

arbejdes nationale standarder for anvendelse af skærmning.

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

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

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

#### *6.4. Tvungen opfølgning efter udskrivning*

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

#### *Gældende ret*

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

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

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

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

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

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

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