

# **Rapport om ambulat tvang**

**Udarbejdet af ad hoc arbejdsgruppe vedrørende ambulat tvang  
nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse**

**November 2005**

**Godkendt af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelsen mandag den 21.11.2005**

## **Indholdsfortegnelse:**

<b>1. Arbejdsgruppens medlemmer og kommissorium</b>	<b>side 3</b>
<b>2. Definition af ambulat tvang</b>	<b>side 3</b>
<b>3. Målgruppen</b>	<b>side 3</b>
<b>4. Den tidligere danske debat</b>	<b>side 4</b>
<b>5. Den aktuelle debat i Danmark</b>	<b>side 5</b>
<b>6. Lovgivningen i Norge</b>	<b>side 8</b>
<b>7. Lovgivningen i Sverige</b>	<b>side 9</b>
<b>8. Videnskabelig dokumentation for effekten af ambulat tvang</b>	<b>side 10</b>
<b>9. Psykofarmakologiske aspekter ved indførelse af ambulat tvang</b>	<b>side 14</b>
<b>10. Ethiske aspekter</b>	<b>side 15</b>
<b>11. Nogle problemer ved gennemførelsen af ambulat tvang</b>	<b>side 17</b>
<b>12. Arbejdsgruppens overvejelser</b>	<b>side 18</b>
<b>13. Alternativer til ambulat tvang</b>	<b>side 20</b>
<b>14. Konklusion og anbefalinger</b>	<b>side 21</b>
<b>15. Referencer</b>	<b>side 22</b>

## **1. Arbejdsgruppens medlemmer og kommissorium**

Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse nedsatte i foråret 2005 ad hoc arbejdsgruppen, hvis medlemmer alle er speciallæger i psykiatri. Gruppen bestod af afdelingslæge, ph.d. Henrik Day Poulsen, ledende overlæge Kjeld Reinert, overlæge Bettina Holm Norling, speciallæge, dr.med. Hans Adserballe og overlæge ph.d. Annette Lolk (formand, bestyrelsens repræsentant).

Bestyrelsen havde givet arbejdsgruppen følgende kommissorium:

- At beskrive baggrunden for evt. indførelse af ambulante tvang
- At udarbejde en litteraturoversigt over emnet ambulante tvangsbehandling, herunder at beskrive forskellige forskellige modeller
- At beskrive erfaring med disse modeller i andre vestlige lande, herunder retspsykiatriske og distriktspsykiatriske aspekter
- At beskrive farmakologiske aspekter ved indførelse af ambulante tvang
- At beskrive og diskutere etiske aspekter ved indførelse / ikke indførelse af de forskellige modeller for ambulante tvang
- På denne baggrund besvare følgende spørgsmål for de forskellige modeller for ambulante tvang:
  - er der evidens for effekten heraf?
  - hvilke alternativer er der til indførelsen?
  - hvilke konsekvenser kan indførelse af de forskellige modeller for ambulante tvang tænkes at få for den fremtidige organisation af psykiatrien og for kvaliteten af den psykiatriske behandling?
  - hvilke konsekvenser kan evt. indførelse forventes at få for den enkelte patient, for de pårørende og samfundet i øvrigt?
- At give forslag til anbefalinger

## **2. Definition af ambulante tvang**

Tvangsforanstaltning, der efter det mindste middels princip gennemføres over for en patient, som ikke er døgnindlagt i psykiatrisk institution, med det formål at undgå tvangsindlæggelse som et formentligt mere belastende indgreb.

## **3. Målgruppen**

Et lille antal svært syge og socialt belastede sindslidende, som efter udskrivning unddrager sig nødvendig behandling med sygdomsforværring til følge, eventuelt førende til genindlæggelse ved tvang, Disse patienter, oftest skizofrene, er typisk præget af svigtende sygdomsindsigt- og erkendelse. Målgruppen svarer i det væsentlige til de patienter med behandlingssvigt, som i dag er omfattet af psykiatrilovens § 3, i særdeleshed dennes stk. 5 om koordinationsplaner, som ikke kan gennemtvinges over for den sindssyge person.

De nøjere kriterier for denne nye mulighed for tvang skitseres senere under afsnit 11: Nogle problemer ved gennemførelse af ambulante tvang.

Kriminelle patienter, som indlægges mod deres vilje efter overtrædelse af domsfastlagte vilkår, er principielt ikke inddraget i den her omhandlede målgruppe.

#### **4. Den tidligere danske debat**

Sindssygeloven af 1938 omhandlede kun hospitalsopholdet, og i psykiatriloven af 1989 blev dette princip gentaget i § 1: Frihedsberøvelse og anden tvang kunne kun foregå i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Ambulante patienter faldt udenfor denne lovs anvendelsesområde, hvilket blev understreget i bemærkningerne til 1989-loven i den kommenterede lov. Ikke-indlagte patienter kan kun behandles frivilligt bortset fra den tvang, der er nødvendig for at gennemføre en tvangsindlæggelse. Det fremgår af ”Principbetænkning om tvang i psykiatrien” (1986-1987), (p.498), at psykiatrilovsudvalget ikke fandt det ønskeligt at indføre hjemmel for tvang overfor ikke-indlagte - en udskrevet patient burde ikke være undergivet andre restriktioner end andre borgere. Udvalget fandt det heller ikke hensigtsmæssigt at fastslå ”betinget udskrivning” på visse vilkår, hvis ikke-overholdelse kunne udløse tvang, uanset at en sådan ordning kendtes fra patienter med behandlingsdom. Imidlertid var der her tale om en vilkårsovertrædelse, mens der for andre patienter var tale om en sygdomsforværring og dens følger. Allerede som følge af denne meget væsentlige forskel fandtes det ikke ønskeligt at indføre et element af tvang overfor tidligere indlagte - det ville dels blive omfattet som en ”diskriminerende, repressiv foranstaltning”, dels kunne det afholde den sindssyge fra at søge læge. I øvrigt understregedes det, at alene politiet var berettiget til eventuel tvangsanvendelse uden for en psykiatrisk afdeling, et princip som ikke burde ændres.

Tiden efter 1989 har været præget af fortsat distriktspsykiatrisk udvikling, færre indlagte og flere i ambulante behandling, og behandlingen, inklusive den medikamentelle er ligeledes udviklet. Imidlertid er der fortsat en lille gruppe alvorligt syge og socialt belastede sindslidende, som unddrager sig nødvendig behandling efter udskrivning med sygdomsforværring til følge, eventuelt førende til genindlæggelse ved tvang.

Under forhandlingerne om revision af psykiatriloven 1997-1998 drøftedes det herefter, om der burde indføres en form for tvungen psykiatrisk efterværn efter norsk mønster eller en anden prøveudskrivningsordning, således at overlægen fik mulighed for at udskrive en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient på vilkår om, at patienten fulgte et behandlingsforløb, og således at overlægen kunne beslutte en genindlæggelse, uden at fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse skulle iagttages, hvis f.eks. overlægen fra distriktspsykiatrien erfarede, at vedkommende ikke tog sin medicin. Ordningen kunne fremme ønsket om at forankre behandlingen i distriktspsykiatrien, men en sådan mulighed ville imidlertid indebære en betydelig udvidelse af adgangen til at tilbageføre patienter, uden sikkerhed for at patienten fortsat opfyldte kriterierne for frihedsberøvelse (bemærkninger til forslag af 14.11.97 om ændring af psykiatriloven, p. 28). Efter en samlet vurdering fandt justitsministeriet og sundhedsministeriet, at ”det

måtte anses for overvejende betænkeligt" at indføre en sådan ordning, der ville indebære en adgang til frihedsberøvelse, uden at de almindelige betingelser efter psykiatrilovens § 5, herunder sindssygdomsbegrebet, var konstateret opfyldt. En sådan udvidelse kunne endvidere have en negativ virkning på tillidsforholdet mellem patient og behandler i den ambulante psykiatri.

I denne sammenhæng foresloges de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som blev lovfæstet i lovrevision af 02.12.1998 § 3, stk. 4 og 5, et supplement til behandlingsplanen i samme lovs § 3, stk. 3, med særligt sigte på nævnte lille gruppe af patienter med behandlingssvigt - skønsmæssigt ca. 1.000 personer.

Ingen af aftalerne kunne gennemtvinges, men svigtende overholdelse med sygdomsforværring burde medføre tilkald af læge med stillingtagen til genindlæggelse, eventuelt ved tvang. Den ordinære tavshedspligt i udveksling af oplysninger kunne i nødvendigt omfang fraviges.

Fremdeles fastslås det i § 4, at tvang først iværksættes efter, at alt andet muligt er forsøgt frivilligt, og at tvangen skal udøves så skånsomt som muligt.

I en publikation 1997 fra Det Ethiske Råd "Psykiatriske patienters vilkår - en redegørelse" fandt rådet forslag om ambulans tvang (community order treatment) og betinget udskrivning stærkt betænkelige principielt og i praksis. Der var tale om en udvidelse af tvangen, flyttet ud i samfundet, med udviskning af grænsen mellem frihed og tvang. Ordningen kunne indebære en risiko for for tidlig udskrivning og svække behandlingsalliancen. Retssikkerheden kunne komme i fare: hvilke kriterier skulle gælde for ambulans behandling? Hvornår skulle denne foranstaltning iværksættes og hvornår ophøre? Hvilke sanktioner skulle iværksættes, hvis en patient under ambulans tvang ikke ville medvirke?

Rådet anbefalede, at det opsøgende og socialpsykiatriske arbejde i distriktpsykiatrien styrkedes.

## **5. Den aktuelle debat i Danmark**

2005-06 skal Folketinget behandle forslag om revision af psykiatriloven. Efter afslutningen af arbejdsgruppens redaktion har Sundhedsministeriet den 9.11.2005 udsendt et forslag om ændring af psykiatriloven til høring, hvorunder "tvungen opfølgning efter udskrivning" indgår. Arbejdsgruppen har således ikke kunnet inddrage dette lovforslag i overvejelserne i nærværende rapport. Som oplæg til revisionen har der 2003-05 været megen debat blandt psykiatere og andre interesserede om ambulans tvang - populært kaldt "tvang i hjemmet". Karakteristisk for diskussionen har været for og imod - også psykiaterne har været delte.

På årsmødet 2004 afholdt Dansk Psykiatrisk Selskab et minisymposium om emnet, og i foråret 2005 nedsatte Selskabet en ad hoc arbejdsgruppe om ambulans tvang med kommissorium som tidligere refereret. Indlæg har blandt andet været bragt i selskabets blad "Psykiatri Nyt", i "Ugeskrift for Læger", "Dagens Medicin" og i dagspressen. Konsulentfirmaet Rambøll Management har for indenrigs- og sundhedsministeriet analyseret loven indgående med spørgeskemaer og interviews, herunder med stillingtagen til ambulans tvang som et

muligt middel til bedre varetagelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Disse aftaler brugtes ikke tilstrækkeligt (i 2002 kun i 120 tilfælde).

Bemærkelsesværdigt i denne sammenhæng er en skrivelse af januar 2004 fra indenrigs- og sundhedsministeren til landets ledende psykiatriske overlæger om at få mere gang i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Brevet udsendtes efter nye eksempler på psykisk syges kriminalitet.

Her skal kun opridses de store linjer i debatten:

Der er enighed om, at udvidelse af tvangen er en alvorlig sag, men at der er en lille gruppe patienter, som unddrager sig nødvendig behandling med risiko for behandlingssvigt.

Fortalere har fremhævet denne gruppe meget syge patienter - uden sygdomsindsigt og - erkendelse med mange genindlæggelser også ved tvang. Det ville være rimeligt og etisk rigtigt, om disse patienter under den distriktpsykiatriske udvikling kunne fastholdes i behandlingen og en form for ambulant tvang, der som det mindste middels princip kunne forhindre en del mere indgribende tvangsindlæggelser. Og de pårørende og samfundet ville drage fordel heraf. Det ville være at svigte disse patienter og deres livskvalitet, hvis denne mulighed ikke var til rådighed. Fortalerne har refereret karakteristiske sygehistorier og har henvist til, at man fra visse andre lande har meddelt gunstige resultater af tvangsbehandling i samfundet - for eksempel færre genindlæggelser, mindre vold og farlighed. Herunder har der været henvist til gode erfaringer fra Norge og især Sverige, og der er efterlyst nøjere undersøgelser af lovens praksis på området.

Modstandere af ambulant tvang har bl.a. henvist til de principielle betænkeligheder som tidligere refereret fra lovens forarbejder og revision, herunder betænkelighed ved udvidelse af tvangen og den psykosociale kontrol til samfundet med uklare grænser for individets integritet, hjemmets ukrænkelighed efter dansk tradition, truet retssikkerhed, svækket behandlingsalliance med risiko for svigtende kontrol med den psykofarmakologiske behandling. Modstandere finder disse forhold "uetiske". I stedet burde der lægges mere vægt på tilstrækkelig god og langvarig hospitalsbehandling og udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som der i øvrigt ikke ses foretaget særlige undersøgelser af. Det bemærkes særligt, at selskabets formand, Dorte Sestoft, har advaret mod indførelse af ambulant tvang (således Dagens Medicin 20.05.05). Hun har også fremhævet en aktuel sengemangel og for tidlig udskrivning som en del af problematikken.

Rambøll Management rapporten april 2005 søgte særligt at tage stilling til den ambulante tvang på grundlag af en vurdering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det fandtes meget vanskeligt nøjere at vurdere effekten af disse aftaler, som i øvrigt langtfra var blevet brugt som forventet. Manglende tiltro til planerne blev tillagt betydning, og de måtte anses for utilstrækkelige i forhold til at sikre den ambulante behandling af "de allersvageste". Rapporten foreslog herefter "stærkere redskaber" - at der via ambulant tvang eller tvungen eftervård blev mulighed for at sikre overholdelse af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne under forudsætning af, at denne tvang kun anvendtes for de patienter, hvor man måtte antage, at tvangen kunne sikre overholdelse, og tvangen alene anvendtes indenfor den psykiatriske afdelings rammer. Der

fandtes dog at være ”en række etiske problemstillinger omkring patienternes retssikkerhed”, og det skulle sikres, at man ikke kom ud på en glidebane, eller at tvangen anvendtes unødigt. Der ses ikke meddelt konkrete forslag om, hvordan disse problemer skulle løses.

I en kommentar til rapporten anførte Dansk Psykiatrisk Selskab 07.05.05 bl.a., at det hverken fandtes velbegrunder eller velovervejet at foreslå ambulante tvang som en konsekvens af, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ikke havde haft den forventede betydning. Videre kunne ambulante tvang befrygtes at stigmatisere de psykiatriske patienter, og der var tale om en radikal ændring af hele tankegangen i psykiatriloven, som ellers havde veldefinerede grænser for tvangens udøvelse. Selskabet fandt, at en række spørgsmål af etisk karakter slet ikke var belyst i rapporten. Selv den nye medicin var ikke ideel med hensyn til virkning og havde ikke ubetydelige bivirkninger. I den internationale litteratur var der modstridende resultater om effekten af ambulante tvang. I stedet for ambulante tvang burde den eksisterende behandling forbedres, herunder muligheden for lange stabiliserende indlæggelser og anden intensiv behandling.

Den almindelige danske lægeforenings psykiatriudvalg har også behandlet emnet, offentliggjort 10.06.05 i en kronik ved Henrik Day Poulsen og de øvrige medlemmer af psykiatriudvalget i Berlingske Tidende (”Skal sindssyge tvangsbehandles hjemme?”). Udvalget fandt behov for en debat om emnet, som psykiatere var uenige om, herunder at høre patienter, pårørende og borgere. I sidste ende var det en politisk beslutning. Udvalget skønnede, at cirka 150 personer i Danmark kunne komme i betragtning til ambulante tvang.

For den ambulante tvang talte bl.a. det stigende antal kriminelle og potentielt farlige sindssyge, som også havde markant øget selvmordshyppighed. Der kunne være tale om omsorgssvigt overfor denne lille gruppe meget syge patienter uden sygdomserkendelse. Med angivet udgangspunkt i patientens tarv kunne det være rimeligt at fravige princippet om hjemmets ukrænkelighed for at sikre den syges behandling og værdighed. Flere udenlandske undersøgelser havde vist, at ambulante tvang kunne øge patienters livskvalitet, nedsætte antallet af indlæggelser og af kriminaliteten - og måske forhindre selvmord.

Imod ambulante tvang talte bl.a., at der stadig var andre muligheder for at bedre den psykiatriske behandling overfor svært sindssyge - herunder at gøre større og bedre brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt af opsøgende psykoseteams og psykoedukation. Ambulante tvang kunne indebære en risiko for en krænkelse af retssikkerheden, for tidlig udskrivning, stigmatisering af patienter, svækket behandlingsalliance. Grænsen mellem frihed og tvang kunne udviskes. Udvalget fandt, at det måtte være et ufravigeligt krav ved ambulante tvang, at beslutningen herom måtte hvile på kendskab til vedkommende og grundig lægeundersøgelse. Tillige klagemulighed og registrering.

Det skal bemærkes, at patientorganisationer som ”Sind” har været imod ambulante udvidelse af tvangen (udtalelser i 1995 og 2004). Senest har Sinds politiske udvalg gentaget det synspunkt, at det ikke skal være muligt at tvangsmedicinere i eget hjem – det måtte ske i en behandlingsinstitution under psykiatrilovens retssikkerhed (”Sind” august 2005) Også organisationen ”Bedre Psykiatri” har klart udtalt sig imod tvangsudvidelse som ambulante tvang (2005), ligesom ”LAP” (Landsforeningen af nuværende og tidligere

psykiatribrugere) 2005 klart har taget afstand (høringssvar til Rambølls Management rapport, jævnfør tidligere).

## **6. Lovgivningen i Norge**

Den gældende lov fra 2001 om psykisk helsevern har i § 3, stk. 3 de basale bestemmelser om tvungent vern: en person med "alvorlig sinnslidelse" kan undergives tvang enten på behandlingsindikation og /eller som farlig for eget eller andres liv eller helse. Tvangsindlæggelse er tidsbestemt med administrativ revurdering hver 3. måned (kontrolkommissionen med adgang til domstolsprøvelse). Konvertering af status for frivilligt indlagte til tvang er ikke mulig og blandt andet i konsekvens heraf er der flere tvangsindlæggelser pr. 100. 000 indbyggere end i Danmark. Sammenligninger af denne art er dog usikre.

Straffrie, retspsykiatriske patienter kan efter dom overføres til tvungent psykisk helsevern (lovens § 5). Ifølge den gamle "Lov om psykisk helsevern" fra 1961 var der adgang til "tvungent ettervern". Ved lovrevisionen i 2001 for ikke retspsykiatriske patienter udvidedes denne mulighed efter megen debat således, at der også er adgang til "tvungent psykisk helsevern uden døgnophold i institution", altså principielt uafhængigt af døgnophold (§ 3, stk. 1). Dette efterværn kan etableres til en patient med ophold i egen bolig, hvis det er et bedre alternativ for patienten. Ifølge forskriften for denne bestemmelse kan tvangen omfatte pålæg om at møde til dagbehandling eller poliklinisk behandling på institution. Der må ikke udøves behandlingstvung på patientens bopæl, men han kan om nødvendigt afhentes af fagpersoner, eventuelt ved tvang og med politiets bistand. Ansvar påhviler den pågældende institution, og de almindelige betingelser for tvungent psykisk helsevern skal være opfyldt. Og tvangsbehandling skal følge forskrifterne i den psykiske helsevernslov (§4, stk. 4) med klageadgang, og der skal ske løbende vurdering inden for rammene for værnet på 1 år, alt i samarbejde med kontaktperson, pårørende og primærhelsetjenesten, om muligt med vægt på patientens eget ønske.

Tvungent psykisk helsevern kan således foranstalles enten efter døgnophold i institution eller uden forudgående indlæggelse, men i så fald må patienten have "en kjent sygdomshistorie". I de fleste tilfælde vil det være et institutionsophold, som ligger til grund, og det var vurderingen ved lovrevisionens vedtagelse, at udvidelsen uden forudgående institutionsophold ville få begrænset betydning. Loven konkretiserer, hvilken tvang, der kan benyttes uden for institution. Målgruppen er de patienter uden sygdomsindsigt, specielt skizofrene, som har udtalt behov for behandling, herunder antipsykotisk virkende medicin, men som ikke er så syge, at de behøver døgninstitution - som kan ligge langt borte. De distriktspsykiatriske centre er ansvarlige for den praktiske gennemførelse.

Også de kriminelle patienter med dom, overført til den civile helsevernslov, kan behandles på denne måde. Der kan være forskellig praksis og ideologi fra den ene institution til den anden.

Der er ingen publicerede opgørelser eller dokumentation fra Norge om patienter undergivet tvang uden ophold i døgninstitution.



Kommentar: Målgruppen synes at omfatte de samme patienter som i Danmark unddrager sig nødvendig behandling. En ændring på området efter norsk mønster ville betyde en vidtgående lovændring, herunder adgang til tvang uden indlæggelse. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har principielt samme hensigt, men kan ikke gennemføres ved tvang. Da disse blev lovfæstet i 1998 blev det - som tidligere nævnt - drøftet, om tvungent psykisk vern som i Norge skulle indføres, men det fandtes at være en betydelig udvidelse af adgangen til at tilbageføre patienter uden sikkerhed for opfyldelse af frihedsberøvelseskriterierne, og behandlingsalliancen kunne forstyrres.

## 7. Lovgivningen i Sverige

”Lag om psykiatrisk tvångsvård” (LPT - 1991 med senere ændringer, især i 2000) meddeler i § 3 forudsætningerne for frihedsberøvelse: “en allvarlig psykisk störning” og “ett oundgängligt behov” for psykiatrisk behandling, som personen modsætter sig. Behandlingsbehovet skal også vurderes efter patientens farlighed for andres personlige sikkerhed eller fysiske eller psykiske helbred. Efter et udfærdiget “vårdintyg” har den ansvarlige overlæge 24 timer til at afgøre, om patienten skal fortsætte som tvangsindlagt i indtil 4 uger. Ved behov herudover skal overlægen indbringe sagen for lensretten, som første gang kan forlænge tvangsindlæggelsen med maximalt 4 måneder, mens de næste eventuelle forlængelser af retten gælder for 6 måneder uden begrænsning i antallet af nye 6-måneders forlængelser. Klager kan domstolsprøves. Frivilligt indlagte patienter kan overføres til tvang (konvertering) - det forudsætter opfyldelse af farlighedskriteriet.

Sverige har flere psykiatriske frihedsberøvelser pr. indbygger end Danmark.

Der findes en særlig lov for kriminelle med “allvarlig psykisk störning” (Lag om rättspsykiatrisk vård (LRV), 1991). De kan dømmes til retspsykiatrisk behandling - med eller uden særlig “utskrivningsprövning”. I øvrigt har Sverige tradition for mere tvang end Danmark, herunder en særlig lov om vård af misbrugere, som kan tillade op til 6 måneders tvangsophold-behandling af en person med “tungt” misbrug.

Tvang er begrænset til døgnindlagte patienter. Der er for så vidt ikke mulighed for at tvangsbehandle patienter uden for institution (“ambulant tvang”). Både i LPT og LRV er der imidlertid adgang til såkaldte permissioner. I LPT kan overlægen således efter § 25 bestemme, at en frihedsberøvet patient under en vis del af “vårdtiden” får ophold uden for hospitalet, hvis hans tilstand og behandlingsplanen tillader det, hvortil knyttes særlige vilkår, som - foruden almindelige vilkår om ophold og arbejde - kan omfatte pligt til at underkaste sig medicinering eller anden pleje eller behandling, pligt til eventuelt at opholde sig på et hjem, pligt til at tage kontakt til et behandlingssted eller socialtjenesten eller til en bestemt person, forbud mod at bruge “berusningsmedel”. Disse permissioner kan eventuelt udstrækkes over lang tid, så længe “tvångsvården” ikke er formelt ophævet. Der er klagemulighed til lensretten.

Den ansvarlige overlæge kan ophæve en permission, hvis patientens tilstand og forholdene kræver det, hvorefter han kan genindlægges til behandling på sygehusafdelingen. Politiet skal assistere hermed på overlægens anmodning. Men i formaliteten er der ikke tale om en tvangsindlæggelse.

Målgruppen synes at være de samme patienter, som i Norge og Danmark - og i andre lande - unddrager sig nødvendig behandling efter udskrivning.

Den svenske socialstyrelse har i rapporter søgt at vurdere virkningen af tvangslovgivningen efter 2000, herunder permissioner efter LPT og LRV. I en rapport fra 2001 konkluderes det blandt andet, at "tvångsvården" generelt var mindsket noget, men 31 % af alle indskrevne LPT-patienter havde permissioner. 1/5 var længere end 3 måneder. LRV-patienter havde særligt langvarige permissioner - 62% mere end 6 måneder.

I en slutrapport fra 2002 specielt om permissioner konstateres det, at de var blevet hyppigere og var for lange - 20 % af LPT-patienterne havde efter afslutningen af den egentlige "vård" en permission på mere end 6 måneder. Der var betydelig regional variation.

Styrelsen understreger, at permissioner ikke må anvendes som forøgsudskrivning, og at tvang ikke kan udøves i forebyggende hensigt. Flere overlæger gav udtryk for, at visse LPT-patienter havde behov for flerårige permissioner. En flerårig permission burde imidlertid efter Socialstyrelsens opfattelse ikke bruges til at pålægge en LPT-patient regelmæssige depotinjektioner. Styrelsen fandt behov for yderligere at skærpe reglerne for langvarige permissioner. Loven havde ikke virket efter hensigten.

Der er i øvrigt ikke fundet videnskabelige publikationer eller dokumentation fra Sverige.

Kommentar: Sverige har åbenbart de samme problemer med varetagelsen af en lille gruppe patienter som i Norge og Danmark. Den svenske tvangslovgivning er væsensforskellig fra den danske, i særdeleshed hvad angår de fastlagte behandlingsperioder og de langvarige permissioner. Den skitserede procedure for genindlæggelse, som er begrænset til tvangsindlagte med permissioner, kan umiddelbart ikke overføres til Danmark uden en større psykiatrilovsrevision. Grænsen mellem en indlagt patient og en principielt fri borger kan forekomme uklar, hvad der kan være af betydning for retssikkerheden og etikken.

Et medlem af arbejdsgruppen, Hans Adserballe, aflagde i september 2005 et kort studiebesøg på den psykiatriske modtagelse i Malmø (overlæge Marco Nobis). Den skitserede beskrivelse af lovgivningen kunne bekræftes, herunder særligt brugen af både kortere og længere permissioner, som gav adgang til eventuelt at bruge tvang, men kun efter formaliseret genindlæggelse. Loven kunne praktiseres som foreskrevet, men patienterne kunne have problemer med at forstå, hvornår de var under tvang og hvornår ikke.

## **8. Videnskabelig dokumentation for effekten af ambulans tvang**

Ambulant tvang er ikke defineret entydigt i den videnskabelige litteratur. Der foreligger flere varianter af anvendelse af ikke frivillige foranstaltninger over for ikke kriminelle personer uden for en hospitalsafdeling.

I det følgende gennemgås evidens for disse. Det skal indledningsvis bemærkes, at sammenligneligheden mellem de enkelte undersøgelser er problematisk på grund af en manglende entydig definition af, hvad ambulans tvang er.

#### **a. Materiale og metoder**

Der blev anvendt søgning i Medline, Psychinfo, Web of science og Cochrane databasen. Søgeordene var involuntary outpatient commitment, community treatment orders, compulsory admission, coercion outpatient treatment samt mental disorders.

Efter gennemlæsning af referencelisten blev der foretaget udvælgelse af de mest relevante artikler samt Cochrane review. Udvælgelsen af artikler blev foretaget af arbejdsgruppens medlemmer. Kun artikler fra peer reviewed tidsskrifter blev inkluderet.

Graden af evidens blev inddelt efter sædvanlig international standard (jf. Medicinsk Kompendium) i grad A, B, C og D med A som den højeste grad af evidens og D som den laveste.

#### **b. Resultater**

Søgninger resulterede i første omgang i mere end 150 referencer, heraf et Cochrane review.

Resultaterne præsenteres opdelt i henholdsvis danske og udenlandske undersøgelser.

##### **b.1. Danske undersøgelser**

Der er kun foretaget få undersøgelser af ambulans tvang over for psykiske syge i Danmark, idet lovgivningen i dag kun i meget begrænset omfang i den sociale lovgivning tillader anvendelse heraf.

Undersøgelserne er ikke randomiserede, kontrollerende undersøgelser og har ikke specifikt set på effekten af den givne foranstaltning.

Ved sidste revision af Psykiatriloven i 1998 blev der som beskrevet under pkt. 4 indført en formel mulighed for frivilligt at indgå en udskrivningsaftale med patienter, hvor man skønnede, at der kunne opstå problemer mht. at følge den nødvendige psykiatriske behandling. Såfremt patienten ikke selv ønsker at indgå en udskrivningsaftale, kan man mod patientens vilje etablere en koordinationsplan, som imidlertid ikke kan gennemtvinges under et ambulans forløb.

Der er ikke undersøgelser af effekten af koordinationsplaner eller udskrivningsaftaler.

##### **b.2. Udenlandske undersøgelser**

Der er i andre lande også mulighed for at anvende tvang uden for hospitalet og som ofte i langt videre omfang end det er tilfældet i Danmark. Blandt andet har lande som Sverige, Norge, England, New Zealand, USA og Australien mulighed for i forskellige variationer at anvende ambulans tvang og/eller betinget udskrivelse.

Der foreligger et enkelt Cochrane review fra 2005 af to randomiserede, kontrollerede undersøgelser omfattende i alt 416 personer (Kisely et al 2005 evidens A). Man konkluderer, at de to studier ikke tyder på nogen sikker effekt af ambulans tvang. Personer, der var udsat for ambulans tvang så dog ud til at være i mindre risiko for at blive udsat for kriminalitet. Man skal således behandle 23 patienter for at undgå, at en

patient bliver hjemløs (number needed to treat), 85 patienter for at undgå en indlæggelse og 285 patienter for at undgå en arrestation.

I disse 2 udvalgte kontrollerede undersøgelser blev der ikke givet medicin ambulant med tvang, men nægtelse af indtag af medicin beskrives at medføre overvejelser om tvangsindlæggelse.

Man kunne ikke påvise nogen økonomiske fordele ved ambulant tvang.

Oversigten konkluderer, at der er brug for yderligere randomiserede studier for at kunne udtale sig sikkert om effekten af ambulant tvang.

Hvis man gennemgår enkelte studier, herunder de, der også er til bedømmelse i Cochrane oversigten nemlig Swartz et al 1999 (evidens B) og Steadman et al 2001 (evidens B), er billedet generelt det samme dog med en tendens til, at der er en vis effekt af ambulant tvang. Her skal der indledningsvis gøres opmærksom på, at disse undersøgelser, fraset naturligvis Swartz et al 1999 og Steadman et al 2001, ikke har den samme grad af evidensstyrke.

En randomiseret amerikansk undersøgelse omhandlende 129 alvorligt psykisk syge patienter underlagt ambulant tvang fandt, at frekvensen af genindlæggelsen faldt med 57 % for alle og for gruppen af patienter med non-affektive psykoser (dvs. overvejende skizofrene patienter) blev frekvensen af genindlæggelse reduceret med 72 % (Swartz et al 1999 evidens B). Undersøgelsen konkluderede, at ambulant tvang er en effektiv måde at sikre behandling for svært sindssyge personer, men at det ikke kan erstatte behovet for periodevis intensiv behandling på hospital. Denne konklusion var Cochrane reviewet dog ikke enig i..

Et andet amerikansk studie viste, at for gruppen af svært psykisk syge reduceredes anvendelsen af ambulant tvang risikoen for at blive hjemløs de første fire måneder efter udskrivelsen (Compton et al 2003 evidens C). En tredje amerikansk undersøgelse så på ambulant tvangs effekt på at holde svært psykisk syge i behandling efter udskrivelse (Swartz et al 2001 evidens C). Patienterne var oprindeligt blevet tvangsindlagt og en undergruppe blev beskrevet som havende en historie, hvor de havde begået alvorlig vold mod andre. Man sammenlignede en gruppe af patienter der slet ikke eller kun i kort tid var underlagt ambulant tvang med en gruppe af patienter, der var underlagt ambulant tvang i længere tid (mindst ½ år) og fandt, at længerevarende anvendelse af ambulant tvang bedrede deres psykiske tilstand i forhold til den anden gruppe. Studiet fremhæver især, at anvendelse af antipsykotisk behandling i depotform sikrer, at patienterne forbliver i kontakt med sundhedsvæsenet. Dette aspekt er ikke specifikt debatteret i Cochrane oversigten. Samme studiegruppe har også undersøgt patienternes holdning til ambulant tvang og fandt hos over 200 patienter, at mere end 75 % mente, at ambulant tvang betød, at de med langt større sandsynlighed ville møde op til ambulant kontrol, tage den nødvendige medicin og dermed undgå genindlæggelse (Borum et al 1999 evidens C).

I en undersøgelse af 85 amerikanske sundhedspersonalers holdning til ambulant tvang fremgår det, at 78 % fandt, at ambulant tvang øgede sandsynligheden for, at skizofrene patienter forblev i behandling efter udskrivelse og at 81 % ikke troede, at ambulant tvang ville afholde psykisk syge fra at søge hjælp i fremtiden

(Swartz et al 2003 evidens C). Patienterne selv opfattede i denne undersøgelse ambulans tvang som en mulig barriere for at søge hjælp, men dette omfattede kun personer, der tidligere havde været tvangsindlagte. 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 ambulans tvang viste, at patienter underlagt ambulans tvang, opnåede en højere grad af livskvalitet og færre sygdomssymptomer end kontrolgruppen (Swanson et al 2003 evidens B).

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

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

Dette studie medgår som tidligere nævnt i Cochrane oversigten.

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

### c. Konklusion

I Danmark foreligger der ingen undersøgelser af ambulans tvang, hvilket skyldes, at ambulans tvang ikke kan gennemføres under psykiatriloven i praksis.

Der er ikke foretaget undersøgelser af hverken effekten af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Tvang i henhold til Lov om social service § 109 synes at forekomme sjældent hvilket kan resultere i risiko for omsorgssvigt. Psykiatrilovsundersøgelsen fra 2005 anbefaler indførelse af ambulans tvang.

De udenlandske undersøgelser stammer overvejende fra England og USA, hvor sundhedssystemet på flere punkter er anderledes end i Danmark, hvilket svækker sammenligningsgrundlaget med danske forhold. Hvis man ser på effekten af ambulans tvang er det usikkert om der er en effekt heraf. I Cochrane analysens udvalgte undersøgelser kunne der ikke siges noget om eventuel virkning af ambulans tvangsmæssig medicinering. Ambulans tvang kan medvirke til at reducere graden af psykotiske symptomer især hvis patienterne tilbydes depotbehandling med antipsykotisk medicin. Ambulans tvang kan også være medvirkende til at forbedre patienternes livskvalitet og nedsætte risikoen for hjemløshed hos svært sindssyge personer. For at opnå denne effekt tyder det dog på, at man skal behandle et relativt stort antal patienter for at opnå denne effekt eksempelvis nedsætte risikoen for hjemløshed.

Samlet kan man konkludere, at effekten er usikker, og at der er behov for yderligere videnskabelige undersøgelser for at kunne udtale sig sikkert om effekten af ambulans tvang fraset at der muligvis er en mindre risiko for at patienten bliver udsat for kriminalitet.

## **9. Psykofarmakologiske aspekter ved indførelse af ambulante tvang.**

Det er i talrige videnskabelige undersøgelser veldokumenteret, at antipsykotisk medicin mindsker eller helt fjerner produktive psykotiske symptomer hos personer sygdomme inden for det skizofreniforme (F 2 gruppen) og affektive spektrum (F 3 gruppen).

Antipsykotisk medicin er især effektiv over for positive symptomer som hørelshallucinationer, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger. For de atypiske præparater vedkommende er der foruden de positive symptomer også vist en vis effekt på negative symptomer og forbedring af de kognitive funktioner. Psykotiske patienter, der er i sufficient antipsykotisk behandling, har en lavere risiko for selvmordsforsøg, selvmord, kriminalitet, marginalisering i samfundet samt har en højere livskvalitet end psykotiske personer, der ikke tager medicin. Man regner med at ca. 90-95% af alle skizofrene patienter vil respondere på behandling med antipsykotika, såfremt flere forskellige antipsykotika er afprøvet i tilstrækkelig lang tid og i sufficente doser. Dette tal forudsætter at også behandling med clozapin er forsøgt.

For mange psykotiske patienter anbefales langvarig behandling med antipsykotika for at forhindre tilbagefald og dermed risiko for indlæggelse. For mange skizofrene og personer med bipolar affektiv sindslidelse er der ikke sjældent behov for mere eller mindre livslang behandling med antipsykotika, og/eller stemningsstabiliserende behandling.

Som al anden medicin har antipsykotika bivirkninger, hvoraf nogle kan medføre en vis risiko for patienten for at pådrage sig somatiske sygdomme. Som eksempel kan nævnes metaboliske komplikationer som diabetes mellitus, dyslipidæmier, vægtøgning og forhøjet se-prolaktin med risiko for osteoporose, amenoré, nedsat libido og sjældne tilfælde tumor i hypofysen.

Andre bivirkninger inkluderer extrapyramidale bivirkninger, som kan være subjektivt meget generede for patienten og i visse tilfælde medføre irreversible skader i form af tardiv dyskinesi. Her er risikoen størst ved brug af typiske præparater.

De nævnte bivirkninger skal ses i forhold til virkningen, herunder den nedsatte selvmordsrisiko, højere livskvalitet og mindre risiko for at begå kriminalitet.

Man har i dag mulighed for at reducere udvikling af bivirkninger ved valg af præparat til den enkelte patient. Overordnet anbefales det internationalt at anvende atypiske præparater, da de alt andet lige har en mere gunstig bivirkningsprofil og virkningsmæssig har visse fordele i forhold til de typiske præparater. De atypiske præparater er forskellige ikke mindst i deres virkninger på de forskellige receptorer i hjernen. Dette betyder, at man i dag i langt højere grad end tidligere har mulighed for at individualisere sin behandling til den enkelte patient.

Antipsykotika findes i forskellige formuleringer, herunder som depotmedicin, der typisk gives hver 14. dag. Der foreligger ingen undersøgelser, der tyder på, at depotmedicin skulle have en anderledes effekt end sædvanlig peroral medicin, der indtages dagligt.

Det kan dog anses for en ulempe, at der indtil videre kun findes et atypisk præparat som depotmedicin.

I moderne psykiatrisk behandling med antipsykotika anbefales regelmæssig monitorering af patienten, herunder måling af vægt, blodtryk og blodprøver. Grundig monitorering af patienten nedsætter i væsentlig grad risikoen for udvikling af bivirkninger foruden at være medvirkende til at skabe kontinuitet i behandlingen.

Indførelse af ambulat tvang over for visse grupper af psykisk syge vil formentlig medføre, at flere patienter fastholdes i antipsykotisk behandling.

Det vil især dreje sig om patienter med manglende sygdomserkendelse og personer, som i dag ikke kan behandles ambulant af de i dag eksisterende tilbud dvs. distriktspsykiatri og opsøgende psykoseteams.

Der foreligger i dag intet i litteraturen om, at det er gavnligt for psykotiske patienter at holde pause med den antipsykotiske medicin.

Langvarig behandling med antipsykotika vil derfor formentlig ikke medføre nogen større risiko for patienten, hvis det sikres, at der med regelmæssige mellemrum foretages lægelige vurderinger af tilstanden, herunder for forekomst af bivirkninger. Der er en risiko for at en patient under ambulat tvang unddrager sig nødvendig kontrol af den psykofarmakologiske behandling.

Derimod er det sikkert, at manglende antipsykotisk behandling af alvorligt sindssyge personer øger risikoen for selvmord, kriminalitet og ringe livskvalitet.

## **10. Ethiske aspekter**

Ethiske aspekter blander sig med legale, retssikkerhedsmæssige og respekten for menneskerettigheder.

Etikken udtrykker sig i dansk psykiatrilovgivning, jf. således de grundlæggende bestemmelser om tvangens forudsætninger, herunder at tvang er sidste mulighed (ultimum refugium), alt skal være forsøgt frivilligt under informeret samtykke, og tvang skal udøves så skånsomt som muligt i overensstemmelse med det mindste middels princip. En forudsætning er tillige, at der er god udsigt til at opnå væsentlig bedring ved hjælp af en tvangsforanstaltning, og at de samlede behandlingsvilkår og ressourcer på og uden for institution er tilstrækkelige. Tvangens udøvelse og omfang må følges, kontrolleres og vurderes - hjælper det?

Retssikkerheden tilgodeses blandt andet ved faste, pålidelige kriterier for tvangsansvendelse, betryggende procedure, herunder politiets medvirken, klageadgang og patientrådgiver. Tvangen skal principielt rettes mod en aktuel behandlingskrævende tilstand og bør ikke kun anvendes som forebyggende foranstaltning. Tvangen skal umiddelbart ophæves, når betingelserne ikke længere er til stede.

Menneskerettigheder skal respekteres - for eksempel som udtrykt i Den europæiske

Menneskerettighedskonvention og i FN-principper. Disse rettigheder beskytter den personlige integritet og autonomi - selvbestemmelsen med ret til privatliv og ukrænkelig bolig som også udtrykt i den danske grundlov § 72. Tvangsindgreb mod individets integritet kræver som udgangspunkt lovhjemmel ud fra et legalitetsprincip.

Endelig har psykiatrien fagets retningslinier som Madriddeklarationen.

Der er således mange regler og hensyn at iagttage ved alle tvangsindgreb, hensyn, som ikke mindst må tilgodeses, om udvidelse af tvangen påtænkes. Jo mere indgribende en foranstaltning er, desto stærkere grunde kræves for indgrebets gennemførelse.

Tvang er udtryk for paternalisme - et centralt begreb i denne sammenhæng: der gribes ind begrundet i hensyn til personens bedste - og/eller i hensynet til andre - med tilsidesættelse af individets selvbestemmelse.

Paternalisme kan være svag eller stærk. En psykotisk patients svigtende sygdomsindsigt-og erkendelse indgår typisk i retfærdiggørelsen af tvangsindgreb.

Udenlandske publikationer om "ambulant tvang" berører ofte etiske aspekter, blandt andet med overvejelser som opridset ovenfor. Det er karakteristisk, at "etikken" kan bruges både til støtte for tvang i samfundet og som advarsel imod at udvide tvangen på den måde: fortalere for ambulant tvang fremhæver gerne, at målgruppen af meget syge patienter uden sygdoms erkendelse vil drage fordel behandlingsmæssigt af denne indgriben med chance for efter det mindste middels princip at undgå en mere belastende tvangsindlæggelse. Disse patienter måtte ikke svigtes. Modstandere henviser blandt andet til alvoren ved at udvide tvangen uden for institution med tilsløring af grænserne mellem en fri borger og en patient under tvang, retssikkerhedsmæssige problemer og truet behandlingsalliance. I stedet skulle de eksisterende behandlingsmuligheder forbedres - tvangen må ikke være en sovepude i forsinkelsen af udbygningen af den frivillige behandling.

Disse overvejelser har naturligvis også præget debatten i Danmark - som tidligere refereret - og arbejdsgruppens drøftelser.

Arbejdsgruppen kan tilslutte sig de refererede etiske overvejelser for og imod - som det fremgår af afsnittet nedenfor om gruppens samlede overvejelser. Vi skal fremhæve følgende principielle betragtning:

Hvis vurderingen af ambulant tvang i andre lande er klart positiv med hensyn til faktorer som bedring af psykisk tilstand, genindlæggelser og kriminalitet, støtter det selvsagt indførelse af denne form for tvang i Danmark. Hvis vurderingen udenlands ikke er entydigt positiv, men tvivlsom og kontroversiel - som de mest pålidelige undersøgelser synes at vise, herunder Cochrane oversigten - taler dette imod introduktionen, også i betragtning af, at det under alle omstændigheder er en alvorlig sag at udvide tvangen til samfundets principielt frie borgere. I så fald må der lægges vægt på at udvikle og styrke alternativer til ambulant tvang. Det skal hertil bemærkes, at det altid har været vanskeligt at overføre erfaringer på dette område fra et land til et andet - og et samfunds traditioner og etik med hensyn til autonomi og paternalisme kan ikke negligeres. Kort sagt: virker den ambulante tvang ikke, er det uetisk at bruge den. Etiske overvejelser på et mere abstrakt niveau må herefter vige.

Som skitseret er der forskellige modeller for ambulant tvang, og den model må i givet fald foretrækkes, som synes at give de bedste resultater, og som er mest forenelig med landets lovgivning og tradition. Hvad virker på hvem?

En foranstaltning uden adgang til tvangsmæssig (depot-) medicinering er næppe realistisk.



Det er vanskeligt at vurdere virkningen af tvang versus ikke-tvang, men man må vide, hvad man gør. Der er, som tidligere anført, behov for nye videnskabelige undersøgelser, kontrol og opfølgning over længere tid - samtidig med, at bestræbelserne for at forbedre psykiatriens behandlingsmuligheder fortsætter og med frivillighed som et princip, der kun fraviges, når det er absolut nødvendigt og velbegrunderet.

## **11. Nogle problemer ved gennemførelse af ambulat tvang**

### **a. Hvilken model?**

Som tidligere skitseret findes der forskellige udenlandske modeller for ambulat tvang – er nævnt under den tidligere og den aktuelle danske debat.

Denne form for tvang kan principielt iværksættes efter fastlagte kriterier uden tidligere indlæggelse jævnfør Norge. De fleste modeller forudsætter tidligere indlæggelse(r), med eller uden tvang.

I et model fastlægges ved udskrivning nogle vilkår, hvis overtrædelse kan medføre genindlæggelse ("conditional leave" – "betinget udskrivning"), idet kriterierne og proceduren herfor kan være de samme som for ordinær tvangsindlæggelse, eller de kan være lempede, f.eks. uden opfyldelse af et sindssygdomskriterium. Betingelserne kan være bestemt af retten og/eller af den ansvarlige overlæge.

I andre modeller er det efter udtalt sygdomsforværring muligt at iværksætte ambulat tvang også efter en patients udskrivning – under iagttagelse af fastlagte kriterier og efter forgæves forsøg på frivillig medvirken. Arbejdsgruppens model-overvejelser præsenteres nedenfor i sammenhæng med kriterierne for eventuelt ambulat tvang, idet disse overvejelser alene berører problemer, **hvis** ambulat tvang indføres, uden at der hermed tages endelig stilling til anbefaling eller ej.

### **b. Retssikkerheden - kriterier - ansvar.**

Overordnet forudsætter også ambulat tvang opfyldelse af reglerne i psykiatrilovens § 4 om, at alt andet muligt først skal være forsøgt frivilligt – og på den anden side, at tvangsindlæggelse ikke klart er uomgængeligt indiceret. Den ambulante tvang placerer sig således mellem frivillig behandling/indlæggelse og tvangsindlæggelse.

Den pågældende patient skal tidligere have været indlagt en eller flere gange – med eller uden tvang – således at sygdomsforløbet, medvirken og effekten af langvarig, adækvat behandling er velkendt. Endvidere forudsættes en eller flere mislykkede udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i samarbejde med en primære sundhedstjeneste og den sociale sektor. Disse etableres ved udskrivningen, og det kunne overvejes, om groft svigtende overholdelse og sygdomsforværring kan føre til beslutning om og iværksættelse af ambulat tvang efter de nedenfor anførte retningslinier, idet patienten selvsagt orienteres herom ved udskrivningen. Men det kan næppe være ufravigeligt for beslutning om ambulat tvang, at der faktisk blev udformet udskrivningsaftale eller koordinationsplan ved den seneste udskrivning.

For den aktuelle tvangssituation skal kriterier og procedure følge psykiatrilovens nugældende bestemmelser, således at retssikkerheden tilgodeses, herunder fastholdelse af sygdomskriteriet og tillægskriterierne i § 5.

Den ansvarlige overlæge træffer beslutning om iværksættelse efter en aktuel undersøgelse med særligt henblik på eventuel tvangsanvendelse, ligesom overlægen bestemmer om ophør af en tvangsforanstaltning, som skal være tidsbegrænset og undergivet de gældende regler for klage (patientklagenævnet). Der må efter tilstanden være adgang til forlængelse over længere tid med revurdering løbende og efter faste intervaller, f.eks. hver 3.-6- måned.

### c. Procedure - behandling

Som hidtil er det alene politiet, som er beføjet til at udøve den nødvendige tvang uden for psykiatrisk institution, herunder eventuelt af afhente patienten i hjemmet, hvor behandlingstvang ikke må praktiseres. Dette skal foregå på en psykiatrisk matrikel f.eks. ambulatorium, poliklinik, distriktskykiatrisk afdeling eller sengeafdeling. Psykiatrisk personale må ikke – og skal ikke – tvinge en patient på privat område eller på offentlige gader og veje.

En tvangsbehandling må efter målgruppens egenart omfatte velindiceret brug af psykofarmaka, herunder depotbehandling med antipsykotisk virkende medicin. Det må overvejes, hvilken anden tvang, der kunne være hensigtsmæssig og forsvarlig, f.eks. vilkår om ophold i plejehjem, kontakt til ambulante behandlingssted, til kontaktperson eller til socialforvaltning, overholdelse af misbrugsbehandling, jf. den svenske lovgivning. Tvangsbehandling skal specielt også kunne omfatte behandling af livstruende somatiske lidelser hos sindssyge person, jf. psykiatrilovens § 13, og livsnødvendige laboratorieprøver må kunne tages. Den ambulante tvang må løbende være undergivet kontrol, registrering og opfølgning. Hvordan er virkningen?

## 12. Arbejdsgruppens overvejelser

Udvalget har på den skitserede baggrund og ud fra egne erfaringer og meninger nøje drøftet komplekset ambulante tvang. Herunder har drøftelsen draget fordel af de 5 medlemmers forskellige baggrund og divergerende opfattelser - for og imod.

Et sammendrag vil nødvendigvis rumme gentagelser i forhold til de opridsede, tidligere drøftelser.

Der er enighed om, at en udvidelse af tvangen i sig selv er et alvorligt spørgsmål, og at ambulante tvang ikke bør foreslås indført uden meget vægtige grunde, og at det ville være ønskeligt, at der kunne findes forskellige foranstaltninger, som kunne have afgørende gunstig virkning overfor den beskrevne lille gruppe af meget syge personer, som unddrager sig behandling efter udskrivning. Principielt kunne ambulante behandling også bruges overfor nye patienter som ikke havde været indlagt, men udvalget har samlet sig om at diskutere udskrevne patienters forhold frem for den mere vidtrækkende mulighed at kunne bruge tvang overfor alle ambulante patienter.

Udvalget har fundet, at tvang overfor den lille målgruppe af ”civile patienter” var af en anden og mere alvorlig karakter end den tvang, som er mulighed overfor patienter med dom til behandling, hvis vilkårsovertrædelser som fastlagt i dom er en forudsætning for tvangen. I øvrigt er der enighed om, at det

ville være meget ønskeligt, at psykisk syges kriminalitet, herunder vold, farlighed - og selvmord kunne reduceres.

Nogle medlemmer i udvalget har fremhævet de principielle betænkeligheder ved at udvide tvangen og den sociale kontrol generelt og in casu til ambulante patienter med de allerede skitserede argumenter:

Diskriminering og krænkelse af de psykiatriske patienter, udviskning af grænsen mellem fri borger og psykiatrisk patient, truet retssikkerhed, krænkelse af hjemmet, risiko for svækket behandlingsalliance og for utilstrækkelig kontrol med specielt den medikamentelle behandling, for tidlig udskrivning og fortsat mangelfuld anvendelse og udførelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Til disse principielle betragtninger følger sig en række praktiske problemer, ikke mindst hvilke kriterier, der skal gælde for den ambulante tvang med yderligere sløring af sindssygdomsafgrænsningen og dermed retssikkerheden. Hvornår og hvordan skal en foranstaltning iværksættes, og hvornår ophører den? En tidsbegrænsning er under alle omstændigheder påkrævet.

Politiets rolle kan forekomme usikker formelt og i praksis - fortsat er det kun politiet, der må bruge tvang udenfor psykiatrisk afdeling, og psykiatrisk personale må tage afstand fra enhver form for ”selvtægt”.

Politiets deltagelse bør formentlig begrænses til at føre vedkommende til en psykiatrisk institution, mens udøvelse af tvangen i selve hjemmet bør undgås som særligt diskriminerende og repressiv. Hvis ambulant tvang indføres, må den nødvendigvis inkludere også medikamentel tvang, for eksempel af depotinjektioner. Hvilken kontrol og klagemuligheder skal tilknyttes - endnu et uløst problem.

En forudsætning for at bruge tvangen er et rimeligt behandlingsresultat, herunder undgåelse af indlæggelse, og der findes endnu næppe sikker behandlingsmåde netop af de berørte patienter. En god del behandlingsforsøg svigter - og bivirkninger kan være fremtrædende.

Tvivlerne overfor ambulant tvang har hæftet sig ved, at erfaringerne fra andre lande langt fra er entydigt gunstige i en sådan grad, at det findes rimeligt at udvide tvangen, jf. pkt 10. Hvis tvangen er uvirksom, er det uetisk at bruge den. I øvrigt kan det efter erfaringen være vanskeligt at sammenligne lovgivning og praksis på området fra det ene land til det andet.

Væsentligt er, at også det Det Etske Råd og patientorganisationer klart har udtalt sig imod ambulant tvang.

Andre udvalgsmedlemmer har især hæftet sig ved, at man svigter de mest syge ved ikke at skabe adgang til ambulant tvangsbehandling, der som det mindste middels princip kunne medvirke til at undgå genindlæggelse, herunder tvangsindlæggelse, og at mindske vold, kriminalitet og anden farlighed, og at bedre patienternes livskvalitet. Hos de allersvageste - og dårligste uden sygdomsindsigt og erkendelse findes det uetisk ikke for en tid at overtage behandlingsansvaret ud fra patientens tarv, og på længere sigt ville det ikke svække alliancen, men forbedre behandlingsforholdet. Det kunne således være både rimeligt og rigtigt at bruge ambulant tvang.

De refererede velkendte, principielle betænkeligheder overfor denne form for tvang findes at burde vige for en tid til fordel for nødvendig og berettiget tvang, men meget præcise regler for den ambulante tvang er meget vigtige, herunder en grundig lægeundersøgelse som en af forudsætningerne samt klageadgang. Tilhængerne af den ambulante tvang finder resultaterne af ambulat tvang i andre lande overvejende positive og peger særligt på, at det synes muligt i Sverige at fastlægge en forsvarlig lovgivning og praksis. Det findes tillige nødvendigt nøjere at undersøge forskellige modeller for ambulat tvang med inspiration fra andre lande.

### **13. Alternativer til ambulat tvang**

Udvalget har søgt at finde andre forslag, som kunne have nogen virkning, idet det må erkendes, at der stadig vil være enkelte patienter tilbage, som man ikke kan opnå bæredygtig kontakt med på grund af visse sindssygdommes egenart med fastholdt modstand. Tvangen kan reduceres, men ikke helt undværes.

Det er værd at repetere psykiatrilovens § 4, hvorefter alt andet skal være søgt frivilligt, inden der eventuelt skrives til tvang. Hvad kunne gøres bedre? Er lovrevision nødvendig eller rimelig? Der har allerede under den tidligere refererede debat været peget på nogle muligheder indenfor de eksisterende behandlingstilbud. Generelt er der behov for tilstrækkelige ressourcer på alle niveauer i hele behandlingssystemet.

Den psykiatriske sengeafdeling: For hurtige og for tidlige udskrivninger må undgås under intensiv behandling, hvilket bl.a. fordrer et tilstrækkeligt antal senge og et tilstrækkeligt og kvalificeret personale. Frivillighed står først, men fuld brug af psykiatrilovens muligheder, herunder tvangstilbageholdelse - også langvarig - kan være nødvendig, hvorunder det er anerkendt i domspraksis - som anbefalet i retslægerådet - at "tvangstilbageholdelse på behandlingsindikation kan udstrækkes indtil der er skabt tilstrækkelige rammer for, at det er rimeligt sikkert, at patienten vil fortsætte med at indtage den nødvendige medicin frivilligt, hvis han bliver udskrevet" (Retslægerådets årsberetning 1994). Det bør dog noteres, at meget langvarig frihedsberøvelse kan give betænkeligheder af etisk art.

Før udskrivning må udskrivningsaftaler og koordinationsplaner forberedes og herefter praktiseres i fornødent omfang. Disse aftaler er i princippet hensigtsmæssige, men synes efter den foreløbige erfaring vanskelige at forvalte. Det kan forekomme upassende at udvide tvangen, uden at der foreløbigt foreligger nøjere og pålidelige undersøgelser af disse aftalers funktion. Statistikken tyder på, at der udfærdiges for få planer, og praksis må fortsat følges ved registrering og indberetning.

Efter udskrivning må patienterne i øvrigt forsøges fastholdt i behandling på enhver forsvarlig måde, hvad der er bedre chance for i dag med distriktpspsykiatriens udbygning. I tilslutning hertil bør fremhæves de opsøgende psykoseteams, som efterhånden etableres med det sigte at undgå nye (tvangs-) indlæggelser. En sådan ordning anbefaledes allerede i principbetænkningen. Også anden opsøgende indsats er hensigtsmæssig. Psykoedukation af patienter og pårørende kan bidrage til bedre behandlingsalliance.

Udvalget har drøftet det i psykiatrilovens § 7, stk. 2, fastlagte princip om, at en lægeerklæring til tvangsindlæggelse ikke må være udstedt af en læge, der er ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelsen skal finde sted. Det fremgår bl.a. af Principbetænkningen om tvang i psykiatrien - og er velkendt i praksis - at denne begrænsning kan volde visse vanskeligheder: Det kan være problematisk særligt i en akut situation at få en praktiserende læge til at bistå, og denne har undertiden ikke kendskab til patienten. Principbetænkningen anfører, at ”reglen vel ikke indeholder nogen egentlig retsgaranti”, men psykiatrilovsudvalget mente dog, at princippet to-lægeprøvelse burde opretholdes - to uafhængige læger: den attestudstedende læge og hospitalsoverlægen ved indlæggelse. Dette princip skal opretholdes.

Under distriktpsykiatriens udvikling og selvstændiggørelse bør det i dag overvejes, om ikke en speciallæge i hospitalspsykiatrien, i distriktpsykiatrien eller i et opsøgende psykoseteam burde være berettiget til at skrive en tvangsindlæggelseserklæring til egen afdeling. Proceduren kunne dermed kvalificeres og ville næppe være retssikkerhedsmæssigt betænkeligt eller alvorligt forstyrrende for behandlingsalliancen. Det må erkendes, at vi ikke ved, om det ville føre til færre tvangsindlæggelser, men beslutningsgrundlaget må formodes at blive bedre.

#### **14. Konklusion og anbefalinger**

**Arbejdsgruppens medlemmer er enige om**, at den lille målgruppe af udtalt psykotiske (sindssyge) patienter med behandlingssvigt har behov for en bedre behandlingsindsats, og at det ville være ønskeligt at opnå dette frivilligt og efter det mindste middels princip uden udvidelse af tvangen, hvortil vægtige grunde er nødvendige. Alternativer må ikke forsømmes i forsøget på at undgå tvang:

1. Tilstrækkelige ressourcer på alle niveauer i hele behandlingssystemet – på sengeafdelinger og ambulant i distriktpsykiatrien. Disse ressourcer omfatter blandt andet et tilstrækkeligt antal senge og oprustning af den lægefaglige behandling
2. Intensiveret behandling under indlæggelse med undgåelse af for tidlig udskrivning under fuld brug af psykiatrilovens muligheder, herunder hvad angår tvangstilbageholdelse og udskrivningsaftaler/koordinationsplaner, som må etableres og gennemføres i større omfang og mere konsekvent. Disse foranstaltningers virkning må undersøges.
3. Den ambulante behandling må ligeledes forbedres for at fastholde patienterne under styrket samarbejde med det primære sundhedstjeneste og den sociale sektor. Den udgående indsats bør udvikles, hvorunder opsøgende psykoseteams er vigtige. Psykoedukation af patienter og pårørende er af betydning. SuffICIENT anvendelse af depotmedicin er en væsentlig facet i den samlede behandling. En klart indiceret tvangsindlæggelse må gennemføres uden forsinkelse, og erklæringer hertil bør kunne udfærdiges også af speciallæger ansat ved den psykiatriske institution.

Et flertal (Hans Adserballe, Annette Lolk og Kjeld Reinert ) kan ikke anbefale en udvidelse til ambulat tvang, der opfattes som et alvorligt indgreb principielt og i praksis med større psykosocial kontrol og uklare grænser for individets frihed, risiko for svækket behandlingsalliance, truet retssikkerhed samt en række problemer under gennemførelsen. Disse medlemmer lægger i øvrigt især vægt på, at de ovenfor skitserede alternativer ikke er forsøgt eller udviklet tilstrækkeligt, og de finder de udenlandske erfaringer med ambulat tvang lidet overbevisende eller kontroversielle med hensyn til faktorer som behandlingsgevinst, genindlæggelser, herunder ved tvang, og kriminalitet. Disse vurderinger medfører flere betænkeligheder af etisk karakter. Patientorganisationerne har udtalt sig imod øget tvangsadgang.

Et mindretal (Bettina Holm Norling og Henrik Day Poulsen) anbefaler, at lovgivningen giver mulighed for at anvende en form for ambulat tvang efter de linier, som er skitseret i arbejdsgruppens rapport. Disse medlemmer tilslutter sig de betragtninger, der er opnået enighed om, men fremhæver især risikoen for, at målgruppen af meget syge patienter uden sygdomserkendelse fortsat unddrages nødvendig behandling, og at man ved ambulat tvang som det mindste middels princip kan undgå nogle tvangsindlæggelser. Det ville være uetisk over for disse patienter og deres pårørende ikke for en tid at overtage behandlingsansvaret på denne måde. Psykofarmakologien i dag har gode resultater med fastholdelse af patienter i behandling. De udenlandske erfaringer findes ikke at tale imod ambulat tvang, hvis form og regler skal fastlægges nøje og undergives kontrol.

## 15. Referencer

- Høyer, Georg, Dalgard, Odd Steffen. Lærebok i rettspsykiatri. Oslo: Norsk Gyldendal, 2002 ( med bidrag om retspsykiatrien i de øvrige nordiske lande).
- Lov om etablering og gennemføring av psykisk helsevern, 2001.
- Forskrift om tvungent psykisk helsevern uden døgnopphold i institusjon, 2000.
- Personlig meddelelse: Randi Rosenquist, august 2005.
- Lag om psykiatrisk tvångsvård, 1991 med senere ændringer.
- Socialstyrelsen. Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna, 2001.
- Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård, 2002.
- Skausig, Ole Bjørn. Tvang i hjemmet. PsykiatriNyt p. 8, 2004.
- Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1999;50:1489-91.
- Compton SN, Swanson JW, Wagner HR, Swartz MS, Burns BJ, Elbogen EB. Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. *Mental health services research* 2003;5:27-38.

Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane review 2005.

Olsen CE, Zabinski L, Poulsen HD. Tvangsforanstaltninger over for ældre uden for hospital. Ugeskrift for Læger 2003;165:2490-4.

Rambøll management. Psykiatrilovsundersøgelse. Rapport, 2005.

Sensky T, Huges T, Hirsh S. Compulsory psychiatric treatment in the community. British Journal of Psychiatry 1991;158:792-9.

Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hooper K, Roche B, Swartz M, Robbins PC. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. Psychiatric Services 2001;52:300-6.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Wagner HR, Burns BJ. Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. Behavior Science and the Law 2003;21:473-91.

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? American Journal of Psychiatry 1999;156:1968-75.

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence with severe mental illness. Journal of Nervous and Mental Disorders 2001;189:583-92.

Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Behavior Science and the Law 2003;21:459-72.

Torrey EF, Zdanowicz. Outpatient commitment: what, why, and for whom. Psychiatric Services 2001;52:337-41.

Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P. Klinisk psykiatri. Munksgaard 2000. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for skizofreni. 2004.