

**NOTAT****Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 68666015  
**Mail** csu@regionh.dkJournal nr.: 16026844  
Ref.: hasura

Dato: 18. januar 2017

**Region Hovedstadens høringssvar til lovforslag om specialiserede socialpsykiatriske afdelinger**

Region Hovedstadens bemærkninger til lovforslag om specialiserede socialpsykiatriske afdelinger er inddelt i generelle bemærkninger, konkrete bemærkninger til lovteksten samt bidrag til de af Danske Regioner stillede spørgsmål til særlige fokusområder.

**1. Generelle bemærkninger**

Der er tale om et meget detaljeret lovforslag – og Region Hovedstaden ser med bekymring på den politisering, der aktuelt er i gang på det psykiatriske område. Lovforslaget er desuden meget omfattende med mange gentagelser, som kan resultere i at, lovmaterialet samlet set bliver upræcist og vigtige detaljer og nuancer overses. Det bør tilstræbes, at lovmaterialet gøres kortere og mere præcist.

Region Hovedstaden har tidligere fremsat betænkelighed om, hvorvidt den politiske beslutning om etablering af nye socialpsykiatriske afdelinger er den rigtige løsning for at nedbringe antal og omfang af voldsomme episoder i socialpsykiatrien. Lovforslaget hjemler bl.a. mulighed for at anvende særlige tvangsforanstaltninger i nye socialpsykiatriske afdelinger. Et tiltag, der går imod den politiske målsætning om at nedbringe anvendelsen af tvang overfor patienter med psykisk sygdom. Ikke alene lempes adgangen til at anvende tvang overfor målgruppen. Anvendelsesområdet for tvangsforanstaltninger udvides til at kunne anvendes udenfor psykiatriske afdelinger til patienternes opholdssted i en socialpsykiatrisk afdeling et sted, der under opholdet fungerer som patienternes eget hjem. Dette tiltag er særdeles betænkeligt og en stærk forringelse af patienternes retssikkerhed.

Det er positivt, at den nye afdeling skal rumme både behandlingsmæssige og socialfaglige/rehabiliterende indsatser samt misbrugsbehandling under samme tag. Hvis de nye afdelinger skal have den ønskede effekt, er det Region Hovedstadens vurdering, at det kræver en tydeligere beskrivelse af samarbejdet mellem psykiater, egen praktiserende læge, misbrugskonsulenter og sundheds- og socialfaglige medarbejdere. Der beskrives ligeledes ikke forebyggelsestiltag for at undgå konflikter og eskalering af konflikter til vold. Det er erfaringen fra eksisterende botilbud til samme målgruppe (Orion og Lunden), at netop systematisk forebyggelse af vold er den mest afgørende faktor for at undgå, at trusler og udadreagerende adfærd i denne målgruppe eskalere til farli-

ge situationer. I lovforslaget beskrives alene restriktioner, som i sig selv ofte vil virke konfliktoptrappende.

Det er fortsat en bekymring om, hvorvidt de foreslåede socialpsykiatriske afdelinger vil afhjælpe den problematik, som de skal løse. Det beskrives i materialet, at indsatsen ønskes mere målrettet og specialiseret, end i de eksisterende rammer i §§ 107 og 108 tilbud i serviceloven, men der beskrives fx ikke konkrete samarbejdsaftaler med behandlingspsykiatrien, men fremhæves derimod, at der ikke tilknyttes fast psykiater til afdelingen.

Det er vigtigt at præcisere, at der for de borgere, som kan visiteres til de nye socialpsykiatriske afdelinger, må forventes at være løbende skift mellem indlæggelser på psykiatriske afdelinger, ambulant behandling, oprindeligt botilbud og de nye afdelinger. Der vil for mange visiterede være tale om kronisk syge borgere, som ikke må forventes at kunne afsluttes efter en anbringelse på afdelingen. Det foreslås, at denne forståelse af målgruppen samt flowet mellem de forskellige aktører i behandlings- og socialpsykiatri beskrives. Der er således bekymring for, om de nye afdelinger kan komme til at medføre mere afbrudte forløb for borgeren med flere sektorovergange og de kendte problemstillinger, dette kan medføre. Der savnes en beskrivelse af, hvordan snitfladerne mellem psykiatriske akutmodtagelser, psykiatriske afdelinger, socialpsykiatriske tilbud §§ 107 og 108 og de nye socialpsykiatriske afdelinger skal organiseres herunder, hvor ansvaret for borgeren ligger.

I lovteksten beskrives ikke, hvordan borgerens boligsituation håndteres under og efter ophold på de specialiserede socialpsykiatriske afdelinger, eller hvilken rolle og forpligtelse kommunen har i dette. Borgerens forløb risikerer at blive mere kompliceret og med flere overgange og eventuelle brud i behandlingen, hvis borgeren udsluses uden at boligsituationen er håndteret, fordi borgeren har mistet sin plads i et §§ 107 eller 108 tilbud under indlæggelse.

Afdelingerne beskrives som åbne afdelinger, hvor alle frit kan forlade afdelingen jf. dog stk. 2 tilbageholdelse. Det er ikke tydeligt, hvordan afdelingen i praksis skal agere i de situationer, hvor en tilbageholdt borger ønsker at forlade afdelingen. Hvilke beføjelser har medarbejdere her, og hvordan sikres, at episoder som disse ikke betyder farligere arbejdsvilkår for medarbejderne end de nuværende. I den forbindelse efterlyses også, at det beskrives, hvilken rolle politiet har i forhold til de nye afdelinger. Det stiller særlige krav til indretning af borgerens stue med at forebygge selvmord og selvskade, såfremt borgeren fx tilbageholdes på stuen.

Endelig bemærkes, at de nye socialpsykiatriske afdelinger skal kunne håndtere mange forskellige opgaver på samme matrikel. Eksempelvis er udgangspunktet, at patienternes ophold på den socialpsykiatriske afdeling så vidt muligt skal være frivillig. Samtidig skal det være muligt at skærme samt tilbageholde patienter efter bestemmelserne i §§ 42 f-i. Det indebærer, at de nye socialpsykiatriske afdelinger skal kunne indrettes, så det er muligt at sikre fri adgang til at færdes udenfor afdelingen for de patienter, der ikke er underlagt tvangsforanstaltninger samtidig med at det kan sikres, at det er muligt at tilbageholde og skærme patienter, der er underlagt tvangsforanstaltninger herom. Dertil kommer udfordringer for besøgskontrol, da der er stor risiko for, at besøgende medbringer stoffer og farlige genstande til afdelingerne. Elementer, som netop

skal undgås, hvis det skal have en forbyggende virkning for udadreagerende og voldelig adfærd.

Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt at etablere én stor socialpsykiatrisk afdeling, da der er særdeles stor risiko for, at et stort tilbud bl.a. vil vanskeliggøre kontrollen med køb og salg af narkotika, misbrug mv. Dette stiller ganske særlige krav til indretningen, som i praksis vil være særdeles vanskeligt at håndtere. Især når indretningen skal ske i eksisterende bygningsmasse. Det bemærkes i den forbindelse, at Region Hovedstaden ønsker at etablere ene-patientstuer med adgang til eget bad og toilet samt motionsfaciliteter, kreative områder og deeskalerende fysiske rammer. Dette vil kræve større anlægsudgifter, som der er behov for finansiering til.

Endelig bemærkes, at det vil være hensigtsmæssigt med en trinvis etablering og åbning af nye socialpsykiatriske afdelinger, så ikke alle pladser skal være klar til åbning den 1. januar 2018, men at rammerne kan være ordentlige og færdige, når der åbnes for patientindtag.

Patienten kan uden samtykke anbringes på afdelingen, men behandling af psykisk sygdom, socialfaglig indsats med fokus på rehabilitering og mestring samt misbrugsbehandling beskrives som værende frivillig. Det er ikke tydeligt, hvordan dette skal forenes. Vil det fx betyde, at en borger kan fravælge behandling og mod sin vilje holdes tilbage på afdelingen? Det forudses, at det kan være en udfordring at få borgere til at samtykke til anbringelse, såfremt en anbringelse indebærer krav om samtidig misbrugsbehandling.

Det fremgår flere steder i bemærkninger til lovforslaget, at ”patienten afskærmes fra rusmidler og farlige genstande”. Erfaringerne fra fængsler, sikrede afdelinger og sociale tilbud er, at det ikke, har været muligt at holde rusmidler, våben, mv. ude. Det er væsentligt at forholde sig realistisk til denne omstændighed for normeringer og kompetencer.

I lovforslaget beskrives beføjelse jf. psykiatriloven, men det bør præciseres, hvorvidt beføjelser (magtanvendelse) jf. serviceloven er gældende for disse afdelinger.

Det fremgår af lovforslaget, at det er afdelingsledelsen som træffer beslutning om tilbageholdelse og ydermere kan uddelegere vurderingen til en medarbejder. Kriterierne for tilbageholdelse svarer i store træk til kriterier for anvendelse af tvang i psykiatrien, som indebærer vurdering af patienten af psykiatrisk overlæge. Det bør problematiseres, hvorvidt de rette psykiatriske kompetencer er til stede på de nye afdelinger til at forestå denne vurdering.

Da der er tale om en udvidelse af de beføjelser om magtanvendelse, der efter serviceloven i dag kan bringes i anvendelse på socialpsykiatriske botilbud vil de berørte borgere/patienters retssikkerhed blive særdeles svækket, bl.a. fordi personale, der ikke har erfaringer med anvendelse og iværksættelse af tvangsforanstaltninger efter psykiatriloven, kan træffe beslutning om tvang for alle borgere/patienter, der har ophold i en socialpsykiatrisk afdeling. Dertil kommer, at visitationskriterier til den socialpsykiatriske afdeling, er de samme kriterier, der ligger til grund for iværksættelse af tvangsforanstaltninger.

Det fremgår af de økonomiske forudsætninger, at regionerne ved etablering af alle 150 pladser skal finansiere 22 mio. kr. til de nye socialpsykiatriske afdelinger (inkl. skærmningspulje) efter bloktilskud. Det betyder, at Region Hovedstaden ved etablering af 50 pladser selv skal finansiere 7,3 mio. kr. (svarende til 0,15 mio. kr. pr. plads). Det er forudsat, at regionerne kan finansiere det ved mindre træk på behandlingspsykiatrien. Region Hovedstaden finder det ikke dokumenteret, at der vil være besparelser i behandlingspsykiatrien i regionerne i den størrelsesorden.

Endelig skal det bemærkes, at det ikke fremgår tydeligt, hvilken lov der danner grundlag for driften af de nye socialpsykiatriske afdelinger. Aktuelt drives hospitaler efter sundhedsloven og socialpsykiatriske botilbud efter serviceloven. Psykiatriloven er et supplement til sundhedsloven og hjemler mulighed for anvendelse af tvang for patienter, der er indlagt på psykiatriske afdelinger, når ganske særlige betingelser er opfyldt. Psykiatriloven er således ikke en ”driftslov”. Det bør fremgå, hvilket lovkompleks, de nye socialpsykiatriske afdelinger skal etableres og drives efter.

## **2. Konkrete bemærkninger til lovteksten**

### **§42a Specialiserede socialpsykiatriske afdelinger – almindelige bestemmelser**

Der ønskes en tværfaglig og koordineret indsats. Det beskrives relevant, at der til afdelingen tilknyttes socialrådgiver, socialpædagoger, psykologer, ergo-/eller fysioterapeuter samt psykoedukation. Der nævnes direkte, at der ikke tilknyttes faste psykiatere til afdelingerne. Let og hurtig adgang til psykiatrisk bistand i en krisesituation er afgørende (som flere af de tragiske hændelser, der har været på det socialpsykiatriske område, viser). Det bør derfor være et krav, at afdelingernes samarbejde med psykiatrien organiseres, så der altid er let adgang til psykiatrisk bistand.

Senere står der, at afdelingslederen, som på et plejecenter, kan tilkalde en læge. På en specialiseret socialpsykiatrisk afdeling bør der netop være en lettere adgang til læge samt psykiatrisk bistand end på almindelige plejecentre. Der vil være behov for særlige aftaler om akut lægelig betjening af de nye afdelinger.

Der er bred erfaring og dokumentation for, at restriktioner og tvang ikke forebygger vold. Tværtimod viser alle erfaringer fra botilbuddene, at restriktioner i sig selv er konfliktoptrappende. De specifikt definerede tvangsbestemmelser, der beskrives senere i forslaget, risikerer derfor i sig selv at være konfliktoptrappende.

Der står, at personalet skal modtage ”instruktion” i konflikthåndtering og magtanvendelse, men det fremgår ikke, hvorvidt de specialiserede socialpsykiatriske afdelinger er omfattet af reglerne om magtanvendelse efter serviceloven.

Der er allerede nu mange dilemmaer mellem Arbejdstilsynets krav og den viden, der er om ”best practice” i socialfaglige metoder. Der bør derfor være opmærksomhed på, hvordan krav og regler fra Arbejdstilsynet og Socialtilsynet kan hænge sammen i praksis på afdelingerne.

### **§ 42 d Ophold uden samtykke**

I praksis må det antages, at det er muligt, at en væsentlig del af borgerne skal anbringes uden samtykke. Lovforslaget er beskrevet ud fra den omvendte antagelse.

Det fremgår, at afdelingslederen til stadighed skal søge af få patientens frivillige medvirken. Det vil være væsentligt i en sådan dialog at sikre, at den grundlæggende respekt for patientens ønsker, som er udgangspunktet for enhver form for rehabiliterings- og recoveryarbejde, opretholdes.

En beslutning om ophold uden samtykke skal bringes til ophør, når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Det er derfor relevant at præcisere, hvordan patientens boligsituation kan organiseres hensigtsmæssigt, og uden at afstedkomme yderlige brud i forløbet, mens vedkommende er indskrevet på afdelingen.

#### **§ 42 e Revurdering**

I lovteksten anføres, at afdelingsledelsen løbende skal vurdere om en patient opfylder kriterierne for fortsat ophold. Det er bekymrende, at ansvaret for revurderingen udelukkende placeres hos afdelingsledelsen, der i øvrigt kan uddelegere til medarbejdere, og ikke omfatter en psykiatrisk lægelig vurdering.

#### **§ 42 f Tilbageholdelse**

Det er ikke tydeligt, hvordan tilbageholdelse skal finde sted på afdelingen, når det samtidig er understreget, at den nye type afdeling er en åben afdeling, hvor patienterne frit kan gå fra medmindre, der er truffet beslutning om tilbageholdelse, og hvor der således vil gælde forskellige regler for beboerne. Dette kan virke konfliktgenererende og dermed skabe øget usikkerhed for borgere og personale.

Kriterierne for tilbageholdelse er de samme som visitationskriterierne for borgere, der ikke giver samtykke. Der bør være indikationer i den aktuelle situation, der kan medføre beslutning om tilbageholdelse.

Herudover skal der gøres opmærksom på, at tilbageholdelse på værelser el.lign. for patienter/borgere, som er suicidale eller selvskadende kan være risikofyldt medmindre der er truffet både indretningsmæssige og andre foranstaltninger, herunder at der er afsat ressourcer til løbende tilsyn, vurdering, mv.

#### **§ 42 g Tilbageførsel med henblik på tilbageholdelse**

Lovteksten følger allerede eksisterende praksis om, at hvis en patient er væk fra hospitalet mere end en uge, betragtes vedkommende som udskrevet. Det bør vurderes, om dette også vurderes gældende for borgere i denne målgruppe, som er beskrevet ved at have udvist farlig adfærd. Hvordan tænkes samarbejde med politi for denne problemstilling?

#### **§ 42 h Personlig skærmning**

Det skal, jf. lovforslaget, være afdelingslederen, der træffer beslutning om personlig skærmning, men det fremgår ikke, hvordan og i hvilket omfang dette udløser tilførsel af ressourcer fra den særlige pulje.

Personlig skærmning er under de beskrevne vilkår en indgriben i selvbestemmelsesretten. Det er væsentligt, at der også er mulighed for tilstrækkelig normering i anspændte situationer til relevant ekstra bemanning på et afsnit uden at dette har karakter af skærmning, da dette er mere skånsomt og mindre grænseoverskridende for den enkelte og mindre konfliktoptrappende.

### **§ 42 i Åbning og kontrol af post, undersøgelser af patientstuer og ejendel samt kropsvisitation.**

På de eksisterende Sikrede afdelinger for unge kriminelle er der regler for brevkontrol og undersøgelser af de unge og lokalerne. Man kunne med fordel hente inspiration i dele af denne lovgivning (lov om voksenansvar - tidligere magtanvendelsesregler).

### **§ 42j Husorden og besøgsrestriktion**

Serviceoven giver hjemmel til at opsætte husordener, reglement eller lignende i lov om voksenansvar. Også her kan der hentes konstruktivt inspiration fra ovennævnte lovgivning. Det er første sted i lovteksten at der beskrives rusmiddelforbud og alkoholpolitik. Det vurderes relevant med en beskrivelse af, hvilke konsekvenser, det måtte have, hvis husordenen ikke overholdes.

### **§42 l Samlet plan**

Ideen med at der udarbejdes en samlet plan for borgeren er positiv. Det må dog forventes at være nødvendigt med en understøttende indsats fx etablering af behandlingsteam for borgeren, hvis planen skal få den ønskede værdi og effekt. I regionens sociale tilbud udarbejdes individuelle planer for alle borgere i tilbuddene jf. serviceoven. De individuelle planer er et aktivt redskab i en målrettet og sammenhængende indsats for borgeren, og bør derfor indgå i den samlede plan

### **§42 m Udslusning**

Det fremhæves, at kommunalbestyrelsen i patientens handlekommune er ansvarlig for den videre indsats, men at den socialpsykiatriske afdeling inddrages tæt i processen med at tilrettelægge det fremtidige forløb, og er forpligtet til at deltage heri. Det bør også fremgå, at alle øvrige relevante samarbejdspartner herunder behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen ligeledes er forpligtet til samarbejde. Det er væsentligt at sikre, at borgeren udsluses til et kommunalt tilbud, der har relevante kompetencer til at fortsætte borgerens behandlingsforløb, ellers vil de resultater, der er opnået på den nye afdeling meget hurtigt gå tabt.

### **§ 42 p Patientrådgiver**

Ordningen afspejler den eksisterende ordning for tvang i psykiatrien. Jf. de angivne kriterier, må det forventes, at en stor del af borgere på de nye afdelinger skal beskikkes en patientrådgiver, hvilket kan betyde et stort ressourceforbrug. Der står i lovteksten, at patientrådgiveren skal besøge patienten løbende, hvilket bør præciseres.

## **3. Bidrag til fokusområder udpeget af Danske Regioner**

### **Visitationsforum**

Der er tale om relativt få pladser (150) på nye specialiserede socialpsykiatriske afdelinger. Derfor kan det ikke forventes, at den enkelte kommune, måske bortset fra de største af landets kommuner, vil komme i en situation, hvor de ret ofte vil komme til at stå overfor at skulle visitere til de nye afdelinger – for nogle kommuners vedkommende måske med flere års mellemrum eller aldrig.

Derfor virker det hensigtsmæssigt at samle flere kompetencer i et fælles visitationsforum for at understøtte den kommunale visitation. Dertil kommer, at det er regionerne, der har ansvaret for den daglige drift, og derfor har en større faglig forudsætning for at foretage en korrekt visitationsvurdering, der danner grundlag for indstillingen til

visitationsbeslutningen. På den baggrund forekommer det umiddelbart mest hensigtsmæssigt, at det er regionerne, der har ansvaret for at drive og sekretariatsbetjene visitationsforum. Sammensætningen af visitationsforum giver anledning til en række bemærkninger:

Om en medarbejder fra visitationsmyndigheden i den enkelte patients handlekommune skal det bemærkes, at der er 29 kommuner i Region Hovedstaden. Det indebærer, at der i princippet skal være 29 kommunale medarbejdere med i visitationsforum. Konkret vil der formentlig alene deltage kommunale repræsentanter i tilfælde, hvor der skal visiteres borgere fra den aktuelle kommune. Det vil være mest praktisk, men samtidig udgøre en betydelig risiko for, at der ikke bliver en ensartet kommunal visitationspraksis til den nye socialpsykiatriske afdeling.

Om en socialfaglig konsulent, der udpeges af kommunerne i regionen må det lægges til grund, at denne socialfaglige konsulent varetager interesserne for alle kommuner i Region Hovedstaden.

Om en speciallæge i psykiatri, som udpeges af regionsrådet, skal speciallægen i visitationsforum alene varetage en administrativ funktion i forummet. Det adskiller sig fra den måde, speciallæger normalt vurderer, om en patient opfylder betingelserne, fx for iværksættelse af en tvangsforanstaltning efter psykiatriloven. Det sker altid i møde mellem speciallæge og patient.

Om en repræsentant fra den specialiserede socialpsykiatriske afdeling i regionen skal det bemærkes, at der sker en sammenblanding af myndighedsrollen og udførerrollen (leverandøren af ydelser). Afdelingslederen fra den specialiserede socialpsykiatriske afdeling i regionen, som har begge roller, skal være fast medlem visitationsforummet. Afdelingslederen af den specialiserede socialpsykiatriske afdeling kan på denne måde få en (indirekte) afgørende indflydelse på, om en borger skal optages eller skal afvises fra tilbuddet.

Desuden kan der blive tale om placering på flere forskellige matrikler i regionen. Dels på grund af den eksisterende bygningsmasse, dels ud fra de erfaringer der er om, at det er uhensigtsmæssigt at samle en større gruppe borgere med så udfordrende problemstillinger i ét stort botilbud. Der bør derfor tages stilling til, om der skal være en eller flere repræsentanter fra den/de specialiserede afdeling(er) i visitationsforum.

Det forekommer hensigtsmæssigt med den tilsynsførende fra Kriminalforsorgen, hvis den pågældende er idømt en foranstaltning i medfør af straffeloven, og hvis der i dommen indgår tilsyn fra Kriminalforsorgen.

Det findes relevant at oprette visitationsforum med den beskrevne sammensætning. Det er dog vanskeligt at vurdere, om de opstillede frister for indstilling kan udføres i praksis, samt hvilke konsekvenser dette måtte give for afbrydelser i borgerens forløb. Situationen kunne være, at en borger vurderes færdigbehandlet på psykiatrisk afdeling og indstilles til ophold på socialpsykiatrisk afdeling, hvordan håndteres perioden frem til kommunalbestyrelsens tilbagemelding?

Det er kommunalbestyrelsen, der træffer afgørelse om visitation til den nye afdeling på baggrund af indstilling fra visitationsforum. Hvis visitationsforum indstiller, at bor-

geren ikke opfylder visitationskriterierne, kan kommunalbestyrelsen så alligevel træffe afgørelse om visitation til den nye afdeling?

Der bør rettes opmærksomhed på, at der findes en række borgere, der enten ikke er udredt psykiatrisk eller ikke er sindslidende, men som følge af en personlighedsforstyrrelse sammenholdt med misbrug har en farlig adfærd. Disse borgere opfylder ikke kriterierne for visitation til den nye afdeling, men kan være lige så udadreagerende og farlige som målgruppen.

#### *Visitationskriterier*

Visitationskriterierne skal alle være opfyldt i forbindelse med anbringelsen samt være kontinuerligt til stede under opholdet, idet der skal ske en udvisitering, hvis kriterierne ikke længere er opfyldt. Visitationskriterierne skal ligeledes være opfyldt, hvis der er behov for iværksættelse af en tvangsforanstaltning.

Der er et indbygget paradoks i, at visitationskriterierne er de samme kriterier, der ligger til grund for iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Det indebærer, at der i princippet er mulighed for at udøve tvangsforanstaltninger under hele opholdet, idet det er en forudsætning for patientens ophold i den socialpsykiatriske afdeling, at kriterierne kontinuerligt er opfyldt, idet en patient skal udvisiteres, når kriterierne ikke længere er opfyldt.

Lovforslaget indebærer således en betydelig forringelse af borgernes retssikkerhed i forhold til psykiatriloven, særligt når henses til, at det er afdelingsledelserne, der kan træffe beslutning om iværksættelse af tvangsforanstaltninger, herunder kan uddelegere beslutningskompetencen til andre medarbejdere i afdelingen. Det bemærkes dog i denne forbindelse, at socialpsykiatriske botilbud aktuelt kan iværksætte magtanvendelsestiltag, hvis betingelserne herfor i serviceloven er opfyldt.

Som visitationskriterierne er beskrevet, vil størstedelen af de patienter, der anbringes på intensive psykiatriske afdelinger efter psykiatriloven, opfylde betingelserne for at blive visiteret til den nye socialpsykiatriske afdeling. Der er derfor behov for, at der sker en opstramning af visitationskriterierne til de nye socialpsykiatriske afdelinger.

Det bør præciseres, at alle punkter skal være opfyldt samtidigt. Pkt. 1-5 vurderes relevante, dog med nedenstående bemærkninger.

Ad pkt. 3 skal bemærkes, at termen nedsat psykisk funktionsevne på socialområdet anvendes om udviklingshæmmede personer.

Ad pkt. 4 jf. ovenstående bør der være opmærksomhed på, at målgruppen for de nye afdelinger potentielt set også kunne tænkes at indeholde borgere, som ikke er kendt i behandlingspsykiatrien og som uden diagnose eller behandling jævnligt opholder sig på forsorgshjem. Der opfordres til, at denne målgruppe medtænkes. Nogle af de foranledigende drab har været udført af borgere fra denne målgruppe.

Ad pkt. 6 Med kendskab til målgruppen betvivles det, hvorvidt ophold på den nye afdeling kan forhindre patienten i at indtage rusmidler, anskaffe farlige genstande eller begå kriminalitet herunder udøve vold. Målgruppen har typisk gennem mange år været misbrugere og levet i rammer med mistro. Hvad vil det i praksis betyde, og hvor-



dan skal dette ses sammen med, at der andet steds i lovforslaget tages udgangspunkt i, at misbrugsbehandling er frivillig?

Ad pkt. 7 Opholdet kan potentielt blive kort, hvis en borger kun kan være på den nye afdeling uden samtykke i op til 6 måneder efter seneste tvangsindlæggelse. Det vil derfor være vanskeligt at argumentere for at kriterier 5 og 6 vil være opfyldt.

#### *Visitationskompetence*

Det fremgår af lovforslaget, at det er kommunalbestyrelsen i patientens handlekommune, der har visitationskompetencen. Det forhold, at kommunerne bærer en stor del af finansieringen taler for, at det er kommunerne, der har visitationskompetencen. Imidlertid indebærer visitationskriterierne, at der i en del af kriterierne, er behov for en faglig vurdering, fx for om en patient vurderes at være til nærliggende og væsentlig fare for andre og være uforudsigelig i sin adfærd.

Det er således stærkt betænkeligt for patienternes retssikkerhed, at en kommunalbestyrelse, som sædvanligvis ikke skal foretage sådanne vurderinger, kan træffe afgørelse, heller ikke selv om det foregår på baggrund af en indstilling fra visitationsforum, da dette forum heller ikke har haft lejlighed til at foretage andet end en 'papirvurdering'.

#### **Ikrafttrædelse**

Det fremgår af lovforslaget, at loven træder i kraft den 1. juli 2017. Det vil ikke være realistisk at have gennemført en bygningstilpasning, samt relevant medarbejderrekruttering tidligere end 1. januar 2018.

#### **Beføjelser**

Lovforslaget lægger op til, at ophold på en socialpsykiatrisk afdeling så vidt muligt skal være frivillig. Der er derfor et indbygget paradoks i, at det frivillige tilbud hjemler mulighed for anvendelse af tvang fx tilbageholdelse og personlig skærmning.

De tvangsbeføjelser, der efter lovforslaget vil kunne tages i anvendelse er tilbageholdelse, tilbageførsel med henblik på tilbageholdelse, personlig skærmning, åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation.

Der er således ikke alle tvangsforanstaltninger efter psykiatriloven, der kan bringes i anvendelse på de socialpsykiatriske afdelinger. Fx er det ikke muligt at behandle eller medicinere med tvang. Dette på trods af, at medicinsvigt ofte er årsag til genindlæggelser af patienter med psykisk sygdom. Der mangler en beskrivelse af, hvordan man kan medicinere eller give beroligende medicin.

Det fremgår umiddelbart af lovforslaget, at afdelingsledelsen kan foranstalte, at borgere der opholder sig på den specialiserede socialpsykiatriske afdeling *uden samtykke* kan tilbageholdes eller tilbageføres med henblik på tilbageholdelse.

I forhold til betingelsen om, at personlig skærmning uden samtykke kun må sættes i værk "... for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade", eller "... groft forulemper medpatienter, personale eller andre", kan man med rette stille spørgsmålet: Er borgere/patienter, der opfylder disse kriterier anbragt det rigtige sted? Det første kriterium ligner på mange måder betingelserne for at kunne tvangsindlægges. Hvis borgeren ikke er psykotisk og ik-

ke har en væsentligt nedsat evne til at skelne mellem virkeligt eller uvirkeligt opfyldes kriteriet for tvangsindlæggelse muligvis ikke. Det gælder heller ikke, hvis selvmord undtages, for en sådan borger vil andre steder i samfundet normalt blive konfronteret med politiet.

Afdelingsledelsens adgang til at åbne post og undersøge borgerens ejendele kan ske uden retskendelse. Der ses heller ikke at skulle foretages en myndighedsgodkendelse fra kommunens side, som ellers er almindelig praksis, når der er tale om indgribende foranstaltninger i forhold til borgerne, fx servicelovens regler om magtanvendelse. Lovforslaget indeholder dog mulighed for at borgeren kan klage over afdelingsleders beslutning om at iværksætte åbning af post mv. til kommunalbestyrelsen i borgers handlekommune (§ 42 o).

Det fremgår desuden af lovforslaget, at det er afdelingsledelsen på den socialpsykiatriske afdeling, der kan træffe beslutning om iværksættelse af tvangsbeføjelser, og at afdelingsledelsen kan delegerer denne beføjelse til medarbejdere i den socialpsykiatriske afdeling. Som nævnt tidligere er der i den socialpsykiatriske afdeling ikke tilknyttet en fast psykiater. Det er derfor ikke-lægelige medarbejdergrupper, der får beføjelser til at vurdere behovet for iværksættelse af tvangsforanstaltninger, herunder forestå den konkrete iværksættelse af foranstaltningen.

Til sammenligning er det på de psykiatriske afdelinger alene en læge, der kan træffe beslutning om iværksættelse af tvangsforanstaltninger efter psykiatriloven på baggrund af en aktuel og konkret vurdering af, om lovens betingelser for iværksættelse af tvangsforanstaltninger er opfyldt. En sådan beslutning skal altid efterfølgende godkendes af en overlæge i psykiatri. Det er således alene læger på psykiatriske afdelinger, der har kompetence til at træffe beslutning om iværksættelse af en tvangsforanstaltning samt konkret erfaring med vurdering af, om betingelserne for tvangsforanstaltninger er opfyldt.

Dertil kommer, at behandlingsaspektet bør fremgå tydeligere, og der er behov for integreret misbrugsbehandling ved siden af de socialfaglige indsatser i afdelingen.

Det bemærkes desuden, at der i lovforslaget ikke er krav om eftersamtaler som opfølgning på en tvangsanvendelse.

Den gældende psykiatrilov indeholder desuden en tidsfrist for revurdering af, om en iværksat tvangsforanstaltning skal opretholdes eller ophøre. Der er ikke angivet en tilsvarende tidsfrist for, hvornår en iværksat tvangsforanstaltning i en socialpsykiatrisk afdeling skal revurderes om fortsættelse eller ophævelse af foranstaltningen.

Disse forhold indebærer en særdeles betænkelig udvikling for patienternes retssikkerhed. Lovforslaget tager ikke i tilstrækkeligt omfang hensyn til, at der vil opstå situationer, hvor der skal tages overordentligt indgribende beslutninger i pressede situationer. Eksempel: § 42a, stk.2: ”når forholdende tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid”. Dette er et element, der vil kunne klages over. Der bør tages stilling til, hvordan en så elastisk bestemmelse skal administreres af personalet på afdelingerne. Bestemmelser, som handler om indgreb i borgernes bevægelsesfrihed, bør være klare og afgrænsede, da der er tale om indgreb i de grundlæggende frihedsrettigheder sikret ved grundloven.

Endelig indeholder loven ikke mulighed for en 'faseopdeling' af opholdet i en socialpsykiatrisk afdeling, således at patienterne undervejs i forløbet kan få større 'friheder' som følge af rehabilitering og som overgang til et andet og mindre indgribende tilbud. En sådan model har man gode erfaringer med andre steder i verden.

### **Husleje mv.**

Det forekommer urimeligt at der for de patienter, der får ophold på en socialpsykiatrisk afdeling uden at have samtykket hertil, opkræves husleje. Der opkræves heller ikke betaling for kost og logi for indlagte patienter.

I lovteksten står der, at såfremt borgeren har en bolig inden indskrivning, så opkræves borgeren ikke egenbetaling. Hvis man er indskrevet på en § 107, er dette også gældende. Men man bliver heller ikke opkrævet, hvis man ikke har en indtægt. Er dette også gældende for de nye afdelinger?

Det vurderes relevant, at der laves en fast ydelse for kost og logi. Der skrives i teksten om borgerens mulighed for at medbringe egne møbler og ejendele på afdelingen. Det bør vurderes ud fra et sikkerhedsmæssigt perspektiv, hvorvidt dette er hensigtsmæssigt, især hvis borgeren kan låses inde på stue alene jf. ovenfor om suicidalfare.

Der er desuden behov for, at der tages stilling til, hvad der sker med borgerens oprindelige bolig under opholdet. Hvis den tidligere bolig opsiges, kan det give store problemer ved udvisiteringen fra den socialpsykiatriske afdeling, hvis der ikke er en bolig til patienten – enten egen bolig eller en plads i et kommunalt, socialpsykiatrisk botilbud.

### **Videregivelse af oplysninger**

Region Hovedstaden finder det betænkeligt, at der kan opstå en situation, hvor en borger er tvangsvisiteret til ophold på et specialiseret socialpsykiatrisk afdeling, og der i denne forbindelse udveksles oplysninger mellem myndigheder og sundhedsvæsen uden borgerens samtykke. De gældende regler om udveksling af oplysninger uden samtykke gælder således alene i ansøgningssager, hvor en ansøgning ikke kan behandles uden de pågældende oplysninger.

Det findes i øvrigt – også i relation til kommunens videregivelse af oplysninger – af yderste vigtighed, at udveksling af oplysninger begrænser sig til relevante og nødvendige oplysninger, særligt når det drejer sig om udveksling uden samtykke.

Det bemærkes således, at der med lovforslaget lægges op til en kombination af tvangsanbringelse udenfor sundhedsvæsenet kombineret med en temmelig fri udveksling af oplysninger uden samtykke, som ikke kan anses for ubetænkelig i relation til gældende regler om personlig frihed.

### **Klageadgang**

Principielt bør beslutningskompetencen til at træffe afgørelse og klageadgang følges ad. Det vil sige, at hvis det er kommunen, der træffer afgørelse, bør klagen behandles af kommunen, og er det regionen/afdelingsledelsen, der træffer afgørelse, bør klagen behandles af regionen/afdelingsledelsen.

Dette princip følges for så vidt angår spørgsmålet klager over anbringelse uden samtykke, over tilbageholdelse og tilbageførsel med henblik på tilbageholdelse samt klager over personlig skærmning, dog med den væsentlige forskel at både kommunen og afdelingsledelsen skal behandle klagerne. Det er således kun kommunen, der træffer afgørelse om anbringelse uden samtykke, mens det alene er afdelingsledelsen, der træffer afgørelse om tilbageholdelse mv. Det er ikke klart, hvorfor begge parter skal behandle de sager, hvor de ikke er med til at træffe afgørelse. Dette bør præciseres.

At klagerne inden for de nævnte områder skal behandles af Det Psykiatriske Patientklagenævn giver for så vidt god mening, idet der er tale om tvangsforanstaltninger, der ligger tæt op ad psykiatrilovens tvangsforanstaltninger, som dette klagenævn i forvejen tager sig af.

Beslutningskompetence og klageadgang følges entydigt ad i forhold til afgørelser om indskrivning af udslusning fra den specialiserede socialpsykiatriske afdeling. Det er i begge tilfælde kommunen. Her giver det ligeledes god mening, at det er Ankestyrelsen der skal behandle klagen. Det er her man i forvejen behandler klager i forhold til kommunerens afgørelse om visitation til botilbud. Det må således antages, at en af disse botilbudstyper kunne være alternativet til indskrivning i den nye specialiserede psykiatriske afdeling.

Med hensyn til klager over beslutning om åbning og kontrol af post følges beslutningskompetence og klageadgang ikke ad. Det er afdelingsledelsen der træffer afgørelse, mens det er kommunen der behandler klagen. Der henvises i øvrigt til de tidligere nævnte bemærkninger om, at beslutningen om åbning af post mv. ikke beror på en myndighedsafgørelse.

Klager over frihedsberøvelse i medfør af de nye bestemmelser om specialiserede socialpsykiatriske afdelinger behandles dog af byretten i den retskreds, hvor afdelingen er beliggende, hvilket er i overensstemmelse med grundlovens krav herom.

Der må forudses en del ekstra arbejde om afgrænsning af klager, så de enkelte dele af en klage kan behandles af rette instans. Dette skyldes, at patienterne som regel klager over mange ting samlet i én klage. Dette giver i forvejen en del afgrænsningsproblemer bare mellem Styrelsen for patientsikkerhed og hospitalsadministrationerne for afgrænsning af klager over sundhedsfaglig behandling og såkaldte serviceklager.

Endelig ses der ikke at være taget stilling til behandling af serviceklager, hvilket fornuftmæssigt set bedst varetages af afdelingsledelsen og regionen. Dette bør ligeledes præciseres.

### **Tilsyn**

Anerkendes præmissen om, at de nye specialiserede socialpsykiatriske afdelinger hverken er at betragte som afdelinger på et sygehus eller som socialpsykiatriske botilbud, må der implicit være tale om en slags hybrid. Hele lovgivningen bærer imidlertid præg af, at der er tale om en slags socialpsykiatrisk botilbud med en sundhedsfaglig overbygning. Set i det lys, giver det god mening, at den overordnede godkendelses- og

tilsynsvirksomhed følger den lovgivning, der i øvrigt findes for tilsyn på botilbudsområdet, hvor tilsynet varetages af Socialtilsynet.

Hertil kommer, at det må forventes at en betydelig andel af de borgere, der vil få ophold på de nye specialiserede botilbud også har et misbrug. I dag er det også sådan, at Socialtilsynet fører tilsyn med stofmisbrugsbehandlingstilbud efter servicelovens § 101 og § 101 a og alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141. Endelig er det Styrelsen for Patientsikkerheds opgave at føre tilsyn med autoriserede sundhedspersoner.

### **Kapacitet og rammeaftaler**

Det fremgår, at antallet af pladser i de nye specialiserede socialpsykiatriske afdelinger i de fem regioner (150) skal fastlægges i regi af rammeaftalen – og ikke via bloktilskudsnøglen, som normalt ligger til grund for sådanne tiltag. Uanset hvilken fordelingsnøgle eller forhandling om pladserne, der kan tænkes, er det vanskeligt at se, hvordan pladserne vil kunne fordeles i forhold til de aktuelle behov for pladser, der måtte være i de respektive regioner.

Det kan i bedste fald betyde, at der alene etableres det antal pladser, der er behov for i de enkelte regioner, men der er ingen styring for det fastsatte antal på 150 pladser på landsplan. Dertil kommer, at det næppe er de samme 150 mennesker, der skal opholde sig i de nye afdelinger for altid. Der må forventes at komme en løbende udskiftning af beboerne, og hvordan vil kapacitet i den enkelte region så svare overens med behovet for pladser i regionens kommuner.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på det samspil, der skal være mellem de tilbud til en tilsvarende målgruppe, der pt. drives af regionen fx Lunden, Orion og Skovvænget. Tilbud, der aktuelt kan håndtere en vanskelig målgruppe, der er karakteriseret ved svær psykisk sygdom, udadreagerende adfærd og misbrug. Etablering af et givent antal pladser i de nye socialpsykiatriske afdelinger kan mindske efterspørgslen efter de eksisterende specialiserede pladser, der derved kan blive udfordret i deres driftsgrundlag.

### **Økonomiske konsekvenser**

Afsnittet om økonomi (s. 108) starter med en konstatering af, at ”målgruppen også i dag håndteres og finansieres af kommuner og regioner.” De socialpsykiatriske botilbud efter serviceloven finansieres i dag 100 % af kommunerne via takst. Behandlingspsykiatrien medfinansieres af kommunerne.

Det er udokumenteret, at den regionale psykiatri vil spare udgifter i den størrelsesorden, som antaget i den regionale finansieringsandel, når pladserne i de nye socialpsykiatriske afdelinger etableres.

Fordelingen af udgifter til drift af pladser via bloktilskuddet er i udgangspunktet fornuftig, da det er vanskeligt at forestille sig en anden fordelingsmekanisme.

De 150 pladser på landsplan finansieres af staten, regioner og kommuner. Det må forudsættes, at den del af den statslige finansiering, der går til regionerne, fordeles efter den sædvanlige bloktilskudsnøgle på sundhedsområdet. Dette svarer til, at Region Hovedstaden modtager statslig finansiering til ca. 50 pladser. Samtidig fremgår det eks-

plicit af lovforslaget (s. 119), at pladstallet i de enkelte regioner aftales i konkrete rammeaftaler på baggrund af behov og efterspørgsel lokalt.

Denne asymmetri mellem, hvordan den statslige finansiering og antallet af pladser fordeles regionerne imellem, indebærer, at der i den enkelte region opstår et underskud af statslig medfinansiering, såfremt regionens andel af de 150 pladser er større end regionens bloktilskudsandel.

Ifølge lovforslaget vil Region Hovedstaden skulle betale ca. 145.000 kr. pr. plads for de første 50 pladser, svarende til regionens bloktilskudsandel. For hver yderligere plads ud over de 50 vil Region Hovedstaden skulle betale 350.000 kr. pr. plads, dvs. markant mere end det dobbelte end for de første 50 pladser. Der er således en betydelig risiko for en økonomisk udfordring i asymmetrien mellem den statslige finansiering og det i rammeaftalerne fastsatte pladstal i den enkelte region.

Det fremgår ikke tydeligt hvordan etableringsomkostningerne skal behandles/finansieres. Efter serviceloven indgå etableringsomkostninger i takstgrundlaget via afskrivninger. Er dette også tilfældet for dette område ? hvis ikke hvordan skal de så indgå i takstgrundlaget?

De nuværende socialpsykiatriske tilbud er aktuelt en del af hovedkonto 2 bestående af sociale tilbud samt specialundervisning og er 100 pct. takstfinansieret via kommunal finansiering samtidig med, at økonomien for tilbud inden for dette område skal ”hvile-i-sig-selv” over tid. Over- og underskud på området modregnes i de fremtidige takster, som kommunerne betaler til regionerne.

Med den foreslåede finansieringsstruktur for de kommende specialiserede socialpsykiatriske tilbud med både statslig finansiering via bloktilskud, kommunal finansiering og regional finansiering, vil økonomien for de specialiserede socialpsykiatriske tilbud umiddelbart ikke kunne være en del af hovedkonto 2. Der må skulle være en adskilt økonomi i forhold til de nuværende socialpsykiatriske tilbud og de nye socialpsykiatriske afdelinger, der anses som en ny opgave for regionerne.

Der lægges op til, at staten yder et tilskud til de fysiske tilpasninger på 40 mio. kr. i 2017. Selv om regionerne henter de afledte kapitaludgifter ind på lang sigt via taksterne, vil regionerne i første omgang skulle ”lægge ud” og afholde udgiften til investeringer, der ligger ud over de 40 mio. kr. i tilskud fra staten, hvilket vil give et likviditetræk på regionernes kasse.

Særlige udgifter til skærmning af enkelte patienter finansieres af en ”skærmningspulje” på 18 mio. kr. om året, som finansieres af kommunerne. Region Hovedstaden forstår det sådan, at når en beboer skal skærmes, søger regionen puljen om 80 % af skærmingsudgiften, og afholder selv de resterende 20 %. Det synes at være en hensigtsmæssig løsning, der tager højde for variationer over tid i forhold til behovet for at foretage skærmning. Dog bør det afklares, hvad der sker, hvis puljen er opbrugt inden årets udgang.

Det fremgår af lovteksten, at der afsættes 8 mio. kr. til administration herunder tilsyn. Beløbet skal anvendes såvel centralt som i kommuner og regioner. Imidlertid fremgår det ikke tydeligt, hvordan beløbet fordeles mellem stat, regioner og kommuner.