

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 4, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 24. februar 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 4:

"Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 12. februar 2006 fra Landsforeningen SIND, jf. L 140 – bilag 9."

Svar:

Jeg vil naturligvis gerne kommentere Landsforeningen SIND's brev af 12. februar 2006 til Anne Baastrup, selvom henvendelsen ikke vedrører lovforslag nr. L 140 om revision af psykiatriloven.

Henvendelsen fra SIND vedrører lov nr. 1372 af 20. december 2004 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet.

Formålet med loven er at skabe mulighed for videregivelse af oplysninger uden samtykke til brug for undersøgelse af visse behandlingsforløb, med henblik på at udnytte eksisterende viden til at mindske risikoen for, at psykiske syge i fremtiden begår alvorlig personfarlig kriminalitet.

SIND anfører i brevet, at foreningen ikke præcist ved, hvem der udvælger sager i første omgang. Jeg kan oplyse, at det følger af lovens § 3, at det er Sundhedsstyrelsen, der træffer afgørelse om, hvorvidt et behandlingsforløb skal undersøges.

Det gør Sundhedsstyrelsen på baggrund af de oplysninger, som styrelsen får fra Anklagemyndigheden, jf. § 3. Det vil sige oplysninger om domme om brandstiftelse, voldtægt, seksuel udnyttelse af børn under skærpande omstændigheder, drab, særlig grov vold og forsøg på disse forbrydelser (jf. straffelovens §§ 180, 1. led, 216, 222, stk. 2, 237 og 246).

Derudover må jeg tage afstand fra SIND's antydning af, at Sundhedsstyrelsen har en interesse i, at lovens intention ikke opfyldes. Der er tale om en lovbunden opgave, som er pålagt landets højeste sundhedsfaglige myndighed.

Sundhedsstyrelsen har i anledning af SIND's henvendelse udtalt følgende, hvortil jeg henviser:

"SIND's brev omhandler udvælgelsesproceduren for sager til de arbejdsgrupper, Sundhedsstyrelsen har nedsat jf. lov nr. 1372 af 20. december 2004, til at undersøge forløbet, hvor en psykisk syg er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet. Arbejdsgruppen skal vurdere, om der i forløbet evt. kunne være handlet anderledes, samt om der kunne være en sammenhæng mellem forløbet og den kriminelle handling.

SIND har ifølge foreningens brev den opfattelse, at der foregår to udvælgelsesprocedurer, før arbejdsgruppen får sagerne til behandling.

For at sikre at undersøgelserne bliver gennemført ved en ensartet fremgangsmåde, således at der om muligt kan konkluderes generelt fra de enkelte sager og evt. foreslås initiativer til forebyggelse af lignende tilfælde, udarbejdede Sundhedsstyrelsen i samarbejde med repræsentanter fra Embedslægevæsenet, Sundhedsministeriet, Justitsministeriet, SIND og en repræsentant fra Dansk Psykiatrisk Selskab en vejledning om undersøgelserne. Vejledningen blev offentliggjort den 4. februar 2005.

Ifølge loven om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet, § 3, skal Rigsadvokaten underrette Sundhedsstyrelsen om alle domme efter straffelovens § 180, 1. led, § 216, § 222, stk. 2 og §§ 237 og 246, hvor en person er blevet idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68-70. Sundhedsstyrelsen indhenter oplysninger fra styrelsens registre, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, vedrørende de domfældtes eventuelle kontakter til sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen vurderer sagerne i samarbejde med den embedslæge, som er formand for arbejdsgrupperne, på baggrund af sagsmaterialet og de indhentede oplysninger og udvælger de sager, hvor det findes relevant at undersøge behandlingsforløbet.

Sundhedsstyrelsen har nedsat to arbejdsgrupper, én for den østlige del af Danmark og én for den vestlige del af Danmark, til at undersøge behandlingsforløbene. Ud over Sundhedsstyrelsens repræsentant består arbejdsgrupperne af en repræsentant fra anklagemyndigheden, en speciallæge i psykiatri, en repræsentant med socialfaglig indsigt samt en repræsentant fra SIND. De lokale embedslæger vil blive inddraget efter behov. De udvalgte sager bliver fordelt til de to arbejdsgrupper efter geografisk tilhørsforhold."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 5, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 1. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 5:

"Ministeren bedes kommentere månedsbrev, marts 2006 fra Patientforeningen Danmark, jf. L 140 – bilag 10."

Svar:

Patientforeningen Danmark anfører i foreningens månedsblad bl.a., at der foregår ukontrollerede eksperimenter i psykiatrien og henviser til et dødsfald på Amager Hospital i juli sidste år.

Jeg har ikke mulighed for at gå ind i den konkrete klagesag, men dødsfaldene affødte et samråd i Folketinget den 1. november 2005. I den anledning blev der iværksat en række initiativer på dette område.

Bl.a. oplyste jeg i samrådet, at Sundhedsstyrelsen har indskærpet gældende vejledninger om korrekt anvendelse af antipsykotika over for de ordinerende læger, herunder at det er væsentligt at følge både effekt og bivirkninger nøje og at monoterapi, det vil sige behandling med et enkelt lægemiddel, bør være hovedreglen ved anvendelse af antipsykotika.

Embedslægeinstitutionen foretager nu en meget grundig undersøgelse af de omtalte dødsfald på bocentre i København. Det vil bl.a. give os svar på, om de pågældende patienter har fået en fagligt set korrekt behandling.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen gennemfører en omfattende registerundersøgelse af, om behandlingen af patienter med antipsykotika og andre lægemidler svarer til fagligt anerkendte anbefalinger. Hvis det viser sig, at anbefalingerne ikke er overholdt, vil Sundhedsstyrelsen foreslå tiltag, der kan bidrage til at bringe forbruget i overensstemmelse med anbefalingerne.

Jeg mener samlet set, at vi med de undersøgelser, der er iværksat, får belyst området grundigt. Og frem for alt får vi gennemført et serviceeftersyn af, om der er grund til at indskærpe de faglige anbefalinger for behandling med antipsykotiske lægemidler.

I relation til Patientforeningen Danmarks holdning til tvungen opfølgning efter udskrivning henviser jeg til mine besvarelser af L 140 – Spørgsmål 1-3.

Det glæder mig dog, at Patientforeningen Danmark finder, at L 140 indeholder lyspunkter set med patientøjne. Således har jeg noteret mig foreningens tilfredshed med det øgede tilsyn af bæltefikserede patienter, at disse patienter automatisk får en patientrådgiver og kan indbringe patientklagenævnets afgørelse i en klagesag for retten, samt retten til eftersamtaler.

Der er også andre tiltag i lovforslaget, der gavner patienten, og med foreningens fokus på de bæltefikserede patienter vil jeg henlede opmærksomheden på pligten til lægelig ekstern efterprøvelse af bæltefikserede patienter, i de tilfælde hvor fikseringen udstrækkes udover 48 timer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 11 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 11:

"De psykiatriske patienter, der ifølge psykiatrilovsundersøgelsen ville kunne omfattes af tvungen opfølgning, hvilke tilbud har de fået indenfor distriktspsykiatrien?"

Svar:

Det fremgår af L 140, at der i mindst ét tilfælde skal have været udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan for de patienter, der bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning, jf. § 13 d, stk. 1, nr. 1.

De specifikke krav til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er fastsat i vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision. Det fremgår heraf blandt andet, at udskrivningsaftalerne og planerne skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, der er fastlagt, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Der er således opstillet en række obligatoriske krav til, hvilke elementer en udskrivningsaftale eller koordinationsplan skal indeholde med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen og der er krav om en entydig ansvarsfordeling i forhold til opfølgning m.v. Det er imidlertid centralt, at den konkrete udskrivningsaftale eller koordinationsplan tager udgangspunkt i den enkelte patients aktuelle behov.

Det er ikke muligt generelt at angive, hvilke tilbud, herunder indenfor distriktspsykiatrien, patienter, der bliver omfattet af reglerne om tvungen opfølgning efter udskrivning, har fået, idet tilbudene som nævnt skal være tilpasset den enkelte patients behov.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 12 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 12:

"Er ministeren bekendt med, hvilken effekt medicin har haft på den gruppe af psykiatriske patienter, der i psykiatrilovsundersøgelsen ville kunne omfattes af reglerne om tvungen opfølgning?"

Svar:

Det fremgår af "Rapport om ambulans tvang", som er udgivet af Dansk Psykiatrisk Selskab, at man regner med at ca. 90 – 95 pct. af alle skizofrene patienter vil respondere på behandling med antipsykotika, såfremt flere forskellige antipsykotika er afprøvet i tilstrækkelig lang tid og i sufficente doser.

Det fremgår af L 140, at der ved medicineringen i forbindelse med den tvungne opfølgning efter udskrivning skal anvendes lægemidler, for hvilke man kender patientens reaktion. Det forudsættes, at medicinen er gennemprøvet på patienten med kendt effekt i henhold til relevante faglige krav og standarder.

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

Der kan således kun træffes beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning i forhold til patienter, der har haft god effekt af behandling med antipsykotisk medicin.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 13 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 13:

"Den gruppe af psykiatriske patienter, der ifølge psykiatrilovsundersøgelsen ville kunne omfattes af reglerne for tvungen opfølgning, hvilke botilbud bor de i eller bor de hovedsageligt i eget hjem?"

Svar:

Patientens boform har ingen betydning for spørgsmålet om, hvorvidt vedkommende i henhold til L 140 vil kunne omfattes af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning.

De kriterier, der er anført i L 140, tager alene udgangspunkt i behandlingsmæssige hensyn. Derfor har patientens bopæl eller andre tilsvarende forhold ingen betydning i denne sammenhæng.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. 14 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 14:

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

Svar:

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

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

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

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

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

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

Svarene viser, at de enkelte amter/ H:S har tilrettelagt den opsøgende indsats, distriktspsykiatrien m.v. forskelligt, hvorfor det er svært at sammenligne tilbudene på tværs af amterne/ H:S. F.eks. oplyser nogle amter, at de ikke har opsøgende psykoseteams, jf. den terminologi, der er gængs indenfor psykiatrien, men at de har andre udgående tilbud eller andre døgndækkende behandlings- og støttetilbud. Andre anfører, at de ikke ønsker at oprette opsøgende psykoseteams eller at der ikke er behov herfor, f.eks. med den begrundelse, at et eventuelt behov dækkes af et velfungerende samarbejde imellem distriktspsykiatrien og kommunerne.

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

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

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

Amt	Antal psykoseteams
Københavns Amt	0 (Det tilføjes, at der pr. 1. marts 2006 var ét udgående team i Københavns Amt, og at dette team ikke helt er sammenligneligt med de psykoseteams, der findes i Danmark)
Frederiksborg Amt	0 (Amtet anfører, at amtet ikke har opsøgende psykoseteams i den terminologi, der i dag benyttes i psykiatrien)
Roskilde Amt	0 (Amtet skriver, at amtet ikke har ønsket at oprette egentlige opsøgende psykoseteam, og at udadgående ydelser gives som et led i behandlingen i det omfang sygehuset vurderer, at der er behov herfor)
Vestsjællands Amt	0
Storstrøms Amt	1
Bornholms Reg.	0
Fyns Amt	0 (Det anføres, at der på Fyn vurderes ikke at være behov for opsøgende psykoseteams, idet et evt. behov dækkes af et meget velfungerende samarbejde imellem distriktspsykiatrien og kommunerne)
Sønderjyllands Amt	3 (1 amtsdækkende for tidlig intervention ved første psykosetegn som herefter følger patienten i mindst 5 år. 2 opsøgende psykoseteams for kroniske, svært sindslidende)
Ribe Amt	1 (og 1 modificeret team)

Vejle Amt	0 (Amtet anfører, at amtet ikke har opsøgende psykoseteams i den form, som er kendt fra Sønderjyllands Amt, men en bred vifte af døgndækkende behandlings- og støttetilbud, f.eks. udgående teams, distriktspsykiatri, herunder med udgående virksomhed, udbygget socialpsykiatri med opsøgende virksomhed med målgruppe svarende til opsøgende psykoseteams).
Ringkøbing Amt	0 (Amtet anfører, at amtet gennem organiseringen af og tilgangen til psykiatrien i amtet har elementer, der i høj grad rummer elementerne fra opsøgende psykoseteams, og som på mange måder kan kaldes et murstensløst psykoseteam)
Århus Amt	0
Viborg Amt	0
Nordjyllands Amt	0
H:S	5 (I budgettet for 2006 er indarbejdet en udvidelse med 3 nye teams. Herudover etableres i indeværende år yderligere 2 opsøgende teams til henholdsvis dobbeltdiagnosepatienter og retspsykiatriske patienter. Hertil kommer 3 OPUS-teams i H:S, hvor målgruppen er unge patienter med debuterende psykose i alderen 18-35 år)

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

Amt	Geografisk dækning af opsøgende psykoseteams
Københavns Amt	Det udgående team dækker én kommune af amtets 18 kommuner
Frederiksborg Amt	-
Roskilde Amt	Amtet anfører, at der arbejdes med udadgående ydelser i hele amtet
Vestsjællands Amt	-
Storstrøms Amt	Opsøgende psykoseteam har de 4 kommuner på Falster som geografisk afgrænset område (ca. 18,6 pct. af borgerne i amtet bor på Falster)
Bornholms Reg.	-
Fyns Amt	-
Sønderjyllands Amt	100 pct. dækning for nydebuterede 50 pct. dækning for kronisk, svært sindslidende
Ribe Amt	Det opsøgende psykoseteam dækker Ribe, Bramming, Brørup, vejen, Holsted, Grindsted, Ølgod og Billund kommune. Psykoseteamet dækker Esbjerg og Fanø kommune.
Vejle Amt	100 pct. dækning af de tilbud amtet har, jf. dog tabel 1
Ringkøbing Amt	-
Århus Amt	-
Viborg Amt	-
Nordjyllands Amt	-
H:S	Knap 50 pct. af optageområderne var dækket

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

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

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

Amt	Antal patienter, der har haft besøg af et opsøgende psykoseteam
Københavns Amt	I henholdsvis 2004 og 2005 fik 10 – 20 patienter besøg af det udgående team
Frederiksborg Amt	-
Roskilde Amt	Ca. 9 – 10 pct. af sygehusets ambulante ydelser gives som udadgående ydelser, dvs. i patientens hjem
Vestsjællands Amt	-
Storstrøms Amt	I 2004 og 2005 var antallet ca. 60
Bornholms Reg.	-
Fyns Amt	-
Sønderjyllands Amt	2004: 85 2005: 160
Ribe Amt	2004: 54 2005: 68
Vejle Amt	-

Ringkøbing Amt	-
Århus Amt	-
Viborg Amt	-
Nordjyllands Amt	-
H:S	500 patienter har været tilknyttet OP-teams ved udgangen af 2004 og 2005 (Det har ikke været muligt at foretage valide og repræsentative registerudtræk for denne patientgruppe i de pågældende kalenderår)

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

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

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

Amt	Antal sengepladser opgjort pr. 10.000 indbyggere
Københavns Amt	7
Frederiksborg Amt	4,78
Roskilde Amt	4,6
Vestsjællands Amt	5,3
Storstrøms Amt	4
Bornholms Reg.	5
Fyns Amt	6,2
Sønderjyllands Amt	5
Ribe Amt	4,6
Vejle Amt	5,1
Ringkøbing Amt	3,1

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

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

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

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

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

Ringkøbing Amt	1.100 (ca.
Århus Amt	4.900
Viborg Amt	2.190
Nordjyllands Amt	1.001
H:S	3.919 (antal individer med åbne ambulante forløb på dagen)

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR, 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 15 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 15:

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

Svar:

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 16 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 16:

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

Svar:

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

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 17 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2006

Spørgsmål 17:

"Ministeren bedes oversende statistik over varigheden af de gennemførte tvangsindlæggelser på landsplan for året 2004 og om muligt for 2005 opgjort pr. døgn."

Svar:

Sundhedsstyrelsens statistik for 2005 om anvendelse af tvang i psykiatrien forventes at foreligge i juni 2006.

Varigheden af de i 2004 gennemførte tvangsindlæggelser fremgår af nedenstående tabel, som bygger på oplysninger fra Sundhedsstyrelsens statistik for 2004 om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Tabel: Varigheden af tvangsindlæggelser for patienter indlagt i 2004

Varighed i døgn/uger	Antal indlæggelser
1-2 døgn	657
2-3 døgn	262
3-4 døgn	48
4-5 døgn	49
5-6 døgn	39
6-7 døgn	39
1-2 uger	242
2-3 uger	194
3-4 uger	72
4-8 uger	217
8-12 uger	145
12-14 uger	53
14-16 uger	25
16-30 uger	92
>30 uger	24
I alt	2158

Note: Det bemærkes, at der ikke er angivet ophørsdato for 18 patienter, hvorfor varigheden ikke kan opgøres for disse patienters vedkommende. Det bemærkes videre, at 103 personer i 2004 var indlagt i mindre end et døgn. Disse personers indlæggelser er ikke medtaget i tabellen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 19, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 9. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 19:

"Ministeren bedes kommentere anonymiseret henvendelse, jf. L 140 – bilag 13."

Svar:

. / . Jeg vedlægger i anonymiseret form mit brev til spørgeren.

Som det fremgår heraf, er jeg enig med vedkommende i, at vi skal fortsætte med at udbygge og modernisere det psykiatriske system. Således skal lovforslaget ikke ses som en erstatning for f.eks. en ny psykiatriaftale for 2007 og frem. Vi skal gå på to ben. Vi skal søge "både-og" løsninger.

I relation til tvungen opfølgning efter udskrivning præciserer jeg i mit svar, at dette indgreb netop ikke må anvendes vilkårligt. Derfor er der opstillet et subjektivt og tre objektive kriterier for en evt. anvendelse heraf. Dertil kommer, at en klage over tvungen opfølgning efter udskrivning er tillagt opsættende virkning, hvilket indebærer, at hvis en patient får medhold i det lokale psykiatriske patientklagenævn, kan tvungen opfølgning efter udskrivning ikke iværksættes.

København, den
Regional sundhed j.nr.:

Kære

Tak for Deres brev af 28. februar 2006 vedrørende lovforslaget om revision af psykiatriloven.

Jeg er glad for, at De bifalder lovforslaget som helhed, bortset fra den del der vedrører tvungen opfølgning efter udskrivning.

De skriver, at De kunne være bekymret for, at De kunne være blevet underlagt tvungen opfølgning efter udskrivning, hvis muligheden havde været til stede i dag. Jeg forstår sådan set godt Deres bekymring for, at tvungen opfølgning efter udskrivning kan blive anvendt vilkårligt.

Forslaget er ikke rettet mod psykiatriske patienter som gruppe. Men for de meget få psykiatriske patienter, som lovforslagets regler om tvungen opfølgning sigter på at hjælpe, og her taler vi om op mod 100 personer, er det desværre nærmest blevet en fast del af tilværelsen, at de kommer så langt ud i deres psykose, at det er nødvendigt, at de med politiets hjælp tvangsindlægges på en psykiatrisk afdeling. For nogle af de mest syge patienter sker det op til ca. en gang i kvartalet. Det er denne onde spiral, jeg gerne vil bryde med lovforslaget.

Statistikkerne taler deres tydelige sprog. I alt 249 patienter blev i 2004 indlagt med tvang for 3. gang eller mere indenfor en treårs periode. Seks af disse patienter blev indlagt med tvang for 10. gang eller mere i en treårs periode. Det er simpelthen ikke godt nok.

Det fremgår klart af regeringens forslag, at en patient kun kan blive omfattet af tvungen opfølgning, hvis lægen positivt ved, at vedkommende har gavn af behandlingen med den medicin, som patienten skal tage og samtidig har erfaring for, at patienten konsekvent ophører med at tage medicinen, når vedkommende bliver udskrevet fra den psykiatriske afdeling.

Regeringen er helt opmærksom på, at en beslutning om tvungen opfølgning af patienten i situationen vil kunne opleves som en meget indgribende foranstaltning, og at den derfor skal forbindes med stærke retssikkerhedsgarantier.

En beslutning om tvungen opfølgning bliver ifølge forslaget forbundet med effektive klagemuligheder og adgang til domstolsprøvelse. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at en klage over tvungen opfølgning har opsættende virkning. Det indebærer, at tvungen opfølgning ikke kan iværksættes, før det psykiatriske patientklagenævn har behandlet klagen, hvis patienten har klaget over beslutningen om tvungen opfølgning. Hvis patienten får medhold ved det psykiatriske patientklagenævn, kan den tvungne opfølgning ikke iværksættes.

Dertil kommer, at for denne lille gruppe af patienter, som forslaget retter sig mod, er alternativet ikke ingen tvang. Alternativet er, at de får lov til at blive så syge, inden de atter behandles, at tvangsindlæggelse bliver nødvendig. Det, synes jeg ikke, er et værdigt liv. Jeg håber på, at hvis disse patienter oplever en stabil periode i deres sygdomsforløb, kan de blive i stand til at træffe et valg, hvor de samlet set får et liv med større livskvalitet.

Når det så er sagt, er jeg enig med Dem i, at vi skal udbygge og modernisere det psykiatriske system.

Det har der været bred politisk enighed om siden 1997 i form af fortløbne psykiatriaftaler mellem skiftende regeringer og de fleste af Folketingets partier. I den periode er der afsat over 2 mia. kr. til dette område, herunder til etablering af enestuer m.v.

Disse tiltag suppleres af en stor indsats på det sociale område med bl.a. tilbud om støttekontakt person, botilbud og væresteder.

Der findes således en bred vifte af tilbud, som går hånd i hånd. Der er altså ikke tale om, at et tilbud i ét system, udelukker et tilbud i et andet system. Der er tale om en "både-og" løsning.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 20 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 9. marts 2006

Spørgsmål 20:

"Ministeren bedes kommentere anonymiseret henvendelse, jf. L 140 – bilag 14."

Svar:

Borgeren gengiver i den anonymiserede henvendelse til den psykiatriske afdeling reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5.

En udskrivningsaftale og koordinationsplan er meget forpligtende for alle parter. Det er langt mere end et udskrivningsbrev til egen læge eller en orientering til de sociale myndigheder om, at en patient udskrives. Desværre er der hidtil lavet alt for få udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

I bemærkningerne til L 140 er kravet til udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne derfor blevet præciseret. Det fremgår blandt andet, at de skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten. Det skal endvidere blandt andet fremgå, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen/ planen og hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere, hvis aftalen/ planen ikke overholdes.

Ikke mindst forpligtelsen til at reagere er central i forhold til spørgsmålet om at sikre sammenhæng for de patienter, som udsættes for alvorlige helbredsforringelser ved ikke at modtage behandlingsmæssig og/eller social støtte og som efter udskrivningen må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 21, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 13. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 21:

"Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 9. marts 2006 fra Landsforeningen SIND, jf. L 140 – bilag 15."

Svar:

Det er beskæmmende at læse om denne kvinde, som ifølge det oplyste har været indlagt gang på gang gennem 4 år og hver gang er udskrevet til ingenting.

Det bliver videre beskrevet, at der ikke på noget tidspunkt har været nogen former for koordinering mellem distriktpsychiatrien, egen læge, sagsbehandler, socialrådgiver m.v. Årsagen er i redegørelsen begrundet med tavshedspligt og manglende samtykkeerklæring.

Dernæst synes jeg, det er tankevækkende, at Landsforeningen SIND blot vil fortsætte i et spor, der ikke hjælper patienten. For mig at se, er beskrivelsen af kvindens forløb umiddelbart et eksempel på, at de gældende regler ikke er tilstrækkelige.

Jeg kan dog ikke vurdere, om denne kvinde ville falde ind under målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatriloven, eller evt. tvungen opfølgning efter udskrivning, da det kræver en faglig vurdering. Men jeg har en interesse i at hjælpe også de allersvageste patienter. Det troede jeg også, SIND havde.

Jeg henviser i øvrigt til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 20 og 41 om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 22, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 22:

"Ministeren bedes oplyse hvilken fysisk og eller psykisk magtanvendelse, det vil være acceptabelt at anvende i forbindelse med selve indgivelse af depotmedicin, der er ordineret som led i tvungen opfølgning."

Svar:

Mindste middel princippet, som er lovfæstet i psykiatriloven, indebærer, at der altid skal anvendes mindst mulig magtanvendelse. Vedrørende tvangsbehandling fremgår det af loven i dag, at overlægen træffer bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

Derudover vil jeg minde om, at den målgruppe, som tvungen opfølgning omfatter, er personer, som er velmedicinerede, og dermed vant til at modtage medicin.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 23, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 23:

"Ministeren bedes oplyse hvilken fysisk og eller psykisk magtanvendelse, det vil være acceptabelt at anvende i forbindelse med selve indgivelse af medicin gennem munden i tablet eller væskeform."

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 22.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 24, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 24:

"Ministeren bedes oplyse, om eventuel magtanvendelse i forbindelse med en tvungen opfølgning vil skulle registreres således, at der særskilt kan evalueres herpå ved lovens opfølgning."

Svar:

Jeg har modtaget mange spørgsmål om vilkårene for tvungen opfølgning efter udskrivning.

På den baggrund synes jeg, at det er en god idé, at evt. magtanvendelse i forbindelse med tvungen opfølgning efter udskrivning registreres særskilt som led i lovovervågning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 25, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 25:

"Ministeren bedes oplyse i hvilket omfang, politiet forventes at skulle ledsage til medicingivning under en tvungen opfølgning."

Svar:

Tvungen opfølgning efter udskrivning kan anvendes over for personer, der er velmedicinerede. Derfor er det min forventning, at politiledsagelse bliver undtagelsen.

Jeg henviser i øvrigt til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 24.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR, 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 26, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 26:

"Ministeren bedes uddybe i hvilket omfang ledsagelse til medicinindtagelse under tvungen opfølgning er indregnet i de merudgifter til stat og amter, der er opgjort i lovforslaget, samt oplyse hvorfor der ikke er beregnet udgifter til øget politiledsagelse."

Svar:

Målgruppen for tvungen opfølgning efter udskrivning er personer, der er velmedicinerede.

I relation til udgifter til politiledsagelse kan jeg oplyse, at der ikke er beregnet særskilte udgifter hertil. Det skyldes, at kun ganske få patienter, formentlig under 100 personer vil blive underlagt tvungen opfølgning efter udskrivning. Heraf er det min forventning, at langt hovedparten vil møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen uden politiets medvirken.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 27, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 27:

"En af de mest omtalte personsager inden for psykiatrien i de senere år handler om en yngre kvinde, der efter en tvangsendlæggelse gentagne gange vælger at rejse ud af landet. Ministeren bedes oplyse, om forslaget med tvungen opfølgning indeholder andre frihedsbegrænsninger end muligheden for tvungen afhentning i hjemmet – vil tvungen opfølgning således også kunne indeholde pålæg om at forblive i et afgrænset geografisk område her i landet, udrejseforbud eller andet?"

Svar:

Det følger af lovforslagets § 13 d, stk. 2, at tvungen opfølgning efter udskrivning alene kan indeholde et pålæg til patienten om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen.

Tvungen opfølgning efter udskrivning kan således ikke indebære et pålæg om at forblive i et afgrænset geografisk område her i landet, udrejseforbud eller andet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 29, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 29:

"Vil der i forbindelse med iværksættelse af tvungen opfølgning være brug for en administration af beskikkelsen af patientrådgiver, så denne beskikkes over hele forløbet også efter udskrivningen? I givet fald vil patienten så kunne få indflydelse på personvalget af patientrådgiver, såfremt denne også skal have adgang til at besøge personen i eget hjem?"

Svar:

Jeg vil gerne starte med at fastslå, at patientrådgiveren naturligvis kun har adgang til at besøge patienten i eget hjem, hvis patienten ønsker det.

Dernæst gælder det for tvungen opfølgning som for andre tvangsindgreb, at beskikkelsen som patientrådgiver bortfalder samtidig med, at tvangsindgrebet, det vil i denne sammenhæng sige den tvungne opfølgning, bringes til ophør. Patientrådgiveren bistår dog også efter ophøret af tvangsforanstaltningen patienten i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, eller som samtidig iværksættes, jf. den gældende psykiatrilov § 28.

Med hensyn til beskikkelse af patientrådgivere regulerer den gældende psykiatrilov, § 25, dette spørgsmål.

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

Patienten skal have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte beskikkelse. Fremsætter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på statsamtmandens fortegnelse, skal anmodningen så vidt muligt imødekommes. Afgørelsen kan påklages til statsamtmanden, efter 1. januar 2007 statsforvaltningen, der træffer den endelige administrative afgørelse.

Fremsætter patienten anmodning om beskikkelse af en person, som ikke er optaget på fortegnelsen, sker der foreløbig beskikkelse af den person, der står for tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på statsamtmandens fortegnelse. Statsamtmanden træffer bestemmelse om, hvorvidt den af patienten

ten foreslåede person kan beskikkes. Patientens anmodning skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt.

Således har patienten – både når det gælder tvungen opfølgning efter udskrivning og andre tvangsindgreb – indflydelse på personvalget af patientrådgiver.

Dato:

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 30, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 30:

"Hvordan vil ministeren sikre, at den dobbelt lægelige vurdering af et tvangsindgreb kan ske med fuldt ud kvalificerede læger på alle psykiatriske afdelinger, og i hvilket omfang forventes denne ordning at flytte lægelige ressourcer væk fra anden patientrelateret behandling?"

Svar:

De pligter, som foreslås pålagt lægerne i lovforslagets § 21, stk. 4 og 5, om øget lægeligt tilsyn og ekstern lægelig efterprøvelse af langvarige bæltefikseringer, vil kun i et meget begrænset omfang lægge beslag på lægelige ressourcer.

Kravet til lægernes kvalifikationer er, som det fremgår af stk. 5, at de enten skal være speciallæger i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri.

Det eksterne lægelige tilsyn skal finde sted ved fikseringer, som varer i mere end 48 timer. Med udgangspunkt i oplysninger fra Sundhedsstyrelsens tvangsstatistik for 2004 kan det opgøres, at der gennemsnitligt på landsplan skal foretages 1,5 tilsyn pr. dag. Henset til, at formålet er at nedbringe antallet og varigheden af disse meget langvarige fikseringer, finder jeg, at den lægelige arbejdskraft, som medgår hertil, vil være godt anvendt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 31, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 31:

"Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det ved en byretsdom fra 2001 er fastslået, at en kortvarig bæltefiksering ikke betragtes som en frihedsberøvelse. Ministeren bedes oplyse, hvor kortvarig bæltefikseringen skal være for ikke at være en frihedsberøvelse."

Svar:

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

Det er således et domstolsanliggende at tage stilling til, hvornår en bæltefiksering kan antages også at indeholde en frihedsberøvelse.

Da det dermed ikke er muligt at opstille et kriterium for, hvor kortvarig en bæltefiksering kan være for ikke at udgøre en frihedsberøvelse, har jeg foreslået i § 37, at ankeadgangen for fikseringer ændres fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til retten. Herved styrkes patientens retssikkerhed, idet patienten dermed på begæring er sikret domstolsprøvelse af indgrebet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 32, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 32:

"Hvorfor indeholder lovens revision ikke et øget frit valg mellem sygehuse for patienter med behov for psykiatrisk behandling, når alle andre borgere i stigende grad får frit valg på sygehusedelser og andre ydelser fra det offentlige?"

Svar:

Psykiatriloven er en særlov, der regulerer frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Den gælder ved siden af sygehusloven, fra 1. januar 2007 sundhedsloven, som mere generelt regulerer sygehusbehandling og vilkårene herfor, herunder frit valgs reglerne, som vedrører såvel somatiske som psykiatriske patienter.

For en ordens skyld minder jeg om, at psykiatriske patienter er omfattet af det frie sygehusvalg. Dette kan for psykiatriske patienter kun undtagelsesvist begrænses af hensyn til patienten selv.

Spørgsmålet om frit valg for psykiatriske patienter er således allerede reguleret i dag, hvorfor der ikke er behov for at gentage disse regler i psykiatriloven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 33, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 33:

"Vil ministeren oplyse, hvilke bivirkninger for patienterne, der er forbundet med anvendelse af depotmedicin, herunder om der generelt er større bivirkninger for patienterne forbundet med anvendelse af medicin i depotform frem for tabletform?"

Svar:

Jeg har indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

"Der er de samme bivirkninger til et konkret lægemiddel uanset om det indgives i tabletform eller i depotform. Efter injektion af lægemidlet som depotmedicin er dette imidlertid i kroppen i en længere periode, hvorved såvel virkning som bivirkninger har en længere varighedsperiode. Ved tabletbehandling udskilles lægemidlet hurtigere, således at bivirkningerne hurtigere aftager ved ophør med behandling."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 34, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 34:

"Hvor lang tid bør en patient være under overvågning efter indtagelse af depotmedicin? Hvordan vil ministeren sikre, at der sker påkrævet overvågning af patienter, der under tvungen opfølgning tvangsmæssigt har fået depotmedicin på hospitalet?"

Svar:

Jeg har indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

"Ved enhver injektionsbehandling bør patienten observeres umiddelbart i forbindelse med injektionen med henblik på at observere for eventuelle allergiske reaktioner. Herudover har lægen ansvar for at vurdere længden af observationsperiode med henblik på sjældne, svære bivirkninger, afhængigt af det konkrete lægemiddel."

Derudover kan jeg tilføje, at det er en forudsætning for anvendelse af tvungen opfølgning efter udskrivning, at patienten er velmedicineret ved udskrivning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato:
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 35, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 35:

"I den foreslåede § 13 d, stk. 4, fremgår det, at der ved medicinering i forbindelse med tvungen opfølgning "skal anvendes lægemidler, for hvilke man kender patientens reaktion, herunder evt. i depotform". Kan ministeren bekræfte, at det skal forstås således, at lægen ikke kan ordinere medicin i depotform i forhold til patienter, som aldrig tidligere har fået depotmedicin?"

Svar:

Idet jeg henviser til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 33, kan jeg oplyse, at der er de samme virkninger og bivirkninger ved et konkret lægemiddel, uanset hvilken form det indtages i.

Sundhedsstyrelsen har til brug for besvarelsen af dette spørgsmål oplyst, at det almindeligvis vil være hensigtsmæssigt at indstille en patient med depotmedicin under indlæggelsen, således at man tæt kan følge virkning og bivirkninger og indstille doseringen.

Sundhedsstyrelsen tilføjer, at depotmedicinering uden patientens frivillige medvirken bør høre til undtagelserne.

Jeg henviser i den forbindelse til min besvarelse af L 140 - Spørgsmål 36, hvoraf det fremgår, at Sundhedsstyrelsen finder, at der kan være indikation for depotmedicinering, såfremt der er erfaring for, at patienten ikke har fulgt tidligere ordinerede behandlinger.

Jeg bemærker i øvrigt, at kravet i § 13 d, stk. 4, om, at der alene kan anvendes et lægemiddel, for hvilke man kender patientens reaktion, forudsætter, at dette lægemiddel er gennemprøvet på patienten med kendt effekt i henhold til relevante faglige krav og standarder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 36, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 36:

"I det tilfælde en patient har prøvet både medicin i depotform og medicin i tabletform, og begge medicinformer er virkningsfulde, men der er mindst bivirkninger for patienten med medicinering i tabletform, er lægen så i forbindelse med tvangsmedicinering under tvungen opfølgning forpligtet til at anvende medicinen i tabletform, hvorved depotmedicin vil være udelukket? Hvis ikke det er tilfældet bedes oplyst hvilke årsager, der kan berettige lægen til i stedet at ordinere depotmedicin?"

Svar:

Jeg har indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

"I forbindelse med enhver behandling er en læge i medfør af lægeloven forpligtet til at søge at opnå patientens informerede samtykke. Patienten skal herunder oplyses om virkning og bivirkninger af den påtænkte behandling, samt eventuelt om alternativer til denne behandling. Lægen er i medfør af psykiatriloven forpligtet til at søge at opnå patientens frivillige medvirken. I denne forbindelse vil lægen kunne få tilkendegivet patientens holdning til behandlingsmulighederne. Da behandling i forbindelse med tvungen opfølgning er en tvangsbehandling, skal lægen på baggrund af kendskabet til patientens sygdom og under hensyn til tilkendegivelser fra patienten tage stilling til den samlet set mest hensigtsmæssige behandling. Såfremt der er erfaring for, at patienten ikke har fulgt tidligere ordinerede behandlinger, kan der være indikation for depotmedicinering."

Jeg kan tilføje, at jeg ikke finder det hensigtsmæssigt, hvis Folketinget skal begrænse det lægefaglige skøn, som læger er uddannet til at foretage. Jeg tror, patienterne er bedst tjent med, at lægen ud fra en samlet vurdering af patientens situation ordinerer relevant medicin i den konkrete mest hensigtsmæssige form.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 37, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 37:

" I det tilfælde en patient hidtil både har prøvet både medicin i depotform og medicin i tabletform, og tabletmedicinen har vist sig mest virkningsfuld (og i øvrigt uden større bivirkninger end depotmedicinen), er lægen så forpligtet til i forbindelse med tvangsmedicinering under tvungen opfølgning at anvende medicinen i tabletform, hvorved depotmedicin vil være udelukket? Hvis ikke det er tilfældet bedes oplyst hvilke årsager, der kan berettige lægen til i stedet at ordinere depotmedicin?"

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 36.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 38 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 38:

"Vil ministeren redegøre for, hvorledes tvungen opfølgning forventes administreret og kontrolleret i praksis ved daglig medicinering, herunder i hvilket omfang ministeren forestiller sig, at der skal ske daglig politiafhentning i eget hjem"

Svar:

Jeg vil indledningsvist understrege, at psykiatrilovens overordnede og grundlæggende princip om mindste middel også gælder i forhold til beslutninger om tvungen opfølgning efter udskrivning. Dette indebærer blandt andet, at den behandlingsansvarlige overlæge til stadighed har ansvaret for at anvende den mindst indgribende foranstaltning i forhold til den enkelte patient.

Ved vurderingen af hvilken form for medikamentel behandling, der skal anvendes i forbindelse med den tvungne opfølgning, skal mindste middels princip således iagttages.

Det følger af § 13 d, stk. 4 i L 140, at der ved medicineringen i forbindelse med tvungen opfølgning kan anvendes depotmedicin. Denne bestemmelse skal netop ses i lyset af princippet om mindste middel. Det må således som udgangspunkt antages at være mindre indgribende overfor patienten at møde til behandling med depotmedicin med f.eks. 14 dages intervaller frem for f.eks. at skulle møde dagligt.

Men igen er det vigtigt at understrege, at mindste middels princippet skal vurderes i forhold til den enkelte patients situation. Hvis overlægen blandt andet på baggrund af patientens tilkendegivelser mv. vurderer, at daglig medicinering med f.eks. tabletter er mindre indgribende end depotmedicinering med f.eks. 14 dages intervaller, kan denne medicineringsform anvendes.

Som jeg nævnte i min besvarelse af spørgsmål 25, er det min forventning, at det kun undtagelsesvis vil være nødvendigt at benytte muligheden for at afhente en patient ved politiets hjælp.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 39, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 39:

"I bemærkningerne til lovforslaget er på side 12 oplyst, at det i psykiatrilovsundersøgelsen er vurderet, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner grundlæggende ikke har bedre effekt end andre samarbejdsredskaber, når det drejer sig om at fastholde de allersvageste patienter. Ministeren bedes oplyse hvilke antagelser og synspunkter der ligger til grund for denne vurdering."

Svar:

Generelt kan jeg oplyse, at psykiatrilovsundersøgelsen er udarbejdet på baggrund af dokumentstudier, spørgeskemaundersøgelser, interviews, fokusgruppemøder samt casestudier, hvor samtlige interessenter i psykiatrien har haft mulighed for at tilkendegive deres synspunkter om de ændringer af psykiatriloven, der trådte i kraft den 1. januar 1999, herunder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Konkret i relation til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan jeg oplyse, at undersøgelsen er udarbejdet af Rambøll Management A/S, og konklusionerne heri, som der refereres til på lovforslagets side 12, må stå for Rambølls regning. På side 157-162 i undersøgelsen konkluderer Rambøll Management A/S vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Herfra vil jeg nævne et par forklaringer, som er angivet som årsag til den manglende effekt af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:

"Det er således vanskeligt at ændre opfattelse i en professionel organisation, hvis der ikke her er en opfattelse af, at reglerne afspejler de faglige normer og den faglige kultur."

"De eksisterende samarbejdskulturer vurderes i et vist omfang at kunne forklare manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det er generelt en klar markering af, at en god samarbejdskultur er nødvendig for koordination. I det omfang denne er til stede, udgør den ikke nogen barriere for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, men måske overflødig gør den i disse tilfælde anvendelsen. I det omfang der ikke er tale om en god samarbejdskultur, vurderes dette at kunne være en barriere, også for anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner."

"Hurtige og uplanlagte udskrivningsforløb forklarer ligeledes i begrænset omfang den manglende anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner."

"Det er undersøgelsens konklusion, at manglende kendskab til bestemmelserne ikke er en forklaring på, at redskabet ikke anvendes hyppigere."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 40, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 40:

"Vil ministeren oplyse for hvor mange af de allersvageste patienter, der rent faktisk har været lavet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, herunder navnlig for den gruppe af psykiatriske patienter, som ifølge psykiatriundersøgelsen/lovforslaget forventes at kunne omfattes af tvungen opfølgning?"

Svar:

Der findes ikke opgørelser om, hvor mange af de allersvageste patienter, der er lavet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for.

Ved indførelsen af reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner den 1. januar 1999 var det forventet, at der årligt skulle udarbejdes ca. 1.000 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det har imidlertid vist sig, at der kun udarbejdes et begrænset antal. I 1999 blev der udarbejdet 251 aftaler/planer. I 2000 var antallet 193. I 2001 blev der udarbejdet 135 aftaler/planer, og i 2002 udgjorde tallet 128. I 2003 var antallet faldet til 89. I 2004 var tallet steget til 158 (ekskl. Sønderjyllands Amt).

Det er helt utilfredsstillende, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke bruges i større omfang. Derfor er forpligtelsen til at benytte disse instrumenter fremhævet i bemærkningerne til lovforslaget.

Jeg kan videre oplyse, at den måde, § 13 d om tvungen opfølgning efter udskrivning er bygget op på, sikrer, at tvungen opfølgning efter udskrivning først bliver bragt i anvendelse, når alle eksisterende redskaber i overensstemmelse med mindste middel princippet er afprøvet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 41, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 41:

"Hvad er baggrunden for - som det er oplyst på side 12 i bemærkningerne til lovforslaget - at der udarbejdes en lang række andre aftaler end udskrivnings- og koordinationsaftaler, når der henses til, at disse andre former for aftaler er oplyst at adskille sig fra egentlige udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler på bl.a. følgende vigtige punkter: For det første angives i disse aftaler ikke nødvendigvis et tidspunkt for opfølgende første møde. For det andet aftales det ikke nødvendigvis om og i givet fald hvem, der er ansvarlig for revurdering, opfølgning og tilbagemelding. For det tredje er der forskel i forhold til skriftlighed og dokumentation. Hvilken betydning mener ministeren det har i forhold til opfølgning og efterlevelse af planer/aftaler, at der ikke er angivet f.eks. et mødetidspunkt, hvem der er ansvarlig for opfølgning, og at der ikke udleveres en skriftlig udformet plan/aftale til patienten m.v.?"

Svar:

Side 12 i bemærkningerne er en gengivelse af nogle af konklusionerne fra psykiatrilovsundersøgelsen, som er udarbejdet af Rambøll Management A/S.

Baggrunden for, at der udarbejdes en lang række andre aftaler end udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, kan findes i psykiatrilovsundersøgelsen, kapitel 6 (side 125-162), hvoraf Rambøll Management A/S' konklusion vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner fremgår af side 157-162. Heraf fremgår, at der ikke synes at være en entydig grund til, at der udarbejdes en række andre aftaler end udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Gengivelsen på side 12 i bemærkningerne er ikke udtryk for regeringens holdning, men som nævnt en gengivelse af nogle resultater fra psykiatrilovsundersøgelsen.

Der er efter min vurdering risiko for, at aftaler og planer ikke overholdes eller følges op, når der ikke er aftalt f.eks. et mødetidspunkt og hvem der er ansvarlig for opfølgning m.v. Netop derfor præciseres kravene til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i bemærkningerne til L 140.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 42, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 42:

"Hvorledes vil ministeren konkret sikre, at der fremover i større omfang udarbejdes skriftlige koordinationsaftaler og udskrivningsaftaler med sigte på at opnå en bedre koordinering og et større samarbejde mellem de forskellige sektorer? Er ministeren herunder indstillet på at præcisere i lovtæksten, at det af planerne skal fremgår klart, hvilke sektorer og personer, der har ansvar for de enkelte initiativer m.v.?"

Svar:

Jeg er helt enig i, at der er behov for at fremme anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

For at sikre at der i fremtiden udarbejdes flere udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, vil jeg tage initiativ til, at antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner løbende bliver offentliggjort som led i sygehusenes offentliggørelse af kvalitetsmål.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 43 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 43:

"Er ministeren enig i, at når en patient udskrives fra en psykiatrisk afdeling bør denne være så rask, at vedkommende selv er i stand til at tage stilling til, om vedkommende ønsker den ordinerede medicin eller ej? Hvad er i forlængelse heraf ministerens holdning til synspunktet om, at hvis man i stedet anvender længerevarende indlæggelser, vil behovet for ambulat tvang minimeres?"

Svar:

Som udgangspunkt er jeg enig i, at en patient, som på grund af sin sygdom ikke selv er i stand til at tage stilling til, om vedkommende ønsker den ordinerede medicin eller ej, ofte næppe vil være parat til udskrivning. Jeg minder i den forbindelse om, at behandlingen af psykiatiske patienter hviler på patientens informerede samtykke, bortset fra de tilfælde, hvor tvangsbehandling kan iværksættes i medfør af psykiatrilovens bestemmelser herom.

Spørgsmålet om, hvorvidt en patient skal behandles under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, eller om vedkommende eventuelt kan behandles ambulat, beror som anført ved besvarelsen af spørgsmål 74 på et sundhedsfagligt skøn. Såfremt lægen skønner, at indlæggelse er nødvendig, kan dette kun ske med patientens informerede samtykke eller hvis psykiatrilovens kriterier for tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse er opfyldt.

Indlagte patienter, der ikke opfylder lovens kriterier for tvangstilbageholdelse, kan således ikke tilbageholdes på den psykiatriske afdeling imod deres vilje.

Lad mig erindre om, at målgruppen for tvungen opfølgning efter udskrivning er de få patienter, som opfylder samtlige 4 kriterier, jf. § 13 d i L 140, og for hvem det dermed erfaringsmæssigt har vist sig vanskeligt at opretholde en stabil behandlingsalliance.

Som jeg blandt andet ved besvarelsen af spørgsmål 38 har understreget, gælder psykiatrilovens overordnede og grundlæggende princip om mindste middel også i forhold til beslutninger om tvungen opfølgning efter udskrivning. Dette indebærer, at den behandlingsansvarlige overlæge til stadighed har ansvaret for at anvende den mindst indgribende foranstaltning i forhold

til den enkelte patient. Heraf følger også, at tvungen opfølgning ikke kan sættes i værk som alternativ til en indlæggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 44, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 44:

"Hvilken betydning for den skrøbelige men vigtige behandlingsalliance mellem behandler og patient tror ministeren, at en trussel om tvangsmedicinering under tvungen opfølgning vil få?"

Svar:

Jeg må tage afstand fra sprogbrugen om, at patienter bliver truet af sundhedspersonerne i psykiatrien, og at trusler derfor vil påvirke behandlingsalliancen.

Når vi i psykiatriloven i dag fra lovgivers side har givet mulighed for anvendelse af tvang i psykiatrien, beror denne mulighed på faglige skøn, som kan prøves i klagesystemet, og ikke på at patienten skal trues eller straffes.

Tvungen opfølgning kan komme på tale, hvis fire betingelser er opfyldt. Den første betingelse er, at der skal være en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred.

Der kan være tale om patienter, der direkte selv angiver, at de efter udskrivelsen ikke vil følge en behandling, som overlægen finder nødvendig for at undgå tilbagefald. Eller overlægen kan, f.eks. på grundlag af patientens manglende vilje til at samarbejde om behandlingen under indlæggelsen, vurdere, at der er en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivelsen vil ophøre med at følge den nødvendige behandling.

Tvungen opfølgning kan således ikke anvendes over for patienter, som forventes at ville følge behandlingen efter udskrivningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR, 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: SEB

Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 45 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 45:

"Hvilken virkning forventer ministeren, at tvungen opfølgning vil få i forhold til kriminalitet blandt psykisk syge?"

Svar:

Som anført ved besvarelsen af spørgsmål 3 er baggrunden for forslaget om tvungen opfølgning efter udskrivning alene et ønske om at bane vejen for et værdigt liv for de patienter, som vi indtil nu ikke har kunnet hjælpe, og som gang på gang som følge af ophør med medicinsk behandling er blevet så syge, at de må tvangsindlægges ved politiets hjælp.

Men jeg har bemærket, at det fremgår af Dansk Psykiatrisk Selskabs rapport om "ambulant tvang", at det er sikkert, at manglende antipsykotisk behandling af alvorligt sindssyge personer øger risikoen for selvmord, kriminalitet og ringe livskvalitet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 46 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 46:

"Hvad kan ministeren oplyse om evidensen for tvangsmedicinering, herunder i hvilket omfang, der er evidens for, at tvungen medicinsk behandling får selvmord og kriminalitet blandt psykisk syge til at falde?"

Svar:

Dansk Psykiatrisk Selskab anfører i sin rapport om "Ambulant Tvang" blandt andet, at det i talrige videnskabelige undersøgelser er veldokumenteret, at antipsykotisk medicin mindsker eller helt fjerner produktive psykotiske symptomer hos personer med sygdomme indenfor det såkaldte skizofreniforme og effektive spektrum.

Det anføres videre i rapporten fra Dansk Psykiatrisk Selskab, at psykotiske patienter, der er i sufficient antipsykotisk behandling, har en lavere risiko for selvmordsforsøg, selvmord, kriminalitet, marginalisering i samfundet samt en højere livskvalitet end personer, der ikke tager medicin. Det anføres, at for mange psykotiske patienter anbefales langvarig behandling med antipsykotika for at forhindre tilbagefald og dermed risiko for indlæggelse.

Som anført i besvarelsen af spørgsmål 12 forudsættes det i L 140, at overlægen kun træffer beslutning om tvungen opfølgning i forhold til patienter, hvor den konkrete behandling har haft en dokumenteret god effekt på patientens tilstand, og hvor behandlingen ikke har været forbundet med uforholdsmæssigt store bivirkninger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 47 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006**Spørgsmål 47:**

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

Svar:

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

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

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

Amt	Døgnåbne tilbud
Københavns Amt	De 12 distriktspsykiatriske centre har åbent i dagtimerne og dækker geografisk alle 18 kommuner i amtet. Amtets 4 skadestuer, der geografisk dækker hele amtet, har åbent hele døgnet. Derudover har amtets borgere mulighed for at komme i kontakt med psykiatrisk udrykningstjeneste mellem 16 og 08.00 på hverdage samt hele døgnet på helligdage og i weekender.
Frederiksborg Amt	Amtet har en psykisk skadestue med døgnåbent, der dækker hele amtet
Roskilde Amt	Alle kommuner i amtet er dækket af en døgnåben psykiatrisk skadestue. Alle kommuner er dækket af et behandlingstilbud i de distriktspsykiatriske centre imellem 8 og 16.

Vestsjællands Amt	<p>Amtet er i forhold til psykiatrisk behandling opdelt i 4 geografiske optageområder. I hvert område er der en almenpsykiatrisk afdeling med åbne akutte afsnit, som kan modtage patienter døgnet rundt.</p> <p>Hertil kommer en lukket afdeling, en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og retspsykiatrisk afdeling med døgnsege og akut modtagelse af patienter døgnet rundt.</p> <p>Der er ingen psykiatrisk skadestue i amtet.</p> <p>Pr. 1. marts 2006 er der etableret en psykiatrisk telefonrådgivning, som er bemanded på hverdage i tidsrummet 8 – 23.</p>
Storstrøms Amt	<p>Der findes en amtsdækkende skadestue med gratis transport fra hele amtet.</p> <p>Bortset fra opsøgende psykoseteam har ingen af de distriktspsykiatriske team døgndækkende indsats.</p>
Bornholm	<p>Bornholms Regionskommune har ikke opsøgende psykoseteams, ingen psykiatrisk skadestue og ikke åbent efter kl. 16 i distriktspsykiatrien.</p>
Fyns Amt	<p>I Fyns amt har man et amtsdækkende tilbud, idet Psykiatrisk Skadestue i Odense har døgnåbent. I dagarbejdstiden er der mulighed for henvendelse til tre akut teams (I Svendborg til kl. 18)</p>
Sønderjyllands Amt	<p>Amtet anfører, at spørgsmålet ikke kan besvares entydigt. Det anføres at alle nyudskrevne patienter er dækket af intensive teams, som følger den enkelte patient så længe, det er nødvendigt.</p> <p>Alle med nydebuterede psykoser er omfattet af et tilbud fra Tidligt Interventionsteam (OPUS).</p> <p>I halvdelen af amtet er alle svært psykisk syge tillige omfattet af et opsøgende psykoseteam.</p>
Ribe Amt	<p>Amtet har en døgnåben skadestue, der dækker hele amtet.</p> <p>Amtet har desuden en række distriktspsykiatriske teams og 2 opsøgende teams, som til sammen dækker hele amtet, men disse har ikke døgnåbent.</p>
Vejle Amt	<p>Vejle amt er opdelt i 3 zoner med hver sin psykiatriske sygehusafdeling med både stationær (døgnindlæggelse) og ambulans aktivitet i afdelingerne og decentralt.</p>

	<p>Amtet har en akuttelefon, således at personer med akutte problemer altid kan komme i kontakt med psykiatrien ud over muligheden for at benytte lægepraksis og lægevagten.</p> <p>Der er via de socialpsykiatriske døgntilbud i amtet ligeledes mulighed for hurtig kontakt for personer med psykiatriske problemer</p>
Ringkøbing Amt	<p>I kommunerne rundt om i amtet er etableret lokale akutordninger for sindslidende udenfor normal arbejdstid. Akutordningerne omfatter dels telefonordning, dels mulighed for overnatning.</p> <p>Såfremt der er behov for indlæggelse sker det gennem praktiserende læge/vagtlægesystemet</p>
Arhus Amt	Psykiatrisk skadestue ved Psykiatrisk Hospital i Risikov dækker hele amtet og har døgnåbent
Viborg Amt	<p>Viborg Amt har ingen opsøgende psykoseteams og ingen psykiatriske skadestuer.</p> <p>Amtet har en døgn tjeneste, der er rettet imod sindslidende og pårørende, som uden for normal åbningstid og i weekender har behov for at kunne henvende sig et sted, hvor de kan få professionel hjælp i en akut opstået krisesituation.</p> <p>Der findes desuden to mobilteams, som ikke er åben udenfor almindelig åbningstid, men de har i begrænset omfang mulighed for at træffe aftaler om besøg udenfor åbningstiden.</p>
Nordjyllands Amt	<p>Distriktskykiatrien er fuldt geografisk dækkende, men er kun tilgængelig i dagarbejdstiden på hverdage.</p> <p>Der er en amtsdækkende psykiatrisk skadestue, som er tilgængelig alle dage og hele døgnet.</p>
H:S	Der er i alt 5 døgnåbne psykiatriske skadestuer i H:S, som tilsammen dækker hele sygehusfællesskabets optageområde

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 48, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 48:

"Ministeren bedes give udvalget en status for de nuværende erfaringer med forsøgene med medicinfri afdelinger, herunder navnlig hvilken virkning dette har haft for de involverede patienters tilstand."

Svar:

Jeg er naturligvis bekendt med Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1998 om muligheden for at etablere forsøg med medicinfri afdelinger. Redegørelsen blev af min forgænger sendt til Folketingets Retsudvalg i september 1998.

Som jeg nævnte i samrådet i Folketingets Sundhedsudvalg den 1. november 2005, har medicinfri behandling været meget omdiskuteret, og er det fortsat. Jeg ser det ikke som en sort-hvid diskussion, hvor behandling enten foregår med eller uden medicin. Det må være en konkret individuel vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvordan den samlede behandling skal sættes sammen ud fra den vifte af tilbud, der findes.

Sundhedsstyrelsen oplyste i forbindelse med samrådet over for mig, at ca. 90-95 % af patienter med langvarige psykotiske tilstande har sikker gavn af vedvarende medicinsk behandling. For disse patienter vil medicinsk behandling være helt afgørende for en symptomdæmpning. Jeg vil derfor gerne understrege, at evidensen for den medicinske behandling er så klar, at det for mig at se vil være fagligt og etisk uforsvarligt ikke at tilbyde den.

Så vidt jeg ved, er der ikke etableret forsøg med medicinfri afdelinger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 49, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 49:

"Hvad kan ministeren oplyse om resultater af forsøg med mindre anvendelse af tvang og i stedet mere omsorg og samtaleterapi o.lign.?"

Svar:

Det nationale kvalitetsprojekt om anvendelse af tvang havde tre overordnede målsætninger. For det første at forbedre den patientoplevede kvalitet ved tvang, for det andet at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet ved brug af tvang, samt for det tredje at minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang.

Evalueringen viser, at patienter udsat for tvang er blevet mere tilfredse i løbet af projektperioden. Specielt patienter, der har haft en opfølgende samtale med personalet efter tvangsforanstaltninger vurderer tvangsepisoderne mere positivt end patienter, der ikke har haft en opfølgende samtale. I projektperioden er andelen af respondenter, der får tilbudt en opfølgende samtale steget med 28 %.

Resultaterne viser endvidere, at målrettet dialog med patienterne påvirker deres oplevelse af tvangsepisoder i positiv retning. Patienterne har påpeget, at personalets evne til at lytte og samtale med dem er de vigtigste forandringsiltag i forbindelse med personalets håndtering af tvang.

Indfrielsen af den overordnede målsætning om en minimering af behovet for og anvendelsen af tvang kan, set i lyset af opnåede resultater, betegnes som vellykket, når man betragter de mest anvendte tvangsforanstaltninger. De mest hyppige former for tvang omfatter: Bæltefiksering, tvangstilbageholdelse, fastholdelse, fysisk magtanvendelse (indgivelse af beroligende medicin) og tvangsmedicinering.

Knap en femtedel af de deltagende sengeafsnit har, når man sammenligner 1. halvår 2004 med 1. halvår 2005, opnået en markant reduktion i anvendelsen af de mest hyppige former for tvang på mere end 50 %.

Bl.a. inspireret af det nationale kvalitetsprojekt indeholder L 140 elementer, som har til formål at nedbringe anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder øget lægeligt tilsyn og ekstern lægelig vurdering ved langvarige fikseringer og krav om eftersamtale ved enhver tvangsanvendelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 51, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 51:

"Hvad er ministerens holdning til under hensyntagen til manglen på psykiatere at iværksætte udviklingsprojekter, hvor psykiaterne i højere grad også får en konsulentrolle med sigte på at udvikle og uddanne andre faggrupper til at være den tætte behandler?"

Svar:

I medfør af lægeloven kan en læge delegere behandling til en medhjælp.

Lægen har i så fald ansvar for instruktion af medhjælpen og for i tilstrækkeligt omfang at føre tilsyn med medhjælpens udførelse af opgaven. Lægen er ansvarlig for medhjælpens opgaveudførelse, når medhjælpen holder sig inden for sin bemyndigelse.

Visse opgaver kan dog ikke delegeres. Således er ordination af receptpligtig medicin forbeholdt læger.

Psykiatriloven regulerer kun en lille del af behandlingen af psykiatiske patienter, nemlig den situation hvor frihedsberøvelse eller anden tvang kan komme på tale. I loven er der specifikt taget stilling til, hvilke sundhedspersoner, der kan udføre hvilke opgaver.

Generelt er jeg imidlertid positiv indstillet over for at gå nye veje for at udnytte ressourcerne optimalt i en tid med mangel på psykiatere. Jeg minder i den forbindelse om, at der i forbindelse med psykiatriaftalen for 2003-2006 blev afsat midler til uddannelse af kvalificeret personale til psykiatrien. Der blev således afsat midler til uddannelse af læger, sygeplejersker og andre faggrupper.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 52 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 52:

"Vil ministeren tilsende udvalget en oversigt, der illustrerer hvilke institutioner, foreninger m.v., der har tilkendegivet at tvungen opfølgning er et godt henholdsvis dårligt tiltag"

Svar:

Nedenfor er opstillet en oversigt over, hvilke høringsparter, der henholdsvis overvejende støtter eller overvejende er imod forslaget om tvungen opfølgning efter udskrivning. Endvidere er anført en fortegnelse over høringsparter, hvor det i høringsvarene er angivet, at medlemmerne m.v. er delte i spørgsmålet om, hvorvidt de kan støtte de foreslåede regler.

Den skematiske oversigt skal tages med et vist forbehold, idet det er vanskeligt at kategorisere de enkelte hørings svar. Nogle udtaler sig eksempelvis til fordel for forslaget, men anfører samtidig nogle betænkeligheder. I andre hørings svar gives der udtryk for betænkeligheder ved forslaget eller dele af forslaget, uden at det fremgår af de pågældende hørings svar, hvorvidt organisationerne er imod forslaget.

For et fuldstændigt dækkende billede af høringsparternes holdning skal jeg derfor henvise til høringsvarene, som tidligere er fremsendt til Sundhedsudvalget.

Følgende høringsparter er overvejende positive overfor forslaget:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Dansk Retspolitisk Forening
Dansk Socialrådgiverforening og HK Kommunal
Den Almindelige Danske Lægeforening
Ergoterapeutforeningen
Foreningen af Socialchefer i Danmark
Fyns Amt
Københavns Amt (foreslår en tidsbegrænset periode på 2 år)
Landsforeningen Huntington Chorea
Politimesterforeningen
Psykiatrifonden
Ribe Amt
Ringkøbing Amt
Vestsjællands Amt

Følgende høringsparter udtaler sig overvejende imod forslaget:

Amtsrådsforeningen
Dansk Psykologforening
Dansk Sygeplejeråd
Det Centrale Handicapråd
Det psykiatriske patientklagenævn ved Statsamtet Roskilde
Etisk Råd
FOA – Fag og Arbejde
Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)
BEDRE PSYKIATRI
SIND
Medborgernes Menneskerettighedskommission
Nordjyllands Amt
Politidirektøren i København
Retspsykiatrisk Klinik
Roskilde Amt
Rådet for Socialt Udsatte
Socialpædagogernes Landsforbund (SL)
Storstrøms Amt
Sønderjyllands Amt
Viborg Amt

Følgende høringsparter angiver at være delt i spørgsmålet om tvungen opfølgning

Dansk Psykiatrisk Selskab
Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
H:S
Retslægerådet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 53, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 53:

"Hvilke konsekvenser tror ministeren, det vil få for de i forvejen svage patienters tilstand og reaktioner, hvis disse som følge af tvungen opfølgning forlader deres hjem og går under jorden for at undgå at blive afhentet af politiet og tvangsmedicineret?"

Svar:

De få patienter, som efter forslaget kan omfattes af tvungen opfølgning efter udskrivning, er udsat for en stor risiko for alvorlige tilbagefald af deres sygdom, hvis de ikke bliver hjulpet.

Det er min baggrund for at stille forslaget i § 13 d.

Jeg mener, det har langt større negative konsekvenser for disse patienter at leve et liv som svingdørspatienter frem for at opleve et stabilt behandlingsforløb med mulighed for at genetablere et liv med større indhold.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional Sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 54 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 54:

"Hvad er ministerens holdning til alene at afprøve tvungen opfølgning som en forsøgsordning i et relevant amt?"

Svar:

Da der er tale om en helt ny ordning foreslår jeg, som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at ordningen bliver omfattet af lovovervågning. Det er som led heri hensigten efter perioden 2007 – 2009 at udarbejde en redegørelse, som vil blive fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Tilsynet i henhold til grundlovens § 71.

Det er min opfattelse, at vi med lovovervågningen vil få et solidt og bredt funderet grundlag for, at Folketinget ved udløbet af lovovervågningsperioden kan drøfte, hvordan ordningen virker og om der evt. skal foretages ændringer.

En forsøgsordning i kun et enkelt amt vil efter min vurdering give et for afgrænset og dermed et for spinkelt grundlag for Folketingets vurdering af denne ordning.

I bemærkningerne til lovforslaget er anført, at det i forbindelse med lovovervågningen vil blive undersøgt hvor mange patienter, der bliver omfattet af en beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning og hvor længe. Det er endvidere anført, at antallet af eventuelle tvangsindlæggelser af de pågældende vil indgå i overvågningen. Jeg er naturligvis åben for at drøfte indholdet i lovovervågningen, herunder om der eventuelt skal indgå andre elementer end anført i bemærkningerne til lovforslaget.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 55, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 55:

"Hvad er ministerens holdning til at give psykiatiske patienter mulighed for på forhånd (når de er habile) skriftligt 1) at frabede sig, at specifikke behandlingsmetoder tages i brug i forbindelse med en eventuel fremtidig tvangsbehandling, 2) at angive en person, som de ønsker som bisidder i en sådan situation?"

Svar:

Jeg er ikke tilhænger af at gøre skriftlige forhåndstilkendegivelser juridisk bindende, idet de i givet fald ville kunne fratage personalet den mulighed at give den ud fra et fagligt skøn bedste behandling.

Jeg er enig i, at patienten skal have så stor indflydelse på behandlingssituationen som muligt, hvilket også følger af den vejledning om forhåndstilkendegivelser, som Sundhedsstyrelsen udstedte i forbindelse med den seneste revision af psykiatriloven.

Her er det beskrevet, at det fremgår af psykiatriloven, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke. I forbindelse med indlæggelsen skal patienten vejledes om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til bedring af tilstanden.

Inden iværksættelsen af behandling skal en patient være informeret om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Der skal endvidere oplyses om eventuelle andre behandlingsmuligheder samt oplyses om konsekvenserne af manglende behandling.

Patienten har ret til, forud for indlæggelsen og under behandlingsforløbet, at fremsætte sine personlige ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold. Den endelige tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet må nødvendigvis finde sted efter den kliniske vurdering ved indlæggelsen og i forbindelse med udformning af behandlingsplanen. Patientens tilkendegivelser skal indføres i journalen og skal så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om den lægelige behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale.

Patienterne har således adgang til på forhånd at tilkendegive deres personlige ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold, og sundhedspersonalet skal tage disse ønsker, samt erfaringer fra tidligere behandlingsforløb med i deres overvejelser i forbindelse med den aktuelle behandling.

I overensstemmelse hermed har patienten også mulighed for på forhånd at udtrykke ønske om en bestemt person som bisidder. Realisering af dette ønske kræver imidlertid også et konkret og aktuelt samtykke fra patienten.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 56, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 56:

"Har ministeren overvejet muligheden af at lave aftaler med psykiatriske patienter, hvor patienterne gives mulighed for i forbindelse med udskrivningen at tilkendegive, om de er indstillet på at blive bragt ind til medicinering, hvis en senere udvikling i deres tilstand gør det hensigtsmæssig?"

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål L 140 – Spørgsmål 55, og kan derudover tilføje, at muligheden for at indgå den type af aftaler foreligger allerede, hvis lægen og patienten vil bruge den. Realisering af en sådan aftale kræver dog, at patienten også i den aktuelle indlæggelsessituation fortsat ønsker at overholde aftalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **7 APR. 2006**
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 57, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 57:

"Er ministeren ikke enig i, at medicinering af psykiatriske patienter ikke er helbredende men alene symptomnedsættende, og hvilke initiativer finder ministeren vil være hensigtsmæssige at iværksætte med sigte på også at forsøge at helbrede disse patienter?"

Svar:

Jeg har indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

"En behandling af psykiatriske lidelser omfatter almindeligvis behandling med lægemidler, psykoterapeutisk behandling og social støtte.

For ca. 25 % af de skizofrene patienters vedkommende kan man ikke helbrede, men holde symptomerne nede, hvorimod den sociale funktion til stadighed er så nedsat, at der er behov for vedvarende støtte. For andre betyder behandlingen, at personen vil være i stand til at klare sig selv, hvad angår dagligdags funktioner, men fortsat, måske livslangt vil have brug for medicinsk behandling."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR, 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 58 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 58:

"Under 1. behandlingen sagde ministeren bl.a. "at vi har en lille gruppe patienter, som vi ikke kan nå inden for rammerne af den eksisterende lovgivning". Vil ministeren dokumentere denne påstand, herunder oplyse hvilke tilbud og behandlingsmuligheder den omhandlede patientgruppe har fået?"

Svar:

Ifølge oplysninger fra Sundhedsstyrelsen blev 249 personer i den 3-årige periode 2002 – 2004 tvangsindlagt 3 gange eller mere, heraf 6 personer mere end 9 gange, hvilket efter min opfattelse tydeligt viser, at det ikke indenfor de hidtidige rammer har været muligt at nå de svageste psykiatriske patienter, som er målgruppen for tvungen opfølgning.

Jeg har noteret mig, at det fremgår af "Rapport om ambulans tvang", som er udgivet af Dansk Psykiatrisk Selskab, at indførelse af "ambulant tvang" over for visse grupper af psykisk syge formentlig vil medføre, at flere patienter fastholdes i antipsykotisk behandling, og at det især vil dreje sig om patienter med manglende sygdomserkendelse og personer, som i dag ikke kan behandles af de i dag eksisterende tilbud, dvs. distriktpsychiatri og op-søgende psykoseteams.

Jeg har endvidere noteret mig, at Den Almindelige Danske Lægeforening i sit høringssvar til lovforslaget i tråd med ovenstående anfører, at lægeforeningen forventer, at tvungen opfølgning med ambulant behandling med medicin for langt de fleste sindssyge vil medføre, at deres psykotiske symptomer aftager, og at det ikke kan udelukkes, at tvungen opfølgning med medicin kan reducere antallet af tvangsindlæggelser og bedre den psykiske tilstand hos mange psykotiske patienter.

Vedrørende spørgsmålet om hvilke behandlingstilbud den omhandlede patientgruppe har fået kan jeg henvise til besvarelsen af spørgsmål 11.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: SEB

Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 60 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 60:

"I hvilket omfang indebærer lovforslaget en ændring af gældende ret i forhold til den foreslåede mulighed for, at tvang også kan anvendes uden forældremyndighedens samtykke for børn under 15 år henholdsvis for børn mellem 15 og 18 år? Hvilke overvejelser har ministeren gjort sig i forhold til, hvorvidt dette forslag krænker børnekonventionen? "

Svar:

I forslaget til ny § 1, stk. 2, fastsættes, at der ved tvang i henhold til loven forstås anvendelsen af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kap. 5 i sundhedsloven.

Forslaget medfører ikke en ændring af de materielle kriterier for anvendelsen af de enkelte tvangsforanstaltninger i henhold til loven, hverken for personer under eller over 15 år. Der er med andre ord ikke tale om en udvidelse af mulighederne for at anvende tvang i forhold til børn og unge.

Henvisningen til sundhedslovens kapitel 5 understreger derimod, at der skal indhentes et samtykke fra den person, som har kompetencen til at afgive et informeret samtykke på den inhabiles vegne, f.eks. forældremyndighedens indehaver.

I forslaget til ny § 1, stk. 3 og 4, foreslås en bestemmelse om, at forudgående indhentelse af informeret samtykke fra f.eks. forældremyndighedens indehaver kan undlades i nogle helt akutte nødrets- eller nødværgelignende undtagelsessituationer. Der er tale om de få situationer, hvor omgående gennemførelse af en foranstaltning er nødvendig for at afværge, at patienten udsætter sig selv eller andre for at lide skade eller for at undgå hærverk af ikke ubetydeligt omfang.

Der kan f.eks. være tale om en akut opstået situation på afdelingen, hvor det er nødvendigt at fastholde et voldsomt udadreagerende barn eller en ung med henblik på at undgå, at vedkommende skader sig selv eller andre. Der vil alene kunne være tale om situationer, hvor personalet ikke kan nå at få kontakt med barnets eller den unges forældre, fordi der skal handles her og nu, hvis den farlige situation skal afværges.

Egentlig tvangsbehandling, der ikke har denne nødrets- eller nødværgeliggende karakter, kan derimod ikke gennemføres, uden det nødvendige informerede samtykke foreligger.

I de tilfælde, hvor omgående iværksættelse af en foranstaltning har været nødvendig, skal forældremyndighedens indehaver, værgeren eller de nærmeste pårørende efterfølgende orienteres om den iværksatte foranstaltning.

Det er min opfattelse, at forslaget ikke krænker Børnekonventionen. Jeg har i den forbindelse noteret mig, at Institut for Menneskerettigheder i sit høringssvar til lovforslaget skriver, at instituttet finder ændringen af tvangsdefinitionen positiv og jeg har endvidere noteret mig, at instituttet i øvrigt ikke i sit høringssvar har bemærkninger om, at lovforslaget skulle krænke børnekonventionen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 61, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 61:

"Hvordan vil ministeren sikre, at den eksisterende lægekapacitet på landets psykiatriske afsnit, herunder regionale forskelle, kan imødekomme lovforslagets krav ved tvangsfiksering om tilsyn mindst 4 gange i døgnet og en ny lægelig vurdering efter 48 timer, herunder navnlig at det sikres, at det er en læge med fornøden faglig kompetence, der udøver tilsynet?"

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 30, idet jeg kan tilføje, at det allerede følger af de gældende regler i § 21, stk. 1, at overlægen til stadighed har ansvaret for, at tvangsfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Overlægen vil således efter omstændighederne allerede efter de gældende regler være forpligtet til løbende og i nogle tilfælde 4 gange i døgnet eller mere at vurdere, om et konkret tilfælde af tvangsfiksering skal opretholdes. Der er således i et vist omfang tale om en formalisering af en allerede gældende forpligtelse. Da vurderingen endvidere skal foretages af en læge, som i langt hovedparten af tilfælde allerede vil være til stede på afdelingen, og ordningen på baggrund af erfaringerne fra det nationale tvangsprojekt ventes at medvirke til at forkorte udstrækningen af fikseringerne, finder jeg, at den lægelige arbejdskraft, som vil medgå hertil, vil være godt anvendt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 62 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 62:

"Hvad er begrundelsen for, at tvangsbehandling med elektrostimulation også foreslås at kunne iværksættes i de tilfælde, hvor der alene foreligger en potentiel livstruende tilstand, når der henses til, at elektrochok er en meget vidtgående behandling med store bivirkninger for patienten? Er ministeren indstillet på at ændre lovforslaget, således at det er alene er, når der foreligger en aktuel livstruende tilstand, at elektrochok kan anvendes?"

Svar:

Hensigten med at kriterierne for tvangsbehandling med elektrostimulation med L 140 foreslås fastsat i selve loven er at præcisere den gældende retstilstand, hvorefter tvangsbehandling med elektrostimulation alene kan gennemføres, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Det har således også hidtil været forudsat, at elektrostimulation alene kan finde sted ved en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Lovændringen vil med andre ord ikke medføre en ændring af den gældende retstilstand, og jeg finder heller ikke grundlag for at ændre denne. Retsikkerhedsmæssige hensyn tilsiger imidlertid, at de allerede gældende kriterier kommer til at fremgå af loven og ikke alene som hidtil af forarbejderne, som kan være svært tilgængelige for aktørerne på området.

Besvarelse af spørgsmål nr. 63 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 16. marts 2006

Spørgsmål 63:

"Vil ministeren oplyse i hvilket omfang lovforslaget øger behovet for patientrådgivere og hvorledes et sådant krav vil blive imødekommet?"

Svar:

Det foreslås i L 140, at der skal ske obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver ved alle tvangsforanstaltninger, bortset fra foranstaltninger efter forslaget §§ 18 f og 19 a (personlig hygiejne under anvendelse af tvang og undersøgelse af post, patientstuer m.v.).

Efter de gældende regler skal der alene ske obligatorisk beskikkelse af patientrådgivere i forbindelse med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, hvorimod patienter, der bliver tvangsfikseret m.v., får beskikket en patientrådgiver, når de anmoder om det.

Det er i medfør af lovens § 25, stk. 1, statsforvaltningen, som efter ansøgning antager patientrådgivere. Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering ikke, at forslaget vil give anledning til problemer med at rekruttere det nødvendige antal patientrådgivere.

Det skal i bemærkes, at en del af de patienter, der efter forslaget obligatorisk skal have tildelt en patientrådgiver i forvejen vil have fået tildelt en patientrådgiver, idet de i forvejen er tvangstilbageholdt eller undergivet tvangsbehandling. Ca. 2/3 af de patienter, som i 2004 blev udsat for fysisk magtanvendelse og fiksering, var således i forvejen tvangstilbageholdt eller frihedsberøvet og havde dermed i forvejen fået tildelt en patientrådgiver.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 64 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 64:

"Kan ministeren bekræfte eller afkræfte Retslægerådets og Retspsykiatrisk Kliniks udsagn om, at der ikke findes nogen dokumenteret effekt af ambulantly tvang? Hvis ministeren afviser disse udsagn bedes oplyst, hvilke videnskabelige rapporter m.v., ministeren støtter sin opfattelse på?"

Svar:

Jeg har noteret mig, at Retspsykiatrisk Klinik og nogle af Retslægerådets medlemmer i høringssvarene til lovforslaget anfører, at der ikke er dokumenteret effekt af "ambulant tvang".

Som jeg har anført ved besvarelsen af spørgsmål 1, anvendes begrebet "ambulant tvang" ofte til at beskrive forskellige ordninger i andre lande, som har forskelligt indhold og som derfor ikke er sammenlignelige.

Den ordning med tvungen opfølgning efter udskrivning, der lægges op til i L 140, kan efter min opfattelse ikke sammenlignes med udenlandske ordninger om "ambulant tvang", hvor kriterierne for at blive omfattet og indholdet i ordningerne er forskellige fra det, regeringen har foreslået. Der er således tale om en ny ordning, hvorfor der ikke findes undersøgelser af effekten.

Jeg minder dog om, at der er evidens for, at den antipsykotiske medicin, der skal anvendes i den tvungne opfølgning, virker. Jeg kan vedrørende dette spørgsmål henvise til besvarelsen af spørgsmål nr. 12 og nr. 46.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 65 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 65:

"Kan ministeren bekræfte eller afkræfte Retspsykiatrisk Kliniks udsagn om, at man ikke har viden om fordele og ulemper for patienten ved ambulantly tvang? Hvis ministeren afviser udsagnet, bedes det oplyst, hvilke sundhedsmæssige og sociale fordele og ulemper ministeren lægger vægt på, og i den forbindelse bedes præciseret om ministeren har nogle videnskabelige eller andre kilder at henvise til støtte for sin opfattelse og i givet fald hvilke?"

Svar:

Vedrørende spørgsmålet om viden om fordele og ulemper ved "ambulant tvang" kan jeg henvise til besvarelsen af spørgsmål nr. 1, 12, 46 og 64.

Vedrørende de sundhedsmæssige og sociale fordele og ulemper kan jeg ligeledes henvise til ovenstående samt besvarelsen af spørgsmål nr. 2, 3 og 13.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 66 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 66:

"Er ministeren fuldt opmærksom på, at de organisationer, der repræsenterer samtlige faggrupper blandt sygehuspersonalet i høringssvar har fremhævet den manglende dokumentation for effekten af ambulans tvang? Dersom ministeren har en modsat opfattelse af den, der gør sig gældende hos bl.a. Socialpædagogernes Landsforbund, FOA – Fag og Arbejde, Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Sygeplejeråd, bedes oplyst, om der foreligger udtalelser eller vurderinger fra nogen faglig gruppe eller anden fagkundskab, repræsenterende sygehuspersonalet, som ministeren støtter sin opfattelse på, og hvilke da?"

Svar:

Jeg vil gerne minde om, at en række af de faglige organisationer i høringssvarene udtaler sig mere positivt og nuanceret om forslaget, end spørgsmålet afspejler.

Dansk Psykiatrisk Selskab skriver f.eks. i sit høringssvar, at der blandt selskabets medlemmer er forskellige holdninger til forslaget om tvungen opfølgning.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab støtter forslaget.

Psykiatrifonden finder ligeledes, at der vil være en restgruppe af svært syge patienter, der ikke nås af nok så dygtige psykoseteam, og at lovforslaget vil være en hjælp for disse patienter.

Ergoterapeutforeningen anerkender i tråd hermed, at der er en gruppe af de allersvageste patienter, hvor udvidelsen med mulighed for tvangsmedicinering er en forbedring.

Dansk Socialrådgiverforening og HK Kommunal skriver, at tvungen opfølgning kan være et godt redskab i forhold til den gruppe patienter, der er beskrevet i forslaget.

Dansk Selskab for Distriktspsykiatri anfører i sit høringssvar, at en del af selskabets medlemmer finder, at selv om den eksisterende lov udnyttes optimalt, og selv om alle kunne nås af opsøgende psykoseteam, findes der

en lille restgruppe, således som det er beskrevet i lovforslaget, for hvem den tvungne opfølgning vil være et hensigtsmæssigt alternativ.

Den Almindelige Danske Lægeforening anfører, at foreningen forventer, at tvungen opfølgning med ambulant behandling med medicin for langt de fleste sindssyge vil medføre, at deres psykotiske symptomer aftager, og at det ikke kan udelukkes, at tvungen opfølgning med medicin kan reducere antallet af tvangsindlæggelser og bedre den psykiske tilstand hos mange psykotiske patienter.

Jeg kan desuden henvise til min besvarelse af spørgsmål nr. 12, 46, 52 og 64.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 67 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 67:

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

Svar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 68, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 68:

"Kan ministeren forstå bekymringen for, at ambulans tvang med tvangsmedicinering uundgåeligt driver en kile ind imellem patienter og det personale, der skal udøve tvangen? Hvilke tanker har ministeren gjort sig om, hvordan sygehuspersonalet i ord og handlinger kan modvirke den uvilje, der helt selvfølgelig opstår hos de tvangsmedicinerede?"

Svar:

Jeg finder det vigtigt at understrege, at tvungen opfølgning efter udskrivning, som foreslået i L 140, tager sigte på at fastholde patienter, der er velbehandlede ved udskrivning, i et godt behandlingsforløb. Med denne forudsætning vil det være lettere for personale og patient at fastholde en fælles opfattelse af behandlingens formål og nødvendighed.

Jeg deler derfor ikke denne bekymring.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 - Spørgsmål 69, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 69:

"Vil det under de kommende lønforhandlinger med sygehuspersonalet få betydning, at der er grupper af personalet, der vil blive forpligtede til at udføre tvangsmæssig medicinering mod patienternes protest, og at sådanne arbejdsopgaver indeholder øget belastning og stress for personalet? Er ministeriet indstillet på at kompensere de pågældende personalegrupper for det øgede stress, de udsættes for?"

Svar:

Jeg kan oplyse, at lønforhandlinger med sygehuspersonalet falder uden for mit ansvarsområde.

Derudover kan jeg oplyse, at det ikke er fremmed for personalet at anvende tvang i psykiatrien, jf. Sundhedsstyrelsens årlige statistik for tvangsanvendelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

**Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 70,
som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 21. marts 2006**

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 70:

"Har ministeren overvejet, at der kan forekomme situationer, hvor plejepersonale i den konkrete situation og over for den konkrete patient finder det ganske uetisk og direkte skadeligt at foretage tvangsmedicinering, og vil plejepersonalet i sådanne situationer alligevel være forpligtet til at udføre medicineringen, sådan at afskedigelse kan blive følgen, hvis personalet nægter at udføre medicineringen?"

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 69.

Jeg kan i øvrigt vanskeligt forestille mig, at det velkvalificerede plejepersonale, som i dag arbejder i sundhedsvæsenet, skulle finde en tvangsmedicinering "uetisk og direkte skadelig" i og med, at der er tale om lægeordineret behandling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: SEB

Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 71 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 71:

"Det bedes oplyst i hvilke kommuner, der i dag findes psykiatriske skadestuer eller tilsvarende døgnbemandede institutioner, hvor psykiatriske patienter kan søge akut hjælp?"

Svar:

Jeg kan henvise til besvarelsen af spørgsmål 14, 16 og 47

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: SEB

Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 72 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 72:

"Det bedes oplyst, hvor stor en andel af de psykiatriske patienter her i landet, der indenfor deres nærområde har adgang til – henholdsvis ikke har adgang til – psykiatriske skadestuer eller tilsvarende akutbehandling?"

Svar:

Jeg kan henvise til besvarelsen af spørgsmål 14, 16 og 47.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

**Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 73,
som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 21. marts 2006**

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 73:

"Vil ministeren opfordre regionerne til at sikre adgang til døgnbehandling i alle egne af landet? Og vil ministeren stille et ændringsforslag, der sikrer, at der i alle regioner tilrettelægges og udvikles døgnåbne tilbud til sindslidende udover de psykiatriske afdelinger og skadestuerne? I benægtende fald anmodes om teknisk bistand til udarbejdelse af et sådant ændringsforslag."

Svar:

Psykiatriloven omhandler frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, hvorfor jeg ikke finder det relevant at stille et ændringsforslag, der sikrer, at der i alle regioner tilrettelægges og udvikles døgnåbne tilbud til sindslidende udover de psykiatriske afdelinger og skadestuerne.

Jeg finder det mere hensigtsmæssigt at drøfte, hvordan tilbuddene til de psykisk syge kan forbedres i forbindelse med forhandlingerne om en ny psykiertiaftale for 2007 og frem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 75, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 75:

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

Svar:

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 76, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 76:

"Er ministeren indstillet på at stille et alternativt ændringsforslag, der sikrer, at tvangsfiksering begrænses til livstruende tilstande, hvor personen er til fare for sit eget eller andres liv eller førlighed? I benægtende fald anmodes om teknisk bistand til udformning af et sådant ændringsforslag."

Svar:

Jeg mener, at det er hensigtsmæssigt at fastholde de gældende kriterier for tvangsfiksering, således at tvangsfiksering kun må anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

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

Jeg er selvfølgelig indstillet på at yde teknisk bistand til udarbejdelsen af de ændringsforslag, Sundhedsudvalgets behandling af lovforslaget måtte føre frem til.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

**Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 77,
som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 21. marts 2006**

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 77:

"Vil ministeren yde teknisk bistand til udformning af et ændringsforslag om et decideret forbud mod tvangsfiksering, jf. artiklen "Mindre tvang og større kreativitet" af lektor i sundhedsret Mette Harlev, Københavns Universitet, i Bedre Psykiatri 2005, 2?"

Svar:

Jeg mener ikke, det er hensigtsmæssigt at forbyde tvangsfiksering og henviser i øvrigt til mit svar på L 140 – Spørgsmål 76.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 78, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 78:

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

Svar:

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

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

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: LCH
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 79, som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 79:

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

Svar:

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR, 2006

Kontor: Regional sundhed

J.nr.: 2003-12140-54

Sagsbeh.: LCH

Fil-navn: Dokument 2

**Besvarelse af spørgsmål nr. L 140 – Spørgsmål 80,
som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 21. marts 2006**

Spørgsmål L 140 - Spørgsmål 80:

"Har ministeren overvejet den konsekvens af ambulant tvang, som er påpeget af flere, og som går ud på, at patienter, der vil undgå (bi)virkninger af depotmedicin, vil være tvunget til at holde sig skjult for politiet, for eksempel ved at leve i undergrundsmiljø, som hjemløs eller på lignende måde, og hvilke synspunkter har ministeren i forhold til dette problem? (se f.eks. kronikken "Mere tvang i psykiatrien" i Politiken den 27. februar 2006)."

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af L 140 – Spørgsmål 53.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: - 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 81 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 81:

"Hvordan ser ministeriet på det principielle synspunkt, som er anført af Det Ethiske Råd, gående ud på, at "hvis man fra psykiatrisk afdeling skønner, at patienten ikke længere har behov for at være indlagt på psykiatrisk afdeling, bør patienten som udgangspunkt være rask nok til selv at tage stilling til, om vedkommende ønsker at tage den ordinerede medicin eller ej?"

Svar:

Jeg kan henvise til min besvarelse af spørgsmål nr. 43.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: **- 7 APR. 2006**
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 82 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 82:

"På baggrund af advarslerne fra Det Ethiske Råd, Retslægerådet og flere andre sagkyndige mod indførelsen af ambulat tvang anmodes om teknisk bistand til udformning af ændringsforslag, hvorved bestemmelserne om tvungen opfølgning udgår af lovforslaget "

Svar:

Vedrørende bl.a. Det Ethiske Råds og nogle af Retslægerådets medlemmers bemærkninger til forslaget om tvungen opfølgning kan jeg henvise til besvarelsen af spørgsmål 46, 64, 66 og 81.

Jeg er selvfølgelig indstillet på at yde teknisk bistand til udarbejdelsen af de ændringsforslag, som Sundhedsudvalgets behandling måtte føre frem til.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7 APR. 2006
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2003-12140-54
Sagsbeh.: SEB
Fil-navn: Dokument 3

Besvarelse af spørgsmål nr. 83 (L 140), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 21. marts 2006

Spørgsmål 83:

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

Svar:

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

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

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

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

År	Normerede sengepladser	Belægningsprocent
1987	5.893	85,0
1988	5.639	83,8
1989	5.209	84,8
1990	4.906	85,6
1991	4.728	85,1
1992	4.338	90,0
1993	4.242	92,4
1994	4.259	92,9
1995	4.204	90,1
1996	4.209	91,0
1997	4.161	94,9
1998	4.125	95,3
1999	4.148	95,3
2000	4.001	96,0
2001	3.990	94,3
2002	3.879	93,9
2003	3.756	93,4
2004	3.559	94,3