1. Indledning

Der er en stigning i antallet af mennesker med kort eller langvarig psykisk mistrivsel, som har brug for professionel hjælp til at blive raske eller leve et godt liv med deres sygdom.

Det er derfor afgørende for regeringen, at indsatsen for mennesker med psykiske lidelser opprioriteres og styrkes. Særligt for mennesker med svære psykiske lidelser er der behov for en styrket indsats for at undgå usammenhængende behandlingsforløb, genindlæggelser og høj overdødelighed.

Regeringen fremsatte på denne baggrund psykiatriplanen ”Vi løfter i fællesskab” i september 2018. Psykiatriplanen indeholder en række nye initiativer fordelt på seks indsatsområder, der har til formål at give en styrket og sammenhængende behandling af mennesker med psykiske lidelser og opprioritere den indsats, der ligger før og efter en eventuel indlæggelse i psykiatrien.

Initiativerne i psykiatriplanen bygger blandt andet på det faglige oplæg ”Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser”, som Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i juni 2018. Derudover bygger planen oven på anbefalingerne fra ”Styringsgennemgang af psykiatrien”, udarbejdet af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Børne- og Socialministeriet har desuden været inddraget i arbejdet. Initiativerne står på skuldrene af seks analyser, som Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med Børne- og Socialministeriet har udarbejdet, og som giver et indblik i psykiatrien på tværs af kommuner og regioner, førstegangsdiagnosticerede patienter i psykiatrien og overlappet mellem modtagere af indsatser efter lov om social service (herefter serviceloven) og patienter i sygehuspsykiatrien.

På baggrund af initiativerne i psykiatriplanen vil regeringen fremsætte et lovforslag med en række elementer som har til formål at bidrage til at indfri regeringens ønske om at løfte kvaliteten og sikre sammenhængen i forbindelse med behandling af mennesker med psykiske lidelser. Med lovforslaget stilles der på denne baggrund blandt andet forslag om, at der skal indgås udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (herefter psykiatriloven) for alle voksne indlagte psykiatriske patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte som følge af nedsat psykisk funktionsevne i henhold til servicelovens afsnit V.

Der stilles desuden forslag om, at der på alle psykiatriske afdelinger ved mistanke om at der findes medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, kan anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang på afdelingerne. Som undtagelse hertil stilles der forslag om, at der ikke gælder et krav om mistanke for anvendelse af kropsscannere på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Endelig stilles der forslag om, at der ved mistanke om medikamenter, rusmidler

eller farlige genstande kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af den psykiatriske afdelings udearealer.

Det foreslås derudover, at der skal kunne opkræves færdigbehandlingstakster for psykiatriske færdigbehandlingsdage. Endvidere foreslås der tilvejebragt et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for, at læger ansat i sygehusvæsenet må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som er indlagt på sygehus, samt at personer med et stofmisbrug og med behandlingskrævende akutte abstinenser straks skal tilbydes abstinensbehandling, indtil den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes. Endelig foreslås det, at behandlingsmulighederne udvides for ambulante patienter i retspsykiatrien, således at regionerne får mulighed for at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulante behandlingsdom.

2. Lovforslagets hovedindhold

2.1 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

2.1.1 Gældende ret

2.1.1.1 Psykiatriloven

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

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

Der stilles samme indholdsmæssige krav til en koordinationsplan, som indgås uden patientens medvirken, som til en udskrivningsaftale, der indgås med patientens medvirken.

Det overordnede ansvar for at der indgås en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal indeholde oplysninger om patientens fremtidige behandling og sociale foranstaltninger for patienten efter udskrivning, samt oplysninger om, hvem der skal reagere, hvis patienten ikke følger planen. Det nærmere indhold af udskrivningsaftaler er fastsat i vejledninger udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, ligesom indholdet er beskrevet i rapporten ”Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien” fra september 2011. Som minimum skal udskrivningsaf-

talerne indeholde diagnoser, en plan for den påtænkte behandling, sociale foranstaltninger samt hvem der skal reagere, hvis patienten ikke følger behandlingsplanen. Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de øvrige relevante myndigheder, herunder kommuner og regioner, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

De nærmere regler om registrering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner fremgår af bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger (herefter bekendtgørelsen). Af bekendtgørelsens kapitel 3 fremgår det, at patientens navn og cpr-nr., dato for indlæggelse og udskrivning, dato for etablering og udløb af udskrivningsaftalen og navnet på den etablerede overlæge skal registreres ved indgåelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Det fremgår endvidere, at der ved registrering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, i journalen skal henvises til, at der er foretaget en sådan registrering, og at en patient har ret til at gøre sig bekendt med, hvad der er registreret om patienten selv.

Det følger af psykiatrilovens § 13 c, at den psykiatriske afdeling har mulighed for at videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. Således sikres det, at der kan udveksles nødvendig viden i forbindelse med indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, og at patienten ikke selv bliver den primære ansvarlige for at videreformidle centrale oplysninger om sin egen behandling.

2.1.1.2 Serviceloven

Efter bestemmelserne i servicelovens afsnit V om støtte til voksne som følge af nedsat psykisk funktionsevne, har kommunalbestyrelsen pligt til at tilbyde borgere en lang række indsatser i form af eksempelvis socialpædagogisk støtte, behandling af stofmisbrugere, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud og midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer. Målgruppen for indsatserne omfatter f.eks. mennesker med udviklingshæmning eller autisme m.v., samt mennesker med svære psykiske lidelser, mennesker der lever i længerevarende hjemløshed og mennesker med udprægede stofmisbrugsproblemer. Der er således tale om mennesker, som har dybtgående problemer med at få, bibeholde eller klare sig i egen bolig, eller for hvem der bør gøres en ekstra og mere langsigtet indsats, f.eks. for at kunne udvikle en positiv identitet, for at udøve særlige færdigheder eller for at mestre en aktiv livsudfoldelse i samspil med andre.

2.1.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Mennesker med svære psykiske lidelser søger ofte ikke på eget initiativ den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling, og de kan derfor blive tabt i overgangen mellem forskellige behandlingsinstanser. Gruppen er karakteriseret ved et sammenfald af tunge psykiatriske og sociale problemer, ligesom gruppen ofte er kendetegnet ved en kombination af alvorlig sindslidelse og misbrug, manglende sygdomserkendelse og modstand over for behandling. Patienterne vil desuden ofte være uden sociale kontakter, hvorfor der er større risiko end normalt for, at ingen vil bemærke, eller først på et meget sent tidspunkt vil bemærke, at patienterne er faldet ud af behandlingssystemet efter udskrivning.

Det er i praksis kun et fåtal af de psykiatriske patienter, der i forbindelse med endt behandling på psykiatrisk afdeling, får udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Udviklingen i antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner viser således, at der på landsplan alene blev udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for cirka 730 patienter i 2017.

Behovet for, at der bliver indgået flere udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i forbindelse med udskrivning af patienter fra psykiatrien, er blandt andet blevet fremhævet i FOA's psykiatriudspil "Sammen om psykiatrien" fra januar 2017, hvor det blev påpeget, at personalet på botilbud alt for ofte ikke får de nødvendige oplysninger om patienter efter udskrivning fra psykiatrien. Det blev endvidere i forbindelse med afrapporteringen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, bestående af KL, Danske Regioner og staten, i juni 2017 anbefalet at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for personer med psykiske lidelser. Endelig har Sundhedsstyrelsen i 2017 i forbindelse med "Evalueringsrapport om tvungen opfølgning efter udskrivning i psykiatrien – bidrag til Sundhedsstyrelsens slutevaluering af ordningen" bemærket de positive effekter ved anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. I Sundhedsstyrelsens rapport "Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien" fra 2011, vurderede Sundhedsstyrelsen desuden, at der fandtes patientforløb, hvor udarbejdelsen af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan var relevant, men ikke blev foretaget. Der blev desuden peget på, at der ikke blev udarbejdet så mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som ønsket, og at anvendelsen af disse i nogle patientforløb kunne have afværget en tvangsindlæggelse.

Sundheds- og Ældreministeriet finder på den baggrund, at det vil være oplagt, at der indgås flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvilket vil medføre en øget koordinering af behandlingstilbud efter udskrivning og dermed en mere helhedsorienteret behandling for patienten.

Det foreslås derfor, at psykiatrilovens § 13 a ændres sådan, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mel-

lem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det betyder, at overlægen i forbindelse med indlæggelses-samtalen, som i henhold til psykiatrilovens § 3 skal afholdes med patienten i forbindelse med en indlæggelse, skal spørge patienten, om patienten modtager støtte fra kommunen i henhold til servicelovens afsnit V. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis patienten modtager stofmisbrugsbehandling, er i beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud eller er i midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer.

Såfremt overlægen enten i forbindelse med indlæggelses-samtalen eller på et senere tidspunkt, bliver bekendt med, at patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V, skal overlægen inden udskrivelsen af patienten ikke foretage en vurdering af, om patienten må forventes at søge støtte eller behandling efter udskrivning, men uden videre sørge for, at der indgås en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, og hvis det er relevant, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det foreslås endvidere at § 13 a, stk. 2, ændres sådan, at overlægen er ansvarlig for, at der indgås en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan for patienter, som ikke er omfattet af den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 1, såfremt overlægen vurderer, at patienten ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud.

Dette vil således være tilfældet, hvis patienten enten ikke modtager støtte efter servicelovens afsnit V, eller hvis patienten i forbindelse med indlæggessamtalen eller på et senere tidspunkt under indlæggelsen enten ikke er i stand til eller ønsker at oplyse, om patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V.

Den foreslåede bestemmelse indebærer, at overlægen i modsætning til den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 1, skal foretage en konkret lægefaglig vurdering af patientens tilstand. Det bemærkes, at den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 2, ikke indeholder et alderskriterium, og således også er gældende for patienter under 18 år., i Dette i modsætning til den foreslåede bestemmelse i § 13 a, stk. 1, som omhandler voksne patienter. Patienter under 18 år vil dog oftest være omfattet af andre former for indsatser, hvorfor der ofte ikke vil være behov for at indgå en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være konkrete tilfælde, hvor der vil være behov herfor.

Det estimeres, at knap 7.000 patienter samlet set vil blive omfattet af den foreslåede bestemmelse i psykiatrilovens § 13 a.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at der ikke tilsigtes ændringer i udskrivningsaftalerne og koordinationsplanernes indhold eller form. Der tilsigtes endvidere ikke en ændring af, at ansvaret for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor pa-

tienten er indlagt. Det er således alene omfanget af indgåelse af hhv. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der søges udvidet med lovforslaget.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker endvidere, at den ansvarlige overlæge både i de tilfælde, hvor der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, og i de tilfælde, hvor en patient udskrives uden udarbejdelse af disse, skal søge at indhente patientens samtykke til at inddrage patientens pårørende, således at de er orienterede om udskrivningen og dermed har mulighed for at bistå patienten i tiden efter udskrivningen. De pårørende har en stor betydning for mennesker med psykiske lidelser, og de kan være en stor ressource, der kan bidrage til at støtte patienten i overgangen efter udskrivning fra en psykiatriske afdeling til en hverdag uden for afdelingen.

Endelig bemærkes det, at videregivelsen af oplysninger om patienters rent private forhold skal ske under iagttagelse af de til enhver tid gældende behandlingsregler i databeskyttelsesforordningen, databeskyttelsesloven eller særregler fastsat inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen.

2.2 Tvungen opfølgning efter udskrivning

2.2.1 Gældende ret

Det følger af psykiatrilovens § 13 d, stk. 1, 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 at følgende betingelser er opfyldt:

Patienten skal de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse have været tvangsindlagt mindst tre gange og i mindst ét tilfælde have undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, samt i forbindelse med den aktuelle indlæggelse være blevet tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse have været ordineret opsøgende behandling med et udgående psykiatri-team, men undladt at følge den ordinerende medicinske behandling.

Overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan i henhold til § 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 i henhold til § 13 d, stk. 3, beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatriske afdeling. Der skal ved afhentningen være en sundhedsperson til stede. Medicineringen af patienten kan i disse tilfælde alene foregå på en psykiatriske 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. Kravet om

anvendelse af mindstemiddelprincippet skal således være opfyldt.

En beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan i henhold § 13 d, stk. 5, være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten. Endelig følger det af § 13 d, stk. 6, 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.

Endelig blev det ved vedtagelsen af tvungen opfølgning i lov nr. 533 af 26. maj 2010 fastsat, at sundhedsministeren efter en forsøgsperiode på fire år skulle fremsætte forslag om revision af loven i folketingsåret 2014-15. Ved lov nr. 579 af 4. maj 2015 blev evalueringstidspunktet for ordningen udsat med yderligere fire år til folketingsåret 2018-2019, som følge af et sparsomt datagrundlag fra blot 30 patienter i en evaluering fra Sundhedsstyrelsen.

2.2.2 Sundhedsstyrelsens evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning

I overensstemmelse med bemærkningerne til lov nr. 533 af 26. maj 2010, jf. Folketingstidende 2009-2010, tillæg A, L 128, side 4, om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvor forsøgsordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning blev indført, har Sundhedsstyrelsen monitoreret ordningen. I september 2017 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen "Evaluering af tvungen opfølgning efter udskrivning i psykiatrien – bidrag til Sundhedsstyrelsens slut-evaluering af ordningen" på baggrund heraf. Evalueringen vedrører perioden fra 2010 til 2017.

Evalueringen viser, at 126 personer i en syvårig periode har været omfattet af ordningen. Patientgruppen beskrives som nogle af de mest alvorligt psykisk syge, og karakteriseres af det sundhedsfaglige personale og bostedspersonalet som habituel kronisk psykotiske, og uden behandling svært psykotiske og uden sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Overvejende er patienterne diagnosticeret med skizofreni og bor i eget hjem eller på et bosted.

Undersøgelsen viser endvidere, at alle regioner anvender ordningen, og at ordningen medfører et øget brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, hvilket fører til mere forebyggelse og nedsætter antallet af tvangsindlæggelser. Dog viser undersøgelsen, at der er uenighed om ordningens hensigtsmæssighed, og hvorvidt der er tale om det mindst indgribende middel over for patientgruppen.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringen bemærket, at erfaringsgrundlaget med ordningen er begrænset, da ordningen kun har været brugt relativt få gange henset til bestemmelsens meget restriktive krav for anvendelsen af ordningen. Det kræves eksempelvis, at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange og i mindst ét til-

fælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Sundhedsstyrelsen har endvidere påpeget, at evalueringen fremhæver nogle retssikkerhedsmæssige overvejelser. Psykiatrilovens øvrige regler omfatter som udgangspunkt alene personer, der indlægges på psykiatrisk afdeling og som opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Lovens regler om tvangsbehandling m.v. kan således som hovedregel ikke anvendes over for personer, der ikke opholder sig på psykiatrisk afdeling, hvorfor tvungen opfølgning udgør en undtagelse til denne hovedregel, og finder anvendelse over for personer, der ikke længere er psykotiske eller inhabile, og som ikke længere opholder sig på psykiatrisk afdeling, men som forventes at opleve et tilbagefald og dermed forventes at blive inhabile, såfremt tvang ikke anvendes.

Som oplyst af Sundhedsstyrelsen indebærer tvungen opfølgning endvidere, at patienten kan pålægges at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, hvilket også kan omfatte distriktspsykiatriske centre, hvor der ikke nødvendigvis er en læge til stede ved medicineringen. Dette adskiller sig ligeledes fra de generelle principper for frihedsberøvelse og tvangsbehandling, der som udgangspunkt alene må finde sted på psykiatrisk afdeling, hvor der altid vil være en behandlingsansvarlig overlæge.

Tvangsmedicinering under tvungen opfølgning adskiller sig ydermere fra anden tvangsbehandling ved ikke i samme grad at bero på en aktuel og konkret lægelig vurdering af patientens behov i den konkrete situation. Tvungen opfølgning iværksættes i perioder på op til tre måneder og behandlingen af patienten kan således tage udspring i gammel ordination.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der eksisterer en mindre hensigtsmæssig fortolkning af mindstemiddelprincippet i forbindelse med anvendelsen af depotpræparater i sammenhæng med tvungen opfølgning. Det blev i lovbemærkningerne ved indførelsen af tvungen opfølgning, jf. Folketingstidende 2009-2010, tillæg A, L 128, side 12 anbefalet at anvende depotpræparater, da det blev betragtet som et mindre indgribende middel end daglig tabletbehandling over for denne specifikke patientgruppe. Det Psykiatriske Patientklagenævns og Det Psykiatriske Ankenævns har omvendt over mange år fastlagt en praksis, der tilsiger, at brug af depotmedicin under indlæggelse er mere indgribende end enkelt-dosering og derfor ikke bør anvendes, hvis en mindre indgribende metode er mulig. Dette medfører, at patienter under indlæggelsen ikke kan forberedes og understøttes i overgangen til depotmedicinering efter udskrivningen, hvilket kan betyde et væsentligt skift i behandlingen for patienten.

Sundhedsstyrelsen har bemærket, at sundhedspersonerne, som har anvendt ordningen, vurderer, at ordningen ofte udgør en væsentlig mulighed for at fastholde patienten i et stabilt behandlingsforløb og at ordningen er effektiv mens patienterne er omfattet. De sundhedsprofessionelle har dog bemærket, at den forbedrede situation er midlertidig, dels fordi der er tidsbegrænsning på ordningens varighed på maksimalt 12 måneder, dels fordi patientgruppen i stor udstræk-

ning udgøres af kronisk syge personer, der ophører med at følge behandlingen og falder tilbage i sygdommen efter ordningens udløb. Dog er en positiv sideeffekt, at ordningen har bidraget til en øget og mere kvalificeret brug af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for patienter. I den forbindelse påpeger Sundhedsstyrelsen, at det bør overvejes at revidere psykiatrilovens bestemmelser omkring disse planer og aftaler.

På baggrund af afvejningen mellem det lave antal patienter med alvorlig, kronisk sygdom, som er omfattet af bestemmelserne, og de retssikkerhedsmæssige overvejelser, som bestemmelserne medfører, er det således Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering, at ordningen bør ophøre.

2.2.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

For at hjælpe de sværest psykisk syge patienter, der gentagne gange er blevet indlagt med tvang, blev der i 2010 som forsøgsordning indført hjemmel til tvungen opfølgning efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling.

Indførslen af ordningen afspejlede aftalen om satspuljen på sundhedsområdet for 2010-2013, som regeringen og satspuljepartierne indgik den 26. oktober 2009. Af aftalen fremgik, at satspuljepartierne havde noteret sig, at der fandtes en meget lille gruppe patienter, som var svære at fastholde i medicinsk behandling. Det fremgik endvidere, at satspuljepartierne på den baggrund imødeså, at regeringen fremsatte et lovforslag, som i en forsøgsperiode på 4 år gav mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivning over for disse patienter.

Som beskrevet ovenfor i afsnit 2.2.2, udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2017 en evaluering af ordningen, hvoraf det fremgik, at blot 126 patienter havde været omfattet af ordningen siden 2010.

Sundheds- og Ældreministeriet finder på baggrund af Sundhedsstyrelsens evaluering og henset til de retssikkerhedsmæssige hensyn, der er forbundet med anvendelsen af tvang, at psykiatrilovens §§ 13 d og 13 e om tvungen opfølgning efter udskrivning bør ophæves, da effekten af ordningen har vist sig at være beskedent og ikke tilstrækkelig effektiv.

Sundheds- og Ældreministeriet har lagt vægt på det lave antal alvorligt psykisk syge patienter, som har været omfattet af bestemmelsen, samt at den manglende effekt af tvungen opfølgning efter udskrivning skal ses i forhold til, at bestemmelsen er en fravigelse af det grundlæggende sundhedsretlige princip om, at behandling ikke kan indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, og at psykiatrilovens regler om tvangsbehandling som udgangspunkt ikke giver hjemmel til at anvende tvang uden for den psykiatriske afdeling. Det bør derfor bero på tungtvejende sundhedsfaglige og juridiske argumenter at opretholde ordningen, hvilket ifølge Sundheds- og Ældreministeriets ikke vurderer foreligger eller har kunne udledes af Sundhedsstyrelsens undersøgelse.

Der foreslås endvidere, at der som konsekvens af forslaget om ophævelse af ordningen om tvungen opfølgning, foretages en række konsekvensændringer af psykiatriloven samt af retsplejeloven.

Det bemærkes, at det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at de psykiatriske afdelinger i stedet bør øge anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som beskrevet i psykiatrilovens §§ 13 a og 13 b, jf. afsnit 2.2.1.

2.3 Brug af kropsscannere og narkohunde i forbindelse med mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling

2.3.1 Gældende ret

Det fremgår af psykiatrilovens § 19 a, stk. 1, nr. 1-3, at ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling, 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, at en patients post skal åbnes eller kontrolleres, at en patients stue og ejendele skal undersøges, eller at der skal foretages kropsvisitation af en patient.

Formålet med bestemmelsen er bl.a. at sikre patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale, ved at søge at forhindre, at patienter begår personfarlig kriminalitet under indlæggelsen.

For så vidt angår medikamenter, rusmidler og farlige genstande, kan der være tale om genstande eller midler, der kan udgøre en fare for patienten selv eller andre, hvis genstandene findes på afdelingen. Farlige genstande kan eksempelvis være knive eller andre våben, men det kan også være genstande, som man normalt ikke ville betragte som farlige, f.eks. værktøj, nåle eller glasflasker. Af rusmidler kan nævnes narkotiske stoffer eller alkohol. For så vidt angår medikamenter kan det være alle former for medicin, både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin.

Hjemlen til at åbne og kontrollere post indebærer, at både breve og pakker kan undersøges. Posten kan alene undersøges for, om de nævnte genstande, medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, findes i posten. Der er ikke hjemmel til at læse indholdet af posten. En beslutning om undersøgelse af stue og ejendele omfatter f.eks. undersøgelse af skabe og skuffer på stuen, men også patientens personlige tasker og andre ejendele kan med hjemmel i denne bestemmelse undersøges.

Der fremgik indtil 2015 et krav om begrundet mistanke forud for iværksættelse af kontrollen. Dette blev dog ændret ved lov nr. 579 af 4. maj 2015 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, hvor kravet om begrundet mistanke bortfaldt. Med ændringen i 2015 skal der nu alene foreligge en mistanke forud for iværksættelse af kontrol og åbning af post, undersøgelse af patientens stue eller ejendele og kropsvisitation. Det forstås herved, at overlægen eller det øvrige personale på afdelingen blot skal have en rimelig grund til at formode, at der er indført medikamenter, rus-

midler eller farlige genstande på afdelingen, eller at disse er forsøgt indført, jf. bekendtgørelse nr. 1102 af 11. september 2015 om åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer samt kropsvisitation m.v. på psykiatrisk afdeling.

Det bemærkes i denne forbindelse, at mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4, stk. 2, altid skal iagttages. Det følger heraf, at der i en given situation altid skal anvendes den mindst muligt indgribende foranstaltning, og at den tidsmæssige udstrækning skal begrænses til det absolut nødvendige. I mindstemiddelprincippet ligger endvidere, at f.eks. kropsvisitation skal udføres så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, så der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper.

I henhold til § 19 a, stk. 2, omfatter kropsvisitation ikke undersøgelse af kroppens hulrum, herunder endetarmsundersøgelse. På Sikringsafdelingen anvendes kropsscannere i forbindelse med kropsvisitation for at undgå at besøgende og andre, der søger adgang til afdelingen, medbringer medikamenter, rusmidler eller farlige genstande.

Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær, jf. § 19 a, stk. 3. Det forudsættes at disse undersøgelser kun foretages uden patientens tilstedeværelse i situationer, hvor patientens tilstand er af en sådan karakter, at vedkommende ikke kan overvære kontrollen. Andre rent praktiske forhold som f.eks. det forhold, at patienten ikke er tilstede på afdelingen på det tidspunkt, hvor kontrollen skal finde sted, må forsøges løst, så kontrollen f.eks. afventer patientens tilbagevenden til afdelingen.

Derudover kan overlægen, jf. § 19 a, stk. 4, 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.

Endelig er sundhedsministeren jf. § 19 a, stk. 5, bemyndiget til at fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele samt kropsvisitation af patienten m.v.

2.3.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Misbrugsproblemer på de psykiatriske afdelinger kan skabe udfordringer, f.eks. når patienter eller andre, der søger adgang til afdelingen, tager eller sælger stoffer på afdelingen, eller hvis patienter kommer i besiddelse af farlige genstande. Det skaber utryghed blandt både patienter og personale, som oplever, at patienter med stofmisbrug bliver mere uligevægtige og potentielt farlige, når de er påvirket.

Det er Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at der er usikkerhed på de psykiatriske afdelinger om, hvilke foranstaltninger de psykiatriske afdelinger har hjemmel til anvende i forbindelse med undersøgelser efter medikamenter, rusmidler og farlige genstande på afdelingen.

Sundheds- og Ældreministeriet finder det på denne baggrund hensigtsmæssigt, at der skabes hjemmel til, at der ved mistanke om, at der uretmæssigt søges at medbringe medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ind på de psykiatriske afdelinger, kan anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til de psykiatriske afdelinger, f.eks. besøgende, pårørende m.fl. Som en undtagelse hertil foreslås det, at kravet om mistanke ikke skal gælde for Sikringsafdelingen.

Med den foreslåede ændring om kropsscannere vil det således følge af psykiatrilovens § 19 a, stk. 2, at overlægen kan beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af en patient eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling, ved mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande uretmæssigt søges medbragt til afdelingen.

Ved kropsscannere forstås apparater, der kan undersøge personer visuelt ved gennemstråling af tøj for at afsløre eventuelle skjulte genstande uden for kroppen. Dette kan f.eks. være scannere, der benytter mikrobølgeteknik. Der gives ikke hjemmel til at anvende scannere med brug af ioniserende stråling (røntgenteknologi), der kan gennemlyse kroppen og afsløre genstande skjult i den undersøgte krop.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker i den forbindelse, at alene kropsscannere baseret på røntgenteknologi er omfattet af lov om ioniserende stråling og strålebeskyttelse (herefter strålebeskyttelsesloven). Idet forslaget om anvendelse af kropsscannere alene omfatter scannere uden brug af ioniserende stråling, finder reglerne i strålebeskyttelsesloven ikke anvendelse, og er derfor ikke iagttaget nærmere.

I forhold til undersøgelse af andre, der søger adgang til en psykiatrisk afdeling, vil undersøgelsen ved brug af kropsscannere efter lovforslaget normalt kunne finde sted i forbindelse med en adgangskontrol. Det bemærkes, at undersøgelserne i forhold til besøgende ikke vil kunne gennemtvinges, men at de pågældende vil kunne nægtes adgang til afdelingen, hvis de ikke vil lade sig undersøge.

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at det ikke er hensigten med lovforslaget, at der kan foretages rutinemæssige undersøgelser på afdelingen i forhold til samtlige eller en gruppe af indlagte patienter eller andre besøgende på afdelingen. Der skal således efter lovforslaget foreligge en mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen.

Som undtagelse hertil foreslås det i § 19 a, stk. 3, at kravet om mistanke efter stk. 1 ikke gælder for Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med anvendelse af kropsscannere, jf. stk. 2. Det vil således efter lovforslaget i modsætning til alle øvrige psykiatriske- og retspsykiatriske afdelinger være muligt rutinemæssigt at anvende kropsscannere på Sikringsafdelingen.

Baggrunden for at undtage Sikringsafdelingen for kravet om mistanke er de helt særlige forhold, der omgiver Sikringsafdelingen, og sikkerhedsmæssige krav, Sikringsafdelingen er underlagt. På Sikringsafdelingen anbringes de ekstraordinært farlige patienter, der enten har en dom, kendelse

eller administrativ resolution, der medfører, at patienterne skal være omfattet af særlige sikkerhedsforanstaltninger under indlæggelsen på afdelingen.

Sikringsafdelingen yder derfor både en særlig fængselsmæssig sikkerhed, som ikke findes på andre psykiatriske- og retspsykiatriske afdelinger, samtidig med, at der ydes behandling og pleje af patienterne. For at opretholde et højt sikkerhedsmæssigt niveau er det afgørende, at Sikringsafdelingen grundigt og rutinemæssigt kan kontrollere alle personer, som søger adgang til afdelingen, samt patienter, som f.eks. har været i behandling på et somatisk sygehus.

Det bemærkes, at der som tidligere beskrevet alene kan anvendes kropsscannere med mikrobølgeteknik. Der gives således med den foreslåede bestemmelse ikke hjemmel til at anvende kropsscannere med brug af ioniserende stråling (røntgenteknologi), der kan gennemlyse kroppen og afsløre genstande skjult i den undersøgte krop.

Det foreslås desuden i § 19 a, stk. 6, at de psykiatriske afdelinger gives hjemmel til, at der kan anvendes narkohunde til at undersøge de psykiatriske afdelingers udearealer ved mistanke om, at der findes medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på disse arealer.

Dette vil betyde, at de psykiatriske afdelinger får klar hjemmel til at indgå aftale med f.eks. private vagtværn som har narkohunde til rådighed, hvis den psykiatriske afdeling vurderer, at der er behov herfor, og således anvende dette redskab til at bekæmpe misbrugsproblemer på afdelingerne samt sikre, at der ikke medbringes farlige genstande.

Undersøgelse af udearealerne med narkohunde kan efter lovforslaget f.eks. ske langs afgrænsningen af den psykiatriske afdelings udearealer, hvis overlægen mistænker, at udefrakommende personer kaster medikamenter, rusmidler eller farlige genstande over f.eks. murværk, hegn eller lignende, som afgrænser den psykiatriske afdeling.

Formålet med bestemmelsen er tilsvarende formålet med bestemmelsen i § 19 a, stk. 1 og stk. 2, at sikre patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale.

Det understreges, at der med den foreslåede bestemmelse ikke gives hjemmel til, at der kan anvendes narkohunde i forbindelse med undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling. Den foreslåede bestemmelse giver ligeledes ikke hjemmel til at anvende narkohunde på selve de psykiatriske afdelinger, som f.eks. indgangsarealer, stuer, m.v.

Det forudsættes, at mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4, stk. 2, generelt iagttages i forbindelse med undersøgelsen for medikamenter, rusmidler og farlige genstande både ved åbning af kontrol af post, undersøgelse af en patients ejendele og stue, kropsvisitation af en patient eller ved anvendelse af kropsscannere og narkohunde. I den forbindelse bemærkes det, at det ligeledes forudsættes, at der udvises et passende hensyn i forbindelse med undersøgelsen af udearealer med narkohunde, således at undersøgelsen ikke er til unødigt gene eller skaber utryghed for patienter og besøgende på den psykiatriske afdeling.

Endelig foreslås det i § 19 a, stk. 7, at overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, 2. og 6, tages i forvaring. Overlægen skal overlade til politiet af afgøre, om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v.

For så vidt angår § 19 a, stk. 7, 1. pkt., er der tale om en videreførelse af den gældende bestemmelse i § 19 a, stk. 4, og der er ikke med lovforslaget ikke tiltænkt en indholdsmæssig ændring. Formålet med bestemmelsen er at give overlægen mulighed for at opbevare medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som ikke nødvendigvis er i strid med almindelig lovgivning, men som grundet tilstedeværelsen på psykiatrisk afdeling kan medføre fare eller u hensigtsmæssige situationer. Det kan f.eks. være fund af alkohol, håndkøbsmedicin eller en lighter. I disse tilfælde vil det være åbenlyst, at besiddelse af disse genstande ikke vil være i strid med almindelig lovgivning.

Efter den foreslåede bestemmelse i § 19 a, stk. 7, 2. pkt., skal overlægen 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. Overlægen kan således ikke, som det er tilfældet i dag, vælge ikke at overlade fund af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, hvis overlægen bliver bekendt med eller er i tvivl om disse genstande er i strid med almindelig lovgivning. Det kan f.eks. i tilfælde af besiddelse af receptpligtig medicin, som ikke tilhører patienten.

Endelig foreslås det i § 19 a, stk. 8, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele, kropsvisitation af patienten, anvendelse af kropsscannere, og anvendelse af narkohunde.

Bestemmelsen betyder, at sundhedsministeren får mulighed for at fastsætte regler om f.eks. de nærmere omstændigheder og særlige hensyn der skal iagttages i forbindelse med åbning af post, undersøgelse af patientstuer, kropsvisitation, og anvendelse af kropsscannere og hunde.

Bemyndigelsen betyder endvidere, at sundhedsministeren får mulighed for at fastsætte regler om behandlingen af de indsamlede oplysninger, f.eks. i forhold til registrering og opbevaring. For så vidt angår kropsscannere gives sundhedsministeren endvidere mulighed fastsætte konkrete regler om kontrollens omfang og det benyttede udstyr, f.eks. hvad der er nødvendigt af sikkerhedsmæssige grunde, og hvad der er sundhedsmæssigt forsvarligt.

Det forudsættes, at behandlingen af de indsamlede oplysninger skal ske under iagttagelse af de til enhver tid gældende behandlingsregler i databeskyttelsesforordningen, databeskyttelsesloven eller særregler fastsat inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen.

2.4 Mulighed for regionerne til at indgå aftale med private institutioner om behandlingen af retspsykiatriske patienter med en ambulans behandlingsdom

2.4.1 Gældende ret

2.4.1.1 Straffelovens bestemmelser om personer dømt til retspsykiatriske foranstaltninger

Det følger af straffelovens § 16, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke straffes. Tilsvarende gælder for personer, der er mentalt retarderede i højere grad. Ifølge straffelovens § 68 kan retten træffe bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenelige for at forebygge yderligere overtrædelser, hvis en tiltalt frifindes for straf i medfør af straffelovens § 16.

Retten kan i forhold til en person, der er sindssyg eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, blandt andet afsige dom til anbringelse, hvorefter den dømte anbringes på en psykiatrisk afdeling. Retten har endvidere mulighed for at afsige dom til behandling, hvorefter den dømte som udgangspunkt indlægges på en retspsykiatrisk afdeling.

Retten kan derudover afsige dom til ambulans behandling, hvis det skønnes, at der ikke er behov for indlæggelse, f.eks. hvis den tiltalte allerede frivilligt indgår i et ambulans behandlingsforløb og er velmotiveret for ambulans behandling. Der kan i henhold til Rigsadvokatmeddelelsen om psykisk afvigende kriminelle fra 2018, pkt. 5.1.3, som udgangspunkt idømmes fire typer af ambulans behandling:

Der kan afsiges dom til ambulans behandling ved psykiatrisk afdeling, når den fornødne behandling forventes at kunne gennemføres ambulans, og hensynet til retssikkerheden ikke gør en mere indgribende foranstaltning påkrævet. Den dømte bliver forpligtet til at møde til behandling og undergive sig tilsyn i det omfang, som fastsættes af overlægen.

Den dømte er således ikke indlagt, mens der modtages relevant medicinsk, psykoterapeutisk og social behandling.

Der kan derudover afsiges dom til ambulans behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen. Dommen afsiges af samme årsager som ved afsigelse af dom til ambulans behandling ved psykiatrisk afdeling. Disse årsager vil i mange tilfælde gøre det nødvendigt at kombinere den ambulans behandling med tilsyn af kriminalforsorgen.

Der fastsættes i disse tilfælde ud fra en konkret vurdering en længstetid, der ikke kan overstige tre år, jf. straffelovens § 68 a, stk. 3.

Der kan endvidere afsiges dom til ambulans behandling ved psykiatrisk afdeling, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse ved psykiatrisk afdeling. Dommen afsiges, hvis det er tvivlsomt, om en ambulans behandling er gennemførlig, og særligt hvis det er vigtigt, at en eventuel indlæggelse kan ske straks uden foranstaltningsændring, således at der er hjemmel til, at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Endelig kan der træffes afgørelse om dom til ambulans behandling ved psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Der fastsættes i disse tilfælde enten ikke en længstetid eller en længstetid på 5 år, jf. § 68 a, stk. 1 og 2.

Det bemærkes, at domme til ambulans behandling med mulighed for indlæggelse indebærer, at den dømte uden retskendelse og uden at der sker tvangsindlæggelse i henhold til psykiatriloven, kan indlægges på psykiatrisk afdeling, om fornødent med bistand af politiet.

2.4.1.2 Indlæggelse og behandling på psykiatriske sygehuse i lov om retspsykiatrisk behandling m.v.

For så vidt angår behandlingen af retspsykiatriske patienter med foranstaltningsdomme, følger det af § 1 i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at regionsrådene har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus, eller personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

Fuldbyrdelse af dom om indlæggelse og ambulans behandling varetages således af sygehusvæsenet, og det er den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling, der har det overordnede ansvar for alle afdelingens patienter. Der er på denne baggrund ikke hjemmel til, at regionerne kan benytte private institutioner som led i behandlingen af retspsykiatriske patienter.

2.4.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Antallet af danskere med psykiske lidelser er stigende. I perioden 2010-2017 er der således sket en stigning i antallet af patienter i voksenpsykiatrien på ca. 28 pct. og i børne- og ungdomspsykiatrien på ca. 53 pct.

Der er ligeledes sket en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som i forbindelse med kriminalitet har fået en psykiatrisk foranstaltningsdom. Antallet af retspsykiatriske patienter er fra 2010 til 2017 steget med 15 %, fra 3.709 retspsykiatriske patienter i 2010 til 4.249 patienter i 2017. I 2016 blev der afsagt 322 domme til enten ambulans behandling eller til ambulans behandling med mulighed for indlæggelse.

Det betyder, at de retspsykiatriske patienter i stigende grad optager kapacitet for patienter i den almene behandlingspsykiatri. En yderligere udfordring i forbindelse med kapaciteten på de psykiatriske- og retspsykiatriske afdelinger er manglen på speciallæger inden for psykiatrien, jf. rapporten *Lægedækning i hele Danmark* udarbejdet af regeringens lægedækningsudvalg i januar 2017.

Det foreslås på denne baggrund, at regionerne gives adgang til at indgå aftale med private institutioner som led i varetagelsen af behandlingen af retspsykiatriske patienter med en dom til ambulante behandling. Dette vil frigøre kapacitet i den almene psykiatri, ligesom det vil kunne sikre et mere sammenhængende forløb for patienten, som således vil få mulighed for at bevare sin tilknytning til et eventuelt tidligere anvendt privat behandlingssted og personale.

Med den foreslåede ændring vil det således fremgå af § 1, stk. 2, i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, der i henhold til stk. 1, nr. 2 på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

Den foreslåede ændring vil være tilsvarende sundhedslovens § 75, stk. 2, hvoraf det fremgår, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver. Regionerne vil således med den foreslåede bestemmelse få samme mulighed for at anvende private institutioner, som på det øvrige sundhedsområde.

Med den foreslåede ændring gives der alene hjemmel til, at regionerne kan indgå aftale med private institutioner om at varetage den ambulante behandling af retspsykiatriske patienter med dom til ambulante behandling eller dom til ambulante behandling med mulighed for indlæggelse. Retspsykiatriske patienter med dom til anbringelse eller behandling er således ikke omfattet af den foreslåede bestemmelse. Disse retspsykiatriske patienter kan således fortsat alene behandles på regionens psykiatriske afdelinger.

Det er forudsat, at behandlingen af en retspsykiatrisk patient med en ambulante behandlingsdom, som undlader at følge behandlingen på en privat institution, vil skulle overgå til de regionale retspsykiatriske afdelinger. Dette gælder ligeledes, hvis overlægen på den private institution vurderer, at der er behov for, at en patient skal indlægges i henhold til patientens dom om ambulante behandling med mulighed for indlæggelse.

Såfremt behandlingen af en retspsykiatrisk patient overgår fra en privat institution til en regional retspsykiatrisk afdeling, bør den resterende behandling som udgangspunkt fortsætte i regionalt regi. Der lægges således op til, at patienten ikke på ny overføres til den private institution til eventuel videre ambulante behandling. Dette for at sikre, at patienten ikke oplever unødige skift i forbindelse med behandlingen. Der skal således ved vurderingen om patientens fortsatte behandling lægges afgørende vægt på at sikre en sammenhængende behandling for den enkelte patient.

Forslaget indebærer ikke, at retspsykiatriske patienter med dom til ambulante behandling har ret til frit sygehusvalg i henhold til sundhedslovens §§ 86 og 87.

Det bemærkes, at der for retspsykiatriske patienter er et særligt stort behov for koordinering og samarbejde med forskellige aktører inden for både sundheds- og retsvæsenet. Vælger regionerne at indgå overenskomst eller på anden

måde benytte private institutioner, vil regionerne således have det overordnede ansvar for, at de private behandlingssteder i relevant omfang inddrages i de samarbejdsfora med relevante aktører på området, herunder f.eks. kriminalforsorgsområder, den regionale psykiatri og den relevante politikreds, der er etableret med henblik på at sikre koordinering både generelt og om den enkelte dømt.

Endelig foreslås det i lovens § 1, stk. 3, at bemyndige sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af private institutioner. Det forudsættes, at den nærmere fastsættelse af regler vil ske med inddragelse af justitsministeren.

2.5 Justering af takster for psykiatriske færdigbehandlingsdage

2.5.1 Gældende ret

Det følger af sundhedslovens § 238, stk. 1, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter for kommunen. Dette er efter § 238, stk. 3, også muligt for patienter, der er indlagt på et hospice, som er nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Det følger herudover af § 238, stk. 2, at staten opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne. Den statslige færdigbehandlingstakst er et supplement til den takst, som bopælsregionen opkræver, jf. § 238, stk. 1.

Sundhedsministeren kan i henhold til § 238, stk. 5 og 6, fastsætte de nærmere regler om bopælskommunens betaling, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning, og regler om tilbageførsel af det statslige provenu til kommunerne.

Sådanne regler er fastsat ved bekendtgørelse nr. 1780 af 27. december 2016.

2.5.2 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

I 2017 var der ca. 24.000 færdigbehandlingsdage, hvor en færdigbehandlet borger optog en sengeplads på en psykiatrisk afdeling. Sammenlignet med somatikken er det en relativ lille andel af indlæggelserne i psykiatrien, der ender ud med færdigbehandlingsdage, svarende til 1,5 pct. af indlæggelserne i psykiatrien. Til gengæld er der et højt antal af færdigbehandlingsdage for de patienter, der har færdigbehandlingsdage på psykiatriske afdelinger. Knap 70 pct. af forløbene med færdigbehandlingsdage varer mere end 10

dage, og ca. 10 pct. af forløbene med færdigbehandlingsdage varer mere end 100 dage.

I et samlet sundhedsvæsen, der går på tværs af sektorer, er en klar arbejdsdeling mellem regioner og kommuner vigtig. Det indebærer bl.a., at kommunerne hjemtager færdigbehandlede borgere, så snart behandlingen på sygehuset vurderes afsluttet. Det er en fordel for de færdigbehandlede borgere, som kan være hjemme i trygge, nære omgivelser. Og det er en fordel for sygehusvæsenet, da færdigbehandlede psykiatriske patienter optager kapacitet og plejeresressourcer på de psykiatriske sygehuse, hvilket medfører en ineffektiv brug af specialiserede sygehusressourcer ligesom det kan opleves uværdigt for borgeren.

Det foreslås på den baggrund at fastsætte, at der kan opkræves en statslig færdigbehandlingstakst for psykiatriske færdigbehandlingsdage, som ligner den statslige takst for somatiske færdigbehandlingsdage, jf. sundhedslovens § 238, stk. 2.

Dette vil understøtte, at færdigbehandlede patienter oplever en øget sammenhæng i deres forløb, og bliver udskrevet efter endt behandling til en social indsats i kommunen uden unødigt ventetid på hospitalet. Det vil desuden medføre, at der frigøres kapacitet i psykiatrien til behandling af de patienter, som har behov for behandling.

Den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 2, ændres derfor til alene at omfatte somatisk færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Der tilsigtes således ikke en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen, men alene en præcisering af, at bestemmelsen alene omhandler somatiske patienter, og ikke psykiatriske patienter.

Det foreslås dernæst i et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 238 at fastsætte, at staten kan opkræve betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Betalingen vil maksimalt kunne udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med 13. sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den 14. sengedag. Taksten vil blive pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Den kommunale takst for psykiatriske færdigbehandlingsdage vil øges på tilsvarende måde, som det i dag er gældende for somatiske færdigbehandlingsdage i § 238, stk. 2. Mens takstjusteringen i somatikken indebærer, at kommunernes takst fordobles for dag 1-2 og tredobles fra dag 3 og frem, tages der i den foreslåede model for psykiatriske behandlingsdage hensyn til, at kommunerne har behov for mere tid til at finde det rette tilbud til psykiatriske patienter med meget komplekse behov.

I modellen for psykiatrien lægges derfor op til, at den samlede kommunale betaling for psykiatriske færdigbehandlingsdage fordobles fra og med 7. færdigbehandlingsdag, og tredobles fra og med 14. dag. Den statslige færdigbehandlingstakst udformes som en trappemodell, hvor taksten fra og med syvende dag fastsættes til 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), mens det fra 14. dag og frem fordobles, så taksten

er 3.952 kr. (pris- og lønniveau for 2016). Trappemodellen styrker særligt det økonomiske incitament for forløb med mange dage, og tager hensyn til, at kommunerne har behov for tid til at finde det rette tilbud til psykiatriske patienter med meget komplekse behov.

Færdigbehandlingstaksten for kommunerne for psykiatriske færdigbehandlingsdage bliver med betaling til både region og stat samlet 3.952 kr. fra og med 7. dag og 5.928 kr. fra og med 14. dag (pris- og lønniveau for 2016). I forhold til det gældende niveau svarer det til en fordobling for dag syv til dag 13 og en tredobling fra dag 14 og frem.

Med lovforslaget foreslås det, at taksterne efter stk. 3 får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.

Forslaget om at indfase den statslige færdigbehandlingstakst over tre år skyldes et ønske om at skabe tid til eventuelle strukturelle og organisatoriske ændringer i kommunerne og i snitfladen mellem regioner og kommuner. Konkret vil den statslige takst efter forslaget være 25 pct. i tilskudsåret 2020, svarende til at taksten fra og med syvende dag er 494 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2021 vil den statslige takst være 50 pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og i tilskudsåret 2022 vil den statslige takst være 75 pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 1.482 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 2.964 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2023 vil den statslige takst være fuldt implementeret.

Med lovforslaget foreslås det, at sundhedsministerens bemyndigelse om at fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet efter sundhedsloven § 238, stk. 2, til kommunerne, også vil skulle gælde for den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 238, stk. 3.

Med sigte på at undgå, at de øgede takster i sig selv modvirker de regionale incitament til at få patienterne udskrevet, er det hensigten at fastsætte, at den statslige færdigbehandlingstakst ikke skal tilgå regionerne, men tilbageføres til kommunerne. På samme måde som ved somatiske færdigbehandlingsdage vil den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i udgangspunktet skulle tilbageføres i den enkelte region, som merbetalingen vedrører, og fordeles til kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Det vil sige, at betalinger i en region ikke vil blive omfordelt til øvrige regioner, men kun mellem kommunerne inden for den enkelte region.

Med henblik på at tage højde for det tilfælde, at kommunerne ikke nedbringer antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage væsentligt, er det hensigten, at sundhedsministeren med bemyndigelsen i den foreslåede § 238, stk. 7, vil fastsætte regler om at ændre tilbageførslen til kommunerne fra en tilbagebetaling til kommunerne i den region, som merbetalingen vedrører via indbyggertallet, til at ske via en

ansøgningspulje målrettet kommunale initiativer, der har til formål at nedbringe antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage. Ansøgningspuljen vil i givet fald blive administreret af Sundheds- og Ældreministeriet. Det samme gælder for somatiske færdigbehandlingsdage i dag.

Yderligere foreslås det med lovforslaget, at både bopælsregionen og staten opkræver betalingen fra betalingskommunen i stedet for bopælskommunen. Betalingskommunen er den kommune, som i henhold til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., samt § 9 c, stk. 2 og stk. 4-6 samt stk. 12, i lov om retssikkerhed på det sociale område, har den generelle betalingsforpligtelse. Ændringen foreslås med henblik på at sikre, at betalingen i højere grad tilkommer den kommune, der efter serviceloven har handleansvar for borgeren.

2.6 Sikring af straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug og tilvejebringelse af et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

2.6.1 Gældende ret

2.6.1.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug

Efter § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (herefter autorisationsloven) kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer med stofmisbrug alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, hvor kommunen i henhold til sundhedslovens § 142, stk. 4, tilvejebringer tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, jf. sundhedslovens § 142, stk. 3.

Dog kan andre læger efter autorisationslovens § 41, stk. 1, 2. pkt., foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed. Under normale omstændigheder vil varigheden af en sådan abstinensbehandling ikke overstige en uge. I tilfælde, hvor f.eks. en praktiserende læge eller en læge på en skadestue har fundet sundhedsfagligt grundlag for at iværksætte abstinensbehandling, og hvor det viser sig, at kommunen ikke kan iværksætte den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling inden for en uge, vil der være tale om sådanne særlige omstændigheder, der kan begrunde, at lægen fortsætter den nødvendige abstinensbehandling indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling i kommunalt regi kan iværksættes. Den lægelige stofmisbrugsbehandling skal efter sundhedslovens § 142, stk. 6, iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren, som ønsker at komme i behandling, har henvendt sig til kommunen med sit ønske.

Andre læger end læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, hvor kommunen tilvejebringer tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, kan således foretage enkeltstående ordinationer af afhængighedsskabende lægemidler som led i abstinensbehandling. Hvis f.eks. en praktiserende læge eller en skadestuelæge undlader straks at iværksætte abstinensbehandling vil det kunne være i strid med lægens forpligtelse til under

udøvelsen af sin virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17.

Om en læge er forpligtet efter autorisationslovens § 17 til straks at iværksætte abstinensbehandling afhænger af abstinensernes karakter. Forpligtelsen gælder, hvis lægen bliver bekendt med, at en patient har akutte abstinenser, som kræver behandling. Lægen kan i givet fald enten selv iværksætte abstinensbehandling straks eller foranstalte, at patienten straks bliver behandlet på anden vis.

Det vil altid være en konkret lægefaglig vurdering, om der er tale om behandlingskrævende akutte abstinenser. Med forbehold for, at det således altid vil bero på en sådan konkret lægefaglig vurdering, er blodtryksstigninger, hjerterytmeforstyrrelser, kræmper, hallucinationer og delirium symptomer på akutte abstinenser, der kræver behandling. I værste fald kan tilstanden ubehandlet medføre døden.

Ligeledes med forbehold for, at det altid vil bero på en konkret lægefaglig vurdering, er indre uro og en følelse af stærkt ubehag symptomer på abstinenser, der ikke nødvendigvis kræver behandling. Det er vigtigt at være opmærksom på, at lette abstinenser over tid kan udvikle sig til behandlingskrævende akutte abstinenser.

Det skal for en ordens skyld bemærkes, at forpligtelsen efter autorisationslovens § 17 til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed gælder for autoriserede sundhedspersoners virksomhedsudøvelse, herunder også i forbindelse med behandling af andre abstinenser end stofmisbrugsrelaterede abstinenser.

2.6.1.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

Regionsrådet har efter sundhedsloven ansvaret for stofmisbrugsbehandling i sygehusvæsenet. Ansvaret indebærer bl.a., at regionen er ansvarlig for lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som under sygehusindlæggelse har behov for en sådan behandling. Regionens ansvar forudsætter, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. At denne forudsætning er til stede, fremgår imidlertid ikke udtrykkeligt af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., som isoleret set kunne læses sådan, at sygehusansatte læger er afskåret fra at foretage ordination af sådanne lægemidler. En sådan læsning ville imidlertid være fejlagtig og have som konsekvens, at regionerne ville være afskåret fra at leve op til deres ansvar efter sundhedsloven.

2.6.2 Undersøgelse af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug

Som opfølgning på regeringsgrundlaget "For et friere, rigere og mere trygt Danmark" har Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet samt Justitsministeriet i fællesskab undersøgt mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien, som giver personer med et stofmisbrug ret til at komme i behandling senest 14 dage efter anmodning herom. Dette gælder som udgangspunkt også i fængslerne.

Undersøgelsen viser, at der er tungtvejende argumenter for at forbedre indsatsen på andre måder end ved en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti.

Undersøgelsen viser imidlertid også, at brugerrepræsentanter peger på, at lægerne – også dem uden for det kommunale stofmisbrugsbehandlingssystem, f.eks. praktiserende læger og skadestuelæger – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Som led i undersøgelsen holdt Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet, Justitsministeriet samt Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen således et møde med Brugerforeningen, Brugernes Akademi og Gadejuristen. På mødet gav brugerrepræsentanterne udtryk for, at en eventuel forkortelse af behandlingsgarantien ikke nødvendigvis ville være af stor betydning i forhold til at forbedre indsatsen for personer med stofmisbrug, men at en forkortelse af behandlingsgarantien for behandling efter sundhedslovens § 142 ville være af stor betydning, hvis ikke lægerne – også dem uden for behandlingssystemet, f.eks. praktiserende læger og skadestuelæger – bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil substitutionsbehandlingen kan iværksættes.

Ligeledes som led i undersøgelsen blev der holdt et møde med Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Socialrådgiverforening, Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje, FLOR – Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre, KL, Københavns Kommune, Socialpædagogernes Landsforbund og Vordingborg Kommune. På mødet tilkendegav interessenterne, at man umiddelbart havde vanskeligt ved at se sundhedsfaglige eller andre gevinster ved en forkortelse af behandlingsgarantien, hvis den lod sig gennemføre i praksis.

Interessenterne gav dog samtidig udtryk for, at det ville være en gevinst, hvis patienter, som har behov for at komme i relevant abstinensbehandling, får behandlingen straks og ikke først efter nogle dage. Interessenterne gjorde dog opmærksom på, at patienterne i langt de fleste tilfælde får abstinensbehandling inden for kort tid, men at dette kan forbedres endnu mere. Efter interessenternes opfattelse burde behovet for, at relevant abstinensbehandling iværksættes straks, imidlertid ikke søges imødekommet ved en forkortelse af behandlingsgarantien, men ved, at praktiserende læger og skadestuelæger i højere grad end i dag bliver opmærksomme på og gør brug af den adgang, som de har til at foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed, indtil lægelig stofmisbrugsbehandling i kommunalt regi kan iværksættes.

Interessenterne var på den baggrund enige om, at man er nødt til adskille problemstillingen om abstinensbehandling fra spørgsmålet om en forkortelse af behandlingsgarantien. En forkortelse af behandlingsgarantien var efter deres opfattelse ikke det rigtige svar på, hvordan borgere med behov for at komme i relevant abstinensbehandling får behandlingen straks.

I undersøgelsen konkluderes det bl.a. på den baggrund, at meget taler for, at man i stedet for en generel forkortelse af den gældende behandlingsgaranti tager initiativ til at styrke den gældende behandlingsgaranti ved bl.a. at sikre straksbehandling af akutte abstinenser.

2.6.3 Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

2.6.3.1 Straksbehandling af akutte abstinenser hos personer med et stofmisbrug

Sundheds- og Ældreministeriet bemærker, at det må tages alvorligt, når brugerrepræsentanterne i forbindelse med undersøgelsen af mulighederne for at forkorte behandlingsgarantien for personer med et stofmisbrug, har peget på, at lægerne – også dem uden for det kommunale stofmisbrugsbehandlingssystem, f.eks. praktiserende læger og skadestuelæger – kan blive bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes, og når interessenterne i samme forbindelse har givet udtryk for, at det vil være en gevinst, hvis patienter, som har behov for at komme i relevant abstinensbehandling, får behandlingen straks og ikke først efter nogle dage.

Alvoren understreges af, at behandlingskrævende akutte abstinenser ubehandlet i værste fald kan medføre døden.

Sundheds- og Ældreministeriet finder på den baggrund, at der er behov for at få tydeliggjort, at patienter med behandlingskrævende akutte abstinenser straks skal tilbydes abstinensbehandling, indtil den egentlige lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes, og at dette gælder, uanset om patienten henvender sig i det kommunale behandlingssystem, i almen praksis eller på skadestuen. Dette med henblik på at sikre, at læger bliver bedre til at iværksætte og gennemføre relevant abstinensbehandling, indtil den lægelige stofmisbrugsbehandling kan iværksættes.

Det foreslås derfor at fastsætte i autorisationslovens § 41, stk. 1, som et nyt 3. punktum, at ordinationen skal foretages straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser.

Der er tale om en tydeliggørelse af, hvad der følger af det almindelige krav til læger om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virksomhed efter autorisationslovens § 17.

2.6.3.2 Sygehusansatte lægers foretagelse af lægelig stofmisbrugsbehandling

Da man med lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning (Lægelig behandling for stofmisbrug) gjorde de daværende amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg kommuner ansvarlige for den lægelige stofmisbrugsbehandling og samtidig begrænsede ordinationsadgangen, var det bl.a. hensigten at afskære praktiserende læger, som indtil da havde forestået den lægelige stofmisbrugsbehandling, fra at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling, med mindre der er tale om enten enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort va-

righed eller om overladelse efter aftale af ordinationsretten i nærmere bestemte tilfælde.

Det var således ikke hensigten at afskære sygehusansatte læger fra at foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. Dette har heller ikke været hensigten med senere ændringer af den bestemmelse, som i dag findes i autorisationslovens § 41.

Uanset formuleringen af autorisationslovens § 41 er det da også blevet lagt til grund, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus, således at regionerne kan leve op til det ansvar, som de efter sundhedsloven har for behandling i sygehusvæsenet.

Sundheds- og Ældreministeriet er ikke bekendt med, at sygehusansatte læger har undladt at foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus, fordi lægerne har haft opfattelsen af, at autorisationslovens § 41 afskærer dem herfra. Ikke desto mindre forekommer det hensigtsmæssigt at tilvejebringe et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for sygehusansatte lægers foretagelse af ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus.

Det foreslås på den baggrund at præcisere autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., så det udtrykkeligt fremgår, at også sygehusansatte læger kan ordinere sådanne lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling til personer, mens de er indlagt på sygehuset.

3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Den foreslåede udvidelse af målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrilovens § 13 a forventes at betyde, at knap 7.000 patienter samlet set vil blive omfattet af forslaget stk. 1 og 2.

Dette vil forventeligt betyde en merudgift på syv mio. kr. i 2019 og herefter 14 mio. kr. årligt i permanente midler til regioner og kommuner. Disse midler vil blive overført til henholdsvis kommuner og regioner vha. bloktilskudsnøglen.

Den foreslåede ændring om ophævelse af psykiatrilovens bestemmelser om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder ophævelse af retsplejelovens bestemmelser om adgang til retslig prøvelse for ordningen, vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Den foreslåede ændring om indførelse af hjemmel til at anvende kropsscannere på psykiatriske afdelinger og narkohunde på psykiatriske afdelingers udearealer vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Forslaget om, at regionsrådet kan vælge, at private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af retspsykiatriske patienter, vurderes ikke at få økonomiske konsekvenser af betydning for det offentlige.

Den foreslåede ændring af reglerne om betaling for færdigbehandlede patienter forventes at betyde en øget takstbetaling på ca. 74 mio. kr., baseret på 2016-aktivitetsniveau, og med en antagelse om en uændret adfærd i kommunerne. Det vil dog blive tilbageført til kommunerne inden for den enkelte region.

Lovændringen vil have implementeringskonsekvenser for Sundhedsdatastyrelsen, som er driftsansvarlig for opkrævning af færdigbehandlingstakster fra kommunerne.

Derudover må der forventes en incitamentseffekt i kommunerne, som vil få kommunerne til at prioritere området yderligere, hvorfor kommunernes udgifter til færdigbehandlingstakster må forventes at falde.

Den foreslåede ændring om betaling for færdigbehandlede patienter opkræves af betalingskommunen i stedet for bopælskommunen vil have økonomiske konsekvenser i de tilfælde, hvor betalingskommunen ikke er den samme som bopælskommunen. Samlet set vil lovforslaget ikke medføre offentlige merudgifter, men vil medføre omfordeling mellem kommuner inden for den enkelte region.

De foreslåede ændringer af autorisationslovens § 41, stk. 1, hvorefter der skabes lovhjemmel for sygehuslæger kan abstinensbehandle, forventes ikke at have hverken økonomiske eller implementeringskonsekvenser for det offentlige.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslaget forventes ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige konsekvenser.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 19. november 2018 til den 18. december 2018 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Brugerforeningen, Brugernes Akademi, Danske Regioner, KL, KL og Socialpædagogernes Landsforbund, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, 3F, Ansatte Tandlægers Organisation, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Optikerforening, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Danske Selskab for Addiktiv Medicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Dental Laboratorier, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, De Offentlige Tandlæger, Den Danske Dommerforening, Den Danske Dyrlægefor-

ening, Ergoterapeutforeningen, Farmakonomforeningen, FLOR – Foreningen af Ledere af Offentlige rusmiddelcentre, FOA, Foreningen af Kliniske Diætister, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Gadejuristen, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Socialpædagogerne Landsforbund, Tandlægeforeningen, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Bedre Psykiatri, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældregeråd, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerterforeningen, Høreforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaede (LMS), Landsforeningen SIND, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Udviklingshæmmedes Landsforbund, ÆldreForum, Ældresagen, Advokatrådet, Branchefor-

eningen for Private Hospitaler og Klinikker, Dansk Erhverv, Dansk Industri, Dansk IT – Råd for IT-og persondatasikkerhed, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Standard, Danske Dental Laboratorier, Danske Seniorer, Dignity – Dansk Institut mod Tortur, Forbrugerrådet, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Forsikring & Pension, Retspolitisk Forening, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Ankestyrelsen, Datatilsynet, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Det Etske Råd, Erhvervsstyrelsen, Finanstilsynet, Færøernes Landsstyre, Grønlands Selvstyre, Institut for Menneskerettigheder, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Lægemedelstyrelsen, Patienterstatningen, Rigsadvokaten, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigspolitiet, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	For lovforslaget om færdigbehandlingstakster får kommunerne tilbagebetalt takstbetaling på ca. 74 mio. kr. (2016-niveau).	For lovforslaget færdigbehandlingstakster får kommunerne en øget takstbetaling på ca. 74 mio. kr. (2016-niveau). For lovforslaget om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vil det forventeligt betyde en merudgift på syv mio. kr. i 2019 og herefter 14 mio. kr. årligt i permanente midler til regioner og kommuner.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	For lovforslaget om færdigbehandlingstakster skal Sundhedsstyrelsen tilpasse opkrævning af færdigbehandlingstakster. For lovforslaget om straks abstinensbehandling skal Sundhedsstyrelsen indarbejde ændringen i retningslinjerne. For lovforslaget om kropsscannere og narkohunde skal Sundhedsstyrelsen udarbejde nærmere regler for brugen af kropsscannere og narkohunde.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen

Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	(Beskriv forholdet til EU-retten/anfør »Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter«)	
	Lovforslaget indeholder ikke ingen EU-retlige aspekter	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/Går videre end minimumskrav i EU-regulering	JA	NEJ X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det fremgår af psykiatrilovens § 4 a, at bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 11, § 12, stk. 4, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 1 og 2, § 18 g, § 19 a, stk. 1 og 4, og § 21, stk. 2, ikke er til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, hvorefter overlægen snarest efterfølgende skal tage stilling til beslutningen.

Det foreslås med en ændring af § 4 a, at bestemmelsen udvides til også at omfatte overlægens beslutning om at anvende kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til psykiatriske afdelinger, samt overlægens beslutning om at anvende narkohunde til at undersøge den psykiatriske afdelings udearealer, i henhold til den foreslåede bestemmelse i § 19 a, stk. 2 og 6.

Formålet med den foreslåede bestemmelse er at gøre det klart, at det er overlægen, der efter forslagens § 19 a, stk. 1, 2, 6 og 7, har beslutningskompetence.

Til nr. 2

Det fremgår af psykiatrilovens § 13 a, stk. 1, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det fremgår endvidere af psykiatrilovens § 13 a, stk. 2, at sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehushyge og Sundhedsstyrelsen. Sundheds- og ældreministe-

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

Det foreslås, at § 13 a, stk. 1, ændres sådan, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten..

Derudover foreslås, at § 13 a, stk. 2, ændres sådan, at hvis det må antages, at en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Endelig foreslås det, at § 13 a, stk. 2 herefter bliver til § 13 a, stk. 3, således at sundhedsministeren kan fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehushyge og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Formålet med den foreslåede ændring i § 13 a, stk. 1, er at gøre det obligatorisk for overlægen at indgå udskrivningsaftaler for patienter i voksenpsykiatrien, hvis overlægen bliver bekendt med, at patienter som følge af nedsat psykisk funktionsevne, modtager støtte i henhold til lov om social service afsnit V. Det betyder, at overlægen i forbindelse med indlæggelsessamtalen, som i henhold til psykiatrilovens § 3 skal afholdes med patienten i forbindelse med en indlæggelse, skal spørge patienten, om patienten modtager støtte fra kommunen i henhold til servicelovens afsnit V. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis patienten modtager stofmisbrugsbehandling, er i beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud eller er i midlertidigt eller længerevarende ophold i boformer.

Såfremt den ansvarlige overlæge bliver bekendt med, at patienten modtager støtte i henhold til lov om social service afsnit V, skal den ansvarlige overlæge ikke foretage en vurdering af, om patienten må forventes at søge støtte eller behandling efter udskrivning, men uden videre sørge for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, herunder den relevante kommune, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Formålet med den foreslåede ændring i § 13 a, stk. 2, er at overlægen forpligtes til at indgå en udskrivningsaftale for patienter, der ikke er omfattet af § 13 a, stk. 1, men som i henhold til en konkret lægefaglig vurdering må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud efter udskrivning, der er nødvendige for patientens helbred. Dette kan f.eks. være tilfældet, hvis patienten enten ikke modtager støtte efter servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne, eller hvis patienten i forbindelse med indlæggelsessamtalen enten ikke er i stand til eller ønsker at oplyse, om patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V.

Den foreslåede bestemmelse indeholder ikke et alderskriterium, hvorfor den foreslåede ændring også er gældende for patienter under 18 år. Patienter under 18 år vil dog oftest være omfattet af andre former for indsatser, hvorfor der ofte ikke vil være behov for at indgå en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være konkrete tilfælde, hvor der vil være behov herfor.

Der tilsigtes ikke en ændring af det nærmere indhold af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der tilsigtes heller ikke en ændring af, at ansvaret for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er placeret hos overlægen med det behandlingsmæssige ansvar på den afdeling, hvor patienten er indlagt.

Til nr. 3

Det fremgår af psykiatrilovens § 13 d, stk. 1, 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 patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst tre gange, 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, patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og 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.

Det fremgår endvidere af psykiatrilovens § 13 d, stk. 2, at overlægens beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde

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

Det fremgår herudover af § 13 d, stk. 4, 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, at en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning kan være gældende i indtil 3 måneder efter udskrivning af patienten, jf. § 13 d, stk. 5, samt at hvis der er en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ved 3-månedersperiodens udløb, jf. stk. 5, vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred, kan overlægen træffe beslutning om, at den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges i indtil 3 måneder ad gangen, dog således at patienten maksimalt kan være undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning i 12 måneder, jf. § 13 d, stk. 6.

Endeligt fremgår det af psykiatrilovens § 13 e, at sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder efter forhandling med justitsministeren om politiets afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op til medicinering, og om sundhedspersonens medvirken hertil.

Formålet med forslaget er at ophæve §§ 13 d og 13 e, da ordningen er en fravigelse af det grundlæggende sundhedsretlige princip om, at behandling ikke kan indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. En evaluering af tvungen opfølgning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen har påvist, at kun et lavt antal patienter har været omfattet af bestemmelsen, og at effekten af tvungen opfølgning har været beskedent. En fravigelse af det grundlæggende princip om, at behandling ikke kan indledes eller fortsættes uden patientens samtykke bør bero på tungtvejende sundhedsfaglige og juridiske argumenter, hvilket i henhold til Sundhedsstyrelsens evaluering ikke vurderes at være til stede.

Til nr. 4

Overskriften til psykiatrilovens kapitel 5 a er *Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.*

Det foreslås at ændre overskriften til *Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, samt anvendelse af kropsscannere samt narkohunde m.v.*

Formålet med den foreslåede bestemmelse er at tilpasse kapitlets overskrift til den foreslåede bestemmelse i psykiatrilovens § 19 a om anvendelse af narkohunde og kropsscannere på psykiatriske afdelinger.

Til nr. 5

Det fremgår af psykiatrilovens § 19 a, stk. 1, at ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdeling, kan overlægen med henblik på at sikre, at disse ikke er blevet indført eller vil blive indført til en eller flere patienter i afdelingen, uden retskendelse 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.

Det følger af § 19 a, stk. 2, at kropsvisitation efter stk. 1, nr. 3, ikke omfatter undersøgelse af kroppens hulrum, herunder eksempelvis endetarmsundersøgelse.

Derudover følger det af § 19 a, stk. 3, at åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue og ejendele så vidt muligt skal foretages i patientens nærvær.

Det følger endvidere af § 19 a, stk. 4, at overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, tages i forvaring. 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.

Endelig følger det af § 19 a, stk. 5, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele samt kropsvisitation af patienten m.v.

Det foreslås med lovforslaget, at § 19 a nyaffattes, dog således de gældende bestemmelser i § 19 a, stk. 1 videreføres uændret, jf. nedenfor.

Det foreslås, at psykiatrilovens § 19 a, stk. 1 affattes sådan, at 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, 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.

Der er tale om en videreførelse af bestemmelsen, som den gælder i dag, og der er således med lovforslaget ikke tiltænkt en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen. Der henvises til de almindelige bemærkninger til lov nr. 534 af 8. juni 2006 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, jf. Folketingstidende 2005-2006, tillæg A, L 140, spalte 4249.

Formålet med § 19 a, stk. 1, er hensynet til patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale, ved at søge at forhindre, at patienter begår personfarlig kriminalitet under indlæggelsen. Kravet om mistanke betyder, at overlægen blot skal have en rimelig grund til at formode, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen.

Åbning og kontrol af post kan efter bestemmelsen foretages med henblik på at kontrollere, om posten indeholder farlige genstande, medikamenter eller rusmidler.

For så vidt angår rusmidler, kan der f.eks. være tale om rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

For så vidt angår farlige genstande kan der f.eks. være tale om knive eller andre våben, men det kan også være genstande, som man normalt ikke ville betragte som farlige, f.eks. værktøj, nåle eller glasflasker.

Det foreslås, at § 19 a, stk. 2 affattes sådan, at ved mistanke som nævnt i stk. 1, kan overlægen med henblik på at sikre, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af en patient eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Formålet med § 19 a, stk. 2, er som i § 19 a, stk. 1, at sikre patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale.

Undersøgelsen med kropsscannere vil efter bestemmelsen normalvis finde sted i forbindelse med adgangskontrol. Undersøgelserne vil i forhold til besøgende ikke kunne gennemføres, men de besøgende vil kunne nægtes adgang til afdelingen, hvis de ikke vil lade sig undersøge.

Ved kropsscannere forstås apparater, der kan undersøge personer visuelt ved gennemstråling af tøj for at afsløre eventuelle skjulte genstande uden for kroppen. Dette kan eksempelvis være scannere, der benytter mikrobølgeteknik. Der gives ikke hjemmel til at anvende scannere med brug af ioniserende stråling (røntgenteknologi), der kan gennemlyse kroppen og afsløre genstande skjult i den undersøgte krop.

Det bemærkes, at det ikke er hensigten med lovforslaget, at der kan foretages rutinemæssige undersøgelser på afdelingen, hvorfor der fortsat gælder et krav om mistanke for at bestemmelsen kan finde anvendelse, som beskrevet ovenfor i forbindelse med beskrivelse af formålet med § 19 a, stk. 1.

Det foreslås, at § 19 a, stk. 3, affattes sådan, at kravet om mistanke efter stk. 1 ikke gælder for Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med anvendelse af kropsscannere, jf. stk. 2.

Det betyder, at Sikringsafdelingen efter lovforslaget uden en konkret mistanke kan foretage en grundig og rutinemæssig kontrol af alle personer, som søger adgang til afdelingen, herunder patienter, som f.eks. vender tilbage efter behandling på et somatisk sygehus.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at der kan oprettholdes et højt sikkerhedsmæssigt på Sikringsafdelingen. Sikringsafdelingen er underlagt særlige forhold og sikkerhedsmæssige krav, da Sikringsafdelingen behandler ekstraordinært farlige patienter. Sikringsafdelingen yder derfor både en fængselsmæssig sikkerhed som ikke findes på de øvrige psykiatriske og retspsykiatriske afdelinger, samtidig med, at der ydes behandling og pleje af patienterne. Det er derfor afgørende for Sikringsafdelingens sikkerhedsniveau, at der er en grundig og rutinemæssig kontrol af alle personer, som søger adgang til afdelingen.

Det bemærkes, at der ikke gives hjemmel til at anvende scannere med brug af ioniserende stråling (røntgenteknologi), der kan gennemlyse kroppen og afsløre genstande skjult i den undersøgte krop.

Det foreslås, at psykiatrilovens § 19 a, stk. 4, affattes sådan, at åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue og ejendele så vidt muligt skal foretages i patientens nærvær.

Der er tale om en videreførelse af den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 19 a, stk. 3, og der er således med lovforslaget ikke tiltænkt en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen. Der henvises til Folketingstidende 2005-2006, tillæg A, L 140, spalte 4249-4250, hvoraf det fremgår, at disse undersøgelser kun foretages, uden patientens tilstedeværelse i situationer, hvor patientens tilstand er af en sådan karakter, at vedkommende ikke kan overvære kontrollen. Andre rent praktiske forhold som f.eks. det forhold, at patienten ikke er tilstede på afdelingen på det tidspunkt, hvor kontrollen skal finde sted, må forsøges løst, så kontrollen f.eks. afventer patientens tilbagevenden til afdelingen.

Formålet med bestemmelsen er at sikre patientens retssikkerhed samt ud fra et hensyn om mindstemiddelprincippet at udføre indgrebene så skånsomt som muligt, idet det vil anses som mere indgribende, hvis patientens post, stue eller ejendele undersøges, uden at patienten er til stede.

Der foreslås, at psykiatrilovens § 19 a, stk. 5 affattes sådan, at kropsvisitation efter stk. 1, nr. 3, ikke omfatter undersøgelse af kroppens hulrum.

Der er tale om en videreførelse af den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 19 a, stk. 2, og der er således med lovforslaget ikke tiltænkt en indholdsmæssig ændring af bestemmelsen. Der henvises til lov nr. 534 af 8. juni 2006 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, jf. Folketingstidende 2005-2006, tillæg A, L 140, spalte 4250.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at der ikke kan foretages undersøgelser af kroppens hulrum, da dette er en foranstaltning af så indgribende karakter, at dette ikke skal være muligt inden for psykiatrilovens rammer. Bestemmelsen omfatter mundhulen og endetarmen, mens undersøgelse af armhulerne er ikke omfattet.

Det foreslås, at § 19 a, stk. 6, affattes således, at overlægen ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdelings udearealer, kan beslutte, at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af disse arealer.

Det betyder, at overlægen kan beslutte, at de psykiatriske afdelinger kan anvende narkohunde på afdelingens udearealer, hvis overlægen eksempelvis mistænker, at udefrakommende personer kaster medikamenter, rusmidler eller farlige genstande over eksempelvis murværk eller hegn, som afgrænser den psykiatriske afdeling.

Den foreslåede bestemmelse vil således give den psykiatriske afdeling mulighed for at indgå aftale med eksempelvis private vagtværn, som har narkohunde til rådighed, hvis den psykiatriske afdeling vurderer, at der er behov herfor.

Formålet med bestemmelsen er tilsvarende formålet i § 19 a, stk. 1 og stk. 2, at sikre patienternes behandlingsmuligheder og sikkerheden for såvel patienter som personale.

Det bemærkes, at bestemmelsen ikke giver hjemmel til, at der kan anvendes narkohunde i forbindelse med undersøgelse af patienter eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Det forudsættes desuden, at mindstemiddelprincippet i psykiatrilovens § 4, stk. 2, generelt iagttages i forbindelse med undersøgelsen for medikamenter, rusmidler og farlige genstande både ved åbning af kontrol af post, undersøgelse af en patients ejendele og stue, kropsvisitation af en patient eller ved anvendelse af kropsscannere og narkohunde. I den forbindelse bemærkes det, at det ligeledes forudsættes, at der udvises et passende hensyn i forbindelse med undersøgelsen af udearealer med narkohunde, således at undersøgelsen ikke er til unødigt gene eller skaber utryghed for patienter og besøgende på den psykiatriske afdeling.

Det foreslås i § 19 a, stk. 7, at overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, 2 og 6, tages i forvaring. Overlægen skal 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.

For så vidt angår bestemmelsens 1. pkt. er der tale om en videreførelse af den gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 19 a, stk. 4, og der er således med lovforslaget ikke tiltænkt en indholdsmæssig ændring af § 19 a, stk. 7, 1. pkt.

Formålet med bestemmelsen er give overlægen mulighed for at opbevare medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som ikke nødvendigvis er i strid med almindelig lovgivning, men som grundet tilstedeværelsen på psykiatriske afdelinger kan medføre fare eller uhensigtsmæssige situationer. Det kan eksempelvis være fund af alkohol, håndkøbsmedicin eller en lighter.

Efter bestemmelsens 2. pkt. skal overlægen 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. Overlægen kan ikke, som det er tilfældet i dag vælge ikke at overlade fund af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, hvis overlægen bliver bekendt med, eller er i tvivl om disse genstande er i strid med almindelig lovgivning.

Det foreslås § 19 a, stk. 8, affattes sådan, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele, kropsvisitation af patienten, anvendelse af kropsscannere og anvendelse af narkohunde

Efter bestemmelsen bemyndiges sundhedsministeren til at fastsætte regler om f.eks. de nærmere omstændigheder og særlige hensyn der skal iagttages i forbindelse med åbning af post, undersøgelse af patientstuer, kropsvisitation, og anvendelse af kropsscannere og hunde.

Bemyndigelsen betyder endvidere, at sundhedsministeren har mulighed for at fastsætte regler om behandlingen af de indsamlede oplysninger, f.eks. i forhold til registrering og opbevaring. For så vidt angår kropsscannere gives sundhedsministeren endvidere mulighed for at fastsætte konkrete regler om kontrollens omfang og det benyttede udstyr, f.eks. hvad der er nødvendigt af sikkerhedsmæssige grunde, og hvad der er sundhedsmæssigt forsvarligt.

Det forudsættes, at behandlingen af de indsamlede oplysninger skal ske under iagttagelse af de til enhver tid gældende behandlingsregler i databeskyttelsesforordningen, databeskyttelsesloven eller særregler fastsat inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen.

Til nr. 7-13

Det fremgår af psykiatrilovens § 20, stk.1, 1. pkt., at oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 a, 12, 13, 13 d, 14-17 a, 18 a, § 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 følger af psykiatrilovens § 24, stk. 1, at der skal be- skikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med 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.

Det fremgår af psykiatrilovens § 26, stk. 1, 4.-6. pkt., at for patienter, der er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, finder patientrådgiverens besøg efter udskrivning sted på behandlingsstedet, besøg sker på patientens anmodning og kan, såfremt patienten ønsker det, erstattes med telefonsamtale samt at lægen på behandlingsstedet har ansvaret for at sikre, at der på patientens anmodning træffes aftale med patientrådgiveren om besøg eller telefonsamtale.

Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3, 2. pkt., at klage over beslutning om tvungen opfølgning har opsættende virkning.

Der fremgår af psykiatrilovens § 35, at sygehusmyndigheden efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren skal indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen. Det følger af

psykiatrilovens § 36, stk. 3, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Det fremgår af psykiatrilovens § 37, stk. 1, at Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren skal indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Endeligt følger det af § 37, stk. 3, at godkender Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, at der etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges, jf. § 13 d, stk. 6. Tvungen opfølgning efter udskrivning kan herefter begæres prøvet ved enhver forlængelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 6.

Det foreslås med en ændring psykiatrilovens § 20, stk. 1, § 24, stk. 1, § 26, stk. 1, 4.-6. pkt., § 32, stk. 3, 2. pkt., § 35, § 36, stk. 3, § 37, stk. 1, § 37, stk. 3 og § 40, stk. 3, at samtlige bestemmelser vedrørende ordningen fjernes fra loven. Ændringerne er en følge af lovforslagets § 1, nr. 3, om at ophæve ordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning.

Til nr. 14

Det fremgår af psykiatrilovens § 40, stk. 3, at bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes på sikringsafdelingen efter stk. 1, men det gælder dog ikke §§ 5-11, 13- 13 d og 13 e og § 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.

Det foreslås med en ændring af psykiatrilovens § 40, stk. 3, at §§ 13 d og 13 e om tvungen opfølgning efter udskrivning samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvungen opfølgning efter udskrivning ikke længere skal fremgå af bestemmelsen om de særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer.

Som følge af lovforslagets § 1, nr. 3, hvor ordningen om tvungen opfølgning efter udskrivning foreslås ophævet, vil det ikke være nødvendigt at fastlægge, at bestemmelserne om tvungen opfølgning efter udskrivning ikke gælder for personer, der anbringes på Sikringsafdelingen.

Til § 2

Til nr. 1 og nr. 2

Det følger af § 1 i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at regionsrådene har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse, personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling, personer, der efter Justitsministeriet eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus, og personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

Regionsrådenes pligt til at modtage personer, der i henhold til dom og kendelse skal anbringes på et psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling betyder, at regionerne, i modsætning til det øvrige sundhedsområde, ikke kan benytte private institutioner som led i varetagelsen af de retspsykiatriske patienter.

Det foreslås, at der indsættes et nyt stk. 1, hvoraf det fremgår, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, som er omfattet af stk. 1, nr. 2, og på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

Den foreslåede ændring vil give regionerne adgang til at lade private institutioner, f.eks. psykiatriske privathospitaler, varetage behandlingen af retspsykiatriske patienter med dom til ambulante behandling eller dom til ambulante behandling med mulighed for indlæggelse.

Den foreslåede ændring vil svare til sundhedslovens § 75, stk. 2, hvoraf det fremgår, at regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Ændringen indebærer ikke at private institutioner kan behandle retspsykiatriske patienter med dom til indlæggelse eller forvaring. Disse patienter vil fortsat alene kunne behandles på en psykiatrisk afdeling i offentligt regi. Såfremt en retspsykiatrisk patient med dom til ambulante behandling ikke ønsker at følge behandlingen, og der skal iværksættes tvangsforanstaltninger over for patienten, vil behandlingen overgå til de regionale retspsykiatriske afdelinger. Retspsykiatriske patienter med dom til ambulante behandling vil ikke med ændringen få ret til frit sygehusvalg i henhold til sundhedslovens §§ 86 og 87.

Endelig foreslås det i stk. 3, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af sådanne institutioner.

Sundhedsministeren vil med bemyndigelsen bl.a. kunne fastsætte nærmere regler om overgangen fra behandling i regionalt regi til privat regi. Det forudsættes, at den nærmere fastsættelse af regler vil ske med inddragelse af justitsministeren.

Til § 3

Til nr. 1

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 1, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag

for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter.

Det foreslås at ændre § 238, stk. 1, således, at bopælsregionen opkræver betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter.

Dette betyder, at bopælsregionen opkræver betalingen fra betalingskommunen i stedet for som efter gældende ret, bopælskommunen. Betalingskommunen er den kommune, som i henhold til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., samt § 9 c, stk. 2 og stk. 4-6 samt stk. 12, i lov om retssikkerhed på det sociale område, har den generelle betalingsforpligtelse.

Formålet med ændringen er at sikre, at betalingen i højere grad tilkommer den kommune, der efter serviceloven har handleansvar for borgeren.

Til nr. 2

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 2, at ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Ydermere fremgår det af sundhedslovens § 238, stk. 3, at bopælsregionen kan af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2.

Det foreslås desuden at ændre § 238, stk. 2 og stk. 3, således at hhv. staten og bopælsregionen opkræver betalingskommunen betaling pr. sengedag for hhv. sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter og betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2.

Betalingskommunen er den kommune, som i henhold til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., samt § 9 c, stk. 2 og stk. 4-6 samt stk. 12, i lov om retssikkerhed på det sociale område, har den generelle betalingsforpligtelse.

Formålet med ændringen er at sikre, at betalingen i højere grad tilkommer den kommune, der efter serviceloven har handleansvar for borgeren hvad angår færdigbehandlingsdage, og at betaling opkræves af den hidtidige kommune i de tilfælde, hvor patienten skifter bopælskommune under indlæggelse på et hospice. Dermed vil det ikke nødvendigvis være den kommune, hvor hospice er placeret, der opkræves betaling for hospicedage.

Til nr. 3

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 2, at ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og

3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Det foreslås at ændre § 238, stk. 2, således at det specificeres, at bestemmelsen alene handler om somatiske patienter. Der tilsigtes således ikke en ændring af det nærmere indhold af bestemmelsen, men blot en præcisering af, at bestemmelsen alene omhandler somatiske patienter.

Til nr. 4

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 1, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Det foreslås, at der indsættes et nyt stk. 3 i § 238, hvorefter staten, ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter.

Det foreslås, at denne betaling maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettede sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Formålet med § 238, stk. 3 er at implementere en statslig takst for færdigbehandlingstakst for psykiatriske patienter. Taksten vil med forslaget blive udformet i lighed med den statslige takst for somatiske færdigbehandlingstakst, idet der dog tages hensyn til, at kommunerne har behov for mere tid til at finde ud af, hvilket tilbud der er rigtigt for den enkelte patient. Den foreslåede ordning indebærer, at den samlede kommunale betaling for psykiatriske færdigbehandlingstakst fordobles fra og med syvende færdigbehandlingstakst, og tredobles fra og med 14. færdigbehandlingstakst.

Derudover foreslås det, at der efter § 238, stk. 3 indsættes et nyt stykke 4, hvorefter det fastsættes at taksterne skal have 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.

Det foreslås således, at loven får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og komplet virkning fra og med tilskudsåret 2023.

Formålet med § 238, stk. 4, er at indfase den statslige færdigbehandlingstakst over tre år er for at skabe tid til eventuelle strukturelle og organisatoriske ændringer i kommunerne og i snitfladen mellem regioner og kommuner. Den statslige takst vil efter forslaget være 25 pct. i tilskudsåret 2020, svarende til at taksten fra og med syvende dag er 494 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2021 vil den statslige takst være 50 pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 988 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 1.976 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og i tilskudsåret 2022 vil den statslige takst være 75

pct. svarende til at taksten fra og med syvende dag er 1.482 kr. (pris- og lønniveau for 2016), og fra fjortende dag og frem er 2.964 kr. (pris- og lønniveau for 2016). I tilskudsåret 2023 vil den statslige takst være fuldt implementeret.

Til nr. 5

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 4, at den betaling, som bopælsregionen opkræver kommunen pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter og for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2, maksimalt kan udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Med lovforslagets § 3, nr. 6, foreslås det at ændre sundhedslovens § 238, stk. 4, der bliver stk. 6, så det gælder for stk. 3, der bliver stk. 5, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 og stk. 4 i sundhedslovens § 238. Der tilsigtes således ikke en ændring af det nærmere indhold af bestemmelsen.

Til nr. 6

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 5, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-4, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 238, stk. 5, der bliver stk. 7, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 og stk. 4 i sundhedslovens § 238, jf. lovforslagets § 3, nr. 4, således at det nye stk. 3 også omfattes af bemyndigelsesbestemmelsen.

Med ændringen vil sundhedsministeren kunne fastsætte nærmere regler for betalingen af taksterne i sundhedslovens § 238, stk. 1-6, såvel for de nuværende færdigbehandlingstakster som for den statslige færdigbehandlingstakst for psykiatriske patienter Dette betyder bl.a., at den statslige færdigbehandlingstakst i psykiatrien vil være omfattet af den eksisterende bemyndigelsesbestemmelse på lige vilkår som den statslige færdigbehandlingstakst i somatikken.

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 5, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-4, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 238, stk. 5, der bliver stk. 7, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 og stk. 4 i sundhedslovens § 238, jf. lovforslagets § 3, nr. 4, således, at bopælskommune ændres til betalingskommune, som en konsekvens af den foreslåede ændring i sundhedslovens § 238 stk. 1-3. Der tilsigtes således ikke en ændring af det nærmere indhold af bestemmelsen.

Til nr. 8

Det fremgår af sundhedslovens § 238, stk. 6, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 238, stk. 6, der bliver stk. 8, som en konsekvens af den foreslåede indsættelse af et nyt stk. 3 og stk. 4 i sundhedslovens § 238, således at det nye stk. 3 også omfattes.

Forslaget er en konsekvens af lovforslagets § 3, nr. 2, hvor stk. 2 foreslås kun at gælde for somatisk færdigbehandlede patienter. Den fastsatte hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om tilbageførsel af provenuet til kommunerne foreslås også at gælde for psykiatrisk færdigbehandlede patienter efter det nye stk. 3. Dette betyder, at den statslige færdigbehandlingstakst i psykiatrien vil være omfattet af den eksisterende bemyndigelsesbestemmelse på lige vilkår som den statslige færdigbehandlingstakst i somatikken.

I udgangspunktet tilbageføres den statslige færdigbehandlingstakst til kommunerne i den enkelte region, som merbetalingen vedrører, og fordeles på kommunerne i den enkelte region i forhold til indbyggertallet. Det vil sige, at betalinger i en region ikke omfordeles til øvrige regioner, men kun mellem kommunerne inden for den enkelte region. Nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 1780 af 27. december 2016 om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau.

Hvis den statslige færdigbehandlingstakst ikke ændrer kommunernes adfærd væsentligt, sådan at antallet af færdigbehandlingssage nedbringes, kan sundhedsministeren fastsætte regler om, at tilbageførselen til kommunerne i stedet bliver ændret til en ansøgningspulje. Ansøgningspuljen vil i givet fald blive administreret af Sundheds- og Ældreministeriet og vil blive udmøntet til kommunale initiativer, der har til formål at nedbringe antallet af færdigbehandlingssage. De nærmere betingelser for indførelse af ansøgningspulje samt udformning er fastsat i bekendtgørelse nr. 1780 af 27. december 2016 om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau.

Til § 4

Til nr. 1

Det fremgår af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., at ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene kan foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4. Derudover fremgår det af autorisationslovens § 41, stk. 1, 2. pkt., at andre læger kan foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed.

Det foreslås at ændre autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., således at der tilvejebringes et udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for at også læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse kan foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling.

Regionens ansvar efter sundhedsloven for lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, som under sygehusindlæggelse har behov for en sådan behandling, forudsætter, at sygehusansatte læger må foretage ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i lægelig stofmisbrugsbehandling af personer, der er indlagt på sygehus. At denne forudsætning er til stede, fremgår imidlertid ikke udtrykkeligt af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt.

Formålet med ændringen er at skabe udtrykkeligt hjemmelsgrundlag for, at sygehuslæger kan foretage lægelig stofmisbrugsbehandling af personer indlagt på sygehus.

Til nr. 2

Det fremgår af autorisationslovens § 41, stk. 1, 1. pkt., at ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene kan foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4. Dog kan andre læger efter autorisationslovens § 41, stk. 1, 2. pkt., foretage enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed.

Det foreslås at indsætte et 3. punktum, hvori det tydeliggøres, at lægelige ordinationer som led i abstinensbehandling skal foretages straks i tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser. En læges undladelse af straks at iværksætte abstinensbehandling vil kunne være i strid med lægens forpligtelse til under udøvelsen af sin virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17.

Til § 5

Til nr. 1

Det fremgår af retsplejelovens § 469, stk. 1, at hvis den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne begærer, at frihedsberøvelsens lovlighed skal prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at ophæve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jf. § 235. Sager om tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsendlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende sygehus eller afdeling er beliggende.

Det fremgår endvidere af retsplejelovens § 469, stk. 4, at begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis tillades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. I sager om tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning,

tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile regnes fristerne dog fra Det Psykiatriske Patientklagenævns eller Tvangsbehandlingsnævnets afgørelse i sagen.

Det foreslås at ændre retsplejelovens § 469, stk. 1 og 4, således, at det ikke længere er muligt at få prøvet lovligheden af tvungen opfølgning efter udskrivning af domstolene.

Til § 6

Bestemmelsen vedrører lovens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det foreslås med *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. juli 2019.

Det foreslås i *stk. 2*, at den foreslåede ændring i sundhedslovens § 238, stk. 3, træder i kraft den 1. januar 2020.

Det foreslås i *stk. 3*, at regler fastsat i medfør af § 13 a, stk. 2, jf. lov nr. 1160 af 29. september 2015, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af § 13 a, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., som affattet ved denne lovs § 1, nr. 2.

Det foreslås i *stk. 4*, at regler fastsat i medfør af § 238, stk. 5 og 6, jf. lov nr. 1286 af 2. november 2018, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af forskrifter udstedt i medfør af sundhedslovens § 238, stk. 7 og 8 som affattet ved denne lovs § 3, nr. 7 og 9.

Til § 7

Det følger af § 6 i lov om retspsykiatrisk behandling m.v., at loven ikke gælder for og heller ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1 og 2, at sundhedslovens § 238 ikke gælder for og heller ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

For så vidt angår Grønland, overtog det grønlandske hjemmestyre ved lov nr. 369 af 6. juni 1991 sundhedsvæsenet pr. 1. januar 1992 i henhold til hjemmestyrelovens § 5. Ved lov nr. 1406 af 27. december 2008 om ændring af sundhedsvæsenet i Grønland overtog hjemmestyret desuden sagsområdet tvang i psykiatrien pr. 1. januar 2009 i henhold til hjemmestyrelovens § 7, jf. § 5.

Det betyder, at lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed ikke gælder for og heller ikke kan sættes i kraft for Grønland,

For så vidt angår Færøerne, følger det af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, at loven ikke gælder for Færøerne, men at loven ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Det foreslås derfor, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, men kan sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende lov

Lovforslaget

§ 1

§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 11, § 12, stk. 4, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 1 og 2, § 18 g, § 19 a, stk. 1, og 4, 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.

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

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

§ 13 d. Overlægen kan inden patientens udskrivning træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis der på baggrund af den aktu-

I lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1160 af 29. september 2015, som ændret ved § 7 i lov nr. 656 af 8. juni 2016, § 1 i lov nr. 691 af 8. juni 2017 og senest ændret ved § 32 i lov nr. 1711 af 27. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 4 a ændres »§ 19 a, stk. 1 og 4« til: »§ 19 a, stk. 1, 2, 6 og 7«.

2. § 13 a, stk. 1, ophæves og i stedet indsættes:

»§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Hvis det må antages, at en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

3. § 13 d og § 13 e ophæves.

elle 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 opfølgende behandling ved et udgående psykiatri-team, men har undladt at følge den ordinerede medicinske behandling.

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

Stk. 3. Hvis patienten ikke møder op til medicinering, kan overlægen 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.

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

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

Stk. 6. Hvis der er en begrundet 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 overlægen 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.

§ 13 e. Sundhedsministeren fastsætter regler om tvungen opfølgning efter udskrivning, herunder efter forhandling med justitsministeren om politiets afhentning af patienten, hvis denne ikke frivilligt møder op til medicinering, og om sundhedspersonens medvirken hertil.

Kapitel 5 a

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

§ 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 og 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 forvaring. 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. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele samt kropsvsitation af patienten m.v.

4. *Overskriften til kapitel 5 a affattes således:*

»Kapitel 19 a.

Åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvsitation, samt anvendelse af kropsscannere og narkohunde m.v.«

5. *§ 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. Ved mistanke som nævnt i stk. 1 kan overlægen med henblik på at sikre, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ikke er blevet indført eller vil blive forsøgt indført til en eller flere patienter i afdelingen, beslutte, at der skal anvendes kropsscannere ved undersøgelse af en patient eller andre, der søger adgang til den psykiatriske afdeling.

Stk. 3. Kravet om mistanke efter stk. 1 gælder ikke for Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, i forbindelse med anvendelse af kropsscannere, jf. stk. 2.

Stk. 4. Åbning og kontrol af patientens post og undersøgelse af patientens stue og ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 5. Kropsvsitation efter stk. 1, nr. 3, omfatter ikke undersøgelse af kroppens hulrum.

§ 20. 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 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.

Stk. 2 og 3. - - -

§ 24. Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med 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.

Stk. 2. - - -

Stk. 6. Overlægen kan ved mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på den psykiatriske afdelings udearealer beslutte, at der kan anvendes narkohunde ved undersøgelse af disse arealer.

Stk. 7. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, 2 og 6, tages i forvaring. Overlægen skal 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. 8. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om åbning og kontrol af patientens post, undersøgelse af patientstuer og patientens ejendele, kropsvsitation af patienten, anvendelse af kropsscannere og anvendelse af narkohunde.«

6. I § 20, *stk. 1, 1. pkt.*, udgår »13 d.«.

7. I § 24, *stk. 1*, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«.

§ 26. Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. For patienter, der er undergivet tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, finder besøg efter udskrivning sted på behandlingsstedet. Besøg sker på patientens anmodning og kan, såfremt patienten ønsker det, erstattes med telefonsamtale. Lægen på behandlingsstedet har ansvaret for at sikre, at der på patientens anmodning træffes aftale med patientrådgiveren om besøg eller telefonsamtale.

Stk. 2. - - -

§ 32. - - -

Stk. 2. - - -

Stk. 3. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Klage over beslutning om tvungen opfølgning efter § 13 d, stk. 1, har ligeledes opsættende virkning.

§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt oppegående tvangsfiksering og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, for Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

§ 36. - - -

Stk. 2. - - -

8. § 26, *stk. 1, 4.-6. pkt.*, ophæves.

9. § 32, *stk. 3, 2. pkt.*, ophæves.

10. I § 35 udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«

11. I § 36, *stk. 3, 1. pkt.*, udgår », og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, *stk. 3,«.*

Stk. 3. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, og om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Stk. 4. - - -

§ 37. Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. - - -

Stk. 3. Godkender Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen, at der etableres tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, kan spørgsmålet om den tvungne opfølgning efter udskrivning først på ny begæres prøvet i nævnet, hvis den tvungne opfølgning efter udskrivning forlænges, jf. § 13 d, stk. 6. Tvungen opfølgning efter udskrivning kan herefter begæres prøvet ved enhver forlængelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 6.

§ 40. - - -

Stk. 2. - - -

Stk. 3. Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13, 13 d og 13 e og § 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.

Stk. 4. - - -

12. I § 37, stk. 1, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning i henhold til § 13 d,«.

13. § 37, stk. 3, ophæves.

14. § 40, stk. 3, affattes således:

»*Stk. 3.* Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i Sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, 13 og 21, stk. 2, samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.«

§ 1. Regionsrådene har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage:

1. Personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse.

2. Personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.

3. Personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisksygehus.

4. Personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatriskbehandling.

§ 238. - - -

Bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Stk. 2. Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag for første og anden sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den tredje sengedag. Taksten

I lov om retspsykiatrisk behandling m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1396 af 21. december 2005 foretages følgende ændring:

1. I § 1 indsættes som *stk. 2* og *3*:

»*Stk. 2.* Regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i varetagelsen af den ambulante behandling af patienter, som er omfattet af stk. 1, nr. 2, og på anden måde undergives psykiatrisk behandling i henhold til dom eller kendelse.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om regionernes benyttelse af institutioner som nævnt i stk. 2.«

§ 3

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018, som ændret ved § 3 i lov nr. 1555 af 18. december 2018, lov nr. 1556 af 18. december 2018, § 42 i lov nr. 1518 af 18. december 2018 og senest ændret ved § 1 i lov nr. 1732 af 27. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. § 238, *stk. 1*, affattes således:

»Bopælsregionen opkræver betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen. Betalingskommunen er den kommune, som i henhold til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., samt § 9 c, stk. 2 og stk. 4-6 samt stk. 12, i lov om retssikkerhed på det sociale område, har den generelle betalingsforpligtelse.«

2. I § 238, *stk. 2* og *stk. 3*, som bliver til *stk. 5*, ændres »bopælskommunen« til: »betalingskommunen«.

3. I § 238, *stk. 2*, indsættes efter »afsnit VI til«: »somatisk«

pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 3. Bopælsregionen kan af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2.

Stk. 4. Den betaling, som er nævnt i stk. 1 og 3, kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau). Taksten pris- og lønreguleres på samme måde som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1-4, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter stk. 2 til kommunerne.

4. I § 238 indsættes efter stk. 2, som nye stykker:

»*Stk. 3.* Ud over den betaling, der opkræves efter stk. 1, opkræver staten betalingskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til psykiatrisk færdigbehandlede patienter fra kommunen. Denne betaling kan maksimalt udgøre 1.976 kr. (2016-niveau) pr. sengedag fra og med syvende sengedag til og med trettende sengedag og 3.952 kr. (2016-niveau) for hver sengedag fra og med den fjortende sengedag. Taksten pris- og lønreguleres på samme måde, som bloktilskuddet til regionerne.

Stk. 4. Taksterne efter stk. 3 får 25 pct. virkning i tilskudsåret 2020, 50 pct. i tilskudsåret 2021, 75 pct. i tilskudsåret 2022, og 100 pct. fra og med tilskudsåret 2023.«

Stk. 3-6 bliver herefter stk. 5-8.

5. I § 238, *stk. 4*, som bliver *stk. 6*, ændres »*stk. 1 og 3*« til: »*stk. 1 og 5*«.

6. I § 238, *stk. 5*, som bliver *stk. 7*, ændres »*stk. 1-4*« til: »*stk. 1-6*«.

7. I § 238, *stk. 5*, som bliver *stk. 7*, ændres »*bopælskommunen*« til: »*betalingskommunen*«.

8. § 238, *stk. 6*, som bliver *stk. 8*, affattes således:
»*Stk. 8.* Sundhedsministeren fastsætter regler om tilbageførsel af provenuet efter *stk. 2 og 3* til kommunerne.«

§ 4

I lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 13. september 2018, som senest ændret

§ 41. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger.

Stk. 2-4. - - -

§ 469. Begærer den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne, at frihedsberøvelsens lovlighed prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at ophæve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jf. § 235. Sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende sygehus eller afdeling er beliggende.

Stk. 2-3. - - -

Stk. 4. Begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagelsesvis til-

ved lov nr. 1555 af 18. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 41, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter »§ 142, stk. 4«: », og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse«.

2. I § 41, *stk. 1*, indsættes som *3. pkt.*:

»I tilfælde af behandlingskrævende akutte abstinenser skal ordinationen foretages straks.«

§ 5

I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 1284 af 14. november 2018 (retsplejeloven), som ændret senest ved lov nr. 1715 af 27. december 2018, foretages følgende ændringer:

1. I § 469, *stk. 1, 2. pkt. og 4, 3. pkt.*, udgår »tvungen opfølgning efter udskrivning,«

lades af retten, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen. I sager om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, oppegående tvangsfiksering og aflåsning af døre i afdelingen i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. samt sager om tvangsindlæggelse, tilbageholdelse og tilbageførsel efter §§ 10 og 12 i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile regnes fristerne dog fra det psykiatriske patientklagenævns eller Tvangsbehandlingsnævns afgørelse i sagen.