

# Principbetænkning om tvang i psykiatrien

*Afgivet af det af justitsministeriet  
nedsatte udvalg vedrørende  
sindslidendes retsstilling*

## Bind 1



Betænkning nr. 1068

1986

Ju 00-180 Bet.

Bind 1 ISBN 87-503-6044-2

Bind 2 ISBN 87-503-6046-9

Bind 1-2 ISBN 87-503-6042-6

JJ trykteknik a-s, København - 10945

## I N D H O L D S F O R T E G N E L S E

<u>BIND 1.</u>	<u>SIDE</u>
<u>Kapitel 1. Indledning</u> . . . . .	13
1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning . . . . .	13
2. Udvalgets arbejde . . . . .	15
3. Resumé . . . . .	18
4. Udkast til lovbestemmelser . . . . .	31
 <u>Kapitel 2. Oversigt over de nugældende regler, det nuværende behandlingsapparat, tvangsindlæggelsesstatistik og klagepraksis</u> . . . . .	 51
1. Beskrivelse af den nugældende sindssygelovgivning . . . . .	51
(Tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilsynsværgebeskikkelse, klageadgang, domstolsprøvelse, anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse, folketingets § 71, stk. 7-tilsyn og folketingets ombudsmand).	
2. Den psykiatriske sygehusfunktion . . . . .	56
A. Generelt om sygehusvæsenet . . . . .	56
B. Særligt om den psykiatriske sygehusfunktion . . . . .	58
Anneks til afsnit 2B: Oversigt over psykiatriske sygehuse og afdelinger fordelt på sygehuskommuner pr. 31. december 1983 . . . . .	69
3. Tvangsindlæggelsesstatistik . . . . .	72
4. Opgørelse over klagesager i justitsministeriet vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse . . . . .	75
A. Justitsministeriets sagsbehandling . . . . .	76
B. Undersøgelsen . . . . .	77
C. Afsluttende bemærkninger . . . . .	82
5. Klagesager i sundhedsstyrelsen . . . . .	82

<u>Kapitel 3. Psykiatriske behandlingsformer, distrikts- psykiatri og den psykiatriske sygepleje</u> .....	86
1. Psykiatriske behandlingsformer .....	86
A. De socialpsykiatriske behandlingsformer .....	87
B. Psykoterapeutiske behandlingsmetoder .....	89
C. Biologiske behandlingsmetoder .....	91
2. Distriktspsykiatri .....	98
3. Sygepleje for psykiatriske patienter .....	101
4. Udvalgets overvejelser .....	103
<u>Kapitel 4. Fremmed ret</u> .....	106
1. Indledning .....	106
2. Generelt .....	107
A. Verdenssundhedsorganisationen WHO .....	107
B. Daes-rapporten .....	108
C. Hawaii-deklarationen .....	110
3. Svensk ret .....	111
4. Norsk ret .....	120
5. Engelsk ret .....	126
6. Italiensk ret .....	131
7. Europarådets rekommandation af 22. februar 1983 vedrørende den retlige beskyttelse af sindsliden- de personer, der mod deres vilje indlægges eller tilbageholdes på psykiatrisk institution .....	140
<u>Kapitel 5. Kritik af den nugældende retstilstand</u> ...	150
1. Henvendelse fra 28 psykiatere til folketingets retsudvalg .....	150
2. Særlovgivning eller ikke? .....	154
A. Argumentation for at afskaffe særlovgivning ..	155
B. Argumentation for at bevare en eller anden form for særlovgivning .....	158

3. Alternativer til	særlovgivning	165
A. Eksempler på administrativt bestemt frihedsberøvelse		166
B. Administrativt bestemt frihedsberøvelse som en ren nødværge- og nødretsforanstaltning	....	175
C. Steen Borbergs forslag		181
4. Udvalgets konklusion		184
 <u>Kapitel 6. Psykosebegrebet og dets retlige anvendelse</u>		187
1. Afgrænsning af det kliniske psykosebegreb		187
2. Psykosebegrebets indhold		191
3. Sindssygdом i	retspsykiatrien	195
4. Kritik af psykosebegrebet		204
5. Udvalgets overvejelser vedrørende psykosebegrebet og dets anvendelighed i retlig sammenhæng		205
6. Udvalgets konklusion	...	213
 <u>Kapitel 7. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse</u>		214
1. Behandlingsindikation		216
2. Farlighedsindikation		220
A. Farlig for andre		220
B. Farlig for sig selv		225
C. Diskussion af psykosebetingelsen i forbindelse med farlighedsindikation		226
3. Ulempeindikation		231
4. Afgrænsning mellem tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse		236
5. Tvangstilbageholdelse		238
6. Obligatorisk efterprøvelse af om betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse er opfyldt		241
A. Obligatorisk efterprøvelse af frihedsberøvede patienters status		242
B. Obligatorisk efterprøvelse af alle indlæggelser på lukkede afdelinger		246

7. Adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte .....	248
8. Udskrivning .....	253
<u>Kapitel 8. Anbringelse på sikringsanstalten</u> .....	258
1. Indledning .....	258
2. Nugældende retstilstand vedrørende farlighedsdekreter efter sindssyglovens § 10. (Lovgrundlag, kompetence, materielle og formelle betingelser) .	258
3. Statistisk materiale vedrørende justitsministeriets dekreter om anbringelse i sikringsanstalten i perioden 1974-1984 .....	263
4. Materiale fra sikringsanstalten .....	269
5. Udvalgets overvejelser og konklusion .....	271
<u>Kapitel 9. Anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse</u> .....	279
1. Nugældende retstilstand .....	280
2. Den faktiske tvangsanvendelse .....	283
3. Omfanget af tvangsanvendelse (mekanisk tvang, behandlingstvang og beskyttelsestvang) .....	287
4. Kritikken af tvangsanvendelse .....	298
5. Magtanvendelse over for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap .....	304
6. Norske regler om tvangsbehandling .....	308
7. Tvang og ressourcer .....	313
8. Principper for tvangsanvendelse .....	320
A. Mekanisk tvang .....	321
B. Behandlingstvang .....	323
C. Beskyttelsestvang .....	326
D. Tvangsmæssig flytning til anden afdeling .....	330
E. Aflåsning af en ellers åben afdeling .....	331
F. Ophævelse af fællesskab .....	333
G. Brevcensur .....	333
H. Besøgskontrol .....	334
9. Registrering af tvangsanvendelse .....	336

<u>Kapitel 10. Tilsynsværge eller patientrådgiver</u> .....	340
1. De nugældende regler .....	340
2. Kritik af den nugældende ordning .....	341
3. Udvalgets overvejelser .....	342
A. Betegnelsen .....	343
B. I hvilke situationer skal/kan beskikkelse ske? .....	343
C. Rekruttering .....	344
D. Opgaver .....	349
E. Tidsforbrug .....	351
4. Udvalgets konklusion .....	353
<u>Kapitel 11. Informeret samtykke</u> .....	355
1. Problemstilling .....	355
2. Redegørelse fra en af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe om samtykke og information .....	357
3. Sundhedsstyrelsens cirkulærer .....	361
4. Udvalgets overvejelser .....	365
5. Forhåndssamtykke .....	371
6. Udvalgets konklusion .....	374
<u>Kapitel 12. Forsøgsbehandling</u> .....	376
1. Gældende ret .....	376
2. Udvalgets overvejelser .....	379
<u>Kapitel 13. Sindssygelovens rækkevidde i forhold til     mindreårige</u> .....	381
1. Indledning .....	381
2. Myndighedslovens regler om forældremyndighed ....	381
3. Bistandslovens § 123 .....	383
4. Retsstillingen for mindreårige, der indlægges til behandling på psykiatrisk afdeling .....	385
5. Sammenfatning .....	396

6. Udvalgets overvejelser .....	399
A. Aldersgrænse .....	399
B. Skal forældremyndighedsbeføjelserne begrænses i relation til mindreårige med psykiske lidel- ser? .....	401
<u>Kapitel 14. Patienternes medindflydelse</u> .....	404
1. Den enkelte patients samtykke .....	405
2. Patientrådgiverens medvirken .....	405
3. Patientråd og beboermøder .....	407
A. Hollandske erfaringer .....	408
B. Beboerindflydelse på institutioner for voksne personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap .....	409
C. Danske erfaringer med brugerindflydelse .....	411
D. Udvalgets overvejelser .....	415
4. Patient- eller brugerrepræsentation i klageorga- net .....	417
5. Bisidderordning .....	419
6. Udkast til vejledende regler om patientråd .....	423
<u>Kapitel 15. Patientrettigheder</u> .....	427
1. indledning .....	427
2. De enkelte patientrettigheder (tilbud om fast vagt til alle bæltefikserede, ret til enestue, opholds- rum, beskæftigelse og undervisning, besøg på afde- lingen og udenfor denne, flytning, medansvar m.m.)	430
3. Udvalgets konklusion .....	436
<u>Kapitel 16. Klageorganer og klageregler</u> .....	439
1. De nugældende klageregler .....	439
2. Kritik af de nugældende klageregler .....	444
3. Aktuelle overvejelser om ændringer af klagesyste- met inden for sundhedsvæsenet .....	445



4. Generelle overvejelser .....	449
5. Alternative forslag til løsninger og udvalgets konklusion .....	461
A. Et landsdækkende administrativt klageorgan ...	461
B. Decentrale klagenevner .....	462
C. Udvalgets konklusion .....	469

Kapitel 17. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse og  
tvangstilbageholdelse .....

1. Nugældende regler og praksis .....	475
A. Tvangsindlæggelse .....	476
B. Tvangstilbageholdelse .....	479
2. Udvalgets overvejelser .....	480

Kapitel 18. Lovens område .....

1. I hvilke situationer gælder loven? .....	493
2. Over for hvem kan tvang anvendes? .....	496
3. Hvor kan tvang anvendes? .....	498
A. Psykiatrisk sygehusafdeling .....	499
B. H-plejehjem .....	502
C. Andre plejehjem .....	504
D. Somatisk sygehusafdeling .....	506
4. Nogle oversete konsekvenser? .....	510

Kapitel 19. Domstolsprøvelse - retsplejelovens kapitel 43 a .....

1. Gældende ret .....	517
A. Retspraksis vedrørende administrativ frihedsberøvelse i almindelighed .....	520
B. Retspraksis vedrørende frihedsberøvelse efter sindssygeloven .....	521
2. Udvalgets overvejelser .....	529

Litteraturliste .....

## BILAG

## SIDE

1. Lov nr. 118 af 13. april 1938 med senere ændringer om sindssyge personers hospitalsophold ..... 541
2. Justitsministeriets cirkulære nr. 133 af 28. juni 1938 om politiets medvirken til sindssyge personers indlæggelse på sindssygehospital ..... 544
3. Justitsministeriets cirkulære nr. 125 af 9. juli 1982 om klageadgang og domstolsprøvelse ved administrativ frihedsberøvelse af psykiatriske patienter 547
4. Retningslinier udarbejdet af retslægerådet vedrørende minimumskrav til psykiatriske erklæringer til brug for behandlingen af sager vedrørende tvangstilbageholdelse (tvangsendlæggelse) ..... 550
5. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 21. oktober 1982 om information og samtykke. "Lægers pligt og patienters ret" ..... 552
6. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser ..... 554
7. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1985 om anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger over for patienter på psykiatriske sygehuse og afdelinger samt de dertil knyttede plejehjem  
m.v. .... 556
8. Hawaii-deklarationen ..... 560
9. Forskrift af 21. september 1984 om begrænset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern . . . . 564

10. Europarådets rekommandation af 22. februar 1983  
vedrørende den retlige beskyttelse af sindslidende  
personer, der mod deres vilje indlægges eller til-  
bageholdes på psykiatrisk institution ..... 569
11. Socialministeriets bekendtgørelse nr. 568 af 21. de-  
cember 1979 om magtanvendelse m.v. i institutioner  
for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske han-  
dicap ..... 574
12. Udkast til registreringskema for tvangsanvendelse 579
13. Udkast til registreringsark for beskyttelsesforan-  
staltninger ..... 580
14. Justitsministeriets vejledning nr. 353 af 21. juni  
1977 til bistands- og tilsynsværger ..... 581
15. Socialstyrelsens cirkulæreskrivelse nr. 667 af 6. fe-  
bruar 1980 om beboerråd og beboermøder ved døgninsti-  
tutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psy-  
kiske handicap og særlige plejehjem ..... 583
16. Retsplejelovens kapitel 43 a. Prøvelse af administra-  
tivt bestemt frihedsberøvelse ..... 587



## Kapitel 1.

### Indledning.

#### 1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning.

Den 19. marts 1982 blev der i folketinget fremsat beslutningsforslag om revision af sindssygeloven. Forslaget blev vedtaget enstemmigt den 25. maj 1982. (Folketingstidende 1981-82, sp. 7346-7361 og sp. 8243-8244). Folketingsbeslutningen er sålydende :

"Folketinget opfordrer regeringen til at undersøge behovet for en revision af lov nr. 138 af 13. april 1938 med senere ændringer om sindssyge personers hospitalsophold."

På denne baggrund indhentede justitsministeriet udtalelser fra en række myndigheder og organisationer om behovet for regelændringer på området. Det var et gennemgående træk i udtalelserne, at de hørte myndigheder og organisationer mente, at der var behov for nærmere at overveje de sindslidendes retsstilling og foretage en almindelig gennemgang af sindssygeloven af 1938.

Folketinget drøftede under en forespørgselsdebat den 3. februar 1983 påny de retssikkerhedsmæssige forhold på dette område. Der var i folketinget bred tilslutning til justitsministerens udtalelse om, at han var indstillet på at nedsætte et udvalg med henblik på revision af sindssygeloven (Folketingstidende 1982-83 sp. 5394-5454).

Ved skrivelser af 22. februar og 31. maj 1983 nedsatte justitsministeren herefter et udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling. Udvalget fik følgende kommissorium:

"Udvalget skal overveje, hvorvidt der bl.a. ud fra retssikkerhedsmæssige hensyn er behov for at ændre sindssygeloven og de hertil knyttede administrative forskrifter samt i givet fald udarbejde udkast til nye regler. I forbindelse hermed vil der kunne være anledning til at drøfte det spørgsmål om behovet

or en særlig lovgivning vedrørende sindslidende, som blev rejst under den nævnte forespørgselsdebat.

Udvalget skal endvidere overveje spørgsmålet om anvendelse af tvang i forbindelse med behandlingen af sindslidende.

Som det fremgår af folketingets forhandlinger, gav spørgsmålet om registrering af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister anledning til særlig drøftelse under forespørgselsdebatten. Udvalget anmodes om også at behandle dette spørgsmål. Under hensyn til, at der under forespørgselsdebatten fra flere sider blev ytret ønske om at fremskynde behandlingen af dette spørgsmål, er udvalget blevet anmodet om at afgive en deludtalelse herom. Det forudsættes, at udvalget i forbindelse hermed drøfter det nævnte spørgsmål med repræsentanter for rigspolitichefen, politidirektøren i København samt politiets personaleorganisationer. "

Udvalget fik følgende sammensætning:

Landsdommer H. Kallehauge, formand,  
 Byretsdommer Niels Viltoft, (Den danske Dommerforening) ,  
 Læge Hans Iver Enemark, (Den almindelige danske Lægeforening),  
 Professor, dr.med. Niels Reisby, (Dansk psykiatrisk Selskab),  
 Sygeplejelærer Britta Løvbo Jensen, (Dansk Sygeplejeråd),  
 Overlæge, dr.med. Knud Jensen, (Det centrale Handicapråd),  
 Overlæge, dr.med. Hans Adserballe, (Retslægerådet),  
 Landsformand Rigmor Berg, (Landsforeningen Sindslidendes Vel og De samvirkende Invalideorganisationer),  
 Branchekomitéformand Holger Pedersen, (Forbundet for offentligt Ansatte, Dansk Kommunal Arbejderforbund),  
 Professor, dr.med. Ole J. Rafaelsen, (Sundhedsstyrelsen),  
 Advokat Povl Holm-Jørgensen, (Advokatrådet),  
 Politimester Erik Christensen, (Foreningen af Politimestre i Danmark) ,  
 Kontorchef Stig Lohmann, (Amtsrådsforeningen),  
 Vicedirektør Claus Mørch Petersen, (Københavns og Frederiksberg kommuner),  
 Fuldmægtig Anne Birte Pade, (Indenrigsministeriet),  
 Kontorchef Peter Rhedin, (Justitsministeriet).

Som sekretærer for udvalget blev udpeget fuldmægtig Kristian

Petersen og sekretær Poul D. Jensen, begge justitsministeriet

Ved justitsministeriets skrivelse af 17. april 1984 blev kontorchef i socialstyrelsen Margit Jespersen efter indstilling fra socialministeriet beskikket som medlem af udvalget.

Efter kontorchef Peter Rhedins død i august 1984 blev kst. kontorchef, nu kontorchef C. C. Duus, justitsministeriet, udpeget som justitsministeriets repræsentant i udvalget.

Pr. 1. december 1983 udtrådte fuldmægtig Kristian Petersen af udvalgets sekretariat, og ved udarbejdelsen af denne betænkning har fuldmægtig Poul D. Jensen, justitsministeriet, fungeret som sekretær.

Ved justitsministeriets skrivelse af 9. april 1985 fik udvalget på baggrund af sundhedsstyrelsens redegørelse af 8. februar 1985 vedrørende forholdene på Middelfart psykiatriske sygehus følgende tillæg til kommissoriet:

"Justitsministeriet skal efter drøftelse med indenrigsministeriet anmode udvalget om i forbindelse med sine overvejelser vedrørende spørgsmålet om anvendelsen af tvangsmidler ved patientbehandlingen særligt at overveje de spørgsmål vedrørende anvendelse af beskyttelsesfiksering, som sundhedsstyrelsens redegørelse af 8. februar 1985 giver anledning **til**.

Det må anses for ønskeligt, at der forholdsvis hurtigt kan ske en afklaring af de nævnte spørgsmål, og udvalget anmodes derfor om at fremskynde arbejdet mest muligt. I den forbindelse skal ministeriet anmode udvalget om at tilrettelægge arbejdet med udformningen af principbetænkningen på en sådan måde, at det allerede på grundlag af denne betænkning fra udvalget kan blive taget op til overvejelse i regeringen, hvorvidt der i givet fald - forud for den samlede revision af sindssygelovgivningen - bør gennemføres nye retningslinier om anvendelse af tvangsmidler i forbindelse med patientbehandlingen."

## 2. Udvalgets arbejde.

Som det fremgår af kommissoriet, blev udvalget anmodet om for-

lods at afgive en delbetænkning vedrørende spørgsmålet om registrering af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister. Udvalgets betænkning vedrørende dette spørgsmål forelå i november 1983. I betænkningen anbefalede udvalgets flertal, at registreringen af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister ophæves. Ved skrivelse af 30. maj 1985 anmodede justitsministeriet på baggrund af en tilkendegivelse fra folketingets retsudvalg, der tilsluttede sig flertalsindstillingen i betænkningen, rigspolitichefen om at foranledige, at der ikke længere sker registrering i kriminalregisteret af tvangsindlæggelser i henhold til sindssygeloven, og at eksisterende tilførsler herom i kriminalregisteret slettes.

Udvalget påbegyndte efter afgivelsen af betænkningen om registreringsspørgsmålet i november 1983 behandlingen af de øvrige spørgsmål, som er nævnt i. kommissoriet.

Ved udarbejdelsen af denne betænkning har udvalget afholdt 23 heldagsmøder og 2 halvdagsmøder. Der er til brug for udvalgets drøftelser og overvejelser foretaget en række undersøgelser og opgørelser, udarbejdet en række notater og udleveret 3 05 bilag. Udvalget har endvidere aflagt besøg på Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling, Psykiatrisk hospital i Århus, Pisskov, Sikringsanstalten ved amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, Set. Hans hospital, Frederiksborg amts Centralsygehus i Hillerød, psykiatrisk afdeling og Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling.

Med hensyn til tilrettelæggelsen af arbejdet har udvalget besluttet at lade nærværende betænkning fremtræde som en principbetænkning, for derved at give såvel offentligheden som de organisationer m.v., der ikke er repræsenteret i udvalget, lejlighed til at ytre sig, inden udvalget afslutter sit arbejde og udarbejder et endeligt forslag til lovbestemmelser.

Justitsministeren har meddelt udvalget, at man i overensstemmelse med udvalgets forslag vil udsende denne principbetænkning til høring hos en række myndigheder, styrelser og organisationer. Høringssvarene vil herefter blive overladt til udvalget,



for at de udtalelser, kommentarer og ændringsforslag, der måtte fremkomme, alle kan indgå i udvalgets afsluttende arbejde med at udarbejde lovforslag med bemærkninger.

Netop spørgsmålet om tvangsanvendelse over for sindssyge har i de senere år med rette tildraget sig megen opmærksomhed i medierne. Det er udvalgets ønske, at betænkningen dels må indgå i den løbende offentlige debat og på en gang tilføre debatten en række faktiske og retlige oplysninger, således at der kan blive tale om en debat på et så kvalificeret grundlag som muligt, dels for så vidt angår de forslag, som udvalget fremsætter, må blive gjort til genstand for drøftelse ikke blot i fag- og brugerkredse, men også i offentligheden som sådan.

Når denne hørings- og debatfase er afsluttet i løbet af det kommende halve år, vil udvalget påny træde sammen og afslutte sit arbejde i lyset af de udtalelser og indlæg, som fremkommer. Selv om udvalget har arbejdet meget med problemerne, er det et udtalt ønske i udvalget nu at få inddraget brede kredse i debatten for at få en indgående belysning af alle spørgsmål og dermed det bedst mulige beslutningsgrundlag.

Udvalget har fundet det rigtigst allerede i denne betænkning at medtage en foreløbig skitse til lovbestemmelser, dels fordi lovregler på en kort og overskuelig måde sammenfatter resultatet af udvalgets overvejelser, dels for at imødekomme den anmodning, der er indeholdt i justitsministeriets oven for refererede skrivelse af 9. april 1985.

Den 14. februar 1986.

H. Kallehauge (formand)	Niels Viltoft	Hans Iver Enemark
Niels Reisby	Britta Løvbo Jensen	Knud Jensen
Hans Adserballe	Rigmor Berg	Holger Pedersen
Ole J. Rafaelsen	Povl Holm-Jørgensen	Erik Christensen
Stig Lohmann	Claus M. Petersen	Anne Birte Pade
C. C. Duus	Margit Jespersen	
		Poul D. Jensen (sekretær)

### 3. Resumé,

Betænkningen er bygget således op, at man i kapitel 2-6 finder grundlaget og de generelle forudsætninger for udvalgets overvejelser, og i de følgende kapitler de enkeltproblemer, som udvalget har taget stilling **til**. Hvert kapitel kan læses selvstændigt, uden at det er nødvendigt at have tilegnet sig alt, hvad der står i de øvrige kapitler.

Kapitel 2 indeholder en beskrivelse af de nugældende regler og det eksisterende behandlingsapparat, herunder en række tal-mæssige oplysninger om sengepladser og indlæggelser, en tvangsindlæggelsesstatistik med tilhørende redegørelse samt opgørelser over justitsministeriets og sundhedsstyrelsens klagesager.

Fra 1973/74 til 1984 er antallet af tvangsindlæggelser faldet fra omkring 2.000 til ca. 1.300, hvilket svarer til ca. 3% af alle psykiatriske indlæggelser pr. år. Faldet omfatter kun tvangsindlæggelser på farlighedsindikation ("røde papirer"). Af ialt 1314 tvangsindlæggelser i 1984 blev 63% foretaget på grundlag af farlighedsindikation og 37% på behandlingsindikation ("gulepapirer").

Det fremgår af tvangsindlæggelsesstatistikken, at antallet af personer, der tvangsindlægges nu og om hvilke det ikke efterfølgende lader sig fastslå, at de er sindssyge eller var det ved tvangsindlæggelsen, i løbet af de sidste 10 år er faldet fra ca. 30% til knap 20% af alle tvangsindlæggelser. I 1983 drejede det sig om 17%.

Kapitel 3 beskriver de psykiatriske behandlingsformer, socialpsykiatrisk behandling, psykoterapi, og biologisk behandling med psykofarmaka, elektrostimulation og psykokirurgi samt distriktpsykiatrisk arbejde og psykiatrisk sygepleje.

Kapitel 4 indeholder en række oplysninger om fremmed ret med hovedvægten lagt på norsk, svensk, engelsk og italiensk ret samt en redegørelse for Europarådets rekommandation af 22. februar 1983.

Kapitel 5 vedrører kritikken af den nugældende retstilstand og redegør herunder navnlig for argumentationen for og imod afskaffelse af særlovgivning om sindssyge. Endvidere gennemgås her en række lovgivningseksempler på administrativt bestemt frihedsberøvelse vedrørende andre end sindssyge. Eksemplifikationen foretages for at illustrere lovgivningsproblemet. Afslutningsvis gennemgås mulighederne for at opstille et regelsæt, der bygger alene på nødværge- og nødretsbetragtninger samt nogle af de forslag, der har været fremsat i revisionslitteraturen. Udvalget når til det resultat, at det ikke vil være muligt på en retsteknisk forsvarlig måde at opstille et fælles sæt af materielle betingelser for alle former for administrativt bestemt frihedsberøvelse. Et sådant regelsæt ville ved anvendelse af et generelt uspecificeret farekriterium blive så ubestemt, at det forekommer sairdeles betænkeligt at indføre en så vid hjemmel for indgreb i den personlige frihed. En fuldstændig afskaffelse af særlovgivning for sindssyge lader sig efter udvalgets opfattelse ikke gennemføre, uden at man kompromitterer retssikkerheden.

Kapitel 6 beskriver psykosebegrebet og dets retlige anvendelse. Der redegøres først for det kliniske psykosebegreb og dets nærmere indhold samt for retspsykiatriens anvendelse af begrebet sindssygdom. Herefter gives der en redegørelse for kritikken af psykosebegrebet og for udvalgets overvejelser vedrørende dette begrebs anvendelighed i retlig sammenhæng. Udvalget når til den konklusion, at man ikke bør opgive anvendelse af begrebet sindssygdom eller psykose, uanset de velkendte vanskeligheder, som begrebets benyttelse giver de retsanvendende myndigheder. Det vil skabe væsentlig større retsusikkerhed at opgive at anvende psykosebegrebet end fortsat at benytte dette, fordi der efter udvalgets opfattelse ikke findes noget egnet alternativ. De vanskeligheder, som begrebets anvendelse giver de retsanvendende myndigheder, må søges begrænset ved at tilføre klageorganet psykiatrisk sagkundskab.

Kapitel 7 vedrører navnlig de vigtige spørgsmål om betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Der re-

degøres for behandlings-, farligheds- og ulempeindikation. Udvalget anbefaler, at man opretholder adgangen til at foretage tvangsindlæggelse på grundlag af behandlings- og farlighedsindikation, men at man afskaffer ulempeindikationen som overflødig. Udvalget går ind for, at tvangsindlæggelse til behandling på psykiatrisk afdeling kun kan finde sted, når der, som nu, foreligger sindssygdom, og hvis det er uforsvarligt ikke at foretage indlæggelse, og hvis der enten foreligger behandlings- eller farlighedsindikation.

Betegnelsen behandlingsindikation anvendes i stedet for helbredelsesindikation. Den foreligger, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentligt forringet, hvis indlæggelse ikke finder sted, hvilket svarer til nugældende retstilstand.

Farlighedsindikation foreligger, hvis en sindssyg frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Det svarer i realiteten til nugældende regler, idet det dog foreslås præciseret, at faren skal være nærliggende og kvalificeret. Det i praksis langt vigtigste område for denne regel er afværgelse af faren for, at den sindssyge skal begå selvmord.

Et mindretal foreslår indikationen farlig for andre ophævet, således at tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af sindssyge fremtidig kun kan ske på grundlag af behandlingsindikation og i tilfælde af overhængende fare for personen selv.

Udvalgets flertal foreslår, at der endvidere indføres en regel, som legaliserer den nugældende praksis, hvorefter personer - om hvilke det i indlæggelsesøjeblikket ikke med sikkerhed lader sig fastslå, at de er sindssyge - dog kan tvangsindlægges, hvis den indlæggende læge har grund til at antage dette, og hvis der tillige foreligger farlighedsindikation, således at det ville være uforsvarligt ikke straks at foretage tvangsindlæggelse, fordi den pågældende udsætter sit eget eller andres liv eller legeme for overhængende fare. En sådan regel udvider ikke adgangen til at foretage tvangsindlæggelse, men giver blot legalt grundlag for at opretholde nugældende prak-

sis.

Et mindretal tager af retssikkerhedsmæssige grunde afstand fra en sådan regel og foreslår, at man i stedet indfører en regel, hvorefter "tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom" omfattes af lovens bestemmelser om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Tvangstilbageholdelse skal finde sted - er obligatorisk - når der foreligger behandlings- eller farlighedsindikation. Tvangstilbageholdelse kan herudover foretages efter beslutning af vedkommende overlæge, men kun i indtil 7 dage, når en person, der er indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling begærer sig udskrevet, uanset at vedkommende fortsat har behov for psykiatrisk behandling, og når der er akut fare for selvmord, d.v.s. når der er grund til at antage, at vedkommende vil begå selvmord umiddelbart efter en eventuel udskrivning.

Hvor der i lovteksten i forbindelse med tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse anvendes ordet "skal", jfr. § 4 og § 6, påhviler det vedkommende læge som en handlepligt at iværksætte tvangsendlæggelse eller tvangstilbageholdelse, når han finder, at betingelserne herfor er til stede.

Udvalget anbefaler, at der indføres løbende automatisk efterprøvelse af, om betingelserne for fortsat frihedsberøvelse på psykiatrisk sygehusafdeling er til stede. Efterprøvelsen skal omfatte alle tvangsendlagte og tvangstilbageholdte. Prøvelsen skal foregå 3, 10, 20 og 30 dage efter, at frihedsberøvelse er iværksat - d.v.s. regnet fra den dag tvangsendlæggelse finder sted eller tvangstilbageholdelse besluttet - og herefter hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes.

Udvalget finder ikke, at kritikken af adgangen til at foretage tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte er så tungtvæjende eller afgørende, at den kan begrunde en ændring af retstilstanden på dette punkt.

I kapitel 7 findes i sidste afsnit en redegørelse for nogle

af de problemer, som iværksættelse af udskrivning påfører visse grupper af patienter og deres pårørende. Man bør ved revisionen ikke blot være opmærksom på hensynet til retssikkerheden for de sindssyge, når de undergives frihedsberøvelse og anden tvang, men også tage hensyn til de faktiske skadevirkninger det kan have for den sindssyge og dennes nærmeste, hvis der ikke gribes ind.

Kapitel 8 handler om administrativt bestemt anbringelse på sikringsanstalten. Der findes i dette kapitel en kort gengivelse af de nugældende regler, en redegørelse for praksis vedrørende udstedelse af farlighedsdekret samt en beskrivelse af, hvilke personer der anbringes i sikringsanstalten.

Udvalget foreslår, at statsamternes adgang til at afsige farlighedsdekret ophæves, således at denne kompetence alene tillægges justitsministeriet. Udvalget finder ikke grundlag for at ophæve denne særlige form for adgang til administrativt bestemt frihedsberøvelse, da ordningen er hensigtsmæssig og ikke har givet anledning til vanskeligheder i praksis. Kriterierne foreslås præciseret, således at det udtrykkeligt fremgår af reglen, at den alene omfatter personer, der som følge af sindssygdom vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Denne form for frihedsberøvelse må kun anvendes, når hensynet til retssikkerheden gør det nødvendigt, idet mindre indgribende foranstaltninger er utilstrækkelige. Af hensyn til den frihedsberøvedes retssikkerhed foreslår man, at efterfølgende domstolsprøvelse gøres obligatorisk i alle tilfælde, hvor der udstedes farlighedsdekret.

Et mindretal - det samme, som ønsker farlighedsindikation i form af fare for andre ophævet - foreslår, at hjemmelen for at afsige farlighedsdekret overføres til anden lovgivning, da en sådan regel ikke hører hjemme i et regelsæt i sundhedslovgivningen om sindssyges behandling.

Kapitel 9 indeholder udvalgets overvejelser vedrørende anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse. Dette omfangsrige kapitel beskæftiger sig med en række af de problemer, som navnlig

har tildraget sig opmærksomhed i de senere år. Der er tale om et område, som ikke er direkte reguleret i 1938-loven om **sindsyge** personers hospitalsophold. Indledningsvis omtales nugældende retstilstand, herunder sundhedsstyrelsens cirkulærer fra 1983 og 1985 og derefter den faktiske tvangsanvendelse, idet de forskellige former for tvangsanvendelse beskrives, og deres kvantitative anvendelse søges opgjort fordelt på mekanisk tvang, behandlingstvang og beskyttelsestvang. Der redegøres for kritikken af tvangsanvendelsen og peges på nogle midler, som kan medvirke til at begrænse behovet for at anvende tvang.

I de følgende afsnit gennemgås først reglerne om magtanvendelse over for voksne personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap - d.v.s. indenfor den tidligere åndssvageforsorg - og derpå norsk rets helt nye regler om tvangsbehandling. Derefter foretages en beskrivelse af sammenhængen mellem ressourcer og tvang. Udvalget fremhæver i det sidstnævnte afsnit navnlig den betydning, det har for de sindssyge, som indlægges, at de personale- og bygningsmæssige forhold ikke blot er adækvate, men at de har en sådan standard, at der ydes de mennesker, der undergives frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse, en vis kompensation for selve tvangen og for det tvungne fællesskab med andre. Løbende efteruddannelse af personalet og holdningsbearbejdelse er ligeledes betydningsfulde faktorer i denne forbindelse.

I kapitlets afsnit 8 findes udvalgets konklusion, som er udformet som en række principper, som skal være gældende for tvangsanvendelse. Der opstilles i indledningen nogle generelle principper, og i de følgende underafsnit de principper, der skal regulere anvendelse af henholdsvis mekanisk tvang, behandlingstvang og beskyttelsestvang. I afslutningen omtales spørgsmål som tvangsmæssig flytning til en anden afdeling, aflåsning af en ellers åben afdeling, ophævelse af fællesskab, brevcensur og besøgskontrol. I det sidste afsnit redegøres der for registrering af tvangsanvendelse. Udvalget foreslår, at der indføres en tvangsprotokol, hvori al tvangsanvendelse skal indføres. Der skal føres kontrol med tvangsanvendelsen dels af det lokale klageorgan dels af amtskommunen, som skal modtage månedlig

indberetning om tvangsanvendelsen på amtets psykiatriske sygehusafdelinger.

Kapitel 10 vedrører spørgsmålet om tilsynsværger, eller som udvalget vil foreslå, at de fremtidig betegnes patientrådgivere. Et mindretal har foreslået betegnelsen patientværger eller patientværner. Først omtales kritikken af den nugældende ordning og derpå udvalgets overvejelser, som munder ud i et forslag om, at hvervet som patientrådgiver gøres til honorarlønnet arbejde, der skal udføres af professionelle som et deltidsjob ved siden af deres hovedbeskæftigelse, som forventes fortrinsvis at ligge inden for den sociale sektor eller dele af sundhedsvæsenet, idet der dog ikke må være tale om ansættelse i det psykiatriske sygehusvæsen eller i en kommunal bistandsafdeling. Beskikkelse af patientrådgiver skal altid ske hurtigst muligt og uden at der fremsættes begæring herom for personer, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes, eller som undergives tvangsbehandling. I tilfælde af anden tvangsanvendelse sker beskikkelse derimod kun efter begæring fra patientens side.

Udvalget har foretaget en forsøgsvis opgørelse af, hvor mange timer der vil blive behov for at honorere patientrådgivere for. Nyordningen vil medføre et skønnet forbrug på godt 4.000 timer pr. år, eksklusive transporttid, hvis de forudsætninger, udvalget har opstillet, ellers holder stik.

Kapitel 11 indeholder en redegørelse for, hvad der forstås ved informeret samtykke, navnlig på grundlag af det arbejde, der er udført af det udvalg, som sundhedsstyrelsen nedsatte i 1980, og sundhedsstyrelsens cirkulærer af 21. oktober 1982 og 28. juni 1983. Spørgsmålet om forhåndssamtykke omtales i et selvstændigt afsnit. Udvalget foreslår, at man lovfæster en regel om informeret samtykke for så vidt angår lægelig behandling af psykiatriske patienter.

Kapitel 12 handler om forsøgsbehandling. Den nugældende retstilstand omtales kort. Forsøg beskrives som klinisk afprøvning af lægemidler, indgreb eller lignende, der foretages i forsk-



ningsmæssigt øjemed uden samtidig behandling, og som forsknin kombineret med nye behandlingsmetoder eller lægemidler. Udvalget foreslår, at denne form for forsøgsbehandling ikke må foretages over for personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og sådan behandling må heller ikke gennemføres som tvangsbehandling over for personer, der er frivilligt indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling.

Kapitel 13 vedrører spørgsmålet om sindssygelovens rækkevidde i forhold til mindreårige - personer under 18 år. Det unægtelig noget komplicerede samspil mellem sindssygelovens regler, bestemmelserne i bistandsloven om det sociale udvalgs adgang til uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver at anbringe mindreårige på psykiatrisk sygehusafdeling og de beføjelser, forældremyndighedens indehavere har til at bestemme, hvor deres børn skal opholde sig, beskrives og belyses med eksempler fra justitsministeriets praksis og en nyere landsretsdom. Udvalget foreslår ikke, at der gennemføres ændringer på dette rets område, da der ikke synes at være noget særligt praktisk behov for lovændringer, hvortil kommer, at sådanne ikke vil kunne gennemføres uden indgreb i forældremyndighedens indhold.

Kapitel 14 beskriver den indflydelse patienterne selv har og kan få gennem administration af afgivelse af samtykke, via patientrådgiveren og gennem patientråd og beboermøder. Der redegøres for hidtidige erfaringer her i landet og gives nogle oplysninger om patientråd i Holland, ligesom regler om beboerindflydelse på institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap beskrives.

Udvalget foreslår, at der indføres regler om patientråd og patientmøder på de psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger. I dette kapitel omtales endvidere spørgsmålet om patient- eller brugerrepræsentation i klageorganet.

Kapitel 15 handler om patientrettigheder. Det er nyt at tage dette spørgsmål op til selvstændig behandling som et led i lovregulering af de sindssyges retsstilling, men patientrettigheder må efter udvalgets opfattelse anses som det naturlige mod-

stykke til de beføjelser, som loven tillægger først og fremmest overlægerne på de psykiatriske sygehusafdelinger og de indlæggende læger med hensyn til tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og anden tvangsanvendelse.

Der opstilles principper om følgende patientrettigheder:

- bæltefikserede må ikke lades alene
- mulighed for enestue
- valg mellem flere opholdsrum
- adgang til beskæftigelse, motion, frisk luft og undervisning
- besøg på afdelingen og udenfor denne, og
- flytning til en anden afdeling.

Dette katalog over patientrettigheder kan ikke anses for udtømmende, men angiver nogle centrale områder inden for hvilke, man må tilstræbe at opfylde en vis minimumsstandard. Klageorganet bør være beføjet til at udtale sig om klager over ikke-opfyldelse af patientrettigheder ved at udtrykke kritik eller misbilligelse og fremkomme med henstillinger. Det kan f.eks. dreje sig om at tage et spørgsmål op til fornyet behandling, ligesom sådanne klager kan give anledning til at foretage sammenligninger med, hvilke standarder der opfyldes af andre amtskommuner på deres psykiatriske sygehusafdelinger. En klagesag kan således tænkes at munde ud i en henstilling om ikke blot at tage den praksis, man følger, op til fornyet overvejelse, men eventuelt også gå ud på at foreslå, at bygningsmæssige forbedringer foretages eller standarden på andre områder øges til det niveau, man har i andre amtskommuner, og som det må anses for ønskeligt at opnå af hensyn til det, patienterne med rimelighed kan forvente.

Kapitel 16 vedrører spørgsmålet om klageregler og klageorgan.

Der er i udvalget enighed om, at der ikke bør skabes særordninger med hensyn til klageregler og klageorganer for de psykiatriske patienter, hvis det regelsæt, som gælder for de somatiske patienter, opfylder de krav til retsgarantier, som bør stilles, navnlig henset til den hjemmel, der er til frihedsberøvelse af og brug af anden tvang overfor sindssyge. Udvalgets op-

gave er på dette felt for tiden vanskeliggjort af, at de overvejeiser og forhandlinger, som regering og folketing er igang med vedrørende klage-regler for det almindelige sygehusvæsen ved revision af loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse ikke er afsluttede. Det er derfor ikke uden videre klart, om og i bekræftende fald hvordan klagesystemet på det psykiatriske område lader sig integrere i det klagesystem, som kommer til at gælde for den øvrige del af sundhedsvæsenet.

Udvalgets overvejelser er ikke endeligt afsluttede, men munder på det nu foreliggende grundlag ud i en flertals- og en mindretalsindstilling.

Flertallet - 11 medlemmer - anbefaler, at der oprettes lokale klagenævn bestående af tre medlemmer, en advokat som formand, en læge med kendskab til psykiatri og en repræsentant udpeget af Sindslidendes Vel og eventuelt andre lignende brugerorganisationer. Nævnet skal behandle klager både over frihedsberøvelse og over anden tvangsanvendelse som første instans. Klager over nævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes for domstolene, og klager over anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse indbringes for et centralt, landsdækkende klageorgan, hvis nærmere udformning må afhænge af, hvorledes klageordningen i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse bliver udformet.

Mindretallet - 6 medlemmer - anser sammenhængen i det samlede klagesystem på sundhedsområdet for så væsentlig, at en særordning vedrørende klager inden for det psykiatriske sygehusvæsen bør undgås. Klager over frihedsberøvelse skal indbringes direkte for domstolene, hvor sagerne behandles efter retsplejelovens regler om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Klager over anden tvang end frihedsberøvelse skal behandles af sundhedsstyrelsen eller det klageorgan, som måtte blive oprettet ved den igangværende revision af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

I stedet for at oprette nye organer, som skal føre kontrol med tvangsanvendelsen inden for det psykiatriske sygehusvæsen, fo-

slår mindretallet, at det eksisterende tilsynssystem - embedslægerne og sundhedsstyrelsen - justeres og forbedres, idet deres pligter indskærpes og præciseres.

Mindretallet anbefaler endvidere, at det pålægges amtskommunerne at give bedre information om klageadgang og vejlede klagerne og bistå dem med at gennemføre deres klagesager.

Kapitel 17 handler om fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse og tvangstilbægholdelse. Indledningsvis beskrives nugældende regler og praksis. Udvalget foreslår, at det stadig skal påhvile den sindssyges nærmeste og andre, der hører til samme husstand, at tilkalde en læge, hvis en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv undergiver sig fornøden sygehusbehandling. De pårørende eller andre, der hører til husstanden, skal imidlertid ikke skrive under som rekvirent på begæringen om tvangsindlæggelse. Det foreslås, at dette fremtidig overlades til politiet, der som hidtil skal medvirke ved alle tvangsindlæggelser. Embedslægens medvirken foreslås afskaffet. Der indføres en frist, som skal bevirke, at tvangsindlæggelse kun kan foregå på grundlag af en helt ny lægeundersøgelse foretaget inden for det seneste døgn ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation og inden for de sidste 7 dage før indlæggelsen ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Den indlæggende læge bør så vidt mulig altid være til stede, når tvangsindlæggelse finder sted, hvilket ved tvangsindlæggelse, som ikke sker akut på farlighedsindikation men på grundlag af behandlingsindikation, vil kræve et nærmere samarbejde mellem politiet og den praktiserende læge. Udvalget foreslår, at politiet skal søge at aftale og i hvert fald underrette lægen om, hvornår man vil indfinde sig med henblik på at gennemføre tvangsindlæggelsen.

Kapitel 18 beskriver lovens område ved at angive i hvilke situationer, for hvilke personer og hvor loven gælder.

Udvalget foreslår, at loven i princippet kun skal gælde, når der er tale om anvendelse af tvang over for sindssyge. Der er ikke noget behov for en særlig lovgivning om frivillig indlæg-

gelse og behandling af sindssyge. Formålet er at opstille e sæt af retsgarantier for de tilfælde, hvor der foreligger frihedsberøvelse eller anden form for tvangsanvendelse. Kun når der fremsættes indsigelse fra en patients side mod indlæggelse, fortsat ophold eller behandling på psykiatrisk sygehusafdeling, behandles disse foranstaltninger som tvangsindgreb. Loven skal ikke gælde for andre end dem, der skal tvangsindlægges eller allerede er indlagt på psykiatrisk afdeling. Der skabes således ikke lovhjemmel for tvangsindgreb uden for sygehusets eget område. Efter at en patient er udskrevet, kan tvangstilbageholdelse ikke finde sted, heller ikke selv om vedkommende har status som daghospitalpatient. For at reglerne om tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling eller anden tvangsanvendelse skal kunne benyttes over for en daghospitalpatient, må denne først indlægges påny eventuelt ved tvangsindlæggelse.

I et selvstændigt afsnit skildres samspillet mellem de psykiatriske sygehusafdelinger og psykiatriske plejehospitaler og plejehjem, herunder de såkaldte H-plejehjem, som fra 1. januar 1987 er foreslået overført til bistandslovens område, jfr. lovforslag nr. L 150 om forslag til lov om ændring af lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne og af lov om social pension. De regler, udvalget foreslår indført vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling og fareafværgende magtanvendelse, skal ikke gælde for personer, der opholder sig på psykiatrisk plejehjem. Medens dette forekommer ret oplagt, er det mere tvivlsomt, i hvilket omfang der eventuelt bør skabes lovhjemmel for anvendelse af beskyttelsestvang - undertiden betegnet som beskyttelsesforanstaltninger - uden for de psykiatriske sygehusafdelinger. Det karakteristiske er jo, at behovet for undertiden at anvende beskyttelsestvang ikke er noget særegent for psykiatriske patienter, men derimod et fænomen, som er fælles for alle, der utilsigtet udsætter sig selv for en vis beskadigelse som følge af sløret bevidsthed, højfebril tilstand, høj alder eller eventuel senil demens. Behovet for at anvende forskellige former for beskyttelsestvang findes såvel på somatiske sygehusafdelinger og almindelige plejehjem som på psykiatriske sygehusafdelinger og psykiatriske plejehjem.

Udvalget foreslår, at der indføres lovhjemmel for at iværksætte tvangsbehandling over for psykiatriske patienter, som er sindssyge og for hvem betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, ikke blot for så vidt angår selve sindssygdommen, men også når der støder en legemlig (somatisk) lidelse til, men kun hvis denne er livstruende eller i det mindste udsætter vedkommendes helbred for væsentlig fare. Kriteriet for tvangsbehandling bliver dermed det samme, uanset om det er sindssygdommen som sådan eller en tilstødende somatisk lidelse, der behandles. Tvangsbehandling af en somatisk lidelse kan om nødvendigt også finde sted uden for psykiatrisk sygehusafdeling. Dette kapitel afsluttes med nogle betragtninger over sammenhængen mellem adgangen til at benytte tvang og visitationspraksis.

Kapitel 19 handler om domstolsprøvelse af frihedsberøvelse og reglerne herom i retsplejelovens kapitel 43 a. Indledningsvis beskrives gældende ret dels ved nogle generelle bemærkninger om, hvad det er, domstolene efterprøver, dels gennem en oversigt over trykt retspraksis fra de sidste ca. 30 år.

Udvalget foreslår, at værnetinget for de sager, hvor patienten endnu ikke er udskrevet, bliver den retskreds, i hvilken vedkommende psykiatriske sygehusafdeling er beliggende, at der indføres pligt til at afholde et forberedende retsmøde inden 7 dage, og at domsforhandling normalt skal afholdes inden 4 uger, begge frister regnet fra den dag sagen blev indbragt for retten, og at dom skal afsiges senest. 7 dage efter, at sagen er optaget til dom. Sager vedrørende denne form for administrativ frihedsberøvelse m.m. skal anlægges mod vedkommende sygehusmyndighed, d.v.s. normalt amtskommunen. Et medlem af udvalget foreslår, at disse sager anlægges mod vedkommende overlæge, men således at amtskommunen kan medindstævnes under samme sag, hvis der tillige er nedlagt påstand om erstatning. Udvalget foreslår endvidere, at: der gives den beskikkede advokat øget opfordring til at deltage i fremskaffelse af de nødvendige beviser, herunder ved gennem retten at indhente udtalelser fra retslægerådet eller andre sagkyndige, til hvilket formål der

skabes hjemmel for, at den beskikkede advokat efter begæring kan få lejlighed til at rådføre sig med en speciallæge i psykiatri. løvrigt agtes de nugældende regler i retsplejelovens kapitel 43 a opretholdt uændrede.

#### 4. Udkast til lovbestemmelser.

Da der ikke er tale om et endeligt lovforslag, men alene om et udkast, er der ikke af udvalget udarbejdet egentlige bemærkninger hverken til lovforslaget som sådan eller til de enkelte bestemmelser. Systematikken er også foreløbig, ligesom yderligere opdeling af enkelte bestemmelser meget mulig vil vise sig hensigtsmæssig. Der er knyttet enkelte korte kommentarer til lovreglerne, hvor dette kan lette tilegnelsen, og der er foretaget henvisninger til de kapitler, hvor udvalget har behandlet de spørgsmål, som reglen regulerer. Dette lovudkast er udarbejdet som en del af resumeet for i regelform at sammenfatte udvalgets forslag til ændringer og ny udformning af lovbestemmelser. Da der er tale om en principbetænkning, er det kun de vigtigste lovbestemmelser, der er udfærdiget udkast til på dette stadium i udvalgsarbejdet.

### U D K A S T

#### til lovregler.

#### Lov om frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse på psykiatrisk sygehusafdeling.

Udvalget har ved udformningen af lovens titel ønsket at anvende en betegnelse, der viser, at det ikke er særlov om alle sindssyge, men netop kun et sæt regler, der regulerer adgangen til at anvende tvang som et led i psykiatrisk behandling af visse sindssyge enten i form af administrativt bestemt frihedsberøvelse eller anden form for tvangsanvendelse. Lovens titel kunne for så vidt også være lov om frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse ved psykiatrisk behandling.

Udvalget har ikke i lovudkastet angivet, hvilken minister der

skal udfærdige de nærmere regler på de punkter, hvor der skal udstedes administrativt fastsatte bestemmelser, bekendtgørelser og cirkulærer m.v., da valget af ressortministerium kan give anledning til nogen tvivl.

Hidtil har lovgivningen om sindssyge henhørt under justitsministeriet, hvilket for så vidt er velbegrundet, hvis man lægger hovedvægten på hensynet til retssikkerhed, politiets medvirken ved tvangsindlæggelser og domstolenes kontrol. Man må imidlertid også erkende, at en række af lovudkastets bestemmelser meget naturligt hører sammen med anden sundhedslovgivning, som henhører under indenrigsministeriets område. Spørgsmålet har været drøftet i udvalget, hvis flertal ikke har ment at burde tage stilling til dette, hvorimod et mindretal på to medlemmer, Rigmor Berq og Knud Jensen, stærkt har anbefalet, at den nu foreslåede lovgivning henlægges under indenrigsministeren. Det harmonerer med WHO's målsætning og understreger fællesskabet med den øvrige sundheds- og sygehuslovgivning. De sindssyge bør ikke udskilles til særbehandling. Man kan eventuelt løse det praktiske problem ved at henlægge loven som sådan under indenrigsministeriet, men overlade det til justitsministeriet at udfærdige de administrative bestemmelser, som specielt vedrører politiets medvirken og procedureregler for domstolenes sagsbehandling på dette felt.

#### Kapitel 1. Lovens formål og område:

Reglerne i kapitel ] fastlægger lovens anvendelsesområde, hvor den gælder, og overfor hvilke personer, den finder anvendelse.

Vedrørende § ] henvises til betænkningens kapitel 18. Om §§ 2 og 3 se kapitel 11 om informeret samtykke, og om principperne for tvangsanvendelse, se tildels kapitel 7 og navnlig kapitel 9, afsnit 8.

#### § 1.

Bestemmelserne i denne lov finder anvendelse på personer, der skal indlægges eller er indlagt på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling.



Stk. 2. Reglerne om tvangsanvendelse, jfr. §§ 4-8 kan kun bringes i anvendelse over for personer, der modsætter sig indlæggelse, fortsat ophold eller behandling på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling.

Stk. 3. Ministeren kan bestemme, at denne lovs regler også skal gælde for sindssyge, der midlertidigt indlægges på somatisk sygehus eller sygehusafdeling, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, jfr. § 6.

#### § 2.

Indlæggelse og behandling på psykiatrisk sygehusafdeling sker efter lægelig vejledning om formålet med indlæggelsen og udsigterne for en bedring af helbredstilstanden. Indlæggelse og behandling skal så vidt muligt foregå frivilligt.

Stk. 2. Der må ikke anvendes tvang i andre tilfælde end de, der er omfattet af denne lov.

#### § 3.

Tvang må ikke benyttes, før alle muligheder for at opnå frivillig medvirken er forsøgt, herunder når forholdene tillader det ved indrømmelse af passende betænkningstid.

Stk. 2. Det påhviler den behandlende læge og det øvrige sygeplejepersonale at gøre det klart for den, over for hvem tvang agtes anvendt, at man vil benytte tvang, hvori tvangen består og med hvilken begrundelse, dette sker.

Stk. 3. Der må ikke anvendes mere tvang eller tvang i længere tid end nødvendigt for at opnå det, der er formålet med tvangsanvendelsen.

Stk. 4. Tvang skal altid udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den, over for hvem tvang benyttes, således at der ikke forvoldes nogen unødigt krænkelse eller ulempe. Tvangen skal stå i et rimeligt forhold til det, der søges opnået ved tvangen.

## Kapitel 2. Frihedsberøvelse.

I kapitel 2 findes bestemmelserne om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og obligatorisk efterprøvelse. Der henvises om disse lovbestemmelser til kapitel 7 i betænkningen.

Vedrørende § 6 om tvangstilbageholdelse skal det fremhæves, at der ved begæring om udskrivning forstås en fastholdt begæring om udskrivning, idet det i praksis ofte forekommer, at sindssyge fremsætter modstridende og skiftende tilkendegivelser med meget korte mellemrum eller næsten samtidig. Det er derfor nødvendigt at stille krav om en klar tilkendegivelse, der fastholdes ikke blot momentant men i nogle timer eller natten over, før det påhviler overlægen at træffe beslutning om, hvorvidt udskrivningsbegæringen skal tages til følge.

### Tvangsindlæggelse:

#### § 4.

Tvangsindlæggelse skal ske, hvis den tilkaldte læge efter sin undersøgelse finder, at vedkommende er sindssyg, og at det vil være uforsvarligt ikke at indlægge den pågældende til behandling som sindssyg enten

- a) fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller
- b) fordi den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

#### § 5.

Tvangsindlæggelse kan ske, selv om den tilkaldte læge ikke kan fastslå, at vedkommende er sindssyg, hvis der dog er grund til at antage dette, hvis den pågældende har et akut behov for psykiatrisk behandling, og hvis det er uforsvarligt ikke at foretage indlæggelse, fordi den pågældende udsætter sit eget eller

andres liv eller legeme for overhængende fare, hvis indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling ikke straks finder sted.

Tvangstilbageholdelse:

§ 6.

Tvangstilbageholdelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling skal finde sted i de tilfælde, hvor lægen ville have pligt til at foretage tvangsindlæggelse, jfr. § 4.

Stk. 2. Er der overhængende fare for, at en person, der begærer sig udskrevet fra en psykiatrisk sygehusafdeling, og som fortsat har behov for psykiatrisk behandling, vil begå selvmord, kan overlægen tilbageholde vedkommende i indtil 7 dage.

Stk. 3. Modsætter en person, der er indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling, sig overførsel til en lukket psykiatrisk afdeling, kan dette kun finde sted, når betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt.

Stk. 4. Når begæring om udskrivning fremsættes, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer beslutte, om udskrivning kan ske, eller om tvangstilbageholdelse skal foretages. Fremsættes udskrivningsbegæring samtidig med eller inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning foreligge senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen.

Obligatorisk efterprøvelse:

§ 7.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at ingen holdes frihedsberøvet på psykiatrisk sygehusafdeling længere end strengt nødvendig.

Stk. 2. For alle tvangsindlagte og tvangstilbageholdte skal overlægen foretage en efterprøvelse af, om betingelserne stadig er opfyldt og frihedsberøvelse fortsat er nødvendig henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter, at frihedsberøvelse blev iværksat, og herefter hver 4 uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes.

Stk. 3. Når betingelserne for fortsat frihedsberøvelse ikke længere er til stede, skal den frihedsberøvede straks underrettes herom. Om opretholdt tvangstilbageholdelse gives der derimod kun underretning efter begæring. Patientrådgiveren underrettes løbende om de afgørelser, overlægen træffer i medfør af denne bestemmelse.

### Kapitel 3. Behandling.

I lovudkastets kapitel 3 findes de regler, som udvalget har fundet det nødvendigt at foreslå til regulering af en vis del af den lægelige behandling af de sindssyge. Der har fra starten været enighed i udvalget om, at den lægelige behandling som hidtil bør foregå på overlægens ansvar, og at det ikke er ønskeligt at udfærdige nærmere lovregler om, hvorledes læger skal udføre deres almindelige lægelige arbejde bedst muligt af hensyn til patienterne. Lægeloven regulerer på fyldestgørende vis lægernes ansvar for deres virke som læger, og sundhedsstyrelsen har til opgave at afgøre klagesager og at påse, at der ikke sker misbrug.

Udvalget har dog ment, at der er behov for en lovregulering for så vidt angår adgangen til tvangsbehandling og forsøgsbehandling.

Vedrørende § 8 om tvangsbehandling henvises der til betænkningens kapitel 9, se navnlig afsnit 6 om de norske regler og afsnit 8 B om principperne for tvangsbehandling.

I § 8, stk. 2 forudsættes det, at der opstilles en behandlingsplan for alle patienter, der indlægges på psykiatrisk sygehusafdeling. Reglen må ifølge sagens natur forstås med den modifikation, at der i den første tid umiddelbart efter indlæggelsen kun kan være tale om en rent foreløbig behandlingsplan og observation af patienten, eventuelt i medicinfri tilstand. Kravene til behandlingsplanen øges naturligt, efter at denne fase er overstået. Om informeret samtykke henvises til kapitel 11, og om betydningen af, at der opstilles en behandlingsplan, se ligeledes kapitel 11, afsnit 4, hvor også patientrådgiverens

medvirken i processen med at søge at opnå informeret samtykke omtales.

Om § 9, se kapitel 12 om forsøgsbehandling. Ved forsøgsbehandling forstås afprøvning af lægemidler og indgreb eller anden legemlig påvirkning eller undersøgelse, der foretages i forskningsmæssigt øjemed uden samtidig behandling. Såvel klinisk som ikke klinisk afprøvning og forskning er omfattet af forbuddet i § 9.

Det er ikke udvalgets tanke at ophæve adgangen til at anvende en enkelt indsprøjtning med beroligende midler som alternativ til bæltefiksering og magtanvendelse, når en sådan indsprøjtning må anses som et mere humanitært indgreb. Udvalget har ikke ment, at en opretholdelse af hidtidig praksis på dette område kræver udtrykkelig lovhjemmel.

#### Tvangsbehandling:

##### § 8.

Kun personer, der opfylder betingelserne for at blive tvangstilbageholdt i henhold til § 6, stk. 1, kan undergives tvangsbehandling.

Stk. 2. Det påhviler overlægen at opstille en behandlingsplan for alle, der indlægges på psykiatrisk sygehusafdeling, og stedsse at søge at opnå den indlagtes informerede samtykke til behandlingsplanens gennemførelse.

Stk. 3. Tvangsbehandling kan kun finde sted, når det har vist sig udelukket at opnå samtykke til den nødvendige behandling.

Stk. 4. Klage over beslutning om tvangsbehandling har opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte vedkommendes liv eller helbred for væsentlig fare.

Stk. 5. Den, der modsætter sig behandling af en tilstødende legemlig lidelse, der udsætter vedkommendes liv eller helbred for væsentlig fare, kan efter samråd mellem overlægen på psykiatrisk afdeling og overlægen på somatisk afdeling undergives tvangsbehandling for en sådan legemlig lidelse.

Stk. 6. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes velkendte, afprøvede lægemidler og sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger.

Stk. 7. Elektrostimulation må ikke benyttes som et led i en tvangsbehandling, medmindre der foreligger en livstruende tilstand.

Stk. 8. Psykokirurgiske indgreb må ikke gennemføres som tvangsbehandling. Alle psykokirurgiske indgreb kræver samtykke fra den, på hvem indgrebet skal foretages og forudgående godkendelse fra et lægeråd, hvis medlemmer udpeges af sundhedsstyrelsen. Er den pågældende efter behørig mundtlig og skriftlig vejledning ikke i stand til at afgive et gyldigt samtykke, kan indgrebet kun foretages, når umyndiggørelse i personlig henseende er gennemført. Indgrebet kræver da, at den beskikkede værge meddeler samtykke.

Stk. 9. Ministeren bemyndiges til at fastsætte de nærmere regler om tvangsbehandling.

#### Forsøgsbehandling:

##### § 9.

Personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, må ikke undergives forsøgsbehandling, og sådan behandling må heller ikke gennemføres ved tvang over for frivilligt indlagte.

#### Kapitel 4. Personer, der er farlige for retssikkerheden.

Om reglen i § 10 henvises til betænkningens kapitel 8 om adgangen til at anbringe sindssyge, der er farlige for retssikkerheden, på sikringsanstalten ved amtshospitalet i Nykøbing Sjælland. Det materielle kriterium er klargjort således, at det nu foreskrives i selve lovteksten, at denne særlige form for frihedsberøvelse kun kan anvendes overfor sindssyge, der ikke blot forbigående men vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig fare. Udvalget har ment, at den kompetence til at udstede farlighedsdekreter, som herved foreslås opretholdt, bør henlægges til justitsministeren og ikke til andre myndigheder. Statsamternes adgang til at udstede farlig-

hedsdekreter foreslås ophævet. Udvalget foreslår, at der indføres obligatorisk domstolskontrol med alle farlighedsdekreter.

Hvis en person, der anbringes i sikringsanstalten allerede har fået en bistandsværge beskikket i henhold til straffelovens § 71, skal der ikke også beskikkes en patientrådgiver i henhold til denne lovs § 19, idet bistandsværgeren da tillige må fungere som patientrådgiver.

#### § 10.

Justitsministeren kan bestemme, at en person, der som følge af sindssygdom vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i den til amts-hospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsanstalt, når andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige.

Stk. 2. Justitsministeren skal inden 5 søgnedage efter, at der i medfør af stk. 1 er truffet afgørelse om at anbringe en person i sikringsanstalten, indbringe sagen for retten, jfr. retsplejelovens kapitel 43a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Stk. 3. Bestemmelserne om tvangsbehandling, jfr. §§ 8-9, og anden tvangsanvendelse i kapitel 6 samt §§ 19-21, finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsanstalten i medfør af stk. 1.

Stk. 4. Foranstaltninger, der er truffet i medfør af stk. 1, kan kun administrativt ophæves eller ændres af justitsministeren. Afslag på ophævelse eller ændring af en sådan foranstaltning forelægges efter den frihedsberøvedes begæring for retten til pådømmelse, jfr. retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Stk. 5. Ministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om behandlingen af sager, der er omfattet af denne bestemmelse.

#### Kapitel 5. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse:

Om fremgangsmåden ved iværksættelse af tvangsindlæggelse hen-

vises til betænkningens kapitel 17.

Opregningen i § 11, stk. 2 af dem, der har pligt til at tilkalde en læge, når en person, som må antages at være sindssyg, ikke selv undergiver sig fornøden lægebehandling, er ikke udtømmende. Sådant pligtmæssig reaktion påhviler efter omstændighederne også bl.a. medarbejdere i kommunens bistandsafdeling og vagthavende læge og sygeplejerske på en skadestue.

Det er i § 12 foreskrevet, at tvangsindlæggelse kun kan finde sted, når den lægeundersøgelse, som ligger til grund for lægens udfærdigelse af attest med henblik på tvangsindlæggelse, ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation ikke er ældre end 24 timer, og ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation ikke er ældre end 7 dage. Er den det, må politiet ikke medvirke og patienten ikke modtages til tvangsindlæggelse.

#### § 11.

Hvis en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv undergiver sig fornøden sygehusbehandling, påhviler det de nærmeste at tilkalde en læge. På grundlag af den undersøgelse, som lægen foretager, og de oplysninger han modtager, skønner lægen, om indlæggelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling er nødvendig. Modsetter patienten sig en sådan indlæggelse, afgør lægen, om tvangsindlæggelse er påkrævet, jfr. §§ 4 og 5.

Stk. 2. Ved en persons nærmeste forstås de, som har retlig forsørgelsespligt eller faktisk omsorg for vedkommende som f.eks. ægtefælle, samlever, indehaver af forældremyndighed og andre, som hører til samme husstand eller bofællesskab.

Stk. 3. Politiet medvirker ved alle tvangsindlæggelser. Hvis ikke andre tager initiativ til iværksættelse af tvangsindlæggelse under de i stk. 1 anførte betingelser, påhviler dette politiet.

#### § 12.

Tvangsindlæggelse kan kun gennemføres på grundlag af en læge-



erklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på denne. Erklæringen skal være udstedt af en læge, der ikke er ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske sygehusafdeling, hvor tvangsindlæggelse finder sted.

Stk. 2. Sker tvangsindlæggelse i henhold til § 4, litra b eller § 5 skal lægens undersøgelse være foretaget inden for det seneste døgn og ellers inden for de seneste 7 dage forud for tvangsindlæggelsen, jfr. § 4, litra a.

Stk. 3. Når tvangsindlæggelse finder sted i henhold til § 4, litra b eller § 5, skal vedkommende straks modtages. Når tvangsindlæggelse sker i henhold til § 4, litra a skal den pågældende modtages snarest muligt og senest 7 dage efter, at den indlæggende læge har afsluttet sin undersøgelse.

Stk. 4. Overlægen træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

### § 13.

Når tvangsindlæggelse finder sted, skal den indlæggende læge så vidt muligt være til stede, indtil politiet forlader stedet sammen med den, der skal tvangsindlægges. Når tvangsindlæggelse sker i henhold til § 4, litra a, underretter politiet lægen om, hvornår politiet vil indfinde sig.

Stk. 2. Ministeren fastsætter de nærmere regler om den fremgangsmåde, der skal følges ved gennemførelse af tvangsindlæggelse og om politiets medvirken hertil.

### Kapitel 6. Anden tvangsanvendelse:

Om grundlaget for bestemmelserne i kapitel 6 om fiksering, magt-anvendelse og beskyttelsestvang samt registrering af tvangsanvendelse, se betænkningens kapitel 9 om anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse.

Bestemmelserne i §§ 14 og 15 vedrører fiksering, hvortil der kun må anvendes de i § 14, stk. 3 nævnte midler, normalt kun efter lægeordination som beskrevet i stk. 2. De materielle betingelser for fiksering er beskrevet i § 15, stk. 3. Denne form

for tvang må ikke anvendes i længere tid end strengt påkrævet, hvilket på overlægens ansvar påses af læger og sygeplejepersonalet. Patienter, som fikseres, må ikke lades alene, jfr. § 15, stk. 3.

Det materielle kriterium for fiksering og fysisk magtanvendelse er det samme - at vedkommende patient ved sin adfærd udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast, jfr. § 15, stk. 1 og § 16, stk. 2. Det er endvidere en betingelse, at mindre indgribende foranstaltninger ikke giver fornøden sikkerhed. Det indgreb, der iværksættes, må ikke stå i misforhold til den fare, der søges afværget. Proportionalitetsgrundsætningen skal altid respekteres. Hverken blot støjende adfærd eller en hvilken som helst form for urolig eller generende adfærd kan begrunde disse indgreb. Der skal foreligge farlig adfærd, d.v.s. normalt vold over for sig selv eller andre eller i det mindste tingsødelæggelse, som truer med at udvikle sig til voldelig eller selvødelæggende adfærd. Det kræves endvidere i begge tilfælde, at der er nærliggende fare for, at nogen lider en ikke uvæsentlig skade eller overlast, som følge af den udviste adfærd. Det er med disse betingelser tanken dels at klarlægge retsgrundlaget, dels at stille så strenge betingelser for retmæssigheden af magtanvendelse, at den begrænses til det mindst mulige, når hensynet til den pågældendes egen og andres sikkerhed samtidig skal respekteres.

Ud over eller ved siden af den magtanvendelse, som er hjemlet i §§ 15 og 16, gælder den almindelige regel om straffrihed for handlinger, der udføres i lovligt nødværge, jfr. straffelovens § 13, hvilket udvalget ikke har fundet fornødent at nævne i selve lovteksten, dels fordi dette følger direkte af straffeloven, dels fordi der kun sjældent er brug for at anvende denne bestemmelse på psykiatrisk sygehusafdeling.

Anvendelse af beskyttelsestvang - undertiden betegnet som beskyttelsesmidler eller beskyttelsesforanstaltninger - er reguleret i § 17. Der er her tale om foranstaltninger, der tjener til at beskytte en person mod visse former for fare eller

måske snarere risici, som en person ved sin sædvanlige adfærd udsætter sig selv for, fordi vedkommende befinder sig i en sindstilstand, hvor faren eller risikoen ved en vis adfærd ikke erkendes. Det kan skyldes senil demens, men kan også forekomme hos personer, som er bevidsthedslørede eller uklare eller som befinder sig i en forvirringstilstand. Dette er søgt beskrevet i stk. 1. Midler, som anvendes til fiksering, d.v.s. bælte, fod- eller håndremme eller handsker, jfr. § 14, stk. 1, må ikke anvendes som beskyttelsesmidler. Man skal altid følge de strengere regler i §§ 14 og 15, når formålet er afværgelse af farlig adfærd. Det er nødvendigt at fastholde dette for at undgå risiko for omgåelse.

Brug af beskyttelsesmidler kræver også lægeordination. Lægen skal efter indstilling fra sygeplejepersonalet ordinere, i hvilket omfang og i hvilke situationer et vist middel må benyttes og samtidig bestemme, hvornår ordinationen skal tages op til fornyet vurdering. Det påhviler sygeplejepersonalet at påse, at beskyttelsesmidler ikke benyttes i videre omfang, end hensynet til patientens sikkerhed kræver, og at spørgsmålet om ændring af ordinationen rejses så snart, der er anledning dertil. Beskyttelsesmidler skal i videst muligt omfang erstattes af andre foranstaltninger, som giver fornøden sikkerhed, herunder tilstrækkeligt personale til at tage sig af ikke blot patienternes behov for pleje og omsorg, men også af deres almindelige velbefindende og give dem mulighed for at skifte opholdssted, gå tur og anden form for udfoldelse.

Den faktiske anvendelse af tvang, være sig tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, fiksering eller fysisk magtanvendelse, skal i hvert enkelt tilfælde registreres og indføres i tvangsprotokollen, ifr. § 18, stk. 1. For så vidt angår beskyttelsestvang har udvalget fundet det tilstrækkeligt, at selve lægeordinationen indføres i tvangsprotokollen for ikke at fylde denne op med en lang række daglige notater. Ordinationsnotatet skal indeholde specifikation af de situationer, hvor beskyttelsesforanstaltninger må bringes i anvendelse, og af de midler, der må benyttes.

Fiksering.§ 14.

Ved tvangsmidler forstås bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Andre tvangsmidler må ikke benyttes.

Stk. 2. Tvangsmidler må kun benyttes, efter at en læge har tilset patienten og truffet bestemmelse herom. Hvis det af hensyn til den pågældendes egen eller andres sikkerhed er uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd fiksere en voldsom eller meget urolig patient ved at anvende et eller flere af de i stk. 1 nævnte tvangsmidler, men lægen skal da straks tilkaldes og afgøre om og i bekræftende fald hvilke tvangsmidler, der bør anvendes.

§ 15.

Tvangsmidler må kun anvendes over for personer, der ved deres adfærd udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast, og når mindre indgribende foranstaltninger ikke giver fornøden sikkerhed.

Stk. 2. Det påhviler **til** stadighed overlægen at påse, at benyttelse af tvangsmidler, hvis anvendelse ikke længere er strengt påkrævet, straks bringes til ophør.

Stk. 3. En person, over for hvem et eller flere af de i § 14, stk. 1 nævnte tvangsmidler bringes i anvendelse, må ikke lades alene, men skal have fast vagt eller til stadighed være under opsyn af sygeplejepersonalet.

Magtanvendelse.§ 16.

Fysisk magtanvendelse er ikke tilladt i andre tilfælde og i videre omfang end bestemt i stk. 2.

Stk. 2. En person, der er indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling, må fastholdes og om fornødent føres til et andet opholdssted på sygehuset, hvis den pågældende ved sin adfærd udsæt-

ter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast. Magtanvendelsen må kun benyttes, hvis mindre indgribende foranstaltninger ikke giver fornøden sikkerhed og må ikke gå videre end strengt nødvendig.

#### Beskyttelsesforanstaltninger:

##### § 17.

Ved beskyttelsestvang forstås ethvert middel, der mod den pågældendes vilje udelukkende tjener til at forhindre, at en person ved sin sædvanlige adfærd utilsigtet udsætter sig for væsentlig fare.

Stk. 2. Beskyttelsestvang må kun benyttes, efter at en læge har tilset den pågældende og truffet bestemmelse om de enkelte foranstaltninger og i hvilke situationer, de må anvendes.

Fornytt vurdering skal foretages med passende mellemrum.

#### Registrering af tvangsanvendelse.

##### § 18.

Enhver anvendelse af tvang, jfr. §§ 4-8 og 14-16 og ordination i henhold til § 17, skal registreres i afdelingens tvangsprotokol.

Stk. 2. Ministeren fastsætter de nærmere regler om brugen af tvangsmidler, herunder om registrering og indberetning af tvang til amtsrådet og til den myndighed, der fører tilsyn med de psykiatriske sygehuse og afdelinger.

#### Kapitel 7. Patientrettigheder.

I lovudkastets kapitel 7 findes reglerne om patientrådgivere og om patientråd. Der henvises herom til henholdsvis kapitel 10 om tilsynsværge eller patientrådgiver og kapitel 14 om brugerindflydelse. Om patientrettigheder iøvrigt henvises der til betænkningens kapitel 15.

Beskikkelse af patientrådgiver skal ske, uden at der fremsættes nogen begæring herom i alle tilfælde af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse eller tvangsbehandling. Den vagthavende sygeplejerske iværksætter straks dette, normalt ved telefonisk underretning til patientrådgiveren om indgrebet, medmindre meddelelsen kan gives direkte til patientrådgiveren, fordi denne tilfældigvis befinder sig på afdelingen i anden anledning. Hver afdeling udstyres med en liste over patientrådgivere, som er antaget til hvervet.

Ved anden form for tvangsanvendelse, d.v.s. fiksering, fysisk magtanvendelse eller brug af beskyttelsesforanstaltning, skal der kun beskikkes en patientrådgiver, hvis patienten selv fremsætter begæring herom. Beskikkelsen er ikke fakultativ i den forstand, at det tilkommer den vagthavende sygeplejerske eller andre at skønne over, om begæringen er mere eller mindre velbegrundet. Når en begæring er fremsat af patienten selv, skal beskikkelse straks finde sted. Begæringer, der fremsættes af andre, er ikke relevante. Pårørende og andre kan i eget navn indgive klage til klageorganet, som herefter vil behandle sagen. Der er efter udvalgets opfattelse et stort behov for at give den kvalificerede bistand, som en patientrådgiver kan yde til den, som er indlagt på psykiatrisk afdeling, og som undergives tvangsforanstaltninger, hvorimod udenforstående pårørende m.fl. i givet fald må være i stand til selv at formulere deres klager.

Om adgangen til eventuelt at beskikke nære pårørende som patientrådgivere, om rekruttering, uddannelse og honorering henvises til kapitel 10.

Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om klienten og ikke må nøjes med, hvad klienten selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til klientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt. Udvalget har søgt at imødekomme disse modstridende hensyn ved udformningen af reglen i § 20, stk. 3.

Vedrørende reglerne for patientråd henvises der til udkast til disse, se nærmere betænkningens kapitel 14 sidste afsnit, hvor de er gengivet. Patientråd foresilås indført, fordi udvalget er af den opfattelse, at patientråd og patientmøder er gavnlige som et middel til højnelse af de indlagtes selvrespekt og personalets holdninger, hvorved patientråd indirekte også vil forebygge en mindre god praksis og dermed forbedre patienternes faktiske retsstilling.

#### Patientrådgiver.

##### § 19.

For personer, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller som undergives tvangsbehandling, skal der beskikkes en personlig patientrådgiver. Ved anden form for tvangsanvendelse, jfr. kapitel 6, skal der efter begæring foretages tilsvarende beskikkelse.

Stk. 2. Beskikkelse sker i hvert enkelt tilfælde ved underretning fra afdelingen til patientrådgiveren om tvangsindgrebet. Underretning gives hurtigst muligt, normalt telefonisk, straks efter at en person modtages til tvangsindlæggelse, og samtidig med at overlægen træffer bestemmelse om tvangstilbageholdelse eller tvangsbehandling.

Stk. 3. Patientrådgiveren opsøger snarest muligt den, for hvem rådgiveren er beskikket, og holder sig til stadighed i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter foregå mindst 1 gang om ugen i de følgende fire uger og i øvrigt efter behov.

Stk. 4. Patientrådgiveren har tavshedspligt om de forhold, som den, som patientrådgiveren er beskikket for, betror sig om og om andre personlige forhold, som patientrådgiveren kommer til kendskab om i forbindelse med hvervet.

Stk. 5. Hvervet som patientrådgiver ophører samtidig med, at tvangsindgrebet bringes til ophør bortset fra bistand til gennemførelse af klager, som er fremsat, eller som samtidig iværksættes.

§ 20.

Patientrådgiveren yder bistand ved afgivelse af et eventuelt samtykke til fortsat ophold og behandling på psykiatrisk afdeling og vejleder om alle forhold, som har betydning for tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse, herunder ved iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Patientrådgiveren skal handle i samråd med den, tvangsindgrebet er rettet imod, og bedst muligt varetage dennes interesser og er om fornødent beføjet til at handle på dennes vegne.

Stk. 2. Der må ikke lægges hindringer i vejen for patientrådgiverens personlige, skriftlige eller telefoniske forbindelse med den, for hvem rådgiveren er beskikket.

Stk. 3. Patientrådgiveren har ret til at stille spørgsmål til overlægen og sygeplejepersonalet, men har ikke krav på oplysninger, som af lægelige grunde ikke gives til den, som tvangsindgrebet er rettet imod. Videregivelse af oplysninger til patientrådgiveren er betinget af, at den, for hvem patientrådgiveren er beskikket, ikke modsætter sig dette. Overlægen er dog forpligtet til at give patientrådgiveren de oplysninger, der er nødvendige for at denne kan varetage sit hverv.

§ 21.

Patientrådgivere antages efter ansøgning af tilsynsmyndigheden. Hvervet som patientrådgiver honoreres efter de til enhver tid af ministeren fastsatte takster.

Stk. 2. Ministeren fastsætter de nærmere regler om antagelse af patientrådgivere, deres opgaver og nærmere beføjelser.

Patientråd.g 22.

Der oprettes patientråd for og afholdes patientmøder på de psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger.

Stk. 2. Ministeren fastsætter vejledende regler om oprettelse af patientråd og om disses opgaver og nærmere beføjelser.



## Kapitel 8.

### Klageadgang og domstolsprøvelse.

I dette kapitel findes reglerne om adgangen til at klage, klageorganer og domstolsprøvelse. Der henvises til betænkningens kapitel 16 om klageorgan og klageregler og til kapitel 19 om domstolsprøvelse og retsplejelovens kapitel 43 a. De følgende lovbestemmelser må betragtes som foreløbige udkast, da de selv sagt først kan finde deres endelige form, når det er afklaret, hvilke ændringer der bliver gennemført vedrørende patientklagenævn m.v. indenfor sundhedsvæsenet som sådant.

#### § 23.

Der nedsættes et eller flere patientklagenævne i hver amtskommune. Patientklagenævnet fører tilsyn med alle forhold på de psykiatriske sygehusafdelinger, som er omfattet af kapitel 1, 2, 3, 6 og 7 i denne lov og afgør endvidere klager over disse forhold.

Stk. 2. Patientklagenævnets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes ved nævnets foranstaltning efter begæring for byretten, hvor disse sager behandles efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a om domstolens prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Nævnets andre afgørelser kan påklages til patientombudsmanden/det centrale patientklagenævn.

#### § 24.

Patientklagenævnet består af tre medlemmer, en advokat som formand, en speciallæge i psykiatri eller en anden læge med kendskab til psykiatri og en repræsentant for de sindslidende. Patientombudsmanden/det centrale patientklagenævn beskikker efter indstilling nævnets medlemmer for en periode af 2 år ad gangen. Indstillinger til hvervet som medlem af et patientklagenævn afgives vedrørende advokater af Advokatrådet, for læger af Dansk Psykiatrisk Selskab, og af de i vedkommende amtskommune værende

patientorganisationer for sindslidende for så vidt angår deres repræsentanter. Der skal indstilles tre repræsentanter til hver post. Valget mellem disse træffes af patientombudsmanden/det centrale patientklagenævn.

§ 25.

Patientombudsmanden/det centrale patientklagenævn forestår antagelse af patientrådgivere, deres aflønning og afholder de for deres efteruddannelse nødvendige kurser.

Kapitel 9. Ikrafttrædelse m.v.

§ 26.

Denne lov træder i kraft den .....

Stk. 2. Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold ophæves.

§ 27.

Denne lov gælder ikke for Færøerne og Grønland.

## Kapitel 2.

### Oversigt over de nugældende regler, det nuværende behandlingsapparat, tvangsindlæggelsesstatistik og klagepraksis.

Dette kapitel indeholder en række faktiske oplysninger, som er indgået i grundlaget for udvalgets overvejelser om, hvilke regler der bør gælde i fremtiden. Kapitlet indledes med en oversigtsmæssig fremstilling af de nugældende regler vedrørende sindssyge personers hospitalsophold. Dernæst gives der en række faktiske oplysninger om behandlingsapparatet, og i afsnit 3 redegøres der for udviklingen i antallet og fordelingen af tvangsindlæggelser. Kapitlet afsluttes med en gennemgang af klagesager i henholdsvis justitsministeriet og sundhedsstyrelsen.

#### 1. Beskrivelse af den nugældende sindssygelovgivning.

Retsgrundlaget for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af sindssyge personer og retsgarantierne i forbindelse hermed findes i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, i det følgende betegnet som sindssygeloven. Loven er siden 1938 kun blevet ændret på et væsentligt punkt, og det skete ved lov nr. 175 af 11. juni 1954, hvor der som en konsekvens af grundlovens § 71, stk. 6, blev indsat regler om adgang til domstolsprøvelse. Der er i tilknytning til loven udstedt en række administrative forskrifter og vejledninger.

#### b)j. Tvangsindlæggelse.

For at tvangsindlægge en person skal en læge efter en foretaget undersøgelse finde følgende betingelser opfyldt:

- a. at den pågældende er sindssyg, samt
- b. at det vil være uforsvarligt at undlade indlæggelse, enten fordi den syge er farlig for sig selv eller andre, eller fordi udsigterne for den syges helbredelse væsentligt vil

forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted.

Ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation udfærdiges erklæringen på røde papirer, medens erklæringen ved indlæggelse på helbredelsesindikation (behandlingsindikation) udfærdiges på gule papirer, der inden indlæggelsen skal være godkendt af embedslægen, i København af stadslægen i forening med justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik. Den læge, der udsteder den nævnte erklæring efter foretagen undersøgelse, må ikke være ansat på det psykiatriske sygehus, hvorpå den sindssyge tvangsindlægges.

Tvangsindlæggelsen af den sindssyge skal ske inden 4 uger efter den til grund for lægeerklæringen hvilende undersøgelse. I særligt påtrængende og i praksis sjældent forekommende tilfælde kan tvangsindlæggelse dog finde sted, uden at lægeerklæring foreligger, men en sådan erklæring skal da så vidt muligt fremskaffes i løbet af 3 dage efter indlæggelsen.

Politiet medvirker ved den praktiske gennemførelse af tvangsindlæggelse. Forinden bistand til indlæggelse ydes, påser politiet, at betingelserne for tvangsindlæggelse af den pågældende person er til stede, herunder navnlig at de for indlæggelsen foreskrevne erklæringer foreligger i behørigt udfyldt stand.

Ved modtagelsen af patienten træffer overlægen på den psykiatriske afdeling afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og hvorvidt patienten bør modtages til behandling for sin sygdom. Ved sin afgørelse foretager overlægen en efterprøvelse af såvel de formelle betingelser som de materielle betingelser for tvangsindlæggelsen. I praksis må overlægen ofte modtage patienten og holde den pågældende under observation i en vis tid, før der kan stilles en endelig psykiatrisk diagnose, og det dermed kan konstateres, om de materielle betingelser, herunder tilstedeværelsen af sindssygdom, i virkeligheden var opfyldt ved tvangsindlæggelsen. Nedenfor i kapitel 17 er der nærmere redegjort for fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse.

Om adgangen efter sindssygelovens § 10 til at frihedsberøve sindssyge, der findes farlige for retssikkerheden, henvises til betænkningens kapitel 8.

#### B. Tvangstilbageholdelse.

En patient skal, uanset om den pågældende er tvangsindlagt eller frivilligt har ladet sig indlægge, nægtes udskrivning, hvis den behandlende læge på sygehuset finder, at patienten er sindssyg, og udskrivning vil være uforsvarlig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller andre, eller fordi udsigterne for helbredelse vil blive væsentlig forringet, hvis udskrivning finder sted. Disse tilbageholdelsesindikationer svarer til tvangsindlæggelseskriterierne. Herudover kan lægen kun nægte at udskrive en patient, der er sindssyg, hvis udskrivning må forventes at medføre væsentlige ulemper for patienten selv (ulempeindikation), men i disse tilfælde skal lægen på egen hånd forelægge tilbageholdelsen for justitsministeriet til godkendelse.

#### C. Tilsynsværgebeskikkelse.

Ved tvangsindlæggelse skal der beskikkes en tilsynsværge for patienten. Det påhviler politiet at give den fornødne meddelelse til skifteretten, der beskikker tilsynsværgen. Hvis patienten tilbageholdes, har den pågældende ret til efter begæring at få beskikket en tilsynsværge. I så fald påhviler det overlægen at foretage den nødvendige indberetning til skifteretten. Det er tilsynsværgens hovedopgave at holde sig underrettet om patientens tilstand og sørge for, at opholdet på sygehuset ikke varer længere end nødvendigt, herunder være patienten behjælpelig ved rejsning af klagesag.

#### D. Klageadgang.

Efter sindssygeloven skal den behandlende læge i tilfælde af tvangstilbageholdelse på forlangende af den, der har fået afslag på sin udskrivningsbegæring, forelægge sagen for justits-

ministeriet, der inden en måned afgør, hvorvidt tilbageholdelsen skal opretholdes eller udskrivning skal finde sted. Den tvangstilbageholdte patient eller den, der handler på patientens vegne, har også mulighed for selv at indbringe sagen direkte for justitsministeriet. Såfremt tilbageholdelsen sker med hjemmel i ulempeindikationen, skal lægen af egen drift forelægge tilbageholdelsesbeslutningen for justitsministeriet til godkendelse. I praksis sker der forelæggelse af sager om tilbageholdelse i videre omfang end foreskrevet i loven, idet den behandlende læge ofte kan foretrække også at indbringe sager om tilbageholdelse på farligheds- og behandlingskriteriet, selv om patienten ikke udtrykkeligt har anmodet om sagens forelæggelse for justitsministeriet.

Såfremt justitsministeriet tiltræder udskrivningsnægtelsen, kan spørgsmål om udskrivning ikke på ny rejses over for justitsministeriet, før der er gået 4 måneder efter justitsministeriets afgørelse. Dette udelukker naturligvis ikke, at spørgsmålet om udskrivning kan rejses over for den behandlende læge inden for denne 4 måneders periode. Hvis sagen har været behandlet ved retten, jfr. nedenfor, regnes 4 måneders fristen fra rettens afgørelse.

En patient, der er blevet tvangsindlagt, kan klage over selve tvangsindlæggelsen efter de samme regler, der gælder med hensyn til klager over en tvangstilbageholdelse.

#### E. Domstolsprøvelse.

Patienten kan forlange, at spørgsmålet om lovligheden af en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse indbringes for en domstol. Så længe patienten er indlagt mod sin vilje, kan en eventuel domstolsprøvelse af en tvangstilbageholdelses lovlighed først finde sted, når justitsministeriet har truffet afgørelse i sagen.

På patientens begæring indbringer den myndighed, der har truffet afgørelse om tvangstilbageholdelsen, sagen for retten i overensstemmelse med reglerne i retsplejelovens kapitel 43

a ~~en~~ prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Heraf følger bl.a., at sagen inden 5 søgningedage indbringes for byretten på patientens hjemsted. Byrettens afgørelse kan i givet fald ankes til landsretten.

#### F. Anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse.

Spørgsmålet om adgangen til at anvende tvang i forbindelse med behandlingen af psykiatriske patienter er ikke udtrykkeligt reguleret i sindssygeloven. Sundhedsstyrelsen har i cirkulærer af 21. oktober 1982 og af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiatriske lidelser fastsat administrative bestemmelser om adgangen til tvangsbehandling, og i cirkulære af 28. juni 1985 er der fastsat nærmere retningslinier for anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger over for patienter på psykiatriske sygehuse og afdelinger m.v. Cirkulærerne er omtalt nærmere nedenfor i kapitel 9. I denne forbindelse skal alene bemærkes, at klager over den lægelige behandling, herunder eventuel tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse, henhører under sundhedsstyrelsen.

#### G. Folketingets § 71, stk. 7-tilsyn og folketingets ombudsmand.

Ud over de oven for nævnte administrative klage- og kontrolorganer - justitsministeriet for så vidt angår tvangsendlægning og tvangstilbageholdelse og sundhedsstyrelsen for så vidt angår den lægelige behandling og eventuel tvangsanvendelse i forbindelse hermed - skal kort omtales to institutioner, som indførtes med grundloven i 1953: folketingets § 71, stk. 7-tilsyn og folketingets ombudsmand.

Det af folketinget i henhold til § 71, stk. 7, nedsatte tilsyn består af 9 medlemmer og har efter grundloven til opgave at føre tilsyn med behandlingen af administrativt frihedsberøvede personer, herunder tvangsendlagte og tvangstilbageholdte patienter. Med udtrykket "behandlingen" er der formentlig navnlig sigtet til de forhold, som de administrativt frihedsberøvede er undergivet på institutionerne, herunder adgang til

beskæftigelse, anbringelsesform og personalets adfærd. Uden for tilsynets kompetence falder spørgsmål vedrørende lovligheden af en administrativ frihedsberøvelse, hvortil der er adgang til efterfølgende domstolsprøvelse, jfr. grundlovens § 71, stk. 6 og retsplejelovens kapitel 43a.

Folketingets ombudsmand har i både generelle og konkrete sager haft en væsentlig betydning med hensyn til psykiatriske patienters forhold, ikke mindst forud for udlægningen af statshospitalerne i 1976 til amtskommunerne. På grund af den delvis konkurrerende kompetence med folketingets § 71, stk. 7-tilsyn er det i § 5, stk. 4 i instruksen for folketingets ombudsmand fastsat, at klager over behandlingen af personer, der er berøvet deres personlige frihed uden for stråfferetsplejen, skal henvises til det af folketinget i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nedsatte tilsyn, der kan overdrage ombudsmanden at medvirke ved behandlingen af sådanne klager, for så vidt de er rettet mod nogen, der henhører under ombudsmandens virksomhed.

Som eksempel på ombudsmandens indsats på området kan fremhæves hans gentagne henstillinger om, at adgangen til anvendelse af tvangsmidler nærmere reguleres, jfr. nedenfor kapitel 9, hvortil der henvises.

## 2. Den psykiatriske sygehusfunktion.

### A. Generelt om sygehusvæsenet.

Efter lov om sygehusvæsenet, jfr. lovbekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985, varetages sygehusvæsenet af amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner med de begrænsninger, der følger af opretholdelsen af statslige sygehuse. I det følgende omfatter betegnelsen amtskommuner også Københavns og Frederiksberg kommuner.

I løbet af 1970'erne blev en række statslige sygehuse, herunder statshospitalerne for sindslidende, overført til amtskommunerne. Kun Rigshospitalet (incl. Finseninstitutet og Fy-



siurgisk Hospital i Hornbæk) drives fortsat af staten.

Der findes et antal private sygehuse. Disse drives i tæt samarbejde med det amtskommunale sygehusvæsen og belægges for offentlig regning.

I 1983 var ca. 91% af sygehussengene placeret på amtskommunale sygehuse, ca. 6% på Rigshospitalet og ca. 3% på private sygehuse.

I 1983 var der i alt 125 sygehuse med et samlet sengetal på ca. 37.900, svarende til 7,4 senge pr. 1.000 indbyggere. Det årlige antal indlæggelser var ca. 984.000, svarende til 192 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Personalet udgjorde ca. 93.300 (omregnet til heltidsansatte). Driftsudgifterne udgjorde ca. 21 mia. kr., svarende til 4% af bruttonationalproduktet og 7% af de samlede offentlige udgifter.

Anlægsudgifterne til sygehusvæsenet udgjorde ca. 860 mio. kr.

Sygehusudgifternes andel af de samlede amtskommunale udgifter udgjorde ca. 56%.

Sygehusudgifterne afholdes fuldt ud af amtskommunerne bortset fra særlige statslige tilskudsordninger (til nyretransplantations- og dialysebehandlinger, Polioforeningens ambulatorium på Tuborgvej m.v.).

Hver amtskommune skal yde vederlagsfri sygehusbehandling til de personer, der har bopæl i amtskommunen. Amtskommunen skal endvidere yde vederlagsfri akut sygehusbehandling til de personer, der midlertidigt opholder sig i amtskommunen.

Hvis en amtskommune ikke råder over alle de nødvendige specialafdelinger/funktioner i eget sygehusvæsen, skal amtskommunen gennem indgåelse af benyttelsesaftaler eller lignende sikre, at amtskommunens borgere får adgang til at blive behandlet vederlagsfrit ved sygehusvæsen i andre amtskommuner, der rummer de relevante behandlingsmuligheder, eventuelt Rigs-

hospitalet.

Herudover indeholder sygehusloven ingen nærmere regler om indholdet af de sygehusydelse, den enkelte borger har ret **til**.

Dette modsvarer af, at amtskommunens varetagelse af sygehusvæsenet kun i meget begrænset omfang er reguleret af centralt fastsatte regler. Eksempelvis er der ingen centralt fastsatte standarder og normer for dimensionering af sygehuskapaciteten, personalenormering m.v. Endvidere er tidligere krav om statslig godkendelse af amtskommunernes sygehusplaner m.v. ophævet ved en ændring af sygehusloven i 1985.

Inden for sygehuslovens rammer er ansvaret for varetagelsen af sygehusvæsenet således fuldtud decentraliseret til amtskommunerne.

Indenrigsministeriets og sundhedsstyrelsens opgaver inden for sygehusvæsenet er af mere generel og rådgivende karakter. Indenrigsministeriet skal således udfærdige vejledende retningslinier for den planlægning af sygehusvæsenet, som det efter loven påhviler amtskommunerne at foretage. Indenrigsministeriet kan i forbindelse hermed udpege områder/funktioner inden for sygehusvæsenet, som amtskommunerne bør være særlig opmærksomme på ved planlægningen af sygehusvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har særligt til opgave at yde (læge)faglig rådgivning til amtskommunerne om varetagelsen og planlægningen af sygehusvæsenet.

I årene siden 1970, hvor reglerne om sygehusplanlægning blev indført, har indenrigsministeriet udsendt en række vejledende retningslinier, dels om sygehusvæsenet mere generelt, dels om særlige områder, f.eks. psykiatri, jfr. nedenfor. Disse retningslinier er for tiden (efteråret 1985) under revision.

#### B. Særligt om den psykiatriske sygehusfunktion.

Den 1. april 1976 blev statens hospitaler for sindslidende

overført til amtskommunerne, jfr. lov nr. 328 af 26. juni 1975, og de drives og planlægges herefter i overensstemmelse med reglerne i sygehusloven. Indtil overførelsen blev den overvejende del af de psykiatriske sygehuse og afdelinger drevet og finansieret af staten. Alene Københavns kommune drev eget psykiatrisk sygehusvæsen (Set. Hans hospital ved Roskilde m.v.), men i kraft af en særlig refusionsordning afholdt staten hovedparten af udgifterne også til driften af det psykiatriske sygehusvæsen i Københavns kommune.

Nogle amtskommuner havde dog i årene inden overførelsen etableret mindre psykiatriske afdelinger i tilslutning til de amtskommunale (somatiske) sygehuse.

I årene efter 1976 har amtskommunerne etableret nye psykiatriske afdelinger ved de somatiske sygehuse, og nogle af de bestående afdelinger er udvidet. Samtidig er der sket en vis udtynding (sengenedlæggelse) og modernisering af de tidligere statshospitaler (de psykiatriske sygehuse m.v.). Hovedparten af den psykiatriske sygehuskapacitet i amtskommunerne er imidlertid fortsat stort set identisk med de psykiatriske sygehuse (statshospitaler), amtskommunerne overtog fra staten og hvoraf en væsentlig del er bygget/ibrugtaget i sidste århundrede og begyndelsen af dette århundrede.

Som annex til dette afsnit er optaget en oversigt over psykiatriske sygehuse og afdelinger fordelt på amtskommuner pr. 31. december 1983. Oversigten viser bl.a., at den psykiatriske sygehuskapacitet er ujævnt fordelt mellem amtskommunerne, hvilket skyldes, at nogle amtskommuner ved overførelsen af statshospitalerne modtog et sygehus, der var dimensioneret til at betjene et større område end amtskommunen, medens andre amtskommuner ikke overtog noget sygehus og derfor i væsentligt omfang (fortsat) må betjenes af sygehuse i andre amtskommuner.

Siden overførelsen har amtskommunerne planlagt den psykiatriske sygehusfunktion med udgangspunkt i de vejledende retningslinier, der er indeholdt i indenrigsministeriets cirkulære

fra april 1977 om planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen (integration med det somatiske sygehusvæsen, distriktspsykiatrisk organisation, øget ambulant behandling og deldøgnsbehandling, øget samarbejde med primær sundhedstjeneste og socialsektor m.v.).

Ved overførslen i 1976 var der i alt ca. 12.300 sengepladser på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

I 1983 var der i alt 9.443 senge på psykiatriske sygehusafdelinger, svarende til 25% af det samlede sengeantal i sygehusvæsenet og svarende til 1,8 senge pr. 1.000 indbyggere.

Af de i alt 9.443 psykiatriske sygehussenge var 1.295, svarende til 14%, placeret på psykiatriske afdelinger på almindelige (somatiske) sygehuse, medens 8.148, svarende til 86%, var placeret på psykiatriske sygehuse (de tidligere statshospitalet og de dertil hørende (H-)plejehjem, Set. Hans Hospital m.v. samt nervesanatorier).

Driftsudgifterne til de psykiatriske sygehuse\*) udgjorde i 1983 ca. 2,3 mia. kr., svarende til 11% af de samlede driftsudgifter til sygehusvæsenet. Anlægsudgifterne udgjorde ca. 36 mio. kr., svarende til 4% af de samlede anlægsudgifter til sygehusvæsenet. \*(Nedenfor anførte tal om ressourceforbruget vedrører alene de psykiatriske sygehuse og omfatter altså ikke de psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse. Ressourcestatistikken opgøres på sygehusniveau. For at få et billede af det samlede ressourceforbrug til psykiatrien skal tallene rent skønsmæssigt forhøjes med ca. 20%).

Personalet var på ca. 10.700, svarende til ca. 11% af det samlede personaleforbrug i sygehusvæsenet. Personaleforbruget pr. seng udgjorde ca. 1,31 mod gennemsnitlig 2,75 på de somatiske sygehuse.

På det "bedst" bemandede psykiatriske sygehus var personale-tallet 1,57 pr. seng, på det "dårligst" bemandede (bortset fra H-plejehjem) 0,91 pr. seng.

Personalesammensætningen på de psykiatriske sygehuse afviger betydeligt fra de somatiske sygehuse, jfr. nedenstående oversigt over sygehusenes personale fordelt på somatiske og psykiatriske sygehuse (januar 1983).

	Psykiatriske sygehuse		Somatiske sygehuse	
	Antal 1)	%-vis fordeling	Antal 1)	%-vis fordeling
Læger	410	3,8	7.380	9,0
Andre akademi- sk uddannede	165	1,5	527	0,6
Sygeplejersker	1.610	15,0	18.356	22,6
Andre plejeudd. 2), sygeafd.				
iøvrigt	4.757	44,5	26.889	32,8
Elever	535	5,0	6.227	7,6
Sygeafdelinger i alt	7.478	69,9	59.378	72,5
Administration	251	2,3	2.648	3,2
Andet personale ved hjælpeafd.	2.972	27,8	19.899	24,3
Hjælpeafdelin- ger i alt	3.223	30,1	22.547	27,5
Sygehusafde- linger totalt	10.701	100,0	81.926	100,0

Note: Afrundingerne kan medføre mindre afvigelser mellem summen af enkelttallene og totaltallene.

1) Omregnet til heltidsansatte.

2) Sygejælpere, plejere og plejersker m.v.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 11:16:1983.

Af oversigten fremgår bl.a., at lægerne udgør 3,8% af personalet på de psykiatriske sygehuse, men 9% af personalet på de somatiske sygehuse. Endvidere at sygehjælpere/plejere/plejersker udgør 44,5% på de psykiatriske sygehuse mod 32,8% på de somatiske.

Aktiviteten på de psykiatriske sygehusafdelinger.

Det årlige antal indlæggelser på psykiatriske afdelinger er

på ca. 40.000, svarende til 7,8 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Antallet af genindlæggelser er omkring 70%. I 1983 blev ca. 22.000, svarende til 55%, indlagt på psykiatriske sygehuse, medens ca. 18.000, svarende til 45%, blev indlagt på psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse.

Tallene afspejler, at der på de psykiatriske sygehuse er et betydeligt antal langtidsindlagte patienter, hvorfor kun en del af sengene er til rådighed for nyindlæggelse. Over 50% af sengene er belagt med patienter, der har været indlagt mere end 1 år.

På de psykiatriske sygehuse var patientomsætningen pr. seng i 1983 ca. 3,0, på psykiatriske afdelinger i tilknytning til somatiske sygehuse ca. 13,6.

I tabel 1 er antallet af indlæggelser i 1983 fordelt på køn, alder og diagnose.

Det fremgår bl.a. af tabellen, at der i 1983 blev indlagt flere kvinder end mænd, at de fleste indlæggelser lå i aldersgruppen 25-44, samt at diagnosegruppen reaktive tilstande tegnede sig for knap halvdelen af indlæggelserne.

Tabel 1. Indlæggelser fordelt efter køn, alder og (hoved)diagnose. Psykiatrisk sygehus, psykiatrisk afdeling og nervesanatorium. 1983.

Diagnose	0-14 år		15-24 år		25-44 år		45-64 år		65-74 år		75 år og derover		Total M+K	Total %		
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K				
1. Skizofreni	6	0	510	200	2273	1040	488	537	91	154	42	77	3410	2008	5418	13,7
2. Maniodepressiv psykose	2	1	68	109	692	992	776	1623	251	892	107	479	1896	4096	5992	15,1
3. Organiske hjernelidelser	4	1	178	79	351	269	497	444	437	496	682	1082	2149	2371	4520	11,4
4. Reaktive tilstande	100	28	944	771	5612	4225	2743	2995	286	730	65	207	9750	8956	18706	47,1
5. Andre tilstande	148	88	606	399	920	1156	405	762	113	235	48	167	2240	2807	5047	12,7
Totalt	260	118	2306	1558	9848	7682	4909	6361	1178	2507	944	2012	19445	20238	39683	100,0
%	1,3	0,6	11,9	7,7	50,6	38,0	25,2	31,4	6,1	12,4	4,9	9,9	100,0	100,0	-	-

Note: Organiske hjernelidelser omfatter alle senile og præsenile demenstilstande samt alle psykiske lidelser i forbindelse med infektioner, kredsløbslidelser, svulster, traumer m.v., der afficerer centralnervesystemet.

Gruppen reaktive tilstande er meget sammensat og omfatter reaktive psykoser, neuroser, psykopati, oligofreni samt misbrugssygdomme alkoholisme og narco-mani.

Gruppe 5 "andre tilstande" rummer alle øvrige diagnoser.

Kilde: Institut for psykiatrisk demografi.

I tabel 2 er udskrivningerne i 1983 fordelt på alder og opholdets varighed.

Tabel 2. Udskrivninger fordelt på alder og varighed 1983.

Varighed	0-3 mdr.	%	3-12 mdr	%	1 år +	%	Ialt	%
Alder								
0-14 år	265	71,0	101	27,1	7	1,9	373	100
15-24 år	3.313	86,5	474	12,4	45	1,2	3.832	100
25-44 år	16.034	91,4	1.322	7,5	185	1,1	17.541	100
45-64 år	10.214	89,7	897	7,9	273	2,4	11.384	100
65 år +	5.189	72,6	976	13,7	980	13,7	7.145	100
I alt	35.015	86,9	3.770	9,4	1.490	3,7	40.275	100

Kilde: Institut for psykiatrisk demografi.

Det fremgår bl.a. af tabel 2, at mere end 86% af udskrivningerne fandt sted, inden der var gået 3 måneder, medens 3,7% blev udskrevet efter mere end 1 års indlæggelse. Patienter på mere end 65 år havde den største andel af de langvarige indlæggelser.

I tabel 3 er udskrivningerne i 1983 fordelt på diagnose og varighed.

Tabel 3. Udskrivninger fordelt på diagnose og varighed 1983.

Varighed	0-3 mdr.	%	3-12 mdr	%	1 år +	%	Ialt	%
Alder								
1. Skizofreni	4.398	77,8	739	13,1	516	9,1	5.653	100
2. Maniodepres- siv psykose	5.396	89,1	567	9,4	92	1,5	6.055	100
3. Organiske hjerneli- delser	3.351	70,1	737	15,4	689	14,4	4.777	100
4. Reaktive tilstande	17.171	91,7	1.416	7,6	129	0,7	18.716	100
5. Andre tilstande	4.699	92,6	311	6,1	64	1,3	5.074	100
Totalt	35.015	86,9	3.770	9,4	1.490	3,7	40.275	100

Kilde: Institut for psykiatrisk demografi.



Det fremgår bl.a. af tabel 3, at mere end 90% af patienterne med diagnoser inden for grupperne "reaktive tilstande" og "andre tilstande" blev udskrevet inden 3 måneder, medens 70% af patienterne med organiske hjernelidelser blev udskrevet inden 3 måneder og 14,4% efter mere end 1 års indlæggelse. 77,8% af patienterne med skizofreni blev udskrevet inden 3 måneder, 9,1% efter mere end 1 års indlæggelse.

Selv om hovedparten af indlæggelserne på de psykiatriske sygehusafdelinger er forholdsvis kortvarige, er det de langvarigt indlagte, der præger patientsammensætningen, jfr. tabel 4 der viser, at 56% af de patienter, der var indlagt den 24. februar 1982 havde været indlagt i mere end 1 år, 20% havde været indlagt mellem 90 og 365 dage og 24% havde været indlagt i mindre end 90 dage.

Tabel 4.

Heldøgnspatienter pr. 24. februar 1982 fordelt efter indlæggelsesvarighed og diagnose. Procentfordeling.

Diagnose	indl.varigh. dage	%		ialt	Antal
		0-89 dage	90-365 dage		
Skizofreni	11	12	77	100	2789
Manio-depressiv psykose	49	25	26	100	947
Organisk hjernelidelse	9	13	78	100	2611
Reaktive tilstande	47	31	22	100	2147
Andre tilstande	33	27	40	100	522
Ialt	24	20	56	100	9016

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Sygehusstatistik 11:21:1984.

Det fremgår endvidere af tabel 4, at det er patienter med organiske hjernelidelser og skizofreni, der har den længste indlæggelsesvarighed (henholdsvis 78 og 77% af patienterne har været indlagt mere end 1 år). Patienter med reaktive tilstande havde de korteste indlæggelsestider, idet kun 22% af patienterne havde været indlagt mere end 1 år.

Det kan endvidere oplyses, at patienter over 65 år udgjorde

47% af de patienter, der pr. 24. februar 1982 havde været indlagt mere end 1 år.

#### Variationer i psykiatrisk sengeforbrug.

Forbruget af psykiatriske sengepladser i forhold til befolkningens størrelse varierer betydeligt amtskommunerne imellem.

Sengeforbruget i 1982 (målt som antal heldøgnspatienter på en tvær snitsdato) var i Københavns kommune på 5,37 pr. 1.000 indbyggere, mens sengeforbruget i Ribe amtskommune var på 0,88 pr. 1.000 indbyggere. En del af variationerne kan henføres til forskelle i befolkningens sammensætning på køn og alder.

T tabel 5 er en oversigt over indlagte patienter på en tvær snitsdato i 1982, fordelt efter bopæl og patienttype (heldøgns- og deldøgnspatienter).

Tabel 5.

Psykiatriske patienter pr. 24. februar 1982 fordelt efter bopæl og patienttype.

	Heldøgnspatienter		Deldøgnspatienter		Ialt	
	Antal pati- enter	Pr. 10.000 indbyg.	Antal pati- enter	Pr. 10.000 indbyg.	Antal pati- enter	Pr. 10.000 indbyg.
Bopæl						
København- komm.	2635	53,7	415	8,5	3050	62,2
Frederiksberg komm.	266	30,2	66	7,5	332	37,7
København- amt	815	13,1	498	8,0	1313	21,1
Frederiks- borg amt	362	11,0	87	2,6	449	13,6
Roskil- de amt	293	14,4	117	5,7	410	20,1
Vestsjæl- lands amt	496	17,8	95	3,4	591	21,2
Storstrøms amt	511	19,7	114	4,4	625	24,1
Bornholms amt	55	11,6	10	2,1	65	13,7
Fyns amt	575	12,7	201	4,4	776	17,1
Sønderjyl- lands amt	322	12,9	28	1,1	350	14,0
Ribe amt	188	8,8	71	3,3	259	12,1
Vejle amt	370	11,3	85	2,6	455	13,9
Ringkø- bing amt	269	10,2	56	2,1	325	12,3
Århus amt	931	16,1	329	5,7	1260	21,8
Viborg amt	330	14,3	100	4,3	430	18,6
Nordjyl- lands amt	598	12,4	82	1,7	680	14,1
Hele landet	9016	17,6	2354	4,6	11370	22,2

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Sygehusstatistik 11:21:1984.

Udviklingen i aktivitet, kapacitet og ressourceforbrug.

Det årlige antal indlæggelser har i en årrække været nogenlunde konstant; der er sket et betydeligt fald i liggetiden, hvilket har muliggjort en reduktion i antallet af sengepladser.

På de psykiatriske sygehuse er sengetallet reduceret fra 9.547 i 1979 til 8.148 i 1983. Personaleforbruget er faldet/steget fra 10.805, svarende til 1,13 pr. seng, til 10.701, svarende til 1,31 pr. seng.

På de psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse er sengetallet faldet fra 1.302 i 1979 til 1.295 i 1983.

Heldøgnsindlæggelser er i et vist omfang erstattet af deldøgnsindlæggelser, der derfor udviser en stigende andel af de indlagte.

Samtidig er der sket en stigning i den ambulante behandling.

Antallet af ambulante behandlinger steg fra 203.000 i 1979 til 241.000 i 1983.

Antallet af ambulante behandlede patienter udgjorde i 1982 ca. 28.000.

Det må forventes, at antallet af heldøgnsindlagte patienter vil falde yderligere i de kommende år i takt med udbygning af den ambulante behandling, herunder distriktspsykiatri, udbygning af omsorgs- og plejetilbudene i den sociale sektor m.v. Herved vil det blive muligt at foretage en yderligere reduktion af sengetallet på de (gamle) psykiatriske sygehuse samtidig med, at behandlingskapaciteten på de psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse forventes øget.

Om udviklingen inden for distriktspsykiatrien henvises til kapitel 3.

Endelig kan nævnes, at behandlingskapaciteten i psykiatrisk speciallægepraksis er blevet væsentlig forøget i de senere år, jfr. nedenstående oversigt.

Udviklingen i antal praktiserende speciallæger i psykiatri.

	<u>1977</u>	<u>1982</u>	<u>% stign.</u>
heltid	71	110	54,9
Deltid	110	112	1,8

I 5 års perioden 1977-1982 er der sket en betydelig stigning i antallet af praktiserende speciallæger i psykiatri og dermed i behandlingsmuligheder uden for sygehusvæsenet.

Psykiatri er det største praksisspeciale (bortset fra øre- og øjenlæge).

Anneks til afsnit 2B:

Oversigt over psykiatriske sygehuse og afdelinger fordelt på sygehuskommuner pr. 31. december 1983.

(Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygehusstatistik 11:24:85)

Normerede senge

Staten:

Rigshospitalet 116

Københavns kommune:

Kommunehospitalet 72

Bispebjerg hospital 153

Set. Hans hospital (incl. Holme 38, Avnstrup 223, Boserup 145 og Stubberupgård 50) 1.386

Lindegården 288

Brøndbylund 288

Ringbo (incl. Gyvelholm 22) 302

Sundbygård 210

Hedelund 288

I alt 2.987

Normerede sengeFrederiksberg kommune:

Frederiksberg hospital	120
------------------------	-----

Københavns amtskommune:

KAS Nordvang	708
KAS Stolpegård, Gentofte	<u>24</u>
I alt, senge	<u>732</u>

Frederiksborg amtskommune:

FAC Hillerød	160
FAC Montebello	<u>122</u>
I alt, senge	<u>282</u>

Roskilde amtskommune:Vestsjællands amtskommune:

Holbæk Centralsygehus	19
Slagelse Centralsygehus	58
Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland	334
Psykiatrihospitalet Filadelfia (incl. Solvang 38)	136
Holbæk Sygehjem	136
Sygehjemmet i Sorø	<u>85</u>
I alt, senge	<u>768</u>

Storstrøms amtskommune:

Næstved Centralsygehus	22
Amtshospitalet i Vordingborg	351
Amtsplejehjemmet i Stege	105
Behandlingshjemmet i Saxenhøj	<u>121</u>
I alt, senge	<u>599</u>

Bornholms amtskommune:

Bornholms Centralsygehus	<u>20</u>
--------------------------	-----------

	Normerede senge
<u>Fyns amtskommune:</u>	
Svendborg sygehus	34
Odense sygehus	112
Middelfart sygehus (incl. Hvedholm 75)	<u>475</u>
I alt, senge	<u>621</u>
 <u>Sønderjyllands amtskommune:</u>	
Augustenborg sygehus	<u>325</u>
 <u>Ribe amtskommune:</u>	
Esbjerg Centralsygehus	40
Psykiatrisk hospital i Hviding	<u>171</u>
I alt, senge	<u>211</u>
 <u>Vejle amtskommune:</u>	
Horsens Sygehus	40
Kolding Sygehus	38
Vejle Sygehus (incl. Hornsyld. 26)	127
Jysk Nervesanatorium, Vejlefjord	<u>100</u>
I alt, senge	<u>305</u>
 <u>Ringkøbing amtskommune:</u>	
Herning Centralsygehus	<u>53</u>
 <u>Århus amtskommune:</u>	
Silkeborg Centralsygehus	32
Randers Centralsygehus	25
Psykiatrisk Hospital i Århus	638
Råmosegård	102
Randers plejehjem	127
Dalstrup plejehjem	<u>126</u>
I alt, senge	<u>1.050</u>
 <u>Viborg amtskommune:</u>	
Viborg Sygehus Øst	551
Thisted Sygehus	<u>22</u>
I alt, senge	<u>573</u>

Normerede sengeNordjyllands amtskommune:

Hjørring Sygehus	32
Ålborg Psykiatriske Sygehus (incl. Visborggård 70)	346
Brønderslev Psykiatriske Sygehus	<u>303</u>
I alt, senge	<u>681</u>
<u>Hele landet, antal senge</u>	<u>9.443</u>

3. Tvangsindlæggelsesstatistik.

Det psykiatriske centralregister har statistiske oplysninger om samtlige psykiatriske indlæggelser i Danmark, herunder tvangsindlæggelser. Den senest bearbejdede årsstatistik er fra 1983.

I en årrække frem til 1973-1974 var antallet af tvangsindlæggelser i et niveau omkring 2.000 svarende til 5-6% af samtlige indlæggelser, som også siden har udgjort ca. 40.000 (tabel 6).

Inden for det sidste tiår er antallet af tvangsindlæggelser faldet til ca. 1.200 (ca. 3% af samtlige indlæggelser) - internationalt set en lav procent. Faldet omfatter kun tvangsindlæggelserne på farlighedsindikation ("røde papirer"), således at tvangsindlæggelser på behandlingsindikation ("gule papirer") i dag udgør en relativt større del og endda i de sidste år har udvist en lille absolut stigning. Af ialt 1.232 tvangsindlæggelser i 1983 var 801 indlæggelser på farlighedsindikation (= 65%) og 431 på behandlingsindikation (= 35%).

Antallet af tvangsindlæggelser pr. 100.000 indbyggere varierer i forskellige dele af landet og er højst i København-byområdet, hvor behovet for at anvende tvangsindlæggelse skønnes at være størst befolknings sammensætningen taget i betragtning.



Tilsvarende varierer procenten af tvangsindlæggelser i de forskellige psykiatriske afdelinger og sygehuse.

Der er gennemgående tvangsindlagt lidt flere mænd end kvinder, men i det sidst registrerede år 1983 var der lige mange mænd og kvinder. På behandlingsindikation indlægges der flere kvinder end mænd.

Tvangsindlæggelse er oftest en genindlæggelse. De fleste indlægges fra hjemmet og størstedelen af resten fra somatiske og åbne, psykiatriske afdelinger. Unge og yngre mænd udgør en relativt stor gruppe, mens de tvangsindlagte kvinder er overvejende lidt ældre end mændene, hvilket svarer til kønsfordelingen af samtlige psykiatriske indlæggelser.

Tvangsindlæggelse af personer over 75 år er ikke sjældne. Nogle umyndige og endog enkelte børn under 15 år tvangsindlægges ifølge sindssygeloven (i perioden 1978-83 drejede det sig om ca. 3 børn årligt i alderen 12-14 år), se herom kapitel 13.

Der har altid været tvangsindlagt en del personer, som ikke i udskrivningsdiagnosen blev angivet at være psykotiske (sindsyge).

Procenten af ikke-psykoser blandt samtlige tvangsindlæggelser er i løbet af de sidste 10 år faldet fra ca. 30 til ca. 20, hvilket skønnes at have sammenhæng med faldet i antallet af tvangsindlæggelser på farlighedsindikation, som altid har rummet størstedelen af de ikke-psykotiske efter udskrivningsdiagnosen at dømmes. I perioden 1978-83 var gennemsnitligt 75% af de tvangsindlagte på farlighedsindikation psykotiske og tilsvarende 94% af de tvangsindlagte på behandlingsindikation (i 1983 tilsvarende 76% og 95%).

I 1983 fik ialt 83% af de tvangsindlagte en psykosediagnose og 17% en ikke-psykosediagnose, hvilket muligvis tilkendegiver et fortsat fald i tvangsindlæggelse af personer, som efterfølgende ikke skønnes psykotiske.

Skizofreni er den almindeligste diagnose, især hyppig blandt tvangsinlæggelser på behandlingsindikation, fulgt af manio-depressiv psykose, som overvejende rummer maniske patienter. En tredje større gruppe er patienter med reaktiv (psykogen) psykose, især paranoide. Der tvangsinlægges en del patienter med aldersbetinget sindssygdom.

Blandt de ikke-psykotiske dominerer diagnosen "affektreaktion". Der er blandt tvangsinlagte mange patienter med misbrug, især alkohol.

Tvangsinlagte udskrives oftest efter kortvarigt hospitalsophold, specielt tvangsinlagte på farlighedsindikation, hvoraf gennemsnitligt 12-13% i perioden 1978-83 blev udskrevet inden for samme døgn og 30-35% i løbet af den første uge efter indlæggelsen. Kun ca. 6% af alle tvangsinlagte er indlagt mere end 6 måneder.

I det hele adskiller varigheden af tvangsinlagtes hospitalsophold sig ikke væsentligt fra et samlet patientmateriale, når bortses fra de mange, meget korte indlæggelser blandt de tvangsinlagte.

En større del af de tvangsinlagte er ikke tilbageholdt i hele indlæggelsestiden, men er på et tidspunkt forblevet frivilligt indlagt - og så sædvanligvis i åben afdeling.

De fleste tvangsinlagte udskrives til hjemmet. Ca. en tredjedel fortsætter ambulant efterbehandling.

Dette afsnit bygger på Adserballe, H., Nielsen, J. Achton, Dupont, Annalise: Tvangsinlæggelser 1978-1983. Ugeskrift for Læger 1985, vol.147, p. 735-739 (med tilhørende baggrundstabeller).

Tabel 6.

Fordelingen af tvangsindlæggelser af personer over 15 år for perioden 1970/71-83.

År	Røde papirer		Gule papirer		Alle tvangsindlæggelser		Alle psykiatriske indlæggelser af personer over 15 år
	n	%	n	%	n	%	
1970/71	1.929	4,9	326	0,8	2.255	5,8	39.241
1971/72	1.905	4,9	302	0,8	2.207	5,7	38.539
1972/73	1.945	4,7	305	0,7	2.250	5,5	41.184
1973/74	1.762	4,4	262	0,7	2.024	5,1	40.023
1974/75	1.489	3,9	318	0,8	1.807	4,7	38.250
1975/76	1.337	3,5	349	0,9	1.686	4,4	38.221
1976	1.194	3,0	308	0,8	1.502	3,8	39.496
1977	1.168	2,8	368	0,9	1.536	3,7	41.741
1978	1.016	2,4	336	0,8	1.352	3,2	42.329
1979	1.013	2,5	325	0,8	1.338	3,3	40.503
1980	1.040	2,6	341	0,8	1.381	3,4	40.443
1981	1.028	2,7	396	1,0	1.424	3,7	38.722
1982	913	2,4	396	1,0	1.309	3,4	38.736
1983	801	2,1	431	1,1	1.232	3,2	38.116

Senere oplysning for 1984, (tallene for 1984 er ikke korrigeret for indlæggelse af personer under 15 år). I 1984 udgjorde antallet af tvangsindlæggelser 1.314 svarende til 3,2% af ialt 40.993 indlæggelser fordelt med 830 på røde papirer (2%) og 484 på gule papirer (1,2%). Tvangsindlæggelser på røde papirer udgjorde 63% af samtlige tvangsindlæggelser og tvangsindlæggelse på gule papirer 37%.

#### 4. Opgørelse over klagesager i justitsministeriet vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Medens der på landsplan (Institut for psykiatrisk demografi) foretages nøje opgørelser over det årlige antal tvangsindlæggelser, jfr. ovenfor i afsnit 3 om tvangsindlæggelsesstatistik,

så gælder noget tilsvarende ikke med hensyn til tvangstilbageholdelser. De udskrivningsnægtelser på farligheds- eller behandlingskriteriet, der ikke påklages til eller forelægges for justitsministeriet, optræder kun som en tilførsel i patientens journal på den pågældende psykiatriske sygehusafdeling. Nogen central registrering, der muliggør en landsdækkende opgørelse, foretages ikke. En begrænset opgørelse på nærmere udvalgte afdelinger til brug for udvalgets arbejde findes i kapitel 10. Derimod vil det ved en gennemgang af justitsministeriets klagesager være muligt, dels at opgøre det samlede antal tilbageholdelser på ulempeindikationen, idet disse sager som nævnt skal forelægges justitsministeriet til godkendelse, dels at fastsætte antallet af de tvangstilbageholdelser på farligheds- og behandlingsindikationen, der er paklaget til justitsministeriet af patienten eller indbragt for justitsministeriet af den behandlende læge. Det skal således fremhæves, at det faktiske antal tvangstilbageholdelser på landets psykiatriske afdelinger må antages at være noget større end det antal, der kommer til klagebehandling i justitsministeriet.

I 1980 behandlede justitsministeriet 138 klagesager vedrørende frihedsberøvelse efter sindssygeloven. Tallene for 1981 var 154, for 1982 176 og i 1983 androg antallet af klagesager 230. Den stigende tendens er fortsat i 1984, hvor antallet af klagesager i justitsministeriet var 285.

#### A. Justitsministeriets sagsbehandling.

Til brug for udvalgets overvejelser er der til belysning af den aktuelle klagesituation på området foretaget en undersøgelse af de klagesager vedrørende frihedsberøvelse efter sindssygeloven, som justitsministeriet har behandlet i en udvalgt periode omfattende første halvdel af 1983.

Inden resultatet af undersøgelsen gengives, kan der være grund til kort at beskrive behandlingen af denne type sager i justitsministeriet. Justitsministeriet vurderer lovligheden af tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse på grundlag af patien-

tens klage, hvis en sådan foreligger, og af overlægens indberetning/udtalelse, ligesom der undtagelsesfrit indhentes en udtalelse fra retslægerrådet. Ved klager fremsendt af patienten direkte til justitsministeriet er det således nødvendigt først at indhente en udtalelse fra vedkommende overlæge, før sagen kan forelægges retslægerrådet til udtalelse. Der forekommer nogle få tilfælde, hvor oplysningerne i den fremsendte erklæring fra vedkommende overlæge ikke er tilstrækkeligt fyldestgørende til at kunne danne grundlag for en skriftlig behandling i retslægerrådet. I sådanne tilfælde må der indhentes en supplerende udtalelse fra vedkommende overlæge. For at imødegå tilfælde af denne art og for generelt at højne kvaliteten af lægeerklæringer i denne type sager, har justitsministeriet til landets psykiatriske sygehuse og afdelinger udsendt generelle retningslinier udarbejdet af retslægerrådet vedrørende minimumskrav til indholdet af psykiatriske erklæringer i sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Retningslinierne er optrykt som bilag 4 til denne betænkning.

#### B. Undersøgelsen.

Af de ialt 230 sager om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse, som justitsministeriet behandlede i 1983, faldt 95 sager i det undersøgte tidsrum fra 1. januar - 30. juni 1983.

##### a) Patienternes fordeling på alder og køn.

46 af de 95 sager vedrørte kvinder i alderen fra 22 år til 84 år, med en gennemsnitsalder på 46,3 år, mens antallet af sager vedrørende mandlige patienter udgjorde 49 i alderen fra 17 år til 66 år med en gennemsnitsalder på 32,7 år, d.v.s. en væsentlig højere gennemsnitsalder for kvindernes vedkommende.

b) Indlægelsesmåde.

Indlægelsesmåden fordelt efter køn fremgår af følgende skema:

	<u>Mænd</u>	<u>Kvinder</u>	<u>lait</u>
Tvangsindlæggelse på behandlingsindikation	7	13	20
Tvangsindlæggelse på farlighedsindikation	12	11	23
Frivilligt indlagt	30	22	52

Som det ses var patienterne i ca. halvdelen af de undersøgte sager blevet indlagt med tvang, mens den anden halvdel var blevet frivilligt indlagt og derefter nægtet udskrivning. Det bør fremhæves, at flere af de formelt frivillige indlæggelser efter indholdet af overlægens indberetning/udtalelse reelt må siges at være foregået under trussel om tvangsindlæggelse. Selv om 50% af klagesagerne således vedrørte tvangsindlagte patienter, blev der kun i 3 sager klaget over selve tvangsindlæggelsen, i 2 tilfælde i forbindelse med klage over en samtidig udskrivningsnægtelse, og kun i 1 sag vedrørte klagen alene tvangsindlæggelsen.

Baggrunden for dette lave antal klager over tvangsindlæggelse skal formentlig søges i flere forhold. For det første fremgår adgangen til at klage over tvangsindlæggelse som nævnt ikke af loven, og det må derfor antages, at mange patienter (og læger, sygeplejepersonale m.v.) ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på denne klagemulighed. Justitsministeriet udsendte i december 1983 en vejledning om psykiatriske patienters retsstilling og rettigheder, hvori det udtrykkeligt er anført, at klagereglerne vedrørende tvangstilbageholdelse finder tilsvarende anvendelse på klager over tvangsindlæggelse.

For det andet kan der peges på det forhold, at det i de fleste tilfælde er overlægen og ikke patienten selv, der indbringer sagen for justitsministeriet, jfr. nedenfor- Overlægens

indberetning vil næsten undtagelsesfrit vedrøre tvangstilbageholdelsen, idet patientens utilfredshed med opholdet på hospitalet/afdelingen mest naturligt må forstås som en klage over, at den pågældende nægtes udskrivning, og ikke uden en udtrykkelig tilkendegivelse fra patienten som en klage over selve indlæggelsen. Det afgørende set fra patientens synspunkt er i første række at blive udskrevet, og ikke at få fastslået, om indlæggelsen isoleret set var lovmedholdelig.

c) Sagens indbringelse for justitsministeriet.

I 68 af de 95 sager blev sagen indbragt for justitsministeriet i form af en indberetning fra overlægen, mens der i 27 tilfælde var tale om en klage fra patienten direkte til justitsministeriet, 25 skriftlige og 2 telefoniske. I intet tilfælde blev den administrative klagesag rejst eller støttet af tilsynsværger, pårørende, advokater eller andre.

d) Tilbageholdelsesindikationer.

Den behandlende læges begrundelse for at nægte udskrivning fordelte sig på følgende måde på de tre tilbageholdelsesindikationer farlighed, behandling og ulempe:

- Farlighedskriteriet:	10
- Behandlingskriteriet:	41
- Farligheds- og behandlingskriteriet:	24
- Ulempekriteriet:	7
- Behandlings- og ulempekriteriet:	13

Som det ses forekommer det i et ikke uvæsentligt antal sager, at lægen støtter udskrivningsnægtelsen på en kombination af indikationer, enten farlighed/behandling eller behandling/ulempe. Kombinationen farlighed/ulempe optræder ikke i materialet.

e) Retslægerådets udtalelse.

Retslægerådet tiltrådte overlægens udtalelse vedrørende tilbageholdelsesindikation(er) i 61 af sagerne. I 32 sager ændrede rådet indikationen, men tiltrådte tilbageholdelsen. Generelt synes retslægerådet at foretrække behandlingskriteriet, hvorimod man er meget tilbageholdende med at acceptere en anvendelse af ulempeindikationen. Kun i 2 sager udtalte rådet, at betingelserne for tilbageholdelse ikke fandtes at være opfyldt. I det ene tilfælde havde overlægen støttet tilbageholdelsen på ulempekriteriet, hvilket rådet ikke fandt opfyldt, og i det andet tilfælde, der vedrørte en alkohol- og stofmisbruger, fandt rådet ikke psykosebetingelsen opfyldt.

For så vidt angår de 7 sager, hvor overlægen havde nægtet udskrivning med hjemmel alene i ulempekriteriet, bemærkes, at retslægerådet i 6 tilfælde tiltrådte tilbageholdelsen, heraf i 4 sager med tilføjelse af behandlingskriteriet, mens man i 2 sager tiltrådte tilbageholdelsen alene på ulempeindikation. I den 7. sag fandt rådet som nævnt ikke betingelserne for tilbageholdelse opfyldt. Det bør endvidere nævnes, at retslægerådet i en sag, hvor overlægen havde nægtet udskrivning af en kronisk senildement 84-årig kvinde med støtte i behandlings- og ulempekriteriet, tiltrådte tilbageholdelsen alene under henvisning til ulempekriteriet.

f) Diagnoser.

De to almindeligst forekommende psykosed diagnoser i materialet er skizofreni (37) og manio-depressiv psykose (14). Det skal fremhæves, at psykosebetingelsen ifølge retslægerådets udtalelse var opfyldt i 94 af 95 sager, som materialet omfatter. Kun den ovenfor omtalte sag vedrørende en alkohol- og stofmisbrugende kvinde fandtes psykosebetingelsen ikke opfyldt.

g) Justitsministeriets afgørelse.

Justitsministeriet fulgte i alle tilfælde retslægerådets indstilling, således at justitsministeriet i 93 tilfælde stadfæstede/godkendte tilbageholdelsen, medens tvangstilbageholdelsen i 2 tilfælde blev ophævet.



Med hensyn til sagsbehandlingstiden i justitsministeriet, incl. indhentning af udtalelse fra retslægerådet og eventuelt fra overlægen, kan det oplyses, at den var mellem 10 og 38 dage, med en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 18,0 dage. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i justitsministeriet, når indberetningen modtages fra overlægen, er 15,5 dage, mens sagsbehandlingstiden gennemsnitlig er 24,0 dage, når klagen modtages direkte fra patienten. Justitsministeriet træffer i almindelighed afgørelse samme dag, som retslægerådets indstilling foreligger, og senest den følgende dag. Det er således postbesørgelsen mellem overlægen og justitsministeriet og mellem justitsministeriet og retslægerådet, der lægger beslag på den væsentligste del af sagsbehandlingstiden.

I 3 tilfælde overskred justitsministeriet den sagsbehandlingsfrist på 1 måned, der er fastsat i lovens § 9, stk. 2. Alle 3 sager vedrørte klager direkte fra patienten til justitsministeriet. Overskridelsen var på henholdsvis 2,4 og 8 dage, og i det ene tilfælde var det en medvirkende årsag til overskridelsen, at der måtte indhentes en supplerende erklæring fra overlægen til brug ved retslægerådets bedømmelse af sagen.

#### h) Domstolsprøvelse.

Justitsministeriets afgørelse blev i 23 tilfælde begæret indbragt for retten i medfør af reglerne i retsplejelovens kapitel 43a. 13 af sagerne blev hævet før domsforhandling, ofte fordi patienten i mellemtiden var blevet udskrevet eller havde affundet sig med indlæggelsen. I de 10 sager, hvori der faldt dom, stadfæstede byretten i alle sager justitsministeriets afgørelse. 5 af sagerne blev påanket til landsretten, hvor 4 blev stadfæstet, mens den femte blev hævet af patienten før domsforhandlingen.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ved byretterne i de af materialet omfattede sager var 32,4 dage, med 14 dage og 61 dage som yderpunkter.

Ved landsretterne var sagsbehandlingstiden (beregnet fra datoen for byrettens dom til landsrettens dom) fra 75 til 114 dage med et gennemsnit på 94 dage. Den lange sagsbehandlingstid hænger i et vist omfang sammen med, at anke af byrettens dom ofte er blevet iværksat ret sent. Ankefristen er 4 uger. Justitsministeriet kan dog undtagelsesvis tillade anke indtil 1 år efter dommens afsigelse. I praksis vil en sådan begæring om tilladelse til anke, selv om ankefristen er overskredet, normalt blive imødekommet.

### C. Afsluttende bemærkninger.

I materialet er der 3 patienter, der i den af undersøgelsen omfattede periode har haft 2 klagesager vedrørende tvangstilbageholdelse til behandling i justitsministeriet. Endvidere har en stor del af patienterne haft klagesager enten forud for eller efter den undersøgte periode 1. januar - 30. juni 1983, og nogle har haft sager både før og efter undersøgelsesperioden.

Udviklingen i de seneste år er gået i retning af flere klagesager. Der er flere klager over selve tvangsindlæggelsen og flere sager begæres indbragt for domstolene. Som faktorer der må antages at have bidraget til denne forøgede klageaktivitet blandt psykiatriske patienter kan der bl.a. peges på en stedse mindre autoritær indstilling, herunder også i forholdet til læger, og en tilsvarende styrkelse af individets kritiske holdning specielt i relation til indgreb i dets integritet, bedre information om de eksisterende klagemuligheder, ligesom den øgede opmærksomhed, som den offentlige debat har skabt omkring de psykiatriske patienters forhold, og så må tillægges en vis betydning i denne sammenhæng.

### 5. Klagesager i Sundhedsstyrelsen.

Medens klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse henhører under justitsministeriet, hører klager over den lægelige behandling, herunder tvangsmedicinering og bæltefikse-

ring, samt klager over nægtelse af indlæggelse, manglende lægetilsyn og for tidlig udskrivning under sundhedsstyrelsen.

Der er foretaget en opgørelse over klagesager modtaget i sundhedsstyrelsen i perioden 1. januar 1978 til 6. juni 1984, en periode på 6 1/2 år.

Det samlede antal klager udgjorde i årene 1978-83 henholdsvis 29, 48, 58, 64, 61 og 70. Optællingen er foretaget for at beskrive tendenserne i klagesagernes antal og indhold. De nedenfor refererede tal vedrører 6 års-perioden 1978-1983.

Hvis man ser bort fra 1978, har antallet af patientklager ligget ret stabilt, selv om der måske på det sidste er ved at vise sig en stigende tendens. Derimod synes det klart, at pårørende klagerne stiger ret udtalt igennem hele perioden, idet de udgjorde henholdsvis 8, 6, 16, 18, 15 og 20.

Klager over lægelig behandling udgør den største gruppe såvel af patientklager som af pårørende klager. Antallet ligger på henholdsvis 15, 31, 36, 45, 28 og 37.

Klager over lægeudtalelser/-erklæringer kommer først og fremmest fra patienter, hvorimod klager over anbringelse på plejehjem først og fremmest kommer fra pårørende.

Klager over utidig udskrivning og undladt tilbageholdelse kommer fra de pårørende. Dette samt flere af de pårørendes klager over den lægelige behandling drejer sig formentlig om de stadigt hyppigere forekommende situationer, hvor indlagte patienter suiciderer meget kort efter udskrivning. Disse klager gør hver gang et stort indtryk med deres præg af fortvivlelse, skyldfølelse og forbitrelse.

Klager over bæltefiksering er fåtallige, ca. 2 om året. Klager over tvangsmedicinering er også ret få: 2 i 1978, 2 i 1979, ingen i 1980, 1981 og 1982, men 4 i 1983 og 5 i den del af 1984, der er omfattet af optællingen.

Undladelsesklager (undladt tvangsindlæggelse, undladt behandling, manglende overvågning, undladt tilbageholdelse) er praktisk taget altid pårørendeklager, og selv om tallene er små, er der en klar tendens til en stigning.

Af tendenser skal det stigende antal klager over tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse bemærkes, og blandt de pårørendes klager kan fremhæves det stigende antal klager over de lægelige og administrative foranstaltninger, der ikke blev truffet.

Erling Segest og Ebbe Carlsen har foretaget en opgørelse over klager over tvangsindlæggelser behandlet i sundhedsstyrelsen 1980-1984, se Ugeskrift for Læger 1985, vol. 147, p 4145-4147. Klager over tvangsindlæggelse behandles kun i sundhedsstyrelsen, når der er tale om lægefejl begået i forbindelse med tvangsindlæggelse. Undersøgelsen omfatter 3042 klager over medicinalpersonale, som sundhedsstyrelsen har modtaget i perioden 1980-1984. Heraf udgjorde de 50 klager over fejl begået af læger i forbindelse med tvangsindlæggelse samt 3 klager fra pårørende over, at tvangsindlæggelse ikke var blevet gennemført. Klagerne fordeler sig på de 5 år undersøgelsen omfatter med henholdsvis i 1980 til 1984 3, 4, 11, 14 og 21.

I disse 53 sager fandt sundhedsstyrelsen, at lægeloven var overtrådt i 10 tilfælde. Der blev givet en tilrettevisning i tre tilfælde, og i syv tilfælde fandt sundhedsstyrelsen, at lægen havde gjort sig skyldig i grovere forsømmelighed eller skødesløshed og foranledigede sagerne indbragt for retten.

Undersøgelsen viste endvidere, at læger i otte tilfælde ikke havde foretaget en selvstændig undersøgelse med henblik på tvangsindlæggelsen, og i fem tilfælde havde lægen anført, at patienten var undersøgt på dagen for lægeerklæringens udstedelse, skønt dette ikke var rigtigt. I tre tilfælde var patienten set i anden anledning på gaden eller i konsultationen. I to tilfælde havde lægen underskrevet papirerne både som læge og som rekvirent af tvangsindlæggelsen. I et tilfælde frem-

gik det, at lægen var i tvivl om, hvorvidt patienten var psykotisk og i et andet tilfælde, at patienten vel ikke var psykotisk, men forventedes at blive det.

Sundhedsstyrelsen modtager kun et ringe antal klager over lægefejl begået i forbindelse med tvangsindlæggelse set i forhold til det samlede antal tvangsindlæggelser. Den hyppigst forekommende årsag til påtale er formelle fejl, navnlig i den form at lægen ikke har foretaget en selvstændig undersøgelse med henblik på tvangsindlæggelsen.

### Kapitel 3.

#### Psykiatriske behandlingsformer, distriktspsykiatri og den psykiatriske sygepleje.

Der vil i dette kapitel blive givet en kortfattet oversigt over de behandlingsformer - socialpsykiatriske, psykoterapeutiske og biologiske - der benyttes inden for psykiatrien med særlig henblik på relevansen over for retssikkerhedsmæssige problemer. Desuden gøres der rede for den ændrede organisationsform af det psykiatriske arbejde, der betegnes distriktspsykiatri, ligesom nogle karakteristiske forhold ved den psykiatriske sygepleje beskrives. Kapitlet afsluttes med udvalgets overvejelser.

#### 1. Psykiatriske behandlingsformer.

De behandlingsformer, der anvendes over for psykiske lidelser, er ligesom lægevidenskabens øvrige behandlingsformer underkastet en bestandig udvikling og forandring. Oprindeligt - i 1800-tallet - i "anstaltspsykiatriens" dage var opbevaring, beskyttelse og "genoptræning" af patienterne det eneste behandlingstilbud. Fra århundredeskiftet udvikledes de psykologiske behandlingsmetoder i takt med psykoanalysens fremvækst, men psykoterapien anerkendes herhjemme først af det officielle behandlingssystem efter 2. verdenskrig. Fra midten af 1930'erne er udviklet en række somatiske behandlingsmetoder (for eksempel elektrostimulationsbehandling og psykokirurgi), og fra ca. 1950 er tilkommet en række meget virksomme psykofarmakologiske behandlingsmetoder.

De behandlingsformer, der i dag anvendes, kan således inddrages i de socialpsykiatriske, de psykoterapeutiske og de biologiske. Dette er en meget grov inddeling, og det er reglen, at der i behandlingen af den enkelte patient indgår elementer fra alle tre behandlingsformer. De socialpsykiatriske behandlingsmetoder kan også siges at omfatte de organisatoriske ændringer af det psykiatriske behandlingstilbud, der benævnes

distriktspsykiatri, og som omtales nærmere nedenfor.

#### A. De socialpsykiatriske behandlingsformer.

De socialpsykiatriske behandlingsformer er de dårligst afgrænselige, idet de omfatter en række støtte- og hjælpeforanstaltninger, både i og uden for det psykiatriske sygehus og rettet imod såvel den enkelte patient som grupper af patienter. Tidligere - da de øvrige behandlingsformer ikke var udviklede - var hospitalsindlæggelsen den vigtigste behandlingsform inden for psykiatrien. Formålet var at aflaste patienten ved at fjerne denne fra miljøet, at yde omsorg og pleje og at "genoptræne" patienten ved regelmæssigt tilrettelagte aktiviteter på hospitalet. For nogle patienter betød dette, at de fik varigt ophold på hospitalet, der altså fik en bostedsfunktion. Disse elementer kan fortsat siges at være væsentlige - omend i nye udformninger.

Det er stadig en betydningsfuld del af mange psykiatriske indlæggelser, at patienten aflastes fra en akut vanskelig situation, får denne på afstand og får lejlighed til at overveje sine muligheder i et støttende miljø uden at skulle tænke på sine daglige fornødenheder. Hertil kommer i dag de mange konkrete muligheder for hjælp og rådgivning til at løse økonomiske, sociale, uddannelsesmæssige og boligmæssige problemer, (revalidering, pensionstilkendelse o.m.m.), som kan ydes af hospitalets personale, såvel læger og sygeplejersker som ergoterapeuter og socialrådgivere med flere.

En gruppe patienter, som tidligere ville have fået fast ophold på hospitalet, har på grund af deres psykiske lidelse svært ved at klare sig permanent ude i samfundet og har derfor periodisk brug for hospitalets "asylfunktion", altså hospitalets funktion som et beskyttelsessted, et pleje- og bosted, hvor patienten kan aflastes fra påtrængende sociale krav og få tid til at stabilisere og udvikle sine ressourcer. Til disse patienter findes der en række beskæftigelses- og optræningsmuligheder i hospitalets ergoterapier og værksteder - for eksempel undervisning, køkkentræning og optræning af andre daglige

færdigheder. Ofte vil det også være nødvendigt at oprette støt-  
tefunktioner efter udskrivelsen i form af beskyttede bolig-  
og beskæftigelsesforhold og at give støtte til at opbygge so-  
ciale relationer i miljøet, det såkaldte netværksarbejde.

Hertil kommer, at der er udviklet en række nye organisations-  
former for den enkelte afdeling. Mest radikalt sker dette ef-  
ter "det terapeutiske samfunds" princip, hvor patienterne del-  
tager aktivt i alle beslutninger om afdelingens dagligdag og  
om deres egen behandling. Mange afdelinger drives i dag efter  
disse principper i modificeret form, for eksempel med stormø-  
der, hvor patienterne planlægger ugeprogram, fordeler opgaver  
imellem sig vedrørende blandt andet rengøring, spisning og  
underholdning i afdelingen. Nogle steder arbejder man også  
med gruppeterapeutiske møder, hvor patienternes personlige  
problemer og adfærd tages op til drøftelse i gruppen. Mange  
steder suppleres dette ved, at patienten tilknyttes en bestemt  
behandler, der som kontaktperson har det primære ansvar for  
patientens observation og behandling og derved ofte kommer  
ind i et støttende og eventuelt psykoterapeutisk forhold til  
patienten.

De nævnte strukturerede behandlingsprogrammer vil oftest væ-  
re knyttet til åbne sygehusafdelinger og daghospitaler, men  
træffes også på lukkede modtageafdelinger. Her vil patienter-  
ne dog ofte ved indlæggelsen være for dårlige til at deltage  
i disse programmer, ligesom der nødvendigvis må være en opkla-  
ringsfase, hvor patientens situation analyseres, og den akut-  
te behandling gennemføres, før man kan lægge et målrettet be-  
handlingsprogram.

Patienter, der indlægges mod deres vilje, kan ikke vælge hvil-  
ket miljø, de vil opholde sig i og må i et vist omfang accep-  
tere den behandlingsstrategi, der er rådende på den pågælden-  
de afdeling. Dette stiller nogle krav dels til afdelingens  
fysiske faciliteter, se kapitel 9, afsnit 7 om tvang og res-  
sourcer, dels til fleksibilitet i administrationen af afde-  
lingens behandlingstilbud. Det sidste kan både omfatte ekstra-  
ordinære tilbud til den tvangsindlagte og fritagelse for del-



tagelse i uønskede aktiviteter.

Udviklingen af distriktpsychiatriske organisationsformer (se afsnit 2) vil ofte medføre, at patienter fra mindre geografisk afgrænsede områder kun kan indlægges på en bestemt afdeling. Den tvangsindlagte patient har således ingen valgmuligheder, hvis der ved tidligere indlæggelser er opstået mistillid til den pågældende afdeling. Dette problem må formentlig fremover løses ved en lempelig visitationsprocedure internt på de større hospitaler og mellem amtets psykiatriske afdelinger samt ved adgang for patienten til at påklage anbringelsen, jfr. kapitel 15, afsnit 2 F.

Miljøet, som den tvangsindlagte møder på de lukkede afdelinger, vil ofte være præget af meget forskelligartede patientgrupper: frivilligt indlagte psykotiske patienter, undertiden konfuse gerontopsykiatriske patienter, misbrugere på "aftrapning" og retspsykiatriske patienter - enten efter dom eller til mentalobservation. De sindssyge, der er dømt til behandling eller anbringelse eller overflyttet fra fængselsinstitution i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, udgør et særligt problem, som i øjeblikket er genstand for drøftelser i et udvalg nedsat af amtsrådsforeningen. Men hertil kommer, at miljøet på de lukkede afdelinger kan belastes af særligt forstyrrende, karakterafvigende, "psykosenære" eller psykotiske patienter, som indlægges frivilligt, fordi ingen andre institutioner er egnede til at tage sig af dem. Omvendt vil deres ophold i afdelingen ofte være kortvarigt, fordi de "tvangsudskrives", når de tilgængelige behandlingsmuligheder lægeligt vurderes som udtømte.

#### B. Psykoterapeutiske behandlingsmetoder.

De psykoterapeutiske behandlingsmetoder dækker en række forskellige målrettede behandlingsformer, der alle bygger på psykodynamiske teorier. Det centrale behandlingselement er i dem alle et behandlingsmæssigt forhold mellem en terapeut og en patient eller en gruppe af patienter.

Hermed er en række samtaleformer holdt uden for definitionen, for eksempel opklarende, diagnostleerende eller opfølgende samtaler i forbindelse med medicinkontrol. Disse kan have vejledende, støttende og rådgivende indhold, uden at de kan betegnes som psykoterapeutiske i snævrere forstand.

Nogle psykoterapier er kortvarige og omfatter måske seks til ti behandlingssessioner, hvor behandlingens varighed og behandlingens nødvendigvis begrænsede målsætning er aftalt på forhånd. Disse korttidsterapier kan bygge på såvel psykodynamiske teorier som på indlæringsteorier - som f.eks. den herhjemme kun lidt udbredte adfærdsterapi. Andre psykoterapier er længerevarende - op til 40-60 timer - og her udnytter man psykoanalytiske erfaringer i modificeret form (psykoanalytisk orienteret terapi). Den egentlige psykoanalytiske behandling, der er årelang og meget intensiv, gives kun til et forsvindende lille antal patienter. Der findes her i landet kun tre personer, der aktivt uddanner psykoanalytikere, og som er anerkendt af det internationale psykoanalytiske forbund.

Udviklet fra de klassiske psykoanalytiske teorier (Freud og Jung) har en række forskellige terapiformer i de sidste 10 år set dagens lys. Nogle af disse - for eksempel gestaltterapi og transaktionsanalyse - har vundet betydelig udbredelse og har også fundet anvendelse over for lettere psykiske lidelser, både i forbindelse med indlæggelse på psykiatrisk behandlingsinstitution og ved ambulante behandling. Der er dog faglig usikkerhed omkring deres præcise indikationsområde. Andre nyere behandlingsformer er af mere sekterisk karakter og udgør hovedparten af det såkaldte "terapimarked". Hvis disse behandlingsformer kun imødekommer et behov for oplevelsesbetonet selverkendelse, har de intet anvendelsesområde inden for den egentlige patientbehandling.

Der er betydelig psykiatrisk interesse knyttet til psykoterapi i grupper. Disse kan være lukkede eller åbne (det vil sige, der stadig tages nye patienter ind i gruppen), de kan være sammensat af patienter med samme lidelse/samme problemer eller være blandede, og de kan centrere sig om en patient og

dennes familie (familieterapi). Ofte anvendes i gruppeterapier ikke-sproglige teknikker, som for eksempel billedterapi, psykodrama, musikterapi og bevægelsesterapier.

De psykoterapeutiske behandlingsformer er et område i hastig udvikling inden for psykiatrien, både forskningsmæssigt og i uddannelsesmæssig henseende. De fleste psykiatriske afdelinger kan tilbyde en eller flere former for psykoterapi, og behandlingsformer, der kan anvendes også over for psykotiske patienter (for eksempel manio-depressive og skizofrene), er under udvikling. Over for de psykotiske patienter bør behandlingsprogrammerne omfatte en blanding af socialpsykiatriske, psykoterapeutiske og biologiske behandlingsformer.

Psykoterapeutisk behandling forudsætter patientens frivillige accept. Man kan ikke tvangsbehandle en patient, der nægter at medvirke. De etiske problemer for disse behandlingsformer er knyttet til visitationen af patienterne og behandlingstilbuddets kapacitet.

Generelt kan det anføres, at psykoterapeutiske behandlingstilbud for alle psykiatriske patienter er spinkelt og utilstrækkeligt. Hertil kommer, at det geografisk er ujævnt fordelt i landet. Dette er sammenhængende med, at uddannelse i samtaleteknik (psykoterapi) først for nyligt er indført som en obligatorisk del af den psykiatriske speciallægeuddannelse. Disse forhold kan medføre, at psykiatriske patienter ikke lokalt kan tilbydes optimal psykoterapeutisk hjælp, fordi netop den specielle form for psykoterapi, som ville være optimal, ikke er tilgængelig. Omvendt kan der være en risiko for, at patienter, som mere effektivt kunne behandles med andre behandlingsformer, underkastes psykoterapi, fordi der lokalt er udviklet et bestemt psykoterapeutisk behandlingstilbud.

### C. Biologiske behandlingsmetoder.

Den almindeligst anvendte biologiske behandlingsmetode er den psykofarmakologiske. Endvidere anvendes elektrostimulation hyppigt. Mest indgribende - men nu yderst sjældent brugt

er de psykokirurgiske metoder.

Den psykofarmakologiske behandling har udviklet sig eksplosivt siden midten af 1950'erne, og der er i dag markedsført et meget stort antal farmaka til brug ved psykiatriske lidelser. De kan inddeles i følgende grupper:

- a. neuroleptika - stoffer med primær virkning på sindssygelige (psykotiske) symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, motorisk uro og psykotisk angst og aggressivitet. Undertiden anvendes disse stoffer i lav dosering til behandling af ikke-psykotisk angst og spænding.
- b. antidepressiva - stoffer med primær virkning mod depressioner.
- c. lithium - der anvendes til forebyggelse af recidiverende depressioner og manier.
- d. sedativa eller anxiolytika - stoffer med virkning på angst, indre uro og muskelspændinger. Disse "neurosemidler" har også en søvnfremkaldende og en krampeforebyggende virkning.
- e. andre stoffer, blandt andet til brug ved afvænnning af alkoholister og stofmisbrugere.

Alle disse stoffer har - som alle farmaka - foruden den tilstræbte terapeutiske virkning en række andre virkninger, hvorfor der også i det praktiske kliniske arbejde anvendes forskellige farmaka til at modvirke disse uønskede virkninger.

Forbruget af psykofarmaka beregnes almindeligvis i definerede daglige doser (DDD). Det er næsten fordoblet de sidste 20 år og udgjorde i 1980 50 DDD pr. indbygger pr. år. Hovedparten af forbruget udgøres af sedative stoffer (sovemidler og anxiolytika), hvoraf langt den største del ordineres uden for de psykiatriske afdelinger. Neuroleptika og antidepressiva udgjorde hver under 10% af forbruget.

Adgangen til at benytte psykofarmaka har haft en afgørende indflydelse på udviklingen af moderne psykiatriske behandlingsmetoder. Disse farmaka gør det muligt i langt de fleste til-

fælde at fjerne eller **dæmpe** psykotiske og andre symptomer meget hurtigt og effektivt og dermed bane vej for andre behandlingsmuligheder. Det må imidlertid bemærkes, at der i analogi med digitalisbehandling af visse **hjertesygdomme** er tale om en symptomundertrykkelse, ikke en egentlig helbredelse af grundlidelsen. Derfor vil en psykofarmakologisk behandling sjældent kunne stå som det eneste psykiatriske behandlingstilbud.

Psykofarmakologisk behandling kræver i almindelighed for at kunne gennemføres, at patienten forstår og accepterer formålet med behandlingen (se nærmere kapitel 11 om informeret samtykke). Dette er normalt ikke noget problem i behandlingens begyndelsesfase, og ofte besluttet præparatvalget efter forhandling med patienten, der kan have ønske om at undgå bestemte stoffer, der for eksempel erfaringsmæssigt giver bestemte bivirkninger. Senere i behandlingsforløbet er det ikke ualmindeligt, at patienten ønsker at ophøre med behandlingen, før det lægeligt anses for tilrådeligt, hvilket behandleren må acceptere, hvis tvangsbehandling ikke er indiceret.

Undertiden befinder den psykiatriske behandler sig i den situation, at patienten nægter at modtage psykofarmakologisk behandling. Det drejer sig især om psykiatriske patienter, som er uden sygdomserkendelse, altså nægter sig syge. Disse patienter kan være tvangsindlagte, eventuelt på behandlingsindikation, men er det langt fra altid. Hovedreglen er, at man forsøger at overbevise patienten om det hensigtsmæssige i at modtage den tilbudte behandling, og man vil fortsætte disse overtalelsesforsøg i flere uger, før der eventuelt tages beslutning om tvangsbehandling. I tilfælde, hvor patienterne er meget psykotiske, aggressive, urolige eller forpinte, vil en sådan beslutning dog blive taget langt tidligere, idet behandling kan lindre patienten, og alternativet ofte vil være tvangsfiksering.

De psykofarmaka, der kommer i betragtning ved tvangsbehandling, vil næsten undtagelsesfrit være fra neuroleptikagruppen. De fleste af disse vil kunne gives som injektionsbehandling, hvor-

ved de også kan gives uden patientens accept. Der er i de senere år også udviklet præparationer, som tillader, at stoffet indgives i depotform ("depotpræparater"), hvorved stoffet fra et depot i muskulaturen langsomt afgives til organismen. Herved kan man nøjes med at indgive depotet hver anden til fjerde uge.

Neuroleptika er kraftigt virkende stoffer med en række bivirkninger, der som regel kan modvirkes, enten ved dosisreduktion eller ved indgift af "antibivirkningsmedicin" (antiparkinsonmidler). De vigtigste bivirkninger er følgende:

a. Psykiske bivirkninger

- udtalt søvnighed,
- passivitet, sløvhed, ubevægelighed, manglende interesse for omverdenen, manglende oplevelsesintensitet, følelsen af at være i "kemisk spændetrøje",
- udtalt indre uro, rastløshed, patienten kan ikke sidde stille, men må ustandselig bevæge sig frem og tilbage.

b. Neurologiske bivirkninger.

- akut muskelstivhed, ufrivillige bevægelser, muskelspasmer i øjen- og tungemuskulaturen,
- nedsat muskelbevægelighed, nedsat mimik, muskelstivhed, rysten (symptomer lignende Parkinsons sygdom),
- efter lang tids behandling kan optræde ufrivillige gummende, grimasserende bevægelser i tunge- og tyggemuskulaturen (tardive dyskinesier), som kan være varige (irreversible).

c. Bivirkninger fra andre organer.

- mundtørhed, forstoppelse, vandladningsbesvær, synsbesvær,
- blodtryksfald i stående stilling, eventuelt med faldskader til følge (specielt hos ældre),
- vægtøgning med heraf følgende overvægtssygdomme,
- allergiske symptomer.

De fleste af disse bivirkninger optræder tidligt i behandlingen. Næsten alle patienter vil i mere eller mindre udtalt form opleve disse tidlige bivirkninger, som alle er godartede, det vil sige forsvinder ved nedsættelse af dosis eller indsættelse af anti-bivirkningsmedicin. Blandt de tidlige bivirkninger

er rastløsheden (akatisien), den akutte muskelstivhed og parkinsonlignende symptomer de mest generende. Svimmelhed i forbindelse med blodtryksfald er den farligste bivirkning.

Anderledes forholder det sig med de ved langtidsbehandling udviklede bivirkninger, specielt de tardive dyskinesier (se ovenfor). Disse symptomer - der almindeligvis anslås at forekomme hos 5 til 10% af den ældre befolkning, der aldrig har modtaget psykofarmakologisk behandling - forekommer efter nyere undersøgelser med væsentlig større hyppighed hos neuroleptika-behandlede patienter. Angivelserne varierer mellem 25 til 75% - højest for de ældre aldersgrupper. Tardive dyskinesier er en alvorlig bivirkning, fordi de i mange tilfælde ikke svinder ved ophør med neuroleptikabehandlingen.

Det er vigtigt at understrege, at risikoen for udvikling af de her nævnte bivirkninger ikke generelt overskygger de fordele, man kan opnå ved behandling med neuroleptika - nemlig de psykotiske symptomers bortvisnen.

Elektrostimulationsbehandling blev indført i den psykiatriske klinik i slutningen af 1930'erne. Siden da har "elektrochok"-behandlingen undergået en række tekniske modifikationer, som har haft til formål at imødegå bivirkninger ved behandlingen. I sin moderne form udføres NCE (narko-curacit-elektrostimulation)behandling ved, at patienten efter almindelig narkoseforberedelse helbedøves, hvorpå der gives et muskellammende stof (curacit). Herefter gives et strømstød over den ikke-dominante hjernehalvdel med den mindst mulige strømmængde, der kan fremkalde et universelt krampeanfald. Fem til ti minutter senere er patienten vågen og ved bevidsthed. Der gives to til fire behandlinger pr. uge, og fuld virkning er som regel opnået efter to til tre uger. Behandlingsserien kan dog udstrækkes til 14 til 16 behandlinger. T sjældne - livstruende - situationer, som for eksempel ved "delirium acutum" (se nedenfor) gives der "blokbehandling", det vil sige behandling en gang i døgnet.

Anvendelse af elektrostimulationsbehandling har svinget noget

gennem årene, både med hensyn til hyppighed og indikationsområde. Ifølge en opgørelse fra 1973 blev der givet ca. 22.000 behandlinger her i landet pr. år. Efter en opgørelse fra 1979 (Hedemann & Christensen, Ugeskrift for Læger 1982 vol. 144, p. 2339-41) skønnede man, der var givet ca. 19.500 behandlinger til godt 2.300 patienter. Tallet er næppe ændret væsentligt siden.

Indikationerne for elektrostimulationsbehandling er i dag i det væsentlige følgende:

- a. de sværeste depressioner, der er forbundet med uro, psykomotorisk hæmning og selvmordsfare, og hvor man ofte vil anse det for risikabelt at forsøge en medikamentel antidepressiv behandling, som af mange anses for noget mindre effektiv,
- b. lette til middelsvære depressioner hos ældre patienter, hvor antidepressivas bivirkninger (specielt på hjertet) kan udgøre et faremoment i forbindelse med effektiv medikamentel behandling, samt hos yngre patienter, som har vist sig ikke at reagere på antidepressive farmaka,
- c. "delirium acutum" (psykotisk tilstand med bevidsthedsforstyrrelser af ikke-organiske årsager) kan udvikle sig livstruende, og her er elektrostimulations-behandling erfaringsmæssigt en meget effektiv, livsreddende behandling.

Betænelighederne ved anvendelsen af elektrostimulationsbehandling på disse indikationer er små og væsentligst knyttet til den animositet, der omgiver behandlingen i offentligheden og blandt nogle behandlere. Der er imidlertid i visse tilfælde knyttet væsentlige etiske problemer til gennemførelsen af elektrostimulations-behandling, selv om indsigelser mod behandlingen i daglig klinisk praksis ikke er særlig hyppigt forekommende. Problemerne skyldes dels, at nogle patienter som følge af sygdommen er stærkt psykomotorisk hæmmede og derfor ikke vil være i stand til at fremføre protester, dels at andre - for eksempel deliriose patienter - på grund af deres sygdom ikke vil være i stand til at forstå og overveje indholdet af forslag om elektrostimulations-behandling. I andre situatio-



ner er patienten angstelig, agiteret og beslutningsudygtig og siger nej til behandlingen for i det næste øjeblik at sige ja. Det er i det hele taget vanskeligt at afgøre, hvad samtykke betyder for en patient, der er plaget af selvbeprejdelser, skyldfølelse og strafoplevelse. Den hidtidige praksis på området har været at opstille snævre indikationer for behandling over for de nævnte patienter og derefter kun at betragte en vedvarende og klart formuleret vægring som udtryk for nægtelse af accept. Tvangsbehandling er herefter kun blevet gennemført, hvis det måtte anses for livsreddende.

Kirurgisk indgreb i hjernen (psykokirurgi) har været anvendt i behandlingen af psykiske lidelser siden indførelsen af "det hvide snit" i 1936. Metodikken har udviklet sig fra nogle meget upræcise indgreb over "standardlobotomien" til situationen i dag, hvor man meget præcist kan udføre operationer på små lokaliserede hjerneområder.

Psykokirurgi adskiller sig fra de hidtil omtalte behandlingsmetoder ved, at man tilsigter at påføre patienten en varig (irreversibel) ændring af hjernens funktion, der fører til lindring eller ophævelse af årelang kronisk invaliderende angst, dybe depressioner eller svære tvangsneurotiske symptomer. På disse indikationer anvendes behandlingen i et vist omfang i udlandet (specielt i de angelsaksiske lande). Hertil kommer, at operationer udføres på patienter med psykiske symptomer som følge af epileptiske lidelser, men her er situationen anderledes, idet patienten har en lokaliserbar sygdom i hjernen.

Bivirkningerne ved psykokirurgiske indgreb er alvorlige. Dels optræder postoperativ epilepsi hos 15 til 30% af patienterne, dels udvikler disse mere eller mindre udtalt et "postlobotomisyndrom", som er en demenslignende tilstand med følelsesmæssig afladning, mindsket initiativ og aktivitet, ændret holdning til egne normer og nedsat evne til at strukturere livssituationer. Disse ændringer ses også - omend i svækket form ved de moderne operationsteknikker, hvilket for nylig er vist i en dansk undersøgelse. (Heidi Hansen, Ruth Andersen,

Alice Theilgaard og Villars Lunn: Stereotactic psychosurgery, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl. 301, vol. 66, Munksgaard, Kbh. 1982).

Over en 10 års periode (1965-1974) er der her i landet opereret ca. 70 patienter på psykiatrisk indikation. Sundhedsstyrelsen har siden 1983 centraliseret udførelsen af psykokirurgiske indgreb til Rigshospitalet, og patienterne skal undersøges og vurderes meget grundigt før et indgreb, det vil sige, at alle muligheder for spontan bedring skal være udelukket og alle andre relevante behandlingsmuligheder gennemprøvet. Det er forventeligt, at brugen af psykokirurgi her i landet vil reduceres yderligere eller helt ophøre. Siden 1983 er psykokirurgiske indgreb ikke blevet foretaget.

## 2. Distriktspsykiatri.

Udviklingen af organisationen af det psykiatriske behandlingstilbud væk fra den centraliserede "anstaltspsykiatri" hen imod en mere decentraliseret ambulant psykiatri er foregået gradvist fra midten af 1950'erne, såvel internationalt som her i landet. Der er inden for psykiatrien en generel enighed om, at en sådan udvikling er ønskelig og hensigtsmæssig.

En entydig definition af begrebet distriktspsykiatri er umulig, idet det omhandler et sæt af ideer og principper om, hvorledes psykiatriske lidelser kan forstås og skal behandles.

I næsten alle distriktspsykiatriske modeller findes dog nogle hovedtanker, der er gennemgående, men prioriteringen af dem veksler. Det drejer sig om

- forebyggende arbejde,
- udstrakt grad af ambulant behandling, gerne i tilknytning til patientens miljø/familie,
- geografisk nærhed mellem behandlingssted og patient,
- let tilgængelige behandlingstilbud med mulighed for tidlig intervention,
- kontinuitet i kontakten mellem behandler og patient,
- tætte forbindelseslinier til det øvrige behandlingsnetværk

- med tilbud om rådgivning og supervision,
- tværfaglige behandlingstilbud,
- fortløbende evaluering.

Der er foretaget og foretages en række distriktspsykiatriske forsøg her i landet (Anne Lindhardt og Niels Rejsby: Ugeskrift for Læger 1984, vol. 146, p. 1733-40). De har ofte haft en begrænset målsætning, både med hensyn til hvilken gruppe af patienter, man søgte at behandle og hvilke opgaver, man prioriterede højst i det ambulante arbejde.

Nogle opgaver ligger forud for en sygehusindlæggelse.

- a) primært forebyggende arbejde i lokalmiljøet, som der ofte er for ringe viden om og for få ressourcer til at gennemføre. Miljøprojekter, netværksarbejde og lignende er opgaver, der bør udføres i socialforvaltningens regi.
- b) konsultative opgaver over for praktiserende læger, sociale sagsbehandlere, hjemmesygeplejersker, hjemmehjælpere, plejehjems- og andet institutionspersonale, som omfatter både rådgivning, supervision og undervisning. Formålet er dels at forebygge, at uvidenhed og uhensigtsmæssige holdninger medfører henvisning til psykiatrisk behandling, dels at hjælpe disse andre faggrupper til selv at behandle (lettere) psykiatriske problemer. Heri ligger en væsentlig profylaktisk virkning.
- c) forvisitation af patienter henvist til psykiatrisk behandling, som tilstræber en lignende sortering af patienter til mere hensigtsmæssige behandlingsmuligheder end indlæggelse. Herved kan erfaringsmæssig en del indlæggelser af ikke akutte patienter undgås.
- d) akut psykiatrisk vagtlægetjeneste eller psykiatriske "udrykningshold" er ikke forsøgt herhjemme, men med held forskellige steder i udlandet.
- e) ambulant behandling uden indlæggelse kan i betydeligt større omfang end nu gennemføres af praktiserende speciallæger, psykiatriske ambulatorier eller psykiatriske distriktskontorer.

Nogle opgaver bør løses på hospitalet:

f) psykiatrisk skadestue eller døgnåben modtagelse, som modtager akutte patienter til kortvarig observation, behandling og visitation uden indlæggelse. Herved kan der ydes hjælp til løsning af akutte psykiatriske problemer til vagtlæger, somatiske skadestuer, politiet, sociale døgnvagter, alternative hjælpeorganisationer m.v.

Andre opgaver ligger efter en hospitalsindlæggelse og har betydning for den sekundære profylakse:

- g) efterbehandling ved psykiatriske distriktssygeplejersker i form af medikamentel behandling og psykologisk og social støtte.
- h) støtte til tidligere psykiatriske patienter, placeret i beskyttede boformer, kollektiver, pensionater, kollegier etc.
- i) klubvirksomhed, netværksstøttende behandling, undervisnings- og andre revalideringstilbud.

Mens primært sygdomsforebyggende arbejde således er vanskeligt at udføre og sjældent forsøgt, er der mange muligheder for at forebygge genindlæggelser, altså for sekundær profylakse. Det er åbenbart, at den fulde udnyttelse af disse muligheder kræver et betydeligt oplysnings- og undervisningsarbejde over for en række "henvisere" til det psykiatriske behandlingssystem og et stadigt tilbud om psykiatrisk rådgivning og supervision.

De her beskrevne ændringer af det psykiatriske behandlingstilbud rummer imidlertid også en række risici for en forringelse af den psykiatriske behandling.

Den væsentligste risiko er, at man forsøger at gennemføre en sådan omlægning af den psykiatriske behandling uden samtidig at overføre fornødne ressourcer til det ambulante arbejde. Herved kan for eksempel langtidspsykotiske patienter risikere at blive behandlet uden den nødvendige støtte til at opretholde menneskeværdige bo- og leveforhold. Erfaringerne fra

udlandet, hvor psykotiske patienter lever på gaden, i undergrundsbanen eller i storbyernes slum, er skræmmende.

Næsten lige så væsentligt er, at nedlæggelsen af senge på de psykiatriske institutioner kan få konsekvenser for hospitalets behandlingstilbud. Hvor de store psykiatriske sygehuse i dag har et stort antal forskelligartede afdelinger med forskellige behandlingstilbud til rådighed, vil man fremover kunne komme i den situation, at differentierede behandlingsmuligheder ikke er til stede, fordi sengeantallet er blevet reduceret, og den geografiske distriktstilknytning er blevet så snæver, at alle typer af patienter fra distriktet skal indlægges på nogle ganske få afdelinger, som udgør den modtagende enhed, der for eksempel kan bestå af en lukket modtageafdeling, en åben korttidsafdeling og en åben langtidsafdeling. Dette vil være meget u hensigtsmæssigt. Løsningen bør snarere søges ved oprettelse af flere mindre afdelinger med mere differentierede behandlingstilbud, oprettelse af amtslige specialafdelinger, hvortil der kan visiteres, og eventuelt specielle landsdelsafdelinger.

En tredje risiko er, at behandlergrupperne falder for fristelsen til at påtage sig behandling af en række personer i krisituationer eller med lette psykiske lidelser, der i dag ikke hører til psykiatriens hovedarbejdsopgaver. En sådan "psykiatrisering" vil også gå ud over behandlingen af de komplicerede, arbejdskrævende socialpsykiatriske patienter, som i dag er psykiatriens væsentligste behandlingsområde. Med de nuværende ressourcetildelinger er distriktspsykiatri en anden organisationsform af behandlingen af de patienter, som i dag indlægges på de psykiatriske sygehusafdelinger.

### 3. Sygepleje for psykiatriske patienter.

Psykiatrisk sygepleje vil til enhver tid være påvirket af samfundets syn på psykisk sygdom og samfundets normer for psykiatrisk behandling.

Forholdet mellem psykiatrisk sygepleje og psykiatrisk behandling er som forholdet mellem en mønts for og bagside - sammen-

hængende, men dog klart adskilte. Den psykiatriske sygeplejers mål er at støtte og hjælpe den enkelte patient eller gruppe af patienter til at få opfyldt de alment menneskelige behov af såvel fysisk, psykisk som social karakter.

Sygeplejersens personale er i modsætning til de øvrige behandlere og hjælpegrupper hos patienten i 24 timer.

Psykiatriske sygeplejersker skal i lighed med andre sygeplejersker have gennemgået grunduddannelsen for sygeplejersker.

Kvaliteten af sygeplejen vil både indenfor og udenfor sygehuset være afhængig af sygeplejerspersonalets faglige og personlige kvalifikationer.

For at kunne yde sygepleje af høj kvalitet er det nødvendigt, at personalet arbejder med egne holdninger til normalitet og afvigelse.

Sygeplejersken må derudover videreudvikle sin viden om menneskets normale udvikling og om de vilkår, der påvirker og eventuelt truer denne udvikling.

Planlægningen og udførelsen af sygeplejen skal være målrettet og individcentreret for at opfylde de krav, samfundet stiller til psykiatrisk sygepleje.

Sygeplejersens mål er, at den enkelte patient eller gruppe af patienter sættes i stand til at udnytte de ressourcer, der er til rådighed hos den enkelte og i de nære omgivelser således

at en patient, som ikke selv kan varetage sine egne behov, får hjælp til at gøre det, som han selv ville have gjort, hvis han havde været i stand dertil,

at patientens stærke sider søges styrket,

at patienten lærer at klare sig med de begrænsninger, sygdommen sætter, og

at patienten derigennem opnår en så høj grad af selvstændighed og sundhed som muligt.

Sygeplejen skal planlægges i samarbejde med patienten ud fra dennes egne ressourcer og egen forestillingsverden, samt ud fra sygeplejerskens professionelle viden.

Sygeplejepersonalet skal via samværet med patienten udvikle et miljø præget af åbenhed og nærhed, så patientens behov imødekommes. Omlægningen fra at pleje patienten ud fra dennes sygdom til at pleje patienten ud fra dennes ressourcer har medført, at plejeformen har måttet ændres. I flere og flere psykiatriske afdelinger anvendes nu "tildelt" patientpleje. Denne plejeform indebærer, at hver sygeplejerske får tildelt bestemte patienter.

Sygeplejersken koordinerer plejeforløbet, herunder samarbejdet med øvrige faggrupper. Herved opnår patienten den tryghed, der gør det muligt at give udtryk for følelser som angst, uro, fortvivlelse og aggressivitet. Det er derfor nødvendigt, at sygeplejepersonalet til stadighed har mulighed for at bearbejde de følelser og oplevelser, som opstår i relation til patienterne og til den psykiatriske sygepleje, hvis kvaliteten af den psykiatriske sygepleje skal bevares og videreudvikles.

#### 4JL Udvalgets overvejelser .

Udvalget har overvejet, hvordan den skitserede udvikling i de psykiatriske behandlingsformer vil påvirke de psykiatriske patienters retsgarantier og anvendelsen af tvang i den psykiatriske behandling.

Principielt må det fastslås, at ambulante behandlede patienter (herunder daghospitalpatienter) ikke kan tvangstilbageholdes men skal opfylde de almindelige kriterier for tvangsindlæggelse, hvis frihedsberøvelse skal iværksættes. Dette følger af, at disse patienter ikke betragtes som indlagte, se herom kapitel 18 om lovens område.

Endvidere må det være udgangspunktet, at tvangsbehandling kun kan foregå under indlæggelse på psykiatriske afdelinger. Det kun-

ne overvejes, om det ville være i overensstemmelse med "et mindre middels princip" at tillade tvangsbehandling i hjemmet eller på sociale institutioner (jfr. overvejelser om tvangs-anvendelse på plejehjem) og derved undgå tvangsindlæggelse, men ulemperne vil utvivlsomt overstige fordelene, idet man så måtte forestille sig "tvangsbehandlingshold", udrykkende fra det psykiatriske sygehus, hvilket ville skabe en række betydelige lovgivningsmæssige og praktiske vanskeligheder og alvorlige etiske problemer. Man kunne også overveje, om "tvangsbehandling" kunne gøres til en betingelse for udskrivning, således at patienten - uden iagttagelse af reglerne om tvangsindlæggelse - kunne genindlægges mod sin vilje, hvis behandlingsforskrifterne ikke blev overholdt. Dette ville imidlertid udstyre psykiatrien med magtbeføjelser, som går langt ud over de nugældende, og dette er hverken ønskeligt af behandlingsmæssige grunde eller af hensyn til psykiatriens almene omdømme.

I det hele taget er det vigtigt at sikre, at den distriktspsykiatriske behandling ikke øger den psykiatriske behandlings tvangsansvendelsesmuligheder. De patienter, der behandles "ude i samfundet", har samme ret som andre patienter til at vælge ikke at lade sig behandle, for så vidt de ikke opfylder betingelserne for at kunne tvangsindlægges. Det må sikres, at psykiatere og andre behandlere fra sygehuset ikke formelt inddrages i eventuelle tvangsindlæggelser i distriktet.

Der vil i den igangværende omlægning af det psykiatriske behandlingstilbuds organisation være muligheder for at forebygge tvangsindlæggelsessituationer. Det må formodes, at øget samarbejde med praktiserende læger og sociale institutioner vil føre til en tidligere kontakt mellem psykiatriske patienter og behandlingssystemet og dermed til tidligere behandling, hvilket principielt vil forebygge udviklingen af situationer, der nødvendiggør tvang. Hertil kommer, at en psykiatrisk ekspertise i nær kontakt med patientens hjemmiljø vil have mulighed for at løse problemer uden at gribe til tvangsindlæggelse. Da mange tvangsindlæggelsessituationer opstår akut, vil forsøg med en psykiatrisk vagttjeneste være meget ønske-



lige, herunder oprettelse af psykiatriske skadestuer, hvor sådanne ikke allerede findes.

Hvis de psykiatriske sygehusafdelingers behandlingsmuligheder forringes som følge af mindre differentierede placeringsmuligheder i forbindelse med den dlstriktsmæssige tilknytning, kan det betyde vanskeligheder med at opretholde et rimeligt behandlingsmiljø på de lukkede afdelinger, jfr. kapitel 9, hvilket vil forringe de tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienters situation.

## Kapitel 4: Fremmed ret.

### 1. Indledning.

Til brug for overvejelserne af, hvorledes en ny dansk sindsygelovgivning bør udformes, har udvalget gennemgået lovgivningen på området i et antal andre lande, ligesom udvalget har gjort sig bekendt med indholdet af en række rekommandationer udarbejdet af internationale organisationer. De foreliggende rekommandationer indeholder bl.a. henstillinger og vejledende retningslinier for, hvilke retssikkerhedsgarantier der bør gælde ved frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse over for sindslidende.

I det følgende omtales først to redegørelser, der er udgivet af organisationer under FN, og som bl.a. indeholder en sammenlignende beskrivelse af retstilstanden i en række lande, ligesom der opstilles principper og retningslinier for udformningen af lovgivningen for sindslidende. Endvidere omtales den såkaldte Hawaii-deklaration udarbejdet af den internationale psykiatersammenslutning, World Psychiatric Association (WPA). Afsnit 3, 4, 5 og 6 indeholder en gennemgang af sindssygelovgivningen i Sverige, Norge, England og Italien, som udvalget i relation til fremmed ret i særlig grad har beskæftiget sig med, og sidst i dette kapitel findes en udførlig gennemgang af Europarådets rekommandation af 22. februar 1983 vedrørende den retlige beskyttelse af sindslidende personer, der mod deres vilje indlægges eller tilbageholdes på psykiatrisk institution.

Udvalget har herudover i sine overvejelser om fremmed ret inddraget oplysninger om bl.a. hollandsk ret gengivet i fremstillingen "Commitment and Civil Rights of the Mentally ill" udgivet af Sind i 1985. Bogen består af indlæg, der fremkom på en international konference, som Landsforeningen Sindslidendes Vel afholdt i København i august 1984, og hvori flere af udvalgets medlemmer deltog.

## 2. Generelt.

### A. Verdenssundhedsorganisationen WHO.

T 1978 publicerede verdenssundhedsorganisationen WHO en ny international oversigt over sindssygelovgivningen (W.J. Curran & T.W. Harding: The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives). Det fastslås blandt andet, at der har været en udvikling verden over henimod frivillig indlæggelse og behandling, og at tvangsindlæggelse nu oftere tillades alene på grundlag af lægelig erklæring uden forudgående domstolsprøvelse eller forelæggelse for et administrativt organ.

Af bogens sammenlignende lovoversigt fra mange landes sindssygelove verden over ses det, at et sygdomsbegreb svarende til "mental illness" er det almindelige kriterium for frihedsberøvelse, kombineret med tillægsindikationer af social karakter med fare som det klassiske begreb - "because of his mental condition he presents a danger to himself or to others".

Kun i få lande er fare sammen med "mental illness" eneste kriterier, medens der overvejende iøvrigt tillige er mulighed for frihedsberøvelse også af sindslidende personer med behov for behandling og pleje ("in need of treatment and care"), altså tvang under hensyntagen til personers helbred. Kriterierne er almindeligvis ikke nøjere defineret.

Oversigten rummer vejledende retningslinier for eventuel lovrevision, idet det betones, at de enkelte lande ikke skal finde en "modellov" udefra. Det gentages, at der er mange forskellige måder at løse problemerne på, og at der således ikke findes et enkelt system, som kan anvendes overalt. En lov, som ikke tager hensyn til landets sociale struktur, kultur og tradition, er uanvendelig.

Der forventes snarest publiceret en supplerende a'jourføring af W.J. Curran.

## B. Daes-rapporten.

I 1983 udsendte en arbejdsgruppe vedrørende forebyggelse af diskrimination og beskyttelse af minoriteter under FN's kommission om menneskerettigheder en omfattende rapport om sindslidendes retsstilling udarbejdet af Dr. Erica-Irene A. Daes. Rapporten har til formål at bidrage til beskyttelse af de fundamentale menneskerettigheder for sindslidende, til afskaffelse af misbrug i psykiatrien, bl.a. i politisk øjemed samt til forbedring af lovgivningen og behandlingen på området. Rapporten indeholder bl.a. en gennemgang af den indsats, som FN og andre organisationer, herunder Europarådet og menneskerettighedsdomstolen, har ydet til forbedring af de sindslidendes vilkår. Der er på grundlag af oplysninger indhentet ved en spørgeskemaundersøgelse i 49 lande og blandt 20 regeringsuafhængige organisationer endvidere udarbejdet en oversigt over lovgivningen vedrørende sindslidende i de af undersøgelsen omfattede lande. Rapportens konklusioner er udmøntet i et udkast til en rekommandation, hvori der er opstillet principper og retningslinier for udformningen af retssikkerhedsgarantier til beskyttelse af sindslidende. Det bør bemærkes, at rapporten og dens retningslinier, der er blevet kritiseret skarpt af den internationale psykiatersammenslutning (World Psychiatric Association), pr. .1. januar 1986 ikke er endeligt vedtaget i FN. I denne forbindelse skal alene oversigten over lovgivningen i de 49 undersøgte lande gøres til genstand for nærmere omtale.

Alle de undersøgte landes lovgivninger tillader under visse betingelser frihedsberøvelse af psykiatriske patienter. Som grundlæggende betingelse anvendes et sygdoms- eller abnormitetsbegreb såsom psykisk sygdom (mental illness) eller det videre begreb psykisk lidelse (mental disorder). I almindelighed er det ikke i lovgivningen nærmere defineret, hvad der skal forstås ved disse sygdomsbegreber, det er overladt til lægevidenskaben, administrativ praksis og retspraksis. Kun meget få lande har som Danmark udtrykkeligt begrænset området for tvangs-anvendelse til de egentligt sindssyge.

Tilstedeværelsen af en psykisk sygdom er en nødvendig, men i

almindelighed ikke en tilstrækkelig betingelse for frihedsberøvelse. I et stort flertal af de lande, der er omfattet af undersøgelsen, stiller lovgivningen krav om "farlighed" som tillægskriterium ved frihedsberøvelse. Frihedsberøvelse af psykisk syge personer fremtræder således som en lægelig foranstaltning, der har til formål at beskytte patienten selv eller andre mod den fare for liv og sikkerhed, som patientens adfærd måtte indebære.

I næsten alle lande er der foreskrevet en særlig procedure, der skal iagttages ved tvangsindlæggelse. Fremgangsmåden varierer en del fra land til land, men fælles for de fleste lande er det, at nødvendigheden af tvangsindlæggelse i vidt omfang beror på et lægeligt skøn, undertiden under deltagelse af to læger, og at der ikke kræves en forudgående domstolsprøvelse. Kun meget få lande har obligatorisk efterfølgende domstolsprøvelse, medens der i mange lande, herunder Danmark, er adgang til efterfølgende domstolsprøvelse efter begæring.

I de fleste vesteuropæiske lovgivninger er der fastsat nærmere grænser for, hvor langt en frihedsberøvelse på psykiatrisk sygehus tidsmæssigt kan udstrækkes, og oftest er det kombineret med regler om pligt til periodisk efterprøvelse af, om tilbageholdelse fortsat er påkrævet.

Spørgsmålet om behandlingen, herunder om adgangen til tvangsbehandling, er kun reguleret i meget få lande. Med henblik på at begrænse tvangsanvendelse i behandlingen mest muligt anbefales det i rapporten, at der udformes regler, der sikrer, at behandling, så vidt det overhovedet lader sig gøre, sker i henhold til informeret samtykke fra patienten, og at der for hver enkelt patient opstilles en behandlingsplan.

Rapporten, som ifølge sagens natur har et bredt internationalt sigte, fremhæver samfundets ansvar og omsorgspligt over for psykisk syge personer, og nævner, at der i et stort antal lande findes patienter, der har behov for behandling på psykiatrisk institution, men som overlades til sig selv uden behandlingsmæssig bistand.

I konklusionen peges der i rapporten på utilstrækkelige resourcer som et af de alvorligste problemer. Det nævnes, at mange landes psykiatriske sygehuse er overbelagt med patienter med deraf følgende negative konsekvenser for behandlingsmiljøet m.v., og rapporten bemærker, at retssikkerhedsmæssige forbedringer i lovgivningen vedrørende sindslidende i visse lande ikke vil have nogen afgørende betydning for de sindslidendes vilkår, hvis der ikke samtidig sker en ressourcemæssig opprioritering af psykiatrien.

### C. Hawaii-deklarationen.

Hawaii-deklarationen blev vedtaget i 1977 af World Psychiatric Association som etiske retningslinier for psykiatere i hele verden. Dansk psykiatrisk Selskab har tilsluttet sig deklarationen, som er revideret i Wien i 1983. Erklæringen er forsigtig og bred i formuleringen af disse retningslinier, som betragtes som minimale etiske krav for psykiaterens virke. Et kort uddrag af enkelte bestemmelser:

I den første artikel gengives det at være "psykiatriens mål at behandle sindslidelse ("mental illness") og at fremme mental sundhed".

Enhver psykiater skal tilbyde patienten den bedst tilgængelige behandling - udøvet med passende omhu og med skyldig respekt for menneskets værdighed. Psykiateren skal på passende vis oplyse patienten om hans psykiske tilstands art, behandling, herunder mulige alternativer, og om det forventede resultat.

Ingen procedure eller behandling må gives imod patientens vilje, medmindre patienten på grund af sin sindslidelse ikke kan vurdere, hvad der tjener ham bedst, og uden hvilken behandling alvorlig helbredsforringelse ville være sandsynlig for patienten eller andre. Så snart betingelserne for tvangsbehandling ikke længere er til stede, skal psykiateren frigøre patienten fra tvangen, og såfremt yderligere behandling er nødvendig, skal han i så fald opnå frivilligt samtykke.

Psykiateren må aldrig bruge sin professionelle kunnen til at krænke en persons eller gruppes værdighed eller menneskerettigheder. Han må under ingen omstændigheder bruge sin professionelle ekspertise, når det er konstateret, at der ikke foreligger psykiatrisk sygdom.

Patientens deltagelse i forskning skal være frivillig med informeret samtykke og med mulighed for til enhver tid at trække sig tilbage fra undersøgelsen., I den afsluttende artikel hedder det, at psykiateren skal indstille enhver behandling, undervisning eller forskning, som er i strid med deklarationens principper.

Hawaii-deklarationen er optrykt som bilag 8 til denne betænkning.

### 3. Svensk ret.

Den svenske lov nr. 293 fra 1966 "om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall" (LSPV) indeholder regler om adgang til tvangsanvendelse i psykiatrien.

A. Materielle betingelser for tvangsindlæggelse (udtrykket "tvangsindlæggelse" anvendes ikke i LSPV, i stedet benyttes formuleringen: "bereda sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtykke").

For at tvangsindlægge en patient skal følgende betingelser være opfyldt (lovens § 1):

- (1) At den pågældende lider af en psykisk sygdom. Med psykisk sygdom sidestilles psykisk abnormitet, som ikke er psykisk sygdom eller består i forstyrrelse af den intelligensmæssige udvikling. Udtrykkene psykisk sygdom og psykisk abnormitet er ikke defineret i lovteksten.

Af lovens forarbejder fremgår imidlertid, at psykisk sygdom omfatter bl.a. såvel psykoser som neuroser. Også psykiske in-

sufficienstilstande som følge af alkohol- eller narkotikamisbrug falder ind under LSPV.

- (2) At "vård" (indlæggelse, behandling) på grund af sygdommens art og grad er absolut påkrævet.
- (3) Ud over disse to grundbetingelser skal yderligere et af følgende kriterier (specialindikationer) være opfyldt
  - (a) at patienten som følge af sygdommen åbenlyst mangler sygsdomsindsigt eller som følge af narkotikamisbrug er åbenbart ude af stand til at erkende sit behov for behandling, og den pågældendes tilstand væsentlig kan forbedres gennem behandling eller væsentlig vil blive forringet, hvis behandling undlades,
  - b) at patienten som følge af sygdommen er farlig for andres personlige sikkerhed eller psykiske eller fysiske helbred eller er farlig for sit eget liv,
  - c) at patienten som følge af sygdommen er ude af stand til at klare sig selv,
  - d) at patienten som følge af sygdommen har en levevis, der er groft generende/forstyrrende for naboer eller andre,
  - e) at patienten som følge af sygdommen er farlig for andres ejendom eller anden retsbeskyttet interesse, som ikke er omfattet af litra b.

B. Proceduren ved tvangsindlæggelse (de formelle betingelser).

Indlæggelsesproceduren er i lighed med de danske regler delt op i to led, og bygger på princippet om, at indlæggelse skal efterprøves af to af hinanden uafhængige læger.

a. Udfærdigelse af en indlæggelsesattest ("vårdintyg"),



- b. Beslutning om indlæggelse (træffes af overlægen på det hospital/den afdeling, hvor indlæggelsen finder sted) .

Tvangsindlæggelse kræver i almindelighed udfærdigelse af en indlæggelsesattest, i det følgende benævnt ved det svenske udtryk "vårdintyg".

Vårdintyg udfærdiges af en læge i umiddelbar tilslutning til en personlig undersøgelse af patienten. Vårdintyg skal indeholde de nødvendige oplysninger til dokumentation for, at de materielle betingelser for indlæggelse er til stede, samt en redegørelse for de omstændigheder, hvorpå lægen bygger sin opfattelse. Politiet har en særlig adgang til i visse hastende tilfælde (*periculum in mora*) at tilbageholde en person, der skønnes sindslidende og farlig for andres personlige sikkerhed eller eget liv. Hvis den tilbageholdte ikke løslades, skal politiet straks foranledige foretaget en lægeundersøgelse med henblik på at afgøre, om betingelserne for udfærdigelse af et vårdintyg er til stede. Såfremt den tilkaldte læge ikke finder betingelserne opfyldt, skal den tilbageholdte straks løslades.

Indlæggelsesprocedurans andet led består i hospitalsoverlægens afgørelse af, om indlæggelse skal ske. Overlægen skal for det første påse, at vårdintyget er i orden, det vil sige at det er udfærdiget af en læge, at det indeholder de foreskrevne oplysninger, samt at vårdintyget er udfærdiget inden for de sidste 14 dage. Herudover skal det være antageliggjort, at behandling/indlæggelse kan ydes/ske i medfør af loven. Den læge, der træffer afgørelse om indlæggelse, må ikke være identisk med den, der har udfærdiget vårdintyget. Afgørelsen skal begrundes. Når der er besluttet indlæggelse har overlægen herefter en periode på op til 8 dage (observationsperiode) til at undersøge patienten med det formål at afgøre, hvorvidt betingelserne for behandling/indlæggelse i medfør af loven er til stede. Findes betingelserne efter observationsperioden at være opfyldt, kan patienten fortsat tilbageholdes, i modsat fald skal den pågældende udskrives. Ved tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte patienter (konvertering), hvor to-lægeprincippet fraviges, skal afgørelsen ikke træffes af overlægen, men af ud-

**skrivningsnævnet.**C. Tvangstilbageholdelse.

I lighed med de danske regler kan tvangstilbageholdelse finde **sted** både over for patienter, der frivilligt har begæret sig indlagt, og over for patienter, der er indlagt mod deres vilje (en frivilligt indlagt overgår til at få status som tvangsindlagt). Betingelserne for at holde en patient tilbage efter udløbet af observationsperioden er stort set identisk med reglerne for iværksættelsen af tvangsforanstaltningen, jfr. § 1. Beslutning om fortsat tilbageholdelse/nægtelse af udskrivning træffes i første omgang normalt af overlægen, og tilbageholdelsens nødvendighed skal iøvrigt prøves løbende. Begæring om udskrivning kan fremsættes af nærstående m.fl. Der er mulighed for at udskrive på prøve, hvorved der kan fastsættes vilkår. Indlæggelse efter prøveudskrivning sker efter overlægens beslutning, og i så fald skal der ikke iværksættes en fornyet indlæggelsesprocedure.

En væsentlig regel om tvangstilbageholdelsens tidsmæssige udstrækning findes i § 20. Når en patient har været indlagt i medfør af loven (d.v.s. uafhængigt af eget samtykke) i 3 måneder, og overlægen finder, at den pågældende fortsat bør tilbageholdes, skal overlægen ex officio indberette til udskrivningsnævnet, der kan tage spørgsmålet om udskrivning (eventuelt på prøve) op til prøvelse. Såfremt patienten herefter fortsat tilbageholdes, skal overlægen indberette hver 6. måned, så længe patienten er indlagt.

D. Tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse.

Den generelle bestemmelse om adgangen til i visse tilfælde at anvende tvang over for tvangsindlagte patienter findes i lovens § 13. Bestemmelsen hjemler adgang til at forhindre frihedsberøvede patienter i at forlade afdelingen, og til iøvrigt at underkaste den pågældende den tvang, som er nødvendig af hensyn til formålet med behandlingen/indlæggelsen eller for at beskytte patienten selv eller hans omgivelser. I medfør af denne be-

stemmelse kan der således iværksættes behandling mod patientens vilje, ligesom der er hjemmel til at anvende anden form for tvang, f.eks. bæltefiksering, i fareafværgende øjemed.

Spørgsmålet om informeret samtykke er ikke reguleret i loven, og forsøgsbehandling er ligeledes uomtalt.

#### E. Klageregler.

Overlægens afgørelse om bl.a. tvangsindlæggelse og udskrivningsnægtelse kan påklages til et decentralt organ, udskrivningsnævnet. Derimod kan overlægens beslutninger vedrørende behandlingen, herunder eventuel tvangsbehandling, og tvangsanvendelse i øvrigt ikke indbringes for udskrivningsnævnet.

Udskrivningsnævnets sammensætning fremgår af § 28. Nævnet består af 5 medlemmer: en jurist, som er eller har været dommer, som formand, en læge, som bør have kendskab til psykiske lidelser, en person med kendskab til sociale spørgsmål samt yderligere to medlemmer.

Udskrivningsnævnets afgørelser kan indbringes for et centralt, landsdækkende organ, det psykiatriske nævn. Ikke kun patienten men også overlægen har mulighed for at påklage udskrivningsnævnets afgørelser til det psykiatriske nævn, hvis afgørelser er endelige.

Det psykiatriske nævn består af 6 medlemmer: en jurist, der er eller har været dommer, som formand, to læger med specialistkendskab til psykiske lidelser, en person med kendskab til sociale spørgsmål samt to andre medlemmer. Som det vil ses er den lægesagkyndige repræsentation i det psykiatriske nævn større end den tilsvarende repræsentation i udskrivningsnævnet.

Så længe patienten er indlagt kan påklage ske uden frist. Hvis patienten er udskrevet, skal klage være iværksat inden 3 uger efter udskrivningen.

Afslutningsvis under gennemgangen af klageregler bør også næv-

nes reglen om pligt for lægen til at informere patienten om klageadgang m.v.

#### F. Revisionsovervejelser.

Den svenske lovgivning om tvang i psykiatrien er for tiden under revision. I det følgende omtales de forslag, der er fremsat i betænkningen "Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten" afgivet af socialberedningen i august 1984 (SOU 1984:64).

Betænkningen indeholder navnlig følgende to hovedelementer:

- Forslag til ny psykiatrisk tvangslovgivning, hvor det foreslås, at der udfærdiges tre nye love: Lov om tvangsforsorg for personer med akut psykisk lidelse, lov om lovovertrædere med psykisk lidelse og lov om aldersdemente.
- Forslag om øget samarbejde mellem det eksisterende psykiatriske behandlingsapparat og de sociale myndigheder, særlig for så vidt angår udskrevne psykiatriske patienter.

Det følgende vedrører navnlig forslaget til lov om tvangsforsorg for personer med akut psykisk lidelse (akutloven).

I stedet for det hidtidige sygdomsbegreb, psykisk sygdom, foreslår man nu anvendelse af begrebet alvorlig psykisk lidelse ("allvarlig psykisk störning"). Herved forstås først og fremmest psykotisk tilstand med klar forstyrrelse af realitetsopfattelsen og med symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og forvirringstilstand. Endvidere omfatter begrebet klar demenstilstand, alvorlige depressioner med selvmordstanker og svære personlighedsforandringer. Visse kortvarige, svære abstinensstilstande efter alkohol- og narkotikamisbrug samt svære psykiske krisetilstande kan også falde ind under begrebet.

Det bør være det akutte behov for "psykiatrisk vård" (psykiatrisk forsorg) døgnet rundt, som fremover skal være bestemmede for, om behandling om fornødent bør kunne ske ved tvang.

Hvis to læger er enige om, at en person har en alvorlig psy-

kisk lidelse af en art som ovenfor beskrevet, og hvis den pågældende har et tvingende og akut behov for forsorg, som ikke kan ydes på anden vis end på en døgninstitution, og hvis patienten modsætter sig indlæggelse, kan der ske tvangsindlæggelse. Det kræves således, at patienten modsætter sig indlæggelsen. Den patient, der passivt lader sig indlægge, fordi han er ude af stand til at tage stilling, vil efter de foreslåede svenske regler herefter være at anse for frivilligt indlagt.

Specialindikationerne, herunder farlighedsindikationen, foreslås opgivet, og der skal alene gælde det oven for beskrevne kvalificerede behandlingskriterium. Til gengæld ønskes en styrkelse af retssikkerhedsgarantierne, navnlig i form af domstolsprøvelse.

Adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte patienter (konvertering) foreslås ophævet.

De decentrale udskrivningsnævn foreslås afskaffet og for så vidt angår tilsynsfunktionerne erstattet af amtslige indsynsnævn, hvis medlemmer er politisk udpegede, og som får stillet et sagkyndigt sekretariat til rådighed. Kontrollen med overlægens afgørelser om frihedsberøvelse skal udøves af lensretten. Det foreslås bl.a., at hvis en tvangsindlagt agtes tvangstilbageholdt i mere end 8 dage, skal sagen på overlægens initiativ forelægges for lensretten, som sættes på hospitalet. Inden 1 uge fra retsmødet træffer lensretten sin afgørelse. Opretholdes tvangstilbageholdelsen, skal sagen påny forelægges retten senest 2 måneder efter, at tvangsindlæggelse fandt sted.

Ved retsmødet skal patienten have en støtteperson, som også bistår den tvangsanbragte, så længe tvangstilbageholdelsen varer. Retten er berettiget til at udpege en psykiater som særlig sagkyndigt vidne, ligesom retten kan begære psykologisk og socialkyndig bistand bl.a. med henblik på at få afklaret, hvilke mulige alternativer der måtte findes, hvis overlægens begæring om tvangstilbageholdelse ikke opretholdes.

Under opholdet på lukket psykiatrisk afdeling gælder, at tvangs-

anvendelse skal begrænses mest muligt. En patient skal i indtil 8 timer kunne isoleres fra medpatienter. Ønskes isolation opretholdt i længere tidsrum, skal tilladelse hertil meddeles af et centralt landsdækkende organ, socialstyrelsens psykiatriske råd. Bæltefiksering må kun anvendes i kort tid, og når der er et helt akut behov herfor. En patient, der isoleres fra medpatienter eller anbringes i bælte, skal være overvåget af personale hele tiden.

Beslutning om at anvende tvang kan kun træffes af afdelingens overlæge.

Der skal for hver enkelt patient opstilles en behandlingsplan. Tvangsmedicinering må kun finde sted, når der er tale om alvorlig fare for patientens liv eller helbred. Medicin eller behandling, som har alvorlige bivirkninger eller giver blivende skader som f.eks. psykokirurgiske indgreb, og elektrostimulationsbehandling kan begrænses eller forbydes af socialstyrelsen.

Spørgsmålet om neuroleptica (antipsykotiske præparater) omtales bl.a. side 251 og 413 f i den svenske betænkning, hvor det i motiverne til lovforslaget siges, at det også er tænkeligt, at behandlingen med visse af disse præparater medfører sådanne varige bivirkninger, at de helt bør forbydes, eller at deres anvendelse i det mindste bør begrænses. Under hensyn til den udvikling, der til stadighed foregår på dette område, har det svenske udvalg dog anset det for mindre hensigtsmæssigt at lovgive på området og i stedet overladt det til regulering ved administrativt fastsatte forskrifter, som skal udfærdiges efter indstilling fra socialstyrelsen.

Som forbedringer og til dels fornyelse af svensk psykiatrisk forsorg peger udvalget navnlig på,  
at der bør arbejdes med større respekt for patienternes selvbestemmelsesret og integritet, hvorfor frivillighed og samarbejde bør prioriteres højt, hvilket også øger mulighederne for vellykkede **behandlingsforløb**,  
at distriktpsychiatri bør indføres, og  
at udflytning fra store institutioner til små plejehjem og kol-

lektiver bør søges gennemført.

Om aldersdemente {senildemente) er udgangspunktet, at alt for mange er anbragt på psykiatriske hospitaler langt fra patienternes hjemsted, og at udflytning til små lokale hjem med privat præg er ønskelig, men at dette forudsætter, at disse hjem lovligt kan aflåses for at hindre beboerne i utilsigtet at forlade hjemmet.

Loven om disse senildemente personer skal indeholde hjemmel for den tvang, at dørene kan aflåses, men ikke for anden form for tvang ej heller for anvendelse af såkaldt blødt bælte, som alene hindrer ældre konfuse personer i at falde ud af den seng og stol, som de er anbragt i.

Beslutning om at anvende aflåsning skal træffes af den ansvarlige chef for afdelingen/hjemmet, og er denne ikke psykiater, skal en psykiater høres, før beslutning træffes. Beslutning om en sådan foranstaltning kan indbringes af patienter og deres pårørende for lensretten.

Vedrørende et øget og bedre samarbejde mellem de psykiatriske afdelinger og de sociale myndigheder foreslår udvalget navnlig, at. en fortsat og øget udflytning fra de store psykiatriske hospitaler ikke bør finde sted, medmindre patienterne får det tilbud om bistand, som de har behov for, hvis de skal leve en tryk og meningsfuld integreret tilværelse, at bistand skal ydes af kommunerne forud for og samtidig med, at udflytning finder sted, at bistand skal ydes af kommunerne til etablering af en egnet bolig, med hensyn til arbejde og beskæftigelse, uddannelse, skolegang og fritidsbeskæftigelse, at de udflyttede forhenværende psykiatriske patienter får hjælp til etablering af de nødvendige og ønskelige sociale netværk ved genoprettelse af forbindelse med familie, venner og omgangskreds, og at personalet både inden for psykiatrien og i socialvæsenet får fornøden efteruddannelse til også at klare opgaver af den her omhandlede karakter.

De forslag, som fremsættes i betænkningen, er blevet mødt med megen kritik fra psykiaterside i Sverige.

Det anføres, at betænkningen er præget af et negativt grundsyn på **psykiatrien**, at der fokuseres på retssikkerhedsgarantier på bekostning af behandlingsaspekterne, herunder at forslagene indebærer en bureaukratisering af psykiatrien, og at alternative løsningsmuligheder ikke er overvejet. Mere konkret er kritikken bl.a. rettet mod forslagene om forbud mod eller begrænsninger i anvendelsen af visse behandlingsformer, f.eks. elektrostimulationsbehandling som tvangsbehandling, og om ophævelse af adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte patienter. Også det foreslåede indlæggelseskriterium har været genstand for kritik.

#### 4. Norsk ret.

Den norske lov om psykisk helsevern er fra 28. april 1961 og er ligesom den svenske og danske lov under revision. Der tvangsindlægges årligt ca. 3.000 personer, svarende til at ca. 1/3 af alle psykiatriske indlæggelser i Norge sker uden patientens samtykke.

##### A. Tvangsindlæggelse.

Efter lovens § 5, stk. 1 skal følgende materielle betingelser være opfyldt for, at der kan ske indlæggelse uden patientens samtykke:

at patienten har en alvorlig sindslidelse, og

at sygehusets overlæge finder, at indlæggelse på grund af patientens sindstilstand er nødvendig for at hindre, at den pågældende lider overlast, (en form for ulempeindikation), eller

at udsigterne for helbredelse eller væsentlig bedring vil forspildes, hvis indlæggelse undlades, eller

at patienten er til væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det er ikke i loven nærmere defineret, hvilke tilstande der



er omfattet af begrebet alvorlig sindslidelse. Af lovens forarbejder fremgår, at man oprindeligt tilsigtede at anvende begrebet synonymt med ordet sindssyg i den tidligere sindssyge-lov fra 1848. Det er utvivlsomt, at kerneområdet fortsat er de egentligt sindssyge (psykotiske), men herudover må alvorlig sindslidelse antages også at omfatte visse grænse- eller psyko-kosenære tilstande. I 1979 foretoges der således 185 indlæggelser efter § 5 på andre diagnoser end psykose. De psykisk udviklingshæmmede (åndssvage) er ikke omfattet af loven.

Den norske lovs § 3 indeholder en regel, der er uden sidestykke i den danske og svenske sindssygelovgivning. Bestemmelsen i § 3 hjemler en særlig adgang til tvangsindlæggelse, til såkaldt administrativ observation, i op til 3 uger, selv om betingelserne i § 5 ikke er opfyldt. Formålet med § 3 er at give mulighed for at afgøre patientens behandlingsbehov, og herunder om betingelserne for indlæggelse i medfør af § 5 er til stede.

#### B. Fremgangsmåden.

I modsætning til dansk og svensk ret stilles der ikke krav om, at en indlæggende læge forskellig fra den modtagende læge skal medvirke ved tvangsindlæggelse. Det er alene overlægen på sygehuset, der afgør, om indlæggelse skal finde sted.

Der skal foreligge en begæring om indlæggelse fremsat af patientens nærmeste eller af offentlig myndighed.

Overlægen kan foranstalte undersøgelser med henblik på at afgøre, hvorvidt de materielle betingelser for indlæggelse er til stede.

#### C. Tvangstilbageholdelse.

Også for så vidt angår tvangstilbageholdelse afviger de norske regler fra de tilsvarende danske og svenske. I norsk ret sondres der mellem tilfælde, hvor patienten selv har begæret sig indlagt og tilfælde, hvor patienten er indlagt uden eget samtykke.

En patient, der er frivilligt indlagt, skal straks udskrives, når han ønsker det. Den norske lov giver således ikke umiddelbart adgang til at tvangstilbageholde en patient, der er blevet indlagt efter egen begæring. For at tilgodese det behov, der måtte være for at tilbageholde en frivilligt indlagt patient i en lidt længere periode, kan overlægen - når han af behandlingsmæssige grunde finder det ønskeligt - sætte som betingelse for modtagelse af en frivilligt indlagt patient, at denne kan tilbageholdes på sygehuset i indtil 3 uger fra indlæggelsen. En sådan aftale skal være skriftlig og underskrevet af parterne. Overlægens beslutning om at fastsætte et sådant vilkår for indlæggelsen skal være begrundet.

En begæring om udskrivning af en tvangsindlagt patient kan afslås, hvis betingelserne i § 5, stk. 1 er til stede. De materielle betingelser for tvangsindlæggelse og udskrivningsnægtelse er således sammenfaldende. Det antages, at overlægen har pligt til på eget initiativ at ophæve en frihedsberøvelse, når betingelserne efter § 5 ikke længere er til stede, således at fortsat ophold i givet fald må ske på frivilligt grundlag.

#### D. Tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse.

Lov om psykisk helsevern regulerer ikke spørgsmålet om adgangen til tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse. Derimod indeholder loven en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter socialdepartementet kan udfærdige forskrifter om begrænset adgang til anvendelse af tvangsmidler i psykiatriske institutioner og om tvangsbehandling. Socialdepartementet har udnyttet denne bemyndigelse til at fastsætte bestemmelser både for så vidt angår tvangsmidlers anvendelse og for så vidt angår tvangsbehandling.

Ved forskrifter af 3. juni 1977, som er ændret den 15. juli 1983, om begrænset adgang til brug af tvangsmidler og forbud mod korporlig revselse inden for bl.a. de psykiatriske institutioner er det fastsat, at tvangsmidler, hvorved forstås isolation og mekaniske tvangsmidler, ikke må anvendes, medmindre

forholdene gør det uomgængeligt nødvendigt for at hindre en patient i at skade sig selv eller andre, og kun når lempeligere midler har vist sig åbenbart forgæves eller utilstrækkelige.

Mekanisk tvangsmiddel omfatter bælte, sengebælte, hånd- og fodremme, samt specialtrøje. Andre mekaniske tvangsmidler er ikke tilladt. Dog kan midler som f.eks. specialhandsker til selvbeskadigende patienter, seler til toiletbrug, biltransport og lignende, samt sengeheste og seler for forvirrede og uklare plejepatienter i visse tilfælde anvendes.

Ved brug af tvangsmidler skal en fra plejepersonalet altid opholde sig i nærheden, således at patienten let kan tilkalde vedkommende, og patienten skal jævnligt tilses.

Tvangsmidler kan kun iværksættes efter ordination fra en læge. I akutte situationer kan tvangsmiddel anvendes af plejepersonalet, men i så fald skal en læge straks tilkaldes for at tage stilling til tvangsmidlets anvendelse. Lægen har pligt til at påse, at tvangsmidler ikke anvendes i længere tid end højst nødvendigt. Anvendelse af tvangsmidler inden for psykiatrien er i almindelighed kun tilladt på psykiatriske sygehuse og klinikker, men f.eks. ikke på somatiske afdelinger.

Oplysninger om anvendelse af tvangsmidler skal føres i en særlig tvangsprotokol godkendt af socialdepartementet. I patientens journal skal anføres årsagen til tvangsmidlets anvendelse og dets art.

Efter en bestemmelse indsat i forskrifterne den 15. juli 1983 skal kontrolkommissionerne ved sine besøg have forelagt tvangsprotokollen til gennemsyn. Hvis formanden for kontrolkommissionen anmoder om det, skal endvidere patientjournalen fremlægges for kontrolkommissionen.

Hjemmelen for socialdepartementet til at udfærdige regler om tvangsbehandling blev indsat i loven i 1981, og ved kongelig resolution af 21. september 1984 blev bemyndigelsen udnyttet

ved udstedelse af forskrift om begrænset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helseværn. Indholdet af forskrifterne er indgående omtalt i denne betæknings kapitel 9, afsnit 6, om anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse, hvortil der henvises.

#### E. Klage- og tilsynsordning.

Til at varetage klage- og tilsynsfunktioner er der i Norge nedsat et antal decentrale kontrolkommissioner. Der findes både kontrolkommissioner ved de enkelte psykiatriske sygehuse og rejsende kontrolkommissioner. Kontrolkommissionen består af en jurist, fortrinsvis med dommererfaring, som formand, en læge samt 2 andre medlemmer.

Efter loven kan en lang række nærmere opregnede afgørelser truffet af overlægen påklages til kontrolkommissionen, herunder afgørelser om

- administrativ observation,
- fastsættelse af vilkår for en frivillig indlæggelse, der bl.a. kan tænkes anvendt ved modtagelse af rusmiddelmissbrugere,
- tvangsindlæggelse efter § 5,
- udskrivningsnægtelse.

Ikke kun overlægens beslutning om tvangsindlæggelse og nægtelse af udskrivning kan påklages, også nægtelse af tvangsindlæggelse og overlægens beslutning om udskrivning af en patient kan indbringes for kontrolkommissionen f.eks. af patientens pårørende.

Nærmere regler om kontrolkommissionens behandling af klager over frihedsberøvelse er fastsat i loven og nærmere uddybet i forskrifter udfærdiget af socialdepartementet. Udgangspunktet er, at det er sagsbehandlingsreglerne i forvaltningsloven, der finder anvendelse, men på nogle punkter er patientens stilling styrket i forhold til forvaltningsloven.

Kontrolkommissionens afgørelse i klagesager vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse - som normalt skal fore-

ligge inden for 14 dage - kan begæres indbragt for retten, der foretager en tilbunds gående prøvelse af sagen.

For at sætte kontrolkommissionen i stand til at varetage sine opgaver som tilsynsmyndighed er der bl.a. fastsat regler om indberetningspligt ved tvangsindlæggelse og udskrivningsnægtelse.

I instruks for kontrolkommissioner ved psykiatrisk sygehus er bl.a. fastsat bestemmelser om, hvorledes kontrol- og tilsynsfunktionerne skal varetages. Heri er bestemt, at kontrolkommissionen skal holde møde mindst 2 gange hver måned. Kontrolkommissionen eller et eller flere af dens medlemmer skal mindst en gang om måneden besøge alle sygehusafdelinger og arbejdslokaler på sygehuset. Der skal navnlig føres tilsyn med

- orden, hygiejne, kost, tøj, inventar og vedligeholdelse,
- anvendelse af isolation og mekaniske tvangsmidler,
- brevcensur,
- sygeplejehjem, herunder om patienternes fordeling på afdelingerne og eventuel overbelægning,
- patienternes adgang til arbejde, adspredelse og motion i frisk luft.

Såfremt eventuelle mangler ikke afhjælpes af overlægen, kan kontrolkommissionen indbringe spørgsmålet for socialdepartementet.

Kontrolkommissionen fører en protokol over sin virksomhed og skal ved udgangen af hvert kalenderår afgive en indberetning til socialdepartementet med en oversigt over de behandlede sager.

Der har været rejst kritik mod den måde, kontrolkommissionerne i praksis fungerer på som retssikkerhedsgaranti. Det anføres bl.a., at der er risiko for, at kontrolkommissionen identificerer sig med det sygehus og det personale, som den skal kontrollere, og at kontrolkommissionerne i relation til de psykiatriske sygehuse generelt er tilbøjelige til at acceptere de ressourcemæssige rammer, som institutionerne arbejder under.

Det påpeges, at der er påfaldende få klagesager, hvilket måske kan hænge sammen med en manglende tillid til, at det kan nytte at klage, når det har vist sig, at kontrolkommissionen kun sjældent træffer afgørelser, der går overlægen imod.

##### 5. Engelsk ret.

England fik ny sindssygelov i 1983 efter revision af The Mental Health Act fra 1959.

Også den nye lov er et omfattende værk med i alt 149 paragrafer, fordelt på 10 kapitler. Loven samler ikke blot civilretlige tvangsforanstaltninger og bestemmelser for psykisk syge lovovertrædere, men også en række andre behandlingsmæssige og administrative forhold for sindslidende. Loven gælder for England og Wales, hvor ca. 10% af alle de psykiatriske indlæggelser forud for lovens ikrafttræden i 1983 var tvangsindlæggelser.

Det er stadig grundlæggende principper, at behandlingen af psykisk syge så vidt muligt skal foregå som behandlingen af legemligt syge, frivilligt og i samfundet fremfor på hospital.

I forhold til 1959-loven er The Mental Health Act 1983 karakteriseret ved flere patientrettigheder i form af udvidet adgang til forelæggelse af klager for de regionale klageorganer (Mental Health Review Tribunals), øget vægt på informeret samtykke samt obligat skøn og udtalelse ("second opinion") for visse behandlings vedkommende.

En nyhed er oprettelsen af en "Mental Health Act Commission" under socialministeren (Secretary of State for Social Services). Det er kommissionens hovedopgave at føre tilsyn med hospitalerne og drage omsorg for patienterne - i første række de frihedsberøvede.

Kommissionen er opdelt i 3 regionale grupper med en koordinerende "central policy committee". Foruden formanden består kommissionen af 12 advokater, 12 sygeplejersker, 12 psykologer, 12 socialrådgivere, 12 lægfolk og 22 psykiatere, hvilke sidste

har særlige forpligtelser til at afgive "second opinions" og til at udføre visse kliniske undersøgelser. Medlemmerne vælges for 4 år.

Mental Health Review Tribunals er uafhængige regionale organer, i alt 15 - et for hver National Health Service region - hvis medlemmer udnævnes af the Lord Chancellor. Hvert review tribunal består af mindst en lægmand, en jurist og en læge med juristen som formand. Hovedopgaven er at behandle patienters og pårørendes klager over frihedsberøvelse (reviews), eventuelt med udskrivning til følge, eller klager over værgemål (guardianship). Høringen foregår normalt på hospitalet. Tribunalet kan blandt andet sørge for, at patienten uden omkostninger får advokat beskikket og mulighed for en uafhængig lægelig udtalelse.

Der forventes en betydelig forøgelse af forelæggelser for review tribunals efter den nu fastlagte, udvidede adgang til klage og kontrol.

Lovens første paragraf fastlægger anvendelsen af loven over for patienter med sindslidelse. "Mental disorder" er det overordnede sygdomsbegreb som første kriterium for tvangsforanstaltninger og værgemål.

Begrebet omfatter sindslidelse ("mental illness" - ikke nærmere defineret), standset eller ufuldstændig psykisk udvikling ("mental impairment" - et nyt begreb i loven), psykopati ("psychopathic disorder") samt enhver anden psykisk forstyrrelse eller handicap ("any other disorder and disability of mind"). Det tilføjes, at promiskuitet eller anden umoralsk adfærd, sexuel afvigelse eller afhængighed af alkohol eller medicin ikke i sig selv kan betragtes som "mental disorder" i lovens forstand.

Paragrafferne 2-5 handler om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. § 2 ("admission for assessment") tillader tvangsindlæggelse til observation eller vurdering i indtil 28 dage af en person med "mental disorder", hvorefter han skal udskri-

ves, hvis der ikke træffes bestemmelse om tilbageholdelse. Hans sindslidelse skal være af en sådan art, at det findes påkrævet at vurdere denne i en begrænset periode med henblik på behandling i eget helbreds eller sikkerheds interesse eller med beskyttelse af andre personer for øje. Begæring herom kan indgives af nærmeste pårørende eller af en autoriseret socialrådgiver, hvortil to læger skal erklære, at indikationerne er opfyldt. Patienten har ret til at klage til Mental Review Tribunal.

§ 3 ("admission for treatment") giver mulighed for tvangsindlæggelse og tilbageholdelse til behandling af patienter med "mental disorder" i maksimalt 6 måneder. Indikationerne er følgende: a) "mental illness, severe mental impairment, psychopathic disorder eller mental impairment", af en sådan art eller grad, at det er hensigtsmæssigt for ham at modtage medicinsk behandling i et hospital; og b) i tilfælde af psykopati eller "mental impairment", at det er sandsynligt, at sådan behandling vil lindre eller forhindre en forværring af hans tilstand, og c) at det er nødvendigt for patientens helbred eller sikkerhed eller for beskyttelsen af andre personer, at han skal modtage sådan behandling, og at behandling ikke foranstattes, medmindre han tilbageholdes i henhold til denne paragraf.

Begæring kan indgives af nærmeste pårørende eller af en autoriseret socialrådgiver, hvortil lægeerklæring fra 2 læger, hvis undersøgelser skal ligge inden for et tidsrum af ikke over 5 dage.

Patienten kan klage til Mental Health Review Tribunal inden for de første 6 måneder og yderligere een gang i hver af de perioder, som måtte blive fastlagt herudover ifølge lovens § 20, hvorefter der kan tillægges yderligere 6 måneder - herefter 1 år ad gangen, hvis patienten opfylder anførte indikationer for tvangsindlæggelse til behandling. Hertil slutter sig en mulighed for tilbageholdelse af patienter med mental illness og severe mental impairment, hvis disse patienter i tilfælde af udskrivning sandsynligt ville være ude af stand til at drage omsorg for sig selv eller at opnå den nødvendige pleje eller at beskytte sig selv imod alvorlig udnyttelse.



Den ansvarlige læge skal i indstillingen konsultere en eller flere personer, som har haft med patientens behandling at gøre.

§ 4 behandler nødtvangsindlæggelser ("admission for assessment in an emergency"), som kan begæres af nærmeste pårørende eller af en autoriseret socialrådgiver, som skal have set patienten inden for de nærmest forudgående 24 timer. Der kræves kun een læges erklæring. Formålet er indlæggelse til vurdering i særlige, akutte situationer i indtil 72 timer. Indikationerne er iøvrigt de samme som for § 2. Der er ingen klageadgang. Hvis patienten skal tilbageholdes ud over 72 timer, skal anden læge erklære, at betingelserne i § 2 er opfyldt. § 5 giver adgang til at tilbageholde en uformelt, frivilligt indlagt patient i indtil 72 timer, hvis han er farlig for sig selv eller andre. Hvis han skal tilbageholdes herudover, må der træffes afgørelse, om patienten opfylder kriterierne i § 2 eller § 3.

En sygeplejerske har en begrænset ret til at tilbageholde en behandlingstrængende eller farlig patient i indtil 6 timer, indtil en læge kan komme til stede og afgøre det eventuelt videre fornødne ("nurses holding power").

§ 7 giver mulighed for at sætte en person over 16 år under tilsyn af en værge, altså en tvangsmæssig foranstaltning uden for hospital. Anmodning herom kan af den nærmeste pårørende eller en autoriseret socialrådgiver indgives til den lokale sociale myndighed, støttet af erklæring fra 2 læger om, at patienten som følge af "mental disorder" og af hensyn til hans velfærd skal sættes under værgemål. Foranstaltningen gælder for 6 måneder, men kan fornyes i yderligere 6 måneder. Patienten kan klage til tribunalen over afgørelsen.

Værgen kan blandt andet træffe bestemmelse om vedkommendes opholdssted, bolig, beskæftigelse og behandling.

Samtykke ("consent to treatment"): En frihedsberøvet patient kan være kompetent til at give informeret samtykke om behand-

lingen, som kan være angivet i en behandlingsplan. Loven foreskriver, at behandling kan gennemføres under visse omstændigheder, selv om den frihedsberøvede patient ikke er i stand til at samtykke eller nægter. Lovens regler for informeret samtykke refererer alene til patienter frihedsberøvet under behandlingsparagraf.

Loven opstiller forskellige behandlinger, som ansues forskelligt i forhold til samtykke:

§ 57: Behandling, der kræver samtykke og en anden persons udtalelse ("second opinion"). Denne paragraf finder anvendelse på psykokirurgiske indgreb og sådanne andre behandlingsformer, som måtte blive specificeret af socialministeren (som implantation af hormoner i den hensigt at dæmpe mandlig kønsdrift). Ingen patient kan underkastes sådanne behandlinger, medmindre han a) har givet sit samtykke, b) en uafhængig læge og to andre personer har bevidnet skriftligt, at patienten er i stand til at forstå arten, formålet og sandsynlige virkninger af den foreslåede behandling og har samtykket heri, c) den uafhængige læge har skiftligt bevidnet, at behandlingen skal gives, fordi den sandsynligt vil lindre tilstanden eller forhindre en forværring af tilstanden. Før lægen giver sit udsagn, skal han konsultere 2 andre personer, som professionelt har haft med patientens medicinske behandling at gøre. En af disse skal være en sygeplejerske og den anden enten en sygeplejerske eller en læge.

§ 58: Behandling, der kræver samtykke eller en anden persons udtalelse ("second opinion"). Denne bruges over for sådanne former for behandling, som måtte blive specificeret af socialministeren, herunder elektrostimulationsbehandling og enhver administration af medicin, som ønskes givet ud over 3 måneder, efter at medicinen under forløbet af frihedsberøvelsen første gang blev givet. Elektrostimulationsbehandling eller medicin efter de første 3 måneder må ikke gives en frihedsberøvet patient, medmindre a) han har samtykket heri, og dette er blevet bevidnet enten af den ansvarlige læge eller af en uafhængig læge, eller b) en uafhængig læge har bevidnet skriftligt,

at patienten ikke er i stand til at forstå arten, formålet og sandsynlige virkninger af behandlingen eller ikke har samtykket men at behandling alligevel skal gives i betragtning af sandsynligheden for at lindre eller at forhindre forværring i tilstanden. Som i § 57 skal den uafhængige læge ("the independent doctor") konsultere andre medlemmer af personalet.

§ 62: Nødbehandling ("urgent treatment"). En behandling, som ellers er begrænset af §§ 57 eller 58, kan gives til en frihedsberøvet patient uden dennes samtykke (eller en "second opinion"), a) hvis den er umiddelbar nødvendig for at redde patientens liv, b) hvis det ikke drejer sig om en irreversibel behandling, og behandling er umiddelbar nødvendig for at forhindre en alvorlig forværring af patientens tilstand, c) hvis behandlingen ikke er irreversibel eller risikabel men umiddelbar nødvendig for at forhindre alvorlig lidelse, eller d) hvis behandlingen ikke er irreversibel eller risikabel men umiddelbar nødvendig og repræsenterer det mindste indgreb, nødvendig for at forhindre patienten i voldsom adfærd eller i at være til fare for sig selv eller andre.

Loven rummer som indledningsvis nævnt en lang række detaljerede bestemmelser og forskrifter, hvoraf nærværende uddrag kun omtaler dem, som i denne sammenhæng er skønnet mest relevante.

## 6. Italiensk ret.

Ved lov nr. 180 af 13. maj 1978 blev der i Italien gennemført en radikal ændring af sindssyges retsstilling. Denne reform har givet anledning til megen omtale også her i landet, og det kan derfor være naturligt at give en redegørelse for denne reforms baggrund, indhold og nogle af dens virkninger. Redegørelsen bygger navnlig på Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316 Vol. 71.1985: Focus on the Italian Psychiatric Reform.

### A. Tidligere retstilstand.

Indtil 1904 herskede der ikke retsenhed i Italien på dette om-

råde. Der fandtes alene forskellige regionale bestemmelser og retssædvaner. Visse steder krævede tvangsindlæggelse en domstolsbeslutning, andre steder kunne dette ske udelukkende på grundlag af en lægeerklæring eller efter politiets bestemmelse. Lovgivning blev gennemført i 1904, dels for at skabe retsenhed og øget retssikkerhed, dels for at sikre at de tvangsindlagte blev behandlet humant og anbragt under mere forsvarlige forhold.

Efter 1904-lovens regler kunne tvangsindlæggelse finde sted, når patienten var farlig for sig selv eller andre, eller hvis patienten skabte offentlig skandale. Indlæggelse skulle ske på et sindssygehospital, når passende sikkerhed og behandling ikke kunne ydes andetsteds. Begæring om indlæggelse kunne fremsættes af familien, værgeren eller af enhver anden, der handlede i patientens eller samfundets interesse. Tvangsindlæggelse krævede godkendelse af: en prætor - den lokale dommer - som fik forelagt lægelige oplysninger. Efter en måneds forløb skulle sagen påny forelægges for dommeren med en indstilling fra sindssygehospitalet om udskrivning eller varig tilbageholdelse af patienten.

I særligt hastende tilfælde kunne tvangsindlæggelse finde sted efter politiets direkte bestemmelse, men sagen skulle i så fald inden tre dage forelægges for retten. Enhver udskrivning krævede ligeledes retsafgørelse. Denne retstilstand var i alt væsentligt uændret, indtil reformen fra 1978 blev gennemført.

I 1909 blev der dog vedtaget nogle regler, hvis formål var at skabe bedre forhold på sindssygehospitalerne, som var af ringe standard og meget overbelagte. I 1909-loven blev det bl.a. bestemt, at der skulle skabes mulighed for, at patienterne kunne arbejde, fortrinsvis ved landbrug, de sanitære forhold skulle være i orden, og personalet, herunder plejerne, skulle udvælges med omhu og gennemgå uddannelse af både praktisk og teoretisk art. Mekanisk tvang skulle i videst muligt omfang afskaffes og måtte kun anvendes efter ordination af hospitalets direktør eller en læge. Der blev endvidere stillet krav om, at de lægeerklæringer, der skulle danne grundlag for tvangsindlæggelse

se, skulle være udførlige og forsynet med begrundelse for, hvorfor tvangsindlæggelse blev anset for nødvendig. Det blev samtidig fremhævet, at tvangsindlæggelse af stilfærdige og rolige sindslidende ikke burde finde sted. Det gjaldt f.eks. harmløse epileptikere, åndssvage og personer med kroniske sindslidelser, som hverken var farlige for sig selv eller andre. Hvis indlæggelse af disse personer dog blev anset for påkrævet, måtte det i princippet ikke ske på sindssygehospital, men skulle ske på andre institutioner af plejehjemslignende karakter. Hvis sådanne ikke fandtes i området, kunne indlæggelse dog ske på sindssygehospital, men i så fald skulle disse patienter, som jo ikke opfyldte betingelserne for tvangsindlæggelse, anbringes på særlige afdelinger adskilt fra de tvangsindlagte.

Det har utvivlsomt været hensigten med disse regler at tilgode patienternes interesser, og reglerne udelukker efter deres indhold da heller ikke dette, men i praksis blev stort set ingen af de forbedringer, som navnlig loven fra 1909 tilsigtede, gennemført. Lovens regler var tilsyneladende rene papirbestemmelser uden gennemslagskraft. Undtagelsesreglen om, at tvangsindlæggelse kun i nødstilfælde kunne ske efter politiets bestemmelse, blev den praktiske hovedregel, lægeerklæringer blev ved med at være yderst skematiske, indlæggelse af epileptikere og åndssvage sammen med sindssyge var almindeligt forekommende, og mekanisk tvang blev anvendt i vidt omfang og for lange, ubestemte tidsrum i forhold til de enkelte patienter. Hospitals-standarden var meget ringe og overbelægning et kronisk fænomen. Udskrivning, som forudsatte et initiativ fra hospitalets direktør, fandt kun sjældent sted, og adgangen til at anbringe patienter i privat pleje, en eller to sammen, hos en egnet familie, blev så godt som aldrig benyttet.

Da tvangsindlæggelse fandt sted efter beslutning af en kriminaldommer, blev alle tvangsindlæggelser indført i strafferegisteret, og det blev i praksis en næsten automatisk følge af tvangsindlæggelse, at patienten samtidig med, at tvangsindlæggelsen efter en måneds observationstid blev gjort varig, også blev umyndiggjort.

Kritik af de gældende regler, af den praksis, der blev fulgt, og ikke mindst af de faktiske forhold, hvorunder de tvangsindlagte var henvist til at leve på de store gamle sindssygehospitalet, begyndte allerede at komme frem sidst i 40'erne og tog siden til i styrke.

I 1968 indførte man for første gang regler i italiensk ret om adgang til frivillig indlæggelse til behandling på sindssygehospital. Frivilligt indlagte patienter kunne udskrives uden rettens godkendelse. Dette fremskridt fik imidlertid kun ringe praktisk betydning, da det viste sig vanskeligt at få frivillige indlæggelser til at passe ind i et system, der udelukkende var opbygget med henblik på tvangsindlæggelser. Samtidig med denne lovændring fra 1968 afskaffede man bestemmelsen om, at alle tvangsindlæggelser skulle indføres i strafferegisteret.

I 1968 blev der tillige truffet bestemmelse om, at hospitaler for sindssyge ikke måtte være på mere end 5 afdelinger hver med 125 senge, ligesom kravene til personalenormeringen for så vidt angår læger og psykologer blev forbedret. Selv om 1968 for så vidt blev et vendepunkt i nyere italiensk psykiatri, var der fortsat store vanskeligheder at overvinde, og meget der skulle ændres, hvis der generelt skulle skabes en tidssvarende standard og behandling på italienske sindssygehospitalet.

Kritikken af de tilstande, der var fremherskende, blev fremført med megen styrke fra flere sider, herunder fra den italienske alternative psykiatriske bevægelses side. I 1973 blev spørgsmålet, om 1904-loven var i strid med forfatningen, indbragt for domstolene, som dog ikke underkendte loven. Det radikale parti indsamlede i 1977 700.000 underskrifter til støtte for et krav om, at lovgivningen om sindssyge skulle sættes under folkeafstemning. For at undgå en folkeafstemning, som man frygtede ville føre til en forkastelse af de gældende regler, hvilket kunne have efterladt landet uden sindssygelovgivning, fremskyndede regeringen det igangværende reformarbejde og fremsatte i april 1978 det lovforslag, der blev vedtaget den 13. maj 1978 som loven om frivillig og tvungen lægeunder-

søgelse og behandling.

#### B. Reformen fra 1978.

Lov nr. 180 af 13. maj 1978 indeholder navnlig to hoveddelementer, dels et forbud mod etablering af nye sindssygehospitaller og et påbud om lukning af de eksisterende, dels en meget væsentlig begrænsning i adgangen til tvangsindlæggelse, idet tvangsindlæggelse kun kan ske for 7 dage og aldrig som følge af farlighed, men kun af hensyn til patientens behandling.

De vanskeligheder, som en så radikal reform nødvendigvis måtte give anledning til i praksis, blev væsentligt forøget, fordi der i de fleste regioner ikke var truffet de nødvendige forberedelser, og fordi der på en række punkter ikke blev vedtaget overgangsregler og iværksat midlertidige ordninger, der kunne lette reformens gennemførelse.

Det understreges i lovens første bestemmelse, at lægeundersøgelse og behandling som hovedregel er frivillig. Tvangsbehandling kan kun finde sted i ganske særlige tilfælde efter lægeordination, og når borgmesteren i sin egenskab af lokal sundhedsmyndighed har godkendt dette. Al behandling skal stiles imod, at den kan iværksættes frivilligt.

Også tvangsmæssig undersøgelse og behandling skal iværksættes med udgangspunkt i distriktspsykiatrisk arbejde, og en eventuel tvangsindlæggelse skal foregå på et somatisk sygehus ikke på et sindssygehospital.

Tvangsindlæggelse af psykisk syge - "people affected by mental illness" - kan kun finde sted, hvis følgende tre betingelser er opfyldt,

at patienten befinder sig en sådan psykisk sygdomstilstand "such mental disorder" - ut hastende tvangsmæssig behandling er påkrævet, og

at patienten ikke accepterer, at den nødvendige behandling iværksættes, og

at adækvat behandling ikke lader sig gennemføre uden hospitals-

indlæggelse.

Patientens eventuelle farlighed for sig selv eller andre er således ikke et legalt kriterium for tvangsindlæggelse. Der findes ikke andre eksempler i europæisk ret på, at man fuldstændig har opgivet farlighed - både fare for patienten selv og for andre - som tvangsindlæggelsesgrund. Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling kan kun benyttes, når der foreligger en terapeutisk nødsituation. Sindssyge ligestilles hermed med patienter med visse somatiske lidelser af epidemisk art.

Til tvangsindlæggelse kræves en begrundet ordination fra en læge, og at dennes indstilling er tiltrådt af en anden læge, der skal være ansat i det offentlige sundhedsvæsen, og endelig at borgmesteren på dette lægelige grundlag udfærdiger en **tvangsindlæggelsesordre**. Denne afgørelse skal inden 48 timer forelægges for en dommer - hvis sagsområde er tilsyn med umyndige og andre, der ikke er habile - for at dommeren kan kontrollere, om betingelserne for tvangsindlæggelse har været opfyldt, og at den rette fremgangsmåde er fulgt.

Tvangsindlæggelse har en varighed af 7 dage og kan ikke besluttes for længere tidsrum ved indlæggelsen, men kan dog forlænges. Hertil kræves, at den ansvarlige læge på det hospital, hvor patienten er tvangsindlagt, iværksætter og følger samme procedure, som gælder for selve indlæggelsen. Betingelserne for at forlænge en tvangsindlæggelse er ligeledes de samme, som gælder for selve tvangsindlæggelsen. Udskrivning efter tvangsindlæggelse skal indberettes til borgmesteren.

Forebyggende og revaliderende foranstaltninger såvel som behandling af sindssyge skal som udgangspunkt foregå ambulant og som distriktspsykiatrisk arbejde. Behandling på hospital er kun een blandt flere muligheder og ikke den vigtigste, da hospitalsbehandling kun må anvendes, når alle andre muligheder er forsøgt uden held.

Hvis indlæggelse på hospital viser sig nødvendig, skal dette foregå på et almindeligt hospital for patienter med somatiske



lidelser. Hvert hospital må ikke råde over mere end 15 psykiatriske sengepladser. Formålet hermed er at integrere psykiatrien i det øvrige hospitalsvæsen og at undgå nye store specialafdelinger for psykiatriske patienter. Dette i forbindelse med forbuddet imod at bygge nye psykiatriske hospitaler er klart udtryk for en reaktion imod tidligere tiders store og dårlige psykiatriske institutioner.

Lov nr. 180 af 13. maj 1978 er senere blevet en del af en mere generel sundhedslovgivning - lov nr. 833 af 23. december 1978 som skabte en landsdækkende gratis sundhedsservice for hele befolkningen. Sundhedsvæsenet bygger på distrikter med fra 50.000 til 200.000 indbyggere. Det distriktspsykiatriske arbejde udføres som en del af denne almene sundhedsservice. Der er dog overladt et ikke ubetydeligt selvstyre til de regionale sundhedsmyndigheder. Ved lov nr. 833 af 23. december 1978 blev der skabt hjemmel for, at psykiatriske patienter, der selv begærer dette, og som har været indlagt på sindssygehospital forud for den 16. maj 1978, kan blive genindlagt på et af de gamle sindssygehospitaler. Denne adgang, som var tænkt som en kortvarig overgangsordning, er siden blevet forlænget flere gange og er fortsat gældende i de fleste regioner i Italien.

Den italienske reformlovgivning, som af mange anses for den mest avancerede i hele den vestlige verden, har efterladt nogle ikke uvæsentlige problemer uløst. Der er således ikke skabt noget relevant alternativ til fortsat hospitalisering for de kronisk sindssyge med mange års hospitalsophold bag sig. Disse patienter bor fortsat de fleste steder på de gamle sindssygehospitaler, fordi de ikke har andre steder at være, men deres ophold er frivilligt, og disse hospitaler har ingen lukkede afdelinger. Patienterne kan frit forlade hospitalet, hvilket har givet alvorlige problemer for en del patienter og deres pårørende.

En anden gruppe, som heller ikke får de behandlingstilbud, som der er behov for, er personer med en nylig konstateret eller tilbagevendende sindssygdom, som på den ene side ikke lader sig behandle sufficient ambulant, men på den anden side hel-

ler ikke betinger forlænget tvangsindlæggelse til behandling på hospital. Medens overgangsordningen med adgang til frivillig genindlæggelse på et af de gamle sindssygehospitaller løser en del af problemet for de tidligere kroniske sindssyge, er der ikke noget tilsvarende tilbud til nye kroniske patienter.

Der har været fremsat forslag til lovændringer, der kan imødekomme disse patientgruppers behov, men man har hidtil været meget tilbageholdende med at gennemføre sådanne ændringer af frygt for, at tidligere tilstande derved skal vende tilbage ad bagdøren.

### C. Nogle vurderinger.

Det er vanskeligt at danne sig et helt klart billede af, hvordan den italienske reform egentlig har virket. Reformen har utvivlsomt haft vidtrækkende positiv betydning for de sindssyge, navnlig ved opbygning af lokale psykiatriske ambulatorier og ved at bibringe befolkningen bedre holdninger til de sindssyge. I nogle regioner som Trieste og Arezzo har reformen tilsyneladende været meget vellykket, ikke mindst takket være god lokal forberedelse og engagerede psykiatere, der har arbejdet progressivt og effektivt sammen med de kommunale myndigheder. Dette gælder formentlig også i Verona og Perugia. Andre steder særligt i Syditalien, hvor både psykiatere og sundhedsmyndigheder var helt uforberedte og næppe heller motiverede for at opgive brugen af de store gamle sindssygehospitaller, blev forholdene nærmest kaotiske, hvilket fortsat i nogen grad gør sig gældende visse steder. Men det har dog ikke kun været i syden, at reformen gav problemer. Også i store byer som Rom og Napoli opstod der store vanskeligheder, som næppe var forudset, og som har givet anledning til megen kritik både fra læger og fra de pårørendes side.

Medens der ikke har kunnet konstateres nogen generel stigning i antallet af selvmord, hvilket ellers var en frygtet følge af liberaliseringen, har man i enkelte områder haft en mindre stigning, men andre steder har antallet af selvmord været uæn-

dret. I Trieste, som har 280.000 indbyggere, er antallet af selvmord faldet fra 57 tilfælde i 1967 til et årligt gennemsnit i de sidste 10 år på 20.

Som en negativ virkning af reformen må man pege på, at antallet af sindssyge, som er havnet i fængsel, på fængselshospitaler eller retsmedicinske klinikker, er steget.

Det er endvidere af kritikere blevet fremhævet, at medens tvangsanvendelse på de store gamle sindssygehospitaler utvivlsomt havde et for vidt omfang, så var det dog muligt at gøre noget ved dette problem, hvis man ville. Det gælder derimod ikke den skjulte tvang, som nu angiveligt i et vist omfang udøves af de pårørende over for sindssyge, som har taget ophold i hjemmet. En privatisering af tvangen er unægtelig et uhyggeligt aspekt, navnlig fordi denne tvangsanvendelse hverken lader sig konstatere eller kontrollere.

I nogle regioner er tidligere sindssygehospitalspatienter i et vist omfang af de familier, der har råd til det, blevet anbragt på privatklinikker, hvor dette har været muligt. Dette understreger det behov, som en undersøgelse af fire norditalienske områder også har påvist, for tilvejebringelse af opholds- og beboelsestilbud til langtidsbehandling af psykiatriske patienter, hvilket man efterlyser, uden at der dog samtidig skabes nye institutioner.

Ved en sammenligning af tvangsindleeggelser gennemført i 1980-81 i nogle distrikter henholdsvis i Sverige og Italien er det bl.a. unægtelig noget overraskende konstateret, at der ikke er nogen markant forskel i de tvangsindlagtes sindssygelige tilstand, skønt man måtte forvente, at de italienske patienter var mere alvorligt syge end de svenske henset til forskellen i lovgivning og den organisatoriske struktur af læge- og hospitalsvæsen. Undersøgelsen, der omfattede 85 italienske og 49 svenske patienter, viste også, at den mest almindelige tvangsindlæggelsesgrund i Italien var patientens voldelige adfærd eller frygt for vold fra patientens side, uanset at fareindikation er afskaffet. Voldsudøvelse forelå i 28% af tilfældene, og frygt

for vold eller nabogener dækkede andre 21% af det italienske materiale, hvorimod de tilsvarende svenske tal var henholdsvis 6% og 26%. Kun for 6% af de italienske tvangsindlæggelser var grunden anført som behandling i hjemmet uigennemførlig, skønt dette i forbindelse med et påtrængende behandlingsbehov er den eneste legale tvangsindlæggelsesgrund.

Den italienske reform har næsten lige så mange kritikere som den har tilhængere. Reformen gennemløber imidlertid en stadig udvikling i praksis, og kan også meget vel tænkes at blive gjort til genstand for en revision på et eller flere områder som følge af den pression, grupper af pårørende søger at udøve, fordi de føler sig svigtet ved at have fået overladt et så stort ansvar for deres syge familiemedlemmer.

7. Europarådets rekommandation nr. R (83) 2 af 22. februar 1983 vedrørende den retlige beskyttelse af sindslidende personer, der mod deres vilje indlægges eller tilbageholdes på psykiatrisk institution.

#### A. Indledning.

Europarådet har ifølge sine statutter til formål at tilvejebringe en nærmere enhed mellem dets medlemmer, bl.a. fremmet gennem anbefalinger til harmonisering af lovgivning på områder af fælles interesse.

I de senere år har spørgsmålet om de sindslidendes hele situation været genstand for stor opmærksomhed i mange europæiske lande. Særlig interesse har spørgsmålet om sindslidendes retsstilling påkaldt sig, bl.a. aktualiseret af nogle afgørelser afsagt af den europæiske menneskerettighedsdomstol i Strassbourg.

Den vedtagne rekommandation, der som udtrykket antyder ikke er retligt forpligtende for medlemslandene, må ses som udtryk for et ønske om på europæisk plan at fremme gennemførelsen af regler i de enkelte lande, der sigter mod en forbedring af de sindslidendes retsstilling, herunder navnlig en forbedring af

retsstillingen for de sindslidende, der tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes på psykiatrisk institution.

Rekommandationen opfordrer på denne baggrund medlemsstaternes regeringer til at bringe deres lovgivning på området i overensstemmelse med de i rekommandationen indeholdte regler, f.eks. i forbindelse med en lovrevision. Det er i rekommandationens art. 11 fremhævet, at der er tale om minimumskrav. Medlemslandene kan således uden at komme i konflikt med rekommandationen fastsætte regler forskellige fra rekommandationens, når blot disse regler stiller den sindslidende mindst lige så godt eller bedre.

I de indledende bemærkninger, som ledsager denne rekommandation, omtales bl.a. en afgørelse, som den europæiske menneskerettighedsdomstol traf den 5. november 1981 i en sag rettet mod England vedrørende frihedsberøvelse af en psykiatrisk patient og dennes adgang til domstolsprøvelse. Ifølge artikel 5, stk. 4 i den europæiske menneskerettighedskonvention skal enhver, der berøves friheden f.eks. ved tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, være berettiget til at tage skridt til, at der af en domstol træffes hurtig afgørelse om lovligheden af frihedsberøvelsen, og at udskrivning beordres, hvis frihedsberøvelsen ikke er retmæssig. I sin afgørelse fastslog menneskerettighedsdomstolen, at den efterprøvelse af en tvangsindlæggelses berettigelse, som skete efter de dagældende engelske Habeas-Corpus-regler, selv om den kunne være fyldestgørende ved en akut indlæggelse, ikke uden videre også var det ved en mere langvarig tvangstilbageholdelse, som der var tale om i den pågældende sag. I denne afgørelse ligger der en forudsætning om, at art. 5 i den europæiske menneskerettighedskonvention stiller visse krav til omfanget af og intensiteten i den efterprøvelse, domstolene skal foretage, når der er tale om frihedsberøvelse. Det er vigtigt at være opmærksom på dette krav ved den igangværende revision.

Det er endvidere udtalt i de indledende bemærkninger til rekommandationen, at det tillige har været tanken, at medlemsstaterne burde benytte den anledning, som denne rekommandation giver

til en gennemgang ikke blot af lovgivningen om sindslidende, men også til at revurdere de behandlingsfaciliteter, som stilles til rådighed for de behandlende læger, herunder hospitalsforhold, med henblik på at gennemføre forbedringer til gavn for de sindslidende. Det må således, også med udgangspunkt i disse bemærkninger, være en del af udvalgets opgave at inddrage ressourcer, - bygninger, udstyr, personale og uddannelse - i sine overvejelser af, hvilke foranstaltninger der skal træffes for at sikre de sindslidende en behandling af samme kvalitet, på niveau med og under forhold, der er på højde med den, der gives patienter med somatiske lidelser, jfr. også art. 5, samtidig med at der etableres den fornødne retssikkerhed omkring de afgørelser, der træffes som et nødvendigt led i behandlingen.

Danmark har tiltrådt denne europarådsrekommendation uden forbehold. Rekommandationen er optrykt som bilag 10.

#### B. Rekommandationens anvendelsesområde.

Anvendelsesområdet for rekommandationen er fastlagt i art. 1, hvorefter rekommandationens regler finder anvendelse på personer, der uden selv at have fremsat begæring herom indlægges eller tilbageholdes til behandling som sindslidende på psykiatrisk institution eller andet egnet sted. Også personer, der oprindeligt frivilligt har ladet sig indlægge, og som derefter nægtes udskrivning, er omfattet af reglerne.

Rekommandationen opstiller ens regler - både med hensyn til de materielle og til de formelle betingelser - for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, som i det følgende under eet vil blive betegnet som tvangsanbringelse.

Som det fremgår, bygger rekommandationen på den erkendelse, at der i landenes nationale lovgivning på området kan være adgang til at tvangsanbringe ikke kun egentligt psykotiske personer, men også andre sindslidende, og at tvangsanbringeisen kan tænkes at finde sted i andet end psykiatrisk institution, f.eks. i familiepleje. Det er i lyset heraf» at rekommandationen nød-

vendigvis må fastlægge sit anvendelsesområde relativt vidt for derved at inddrage også disse tilfælde under sine beskyttende regler.

Rekommandationens regler gælder - med nogle få undtagelser - ikke for personer, der efter straffeloven er dømt til anbringelse, ligesom reglerne ikke finder anvendelse på patienter, der efter eget ønske opholder sig på psykiatrisk institution.

### C. Personkreds.

Som nævnt under pkt. 2 om rekommandationens anvendelsesområde yder rekommandationen beskyttelse til sindslidende, der tvangs-anbringes. Rekommandationen indeholder således ikke noget forbud mod at hjemle adgang til tvangsanbringelse over for andre sindslidende end de egentlig psykotiske.

Begrebet "sindslidelse" (mental disorder) er ikke nærmere defineret. Dog indeholder art. 2 til afgrænsning af den personkreds, over for hvem tvangsindgreb af den her omhandlede karakter overhovedet bør kunne anvendes, den vigtige bestemmelse, at afgørelsen af, hvorvidt en person er sindslidende, skal træffes af en læge og i overensstemmelse med den medicinske videnskab; vanskeligheder med hensyn til at tilpasse sig moralske, sociale, politiske eller andre normer kan ikke i sig selv begrunde en diagnose om sindslidelse. Det bemærkes, at det ikke herved er udelukket at betragte alkohol- og narkotikaafhængighed, intelligensdefekter, neurose, affektreaktion m.v. som sindslidelser, der kan begrunde tvangsanbringelse.

Der er således ikke tvivl om, at europarådsrekommandationen bygger på en forudsætning om, at tvangsindgreb i form af frihedsberøvelse kun kan ske, når der er tale om sindslidelse - "mental disorder" - hvilket skal fastslås ved en diagnose stillet af psykiatere eller andre læger i overensstemmelse med den herskende psykiatriske videnskab, jfr. også art. 4, pkt. 1.

Hvis man fra dansk side ville opstille en lovgivning uden anvendelse af begreber som psykose eller sindslidelse, måtte man

følgelig være i stand til at dokumentere, at de sindslidende ville blive stillet mindst lige så godt under et regelsæt af denne art, hvor der ikke var tale om nogen særlovgivning for de sindslidende. Bevisbyrden for, at dette virkelig var tilfældet, ville i givet fald under enhver klage til menneskerettighedskommissionen og ved sager for menneskerettighedsdomstolen komme til at påhvile den danske regering, hvilket i sig selv ville stille betydelige krav til en sådan lovgivnings kvalitet og præcision.

Det er endvidere i art. 2. 2. pkt. tilkendegivet, at en lovgivning om sindslidende ikke må forfølge andre formål end at sikre den sindslidendes sundhed og helbredelse samt at beskytte hans og andre personers sikkerhed.

#### D. De materielle betingelser for tvangsanbringelse.

Sindslidelse er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for, at tvangsanbringelse kan finde sted.

Efter art. 3 kan tvangsanbringelse kun komme på tale, når (1) en passende behandlingsindsats ikke kan ydes på anden måde, og (2a) den pågældende som følge af sin sindslidelse er til alvorlig fare for sig selv eller andre, eller (2b) hvis undladelse af tvangsanbringelse som følge af sindslidelsens alvorlige karakter ville føre til forværring af den pågældendes tilstand eller forhindre, at den rette behandling iværksættes.

I bemærkningerne til reglen er det vedrørende farlighedskriteriet fremhævet, at såvel tilfælde med aktuel fare som tilfælde, hvor der på grund af sindslidelsens karakter er alvorlig risiko for, at den pågældende vil skade sig selv eller andre, er omfattet. Kun fare for skadeforvoldelse på person er omfattet. Dog kan tingsødelæggelse i sjældne tilfælde give grundlag for en antagelse om, at den pågældende kan være til fare for sig selv eller andre.

Med hensyn til behandlingskriteriet bemærkes, at det kan anvendes, selv om der ikke er udsigt til helbredelse eller væ-



sentlig forbedring gennem behandling.

Det forhold, at undladelse af tvangsanbringelse må antages at ville medføre væsentlige ulemper, f.eks. af social art, for patienten, må antages at falde uden for behandlingskriteriet. Det må således anses for tvivlsomt, om adgangen i den nugældende danske sindssygelov til at tvangstilbageholde på ulempeindikation fuldt ud er i overensstemmelse med rekommandationen.

#### E. De formelle betingelser ved tvangsanbringelse.

De nærmere regler om fremgangsmåden ved tvangsanbringelse er fastsat i art. 4, der bygger på den overordnede betragtning, at der skal finde et samvirke sted mellem på den ene side domstole eller administrative myndigheder og på den anden side læger, og at sagsbehandlingen skal være hurtig og enkel.

Beslutning om tvangsanbringelse bør træffes af en judiciel myndighed eller anden rette myndighed ("appropriate authority"), der ifølge bemærkningerne til bestemmelsen kan være et administrativt organ eller en lægelig myndighed.

I hastende tilfælde kan en patient tvangsanbringes på beslutning af en læge, som derefter straks skal forelægge spørgsmålet for den kompetente judicielle, administrative eller lægelige myndighed til afgørelse.

Der er i art. 4, stk. 2, fastsat særlige retsgarantier i de tilfælde, hvor beslutningen om tvangsanbringelse træffes af en ikke-judiciel myndighed. For det første må afgørelsen ikke træffes af den samme person eller myndighed, der oprindeligt begærede eller anbefalede anbringelsen. For det andet skal patienten straks informeres om sine rettigheder og have adgang til at indbringe spørgsmålet om tvangsanbringeisen for en domstol, som træffer afgørelse under en let og hurtig procesform. For det tredje skal der udpeges en tilsynsværge for den tvangsanbragte. Ifølge motiverne behøver tilsynsværgeren ikke at være en advokat, og det er understreget, at tilsynsværgefunktionen

meget vel kan varetages af en særlig myndighed med generel kompetence til at bistå alle patienter inden for et givent område.

Ved rettens behandling af sager om tvangsanbringelse - uanset om det er retten selv, der træffer anbringelsesbeslutningen, eller beslutningen om anbringelse truffet af en ikke-judiciel myndighed er indbragt til prøvelse for retten - skal patienten have adgang til personligt at udtale sig over for retten, medmindre retten efter de foreliggende oplysninger om hans/hendes tilstand bestemmer - i stedet for patienten selv - at høre en repræsentant for denne. Patienten skal efter begæring, eller hvor retten i øvrigt finder det fornødent, have beskikket en advokat.

Når tvangsanbringelse er besluttet eller tiltrådt/godkendt af en judiciel myndighed, skal patienten informeres om sine rettigheder og have adgang til at indbringe sagen for højere retsinstans.

Reglerne i art. 4 anbefaler ikke opfyldelse af krav, som dansk lovgivning ikke allerede har opfyldt. Det er kun, hvis man måtte vælge at opgive en særlovgivning for sindslidende, at man må tage stilling til, om art. 4, 1. pkt. in fine ved ordvalget: "Any decision of the competent ... authority ... should be taken on medical advice ...." indeholder en sådan anbefaling af et krav om lægelig medvirken, at den minimumsstandard, der ønskes opfyldt, ikke kan anses for opnået ved en lovgivning, hvor kriteriet sindslidelse ikke anvendes, og hvor der følgelig heller ikke ville være behov for lægelig rådgivning af psykiatrisk art. Spørgsmålet lader sig vanskeligt besvare abstrakt. Bedømmelsen måtte i givet fald bero på indholdet af en sådan lovgivning, den praksis den måtte give anledning til og dermed den reelle retsstilling, de sindslidende, som måtte blive omfattet af reglerne, ville få f.eks. qua deres formodede farlighed og selvmordsrisiko.

F. Bestemmelser, der regulerer behandlingen af patienten under tvangsanbringelsen.

Art. 5 fastslår, at en tvangsanbragt sindslidende har krav på at blive behandlet under samme forhold og vilkår som andre syge mennesker. Tvangsanbringelse kan alene ske med henblik på behandling, ikke med henblik på opbevaring, hvilket også fremgår af de materielle anbringelsesbetingelser i art. 3.

Art. 5, stk. 2, indeholder en væsentlig bestemmelse om den lægelige behandling. En behandling, som endnu ikke er generelt anerkendt af lægevidenskaben eller som udgør en alvorlig risiko for at tilføje patienten permanent hjerneskade eller uønsket personlighedsforandring, kan kun gives, hvis lægen anser behandlingen for absolut nødvendig, og patienten afgiver informeret samtykke. Ved en negativ eller uønsket personlighedsforandring forstås enhver anden personlighedsforandring end en bedring af patientens patologiske adfærd. Hvis patienten er ude af stand til at tage stilling, bør lægen forelægge spørgsmålet til afgørelse for en uafhængig myndighed. Som det ses anbefaler rekommandationen ikke et forbud mod tvangsbehandling, når blot behandlingen er anerkendt og uden væsentlige risici.

Art. 5, 2. pkt. om lægelig behandling, som ikke er almindeligt anerkendt, eller som indebærer en alvorlig risiko for hjerneskade eller negativ, utilsigtet personlighedsforandring, kræver udover, at lægen skal skønne, at sådan behandling er uundværlig, et informeret samtykke fra patienten. Der er her tale om anbefaling af indførelse af informeret samtykke på et så betydningsfuldt område, at der skal tungtvejende grunde til eventuelt ikke at følge denne anbefaling. Selv om det måske ikke er muligt at opstille helt generelle regler om informeret samtykke, bør man forsøge at gøre det på enkelt-områder, hvor behovet er særlig udtalt. Ved en lovgivningsteknik af denne art vil man iøvrigt kunne indhøste nogle erfaringer, der vil være værdifulde ved en senere mere generel lovgivning om disse spørgsmål. Om informeret samtykke henvises til kapitel 11.

Kliniske forsøg med medikamenter og behandlingsformer, der ikke har et psykiatrisk-terapeutisk formål, anvendt på tvangsanbragte sindslidende bør forbydes. Eiette indebærer, at patienten

er beskyttet mod sådanne forsøg, selv om han giver sit samtykke. Kliniske forsøg med et psykiatrisk behandlingsmæssigt formål er et spørgsmål, som er overladt til de enkelte lande at fastsætte regler om, jfr. dog ovenfor om informeret samtykke. Om forsøgsbehandling se kapitel 12.

Om den tvangsanbragtes personlige frihed gælder, at kun hensynet til den pågældendes tilstand og behandling kan begrunde begrænsninger heri. Frihedsberøvelse og isolation bør aldrig anvendes som straf. Patientens ret til at kommunikere, mundtligt og skriftligt, med vedkommende myndigheder, tilsynsværge eller advokat kan ikke begrænses, ligesom der bør være adgang til at sende breve uåbnede, se art. 6. Dette udelukker dog ikke, at der efter bestemmelserne i straffelovgivningen kan skrides ind, hvis patienten f.eks. sender trusselsbreve, afpresningsbreve o.l., hvor selve brevet ved sit indhold udgør en straffelovsovertrædelse. Om adgangen til ucensureret brevveksling se kapitel 9, afsnit 8 G.

En tvangsanbragt patient bør ikke overflyttes fra én institution til en anden, uden at hensynet til patientens behandling og så vidt muligt til patientens egne ønsker er taget i betragtning, art. 7. Se nærmere herom kapitel 9, afsnit 8 D og kapitel 15, afsnit 2 F.

Ifølge art. 9 kan tvangsanbringelse ikke i sig selv begrunde begrænsninger i patientens retlige handleevne.

Den myndighed, der beslutter tvangsanbringelsen, har pligt til at foranledige, at nødvendige forholdsregler træffes til beskyttelse af patientens økonomiske interesser, f.eks. ved at advise patientens familie eller de sociale myndigheder.

Art. 10 foreskriver, at der skal træffes de nødvendige adækvate foranstaltninger til beskyttelse af patienternes helbred, således at dette ikke udsættes for fare hverken ved behandlingen eller ved det fortsatte institutionsophold, og at hans menneskeværdighed under alle omstændigheder anerkendes og respekteres. Den sidstnævnte anbefaling må medføre, at man ved udformning

af anstaltsregime, husordensregler, i omgangsform og ved uddannelse af personalet bør være særlig opmærksom på, at der ikke af bekvemmelighedsgrunde for andre end patienterne gøres yderligere indgreb i deres udfoldelsesmuligheder og deres ret til privatliv end det, der er en uundgåelig følge af den udøvede tvang og selve opholdet på en institution sammen med andre sindslidende og personalet.

#### G. Ophævelse af tvangsanbringelse.

Art. 8 regulerer spørgsmålet om frihedsberøvelsens udstrækning. Ifølge denne bestemmelse bør en tvangsanbringelse ske for en begrænset periode, eller i det mindste bør nødvendigheden/beregtigheden af tilbageholdelsen blive taget op til prøvelse med regelmæssige mellemrum (obligatoriske "reviews"). Disse "reviews" skal med andre ord foretages ex officio, d.v.s., uanset om patienten har begæret en sådan prøvelse.

Patienten kan forlange domstolsprøvelse med rimelige intervaller.

Udskrivning kan ske helt formløst. Den beslattes af en læge eller anden kompetent myndighed, når tilbageholdelse ikke længere er nødvendig eller betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke længere er til stede. Udskrivning forudsætter ikke nogen begæring fra patienten.

Da ophævelse af tvangstilbageholdelse ikke uden videre er ensbetydende med, at patienten nu er helt rask og ikke længere behøver behandling, er det i art. 8, stk. 3, fremhævet, at behandlingen kan fortsætte på frivillig basis, efter at tvangsanbringelsen er ophævet.

## Kapitel 5.

### Kritik af den nugældende retstilstand.

I dette kapitel behandles hovedpunkterne i kritikken af den nugældende retstilstand, herunder navnlig spørgsmålet om den såkaldte særlovgivning om sindssyge bør afskaffes og eventuelt erstattes af andre mere generelle lovbestemmelser med en funktion, der helt eller delvis svarer til de regler, der nu findes i loven om sindssyge personers hospitalsophold, som stammer fra 1938. Ved fremstillingen anvendes følgende systematik:

Først omtales en henvendelse fra 28 psykiatere til folketingets retsudvalg. Dernæst fremstilles argumenterne for at afskaffe respektive bevare en særlovgivning. I det efterfølgende afsnit diskuteres alternativer til en særlovgivning, idet der gives eksempler på andre former for administrativt bestemt frihedsberøvelse, og spørgsmålet om en lovgivning vedrørende administrativ frihedsberøvelse som en ren nødværge- og nødretsforanstaltning behandles. Endelig omtales det mest detaljerede forslag til ny sindssygelov, der er fremsat af psykiateren Steen Borberg. I det afsluttende afsnit anføres udvalgets konklusion.

#### 1. Henvendelse fra 28 psykiatere til folketingets retsudvalg.

Medens reglerne i 1938-loven om sindssyge personers hospitalsophold efter mange og muligvis de fleste psykiateres og mange andre praktikeres opfattelse har fungeret godt og navnlig ikke har givet anledning til en praksis, som kan kritiseres, eller som ønskes radikalt ændret eller ændret på mere væsentlige punkter, er der i de senere år fra forskellig side blevet fremsat kritik af sindssyges retsstilling ud fra nogle nere principielle betragtninger. Landsforeningen Sindslidendes Vel har her spillet en vigtig rolle som kritiker og initiativtager. Sindslidendes Vel har således fremsat en række reformforslag og deltaget aktivt i den offentlige debat om sindslidendes

retsstilling ved offentlige møder, konferencer og i medierne. Sindslidendes Vel har herigennem medvirket til, at revisionslitteraturen er blomstret op og udløste de politiske initiativer, der førte til udvalgets nedsættelse.

Kritikken af den nugældende retstilstand findes markant og klart udtrykt i den skrivelse, som en gruppe på 28 psykiatere den 1. juni 1982 fremsendte til folketingets retsudvalg. Skrivelsen er optrykt som bilag til forslag til folketingsbeslutning (B 71) om forberedelsen af en revision af **sindssyge**-loven (Folketingstidende 1982-83, tillæg A, sp. 3255-3268).

Det betones i denne skrivelse navnlig, at en revision af 1938-loven om sindssyge personers hospitalsophold ikke bør begrænses til en forbedring af de retsgarantier, der gælder for tvangsanbragte sindssyge. Man bør ved revisionen tillige tage stilling til, om den tankegang, der ligger bag den eksisterende lov, stadig er rimelig og tidssvarende.

Sindssygdomsbegrebet i 1938-loven betegnes i skrivelsen som værende "båret af et meget snævert medicinsk-biologisk syn, som var nærmest enerådende i dansk psykiatri, dengang loven blev skabt". Den sindssyges handlinger forklaredes derfor ud fra sindssygdommen, hvorved både den sindssyge og omgivelserne blev skyldfri. En så ensidig og mekanisk opfattelse er ikke enerådende i dag. Sindssyges handlinger må som ikke-sindssyges forstås i sammenhæng med personens fortid, nutid og forventninger til fremtiden. Specielt med hensyn til tvang fremhæves det, at "også sindssyge oplever tvang, som det, det er." Et ensidigt mekanisk syn på sindssygdom legitimerer uden videre tvangsanvendelse. Tvang udøves i så fald efter et autoritært psykiatrisk-etisk synspunkt for at beskytte eller behandle, hvilket er i patientens egen interesse.

Efter en mere nutidig opfattelse bør også andre etiske synspunkter indgå i overvejelserne:

"Retten til at bestemme over eget krop, retten til at leve

på andre livskvaliteter end de gængse, herunder retten til at foretrække sindssygdommen frem for en måske meget grå og trist tilværelse på medicin."

Etiske synspunkter af denne art må stilles over for fareafværgelse ikke blot, hvor faren truer andre, men også den pågældende selv, fordi "der er grænser for, hvad vi kan tåle, at andre, herunder sindssyge, gør med sig selv" i form af selvmord, selvbeskadigelse eller ødelæggelse af egen økonomi og afvisning af livsvigtig behandling. Ved revision af loven bør etiske overvejelser af den ovennævnte art tages op til vurdering. Det bør ikke være psykiateren alene, der kan afgøre, hvad der er bedst for patienten.

Det kan virke diskriminerende, at der for sindssyge findes en særlov, der hjemler tvangsindlæggelse som følge af farlighed for andre. "Det er aldrig bevist, at sindssyge er farligere end andre", og selv om dette ved en undersøgelse måtte kunne påvises statistisk, er dette ikke et tilstrækkeligt argument for en sådan særlov, da man ikke byder andre borgere administrativt bestemt frihedsberøvelse, selv om de er farlige. Man kan spørge, med hvilken begrundelse man anser vold udført af en sindssyg for farligere end vold udført af en ikke-sindssyg.

Ved kombinationen af kriteriet sindssygdom og en forudsigelse om den sindssyges forventede fremtidige adfærd tillægger man psykiaterne en meget stor magt og et tungt ansvar, fordi det ikke i loven er præciseret, hvad psykiaternes skøn skal bygge på.

Påvisningen af, at det efterfølgende viser sig, "at ca. 30% af tvangsindlæggelserne ikke opfylder lovens krav om, at der skal foreligge sindssygdom" bør medføre overvejelser af betydning for udformningen af ny lovgivning. Man bør ikke fortsat stiltiende tolerere, at lovens tekst rent faktisk overtrædes.

De 28 psykiateres synspunkter kan sammenfattes således,



at sindssyge principielt bør tillægges samme rettigheder som andre,

at det bør beskrives nøje hvilken tilstand, der udover sindssygdommen - f.eks. en tilstand af hjælpeløshed - betinger, at de øvrige kriterier kan anvendes,

at man allerede fordi det kan lade sig gøre at beskrive sådanne tilstande, og fordi loven i praksis også anvendes på ikke-sindssyge, overvejer helt at ophæve sindssygeloven og erstatte den med "en samlet lov om administrativ frihedsberøvelse som nødværge- og nødretsforanstaltning ved visse nøje definerede tilstande". Selv om disse tilstande ofte vil være sammenfaldende med sindssygdom, vil regler af den nævnte art være ønskelige, fordi sindssyge derigennem bliver ligestillet med andre. Det, der umiddelbart kan virke anstødeligt på mange ved tanken om generelle regler om administrativ frihedsberøvelse, som ikke bygger på psykose, er rent faktisk, at ikke-sindssyge herved stilles lige med sindssyge. Hvis man i praksis måtte vælge at afstå fra at realisere et sådant forslag, bør man alligevel analysere tanken for i det mindste derigennem at gøre sig klart, hvad det er man gør ved de sindssyge,

at sindssygdom er et overordentligt flydende begreb, hvorfor man bør bestemme, hvilken styrke og form sindssygdommen bør have for at lovens regler om tvang kan bringes i anvendelse,

at lægeligt - juridisk sagkyndige bør føre tilsyn med tvangsudøvelse på de enkelte afdelinger,

at der er nøje sammenhæng mellem ressourcer og tvangsanvendelse bl.a. i den form, at ringe normeringer og dårlig uddannelse betyder øget anvendelse af tvangsmidler,

at store fællesrum og manglende mulighed for privatliv for patienterne øger deres aggressivitet, hvilket forringer helbredelsesmulighederne og øger tvangsanvendelsen,

at de forhold, man byder patienterne at leve under, i det hele ikke må være til ulempe for dem, og

at betingelserne for tvangsanvendelse bør søges præciseret i loven eller i de i henhold til denne udfærdigede administrativt fastsatte bestemmelser.

Selv om de 28 psykiatere i skrivelsen af 1. juni 1982 udtrykkelig har præciseret, at de ikke nødvendigvis alle er enige om, hvordan en ny lov bør udformes, har de dog været enige om at anbefale, at de ovennævnte synspunkter indgår i de dyberegående overvejelser, man bør gøre sig ved en revision af sindssygeloven af 1938.

Denne skrivelse fra de 28 psykiatere til folketingets retsudvalg er fremdraget særskilt, dels fordi den sammenfatter en række hovedpunkter fra revisionslitteraturen og debatten om revision af 1938-loven, dels fordi den rent faktisk har spillet en rolle ved folketingsdebatterne og helt naturligt er indgået som et betydningsfuldt bidrag i udvalgets egne drøftelser.

Det bør dog også nævnes, at den foran refererede henvendelse fra 28 psykiatere udløste en tilkendegivelse fra en betydeligt større kreds af psykiatere, som gav udtryk for, at 1938-lovens regler havde fungeret godt og dannet grundlag for en velafbalanceret praksis såvel set fra en retssikkerhedsmæssig som en rent lægelig synsvinkel.

## 2. Særlovgivning eller ikke?

Det er let at stille spørgsmålet og også forholdsvis let at begrunde ønsket om at undgå særlovgivning for sindssyge med en henvisning til, at man ønsker at ligestille sindssyge med ikke-sindssyge. Et sådant mål er i sig selv rimeligt og må umiddelbart vinde gehør hos alle. Der har da heller ikke i udvalget været nogen form for indvendinger imod denne principielt rigtige opfattelse.

Problemet er imidlertid, således som udvalget ser det, hvordan opgaven kan løses rent lovteknisk, og hvilke konsekvenser den eller de mulige alternative løsninger vil have navnlig set i forhold til den nugældende tvangsindlæggelsespraksis.

Man bør i denne forbindelse være opmærksom på, at antallet

af tvangsindlæggelser inden for de sidste 10 år er faldet fra ca. 2.000 pr. år til godt 1200 svarende til, at det nuværende antal tvangsindlæggelser udgør godt 3% af samtlige indlæggelser på psykiatriske afdelinger, se herved betænkningens kap. 2, afsnit 3 om tvangsindlæggelsesstatistik. De regler, som måtte komme ud af dette udvalgsarbejde, bør søges udformet således, at de ikke modvirker tendensen til at begrænse antallet af tvangsindlæggelser.

Det er ved en gennemgang af fremmed ret, jfr. kapitel 4, ikke lykkedes at finde noget eksempel i fremmed ret, hvor lovgivningen ikke bygger helt eller delvis på anvendelse af sindssygdom (psykose) eller psykisk sygdom som et grundlæggende kriterium for tvangsindlæggelse af personer med sjælelige lidelser. Dette kunne tyde på, at tanken om at undgå det, der kan betegnes som særlovgivning om sindssyge, enten ikke er opstået noget andet sted end her i landet, eller også er den overalt blevet forkastet som uigennemførlig af praktiske, lægelige eller politiske grunde. Der vil følgelig være tale om en virkelig nydannelse, hvis lovgivningen her i landet udformes uden at gøre brug af begrebet sindssygdom eller psykose til afgrænsning af den samme personkreds, og i hvert fald ikke flere end dem, der efter 1938-lovens regler og efter gældende praksis rent faktisk bliver tvangsindlagt nu.

#### A. Argumentation for at afskaffe særlovgivning.

Det er et hovedsynspunkt blandt kritikere af særlovgivning, at den er udtryk for en forskelsbehandling eller diskrimination af de sindssyge, hvilket ikke kan forsvares ud fra en etisk holdning. Selve udskillelsen til særbehandling virker stigmatiserende og forringer den anseelse eller mangel på samme, som denne i forvejen ikke højt estimerede gruppe af mennesker har. Særlovgivning for sindssyge bestyrker de fordomme og den negative og frygtsomme holdning, som store dele af befolkningen har til sindssyge. Uanset at sindssygdom i forhold til andre former for handicap er meget udbredt, hvilket skulle give mange mennesker viden om og forståelse for de problemer, de sindssyge har at slås med, er normalbefolkningens

holdninger til sindssyge langt dårligere forarbejdet end til andre former for funktionsnedsættelse som f.eks. syns- og hørenedsættelse eller bevægelseshandicap.

Stillet over for tanken om at afskaffe særlovgivning for sindssyge kan man forestille sig, at mange vil spørge, om de sindssyge da ikke har behov for indlæggelse til behandling på psykiatrisk afdeling. Det har en gruppe af dem utvivlsomt, men reglerne herom behøver for så vidt ikke at findes i en særlig lov om psykiatriske sygehuse, men bør integreres i den almindelige sundhedslovgivning.

Visse sindssyge personers manglende evne til at klare sig er for så vidt heller ikke noget argument for særlovgivning til beskyttelse af disse mennesker, dels fordi det afgørende her ikke er deres sindssygdom, men deres risiko for at forkomme, dels fordi det ikke kun er et fænomen, som kendes blandt sindssyge, men også findes f.eks. blandt alkoholikere, narkomaner, stærkt alderssvækkede og personer med alvorlige somatiske lidelser.

Selve det forhold, at gruppen de sindssyge er vanskelig at afgrænse eksakt på grund af mangler ved begrebet sindssygdom, jfr. kapitel 6, og at gruppen iøvrigt er så forskelligartet, at det er svært at finde klare fællestræk, taler imod at anvende netop sindssygdom som udskillelseskriterium.

Det er blevet gjort gældende, at det hverken er retligt eller moralsk velbegrundet, at en antagelse om farlighed, - som ikke kan begrunde frihedsberøvelse af den ikke-sindssyge - alene som følge af en psykiatrisk diagnose lydende på psykose kan legitimere dette indgreb over for den sindssyge. Hvis en sådan diagnose ikke foreligger, kan hverken en antagelse om fare for andre eller fare for selvmord begrunde frihedsberøvelse. Det er i denne forbindelse ikke noget godt argument, at visse sindssyge, omend kun ganske få, er særdeles farlige, for det er visse ikke-sindssyge kriminelle som bekendt også, og de interneres jo ikke tidsubegrænset, men løslades når deres straf er udstået. Man kan næppe heller med føje hæv-

de, at det er lettere at fremkomme med forudsigelser om sindssyge personers påregnelige fremtidige adfærd end at forudsige, hvad andre mennesker vil gøre.

Nogen vil hævde, at der er den væsentlige forskel, at sindssygdom er en behandlelig lidelse, og at dette legitimerer tvangsbehandling, når den sindssyge modsætter sig de foranstaltninger, som efter psykiatrisk erfaring vil gøre ham rask eller meget sandsynligt vil bedre hans tilstand. Kritikere har overfor dette argument anført, at det som bekendt ikke kun er sindssyges adfærd, som lader sig ændre ved f.eks. medicinsk behandling, - det gælder også alkoholikere, narkomaner og visse andre med somatiske lidelser - hvorfor tvangsbehandling af sindssyge er udtryk for en klar forskelsbehandling.

Retten til gennem udøvelse af nødværge at beskytte sig mod andres uretmæssige angreb kan selvsagt ikke bestrides, men handlinger udøvet i nødværge er jo ikke kun retmæssige ved afværgelse af angreb fra en farlig sindssyg, men overfor ethvert farligt angreb uanset angriberens mentale tilstand. Det afgørende er her angrebets farlighed og ikke hvem, der udfører det.

Den sindssyges realitetstab og svigtende evne til at forstå, hvad der foregår omkring ham, kan meget vel gøre ham ude af stand til at tage relevant stilling til, om han vil samtykke i eller modsætte sig behandling, være sig af en livstruende somatisk eller en invaliderende psykiatrisk lidelse. Dette bør efter manges mening kunne begrunde tvangsbehandling, men den afgørende grund hertil er ikke, at patienten er sindssyg, men at han er ude af stand til at tage stilling, hvilket ses af, at man når til det samme resultat med bevidstløse eller ikke-sindssyge, som er så omtågede eller svage, at de heller ikke kan træffe livsvigtige uopsættelige afgørelser.

Medens det således ikke kun er sindssyge personer, som kan være ude af stand til at træffe bestemmelse om deres tilværelse, forekommer dette også og endda ikke så sjældent for

ikke-sindssyge. Man må imidlertid ikke lade sig forlede til at antage, at alle sindssyge befinder sig i en sådan tilstand. Dette er langt fra tilfældet. Mange sindssyge er i stand til at tage relevant stilling til de spørgsmål, de stilles over for, og det har derfor god mening at arbejde med sindssyges afgivelse af samtykke til behandling - informeret samtykke om fornødent som samtykke til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, hvilket man da også gør i praksis.

Kritikerne har peget på, at der i vore forestillinger og holdninger til sindssyge er en god portion dobbelt-tænkning eller dobbeltmoral. Et menneske, der lider af en irrationel og uoverskuelig rædsel for at lade sig operere for en alvorlig somatisk lidelse, vil ikke blive undergivet tvangsoperation, hvorimod en paranoiker trods sine indsigelser meget vel kan tænkes at blive tvangsbehandlet, uanset hvilken begrundelse han måtte give for at nægte samtykke til netop denne form for behandling.

Kritikernes konklusion er, at man hidtil bl.a. ved hjælp af særlovgivning for sindssyge har gennemført diskrimination normalt med en formynderisk begrundelse i retning af, at man er nødt til at tage sig af de stakkels sindssyge, som jo ikke kan klare sig selv, navnlig fordi de som følge af deres sindssygdom er ude af stand til at varetage deres egne interesser. Når de ikke selv ved, hvad der er bedst for dem, skal vi nok gøre det; om fornødent med tvang. Kritikken munder for så vidt ud i det, meget enkle og klare budskab, at normalbefolkningen og dermed samfundet som sådan har vist sig at være i høj grad villige til at acceptere andre regler for og en helt anden behandling af de sindssyge, end de kunne drømme om at tolerere, hvis det gjaldt dem selv.

#### B. Argumentation for at bevare en eller anden form for særlovgivning.

Den kritik, som er gengivet i det foranstående afsnit, repræsenterer en række hovedsynspunkter fra debatten om særlovgivning for sindssyge. Det er tydeligt, at denne kritik har taget

sit udgangspunkt i moralfilosofien.. Det er i høj grad principper som respekten for andre menneskers ret til selvbestemmelse, lighedsbetragtninger og den grundlæggende maksime om ikke at gøre ved andre, hvad du ikke ønsker, at de skal gøre imod dig, der synes at være udslagsgivende for de vurderinger, der anlægges.

De foranstående moralske principper eller etiske bud kan og skal ikke søges anfægtet. Deres værdi og rigtighed er alment accepterede, selv om man må erkende, at de unægtelig langt fra altid overholdes som praktiske handlenormer ved udformning af vor tilværelse, hverken på det individuelle plan af det enkelte menneske eller på det almene plan af samfundet som sådant.

De indvendinger, som kan anføres, består følgelig ikke i en afstandstagen fra disse etiske principper, men i en mere teknisk vurdering, hvor man må se på, hvilke konsekvenser en efterlevelse eller gennemførelse af fuldstændig ligestilling ville få og derpå bedømme, om de herved opnåede resultater er rigtige og ønskelige.

Hvis de i sig selv rigtige principper fører til u hensigtsmæssige resultater eller uacceptable konsekvenser er det værst for principperne. En lovgivning skal ikke og vil heller ikke i praksis blive bedømt efter dens indre logik og rigtige udgangspunkt, men efter dens virkninger. Hvis befolkningen anser lovens retlige og faktiske virkninger for forkerte, vil det ikke være noget tungtvejende forsvar, at hensigten ellers var den bedste. Det er hvad befolkningen venter, at den ansvarlige minister siger, og det eneste bevis, der accepteres for rigtigheden af dette udsagn, er resultater eller retsvirkninger, der står mål med de rigtige principper og den gode hensigt.

Det er næppe rigtigt, at holdningen til regulering af de sindssyges retsstilling påvirkes væsentligt af, om reglerne findes i en særlov eller i den almindelige sundheds- og sygehuslovgivning, men det er naturligvis både mest pædagogisk og lo-

gisk at behandle de generelle sundhedsproblemer samlet, og det gør man da også allerede i nogen grad nu. Hvis man tænkte sig, at man blot inkorporerede 1938-lovens regler i en generel lov om sygehusvæsenet, ville dette regelsæts karakter af særlovgivning dermed ikke have ændret sig det mindste. Der til kræves unægtelig noget andet og mere. Man må imidlertid ikke - selv ikke i den bedste hensigt - for at skabe ligestilling mellem sindssyge og ikke-sindssyges behandling overse den fundamentale forskel, at medens der ikke er nogen, der for alvor mener, at der er behov for tvangsbehandling af somatiske lidelser, anses dette fortsat som et nødvendigt og uundværligt middel inden for psykiatrien. Så længe denne forskel består og ønskes opretholdt, vil der ikke være ligestilling, og problemet er derfor ikke at argumentere for forskelsbehandling som sådan, men om begrundelsen for at opretholde adgangen til tvangsbehandling inden for psykiatrien er tilstrækkelig tungtvejende. Hvis dette er tilfældet, er der stadig tale om forskelsbehandling, og kritikerne kan fortsat tale om diskrimination, men berettigelsen må afhænge af kvaliteten af de argumenter, der kan anføres til støtte for adgangen til i visse tilfælde at iværksætte tvangsbehandling af sindssyge mennesker.

I grænseområdet mellem somatiske og psykiatriske lidelser findes alkoholisme og narkomani. Der har også her i landet været debat om, hvorvidt der burde være adgang til efter nærmere regler og under bestemte betingelser at iværksætte tvangsbehandling af alkoholikere og/eller narkomaner. Henset til de vanskeligheder, det er forbundet med at gennemføre vellykket afvænningsbehandling af alkoholikere og narkomaner og i betragtning af, at adgangen til tvangsbehandling kendes i en række andre lande, deriblandt Sverige, er det ikke så underligt, at man også her i landet har drøftet om frivillighed skal fastholdes ikke blot som udgangspunkt og hovedregel, men som en ufravigelig betingelse. Resultatet af denne debat er hver gang blevet, at vi her i landet fortsat ønsker frivillighed fastholdt som en betingelse for al behandling af alkoholikere og narkomaner. Der skal foreligge et behandlingstilbud. Selv om disse grupper ikke er omfattet af udvalgets



kommissorium, har udvalget fundet det naturligt på dette punkt at sammenholde holdningen til tvangsbehandling af sindssyge med afvisning af adgangen til at indføre hjemmel for tvangsbehandling i alkohol- og stofmisbruger-sammenhæng. Der er både i behandlerkredse og i befolkningen en betydelig modstand imod at kombinere behandling med tvang. Dette gør drøftelse af tvangsbehandling af sindssyge så meget mere aktuell og stiller stigende krav til den argumentation, der skal kunne begrunde en eventuel adgang til tvangsbehandling.

Som et argument imod særlovgivning for sindssyge har det været anført, at det ikke er et særkende for sindssyge, at de ikke er i stand til at varetage deres interesser, idet dette dels kun gælder en del af de sindssyge og kun i visse perioder og i bestemte relationer, dels at dette også forekommer blandt personer, der ikke lider af sindssygdom som f.eks. bevidstløse, alkoholikere, narkomaner og undertiden hos ældre og meget syge mennesker.

Betragtningen er rigtig og bør medføre, at det ikke er diagnosen sindssygdom, der i sig selv kan begrunde indgriben eller uanmodet varetagelse af et andet menneskes interesser. Tabet af evnen til selv at gøre dette, herunder en tilstand af hjælpeløshed, som også kan forekomme i forbindelse med sindssygdom, kan derimod udløse andres adgang til at gribe ind. Adgangen til at handle i visse situationer for at afværge fare for andres liv eller helbred eller for at forhindre, at de forkommer, er en rodfæstet del af vor moral. Dette skal selvfølgelig ikke søges ændret, men styringen af de moralsk velbegrundede indgreb skal være målrettet og må ikke forlede til umyndiggørende overreaktion. Det er positivt, at den holdning og adfærd, den barmhjertige samaritan udviste, stadig lever, og at den giver sig udslag i ønsket om at hjælpe mennesker, der er i virkelig nød. Den dag vi kan tåle at se andre lide uden at føle trang til at søge at hjælpe og lindre, er det vanskeligheder af en helt anden dimension og langt værre, samfundet står over for.

Manglerne eller den iboende uklarhed, som sindssygdomsbegre-

bet ubestrideligt lider af, bør man bestandig være opmærksom på ved udformning af det regelsæt, som skal afløse 1938-lovens bestemmelser, idet man ellers fører problemerne videre blot i en ny iklædning. Om begrebets mangler er så store, at dets anvendelse i en retlig sammenhæng helt må opgives må afhænge af, om man ved hjælp af andre begreber eller retlige figurer kan foretage en mere eksakt og retsteknisk tilfredsstillende afgrænsning af den personkreds, som er udvalgsarbejdets målgruppe. Om psykosebegrebet henvises til kapitel 6.

For så vidt angår farlighedsindikation i form af fare for andre har kritikere hævdet, at fare plus diagnosen sindssygdom i dag begrundes frihedsberøvelse, hvorimod en tilsvarende grad af fare udvist af andre, herunder kriminelle, ikke kan begrunde dette. Selv meget farlige ikke-sindssyge kriminelle løslades, når deres tidsbestemte straf er udstået. Det er rigtigt, at sådan er det normalt, og at det også er den herskende retspolitiske opfattelse, at sanktioner i form af tidsbestemt frihedsberøvelse er inhumane og indebærer en risiko for krænkelse af proportionalitetshensyn, idet straffens længde kan komme til at stå i misforhold til forbrydelsens karakter. Det var navnlig hensyn af denne art, der i 1973 førte til ophævelse af de tidligere regler om arbejdsret og sikkerhedsforvaring.

Man indførte dog samtidig i straffelovens § 70 hjemmel for at anvende forvaring, når gerningsmanden findes skyldig i visse særligt alvorlige forbrydelser som drab, røveri, voldtægt og brandstiftelse, og når det efter karakteren af den begåede forbrydelse og oplysningerne om hans person og tidligere kriminalitet må antages, at han frembyder nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, og det må antages, at anvendelse af forvaring (tidsbestemt) i stedet for en tidsbestemt fængselsstraf er påkrævet for at forebygge denne fare.

Det er, som man kan se, ikke helt udelukket at anvende tidsubestemt frihedsberøvelse over for visse farlige ikke-sinds-

syge kriminelle, men adgangen hertil er særdeles begrænset, og den findes alene inden for strafferetsplejen.

Argumentationen fører til, at man også for så vidt angår sindsyge personers farlighed bør foretage en lige så nøje vurdering, idet det netop er denne egenskab, der i sig selv begrunder frihedsberøvelse i visse tilfælde. Tilføjelse af diagnosen sindssygdom bør på den ene side ikke medføre, at kravene til farlighed slækkes, men diagnosen kan på den anden side heller ikke blot opgives, fordi det er denne psykiatriske diagnose og kun den, der kan begrunde, at en person tvangsanbringes på psykiatrisk sygehus. Farlige personer, der ikke er sindsyge, hører ikke til på hospital, men er udelukkende politiets, domstolenes og kriminalforsorgens klientel.

Man kommer næppe uden om at erkende, at den disculperende virkning i strafferetlig sammenhæng af at blive erklæret sindssyg og utilregnelig og dermed ikke i retlig forstand ansvarlig for sine gerninger og undladelser - har påvirket og fortsat vil påvirke holdningen til de sindssyge. De undgår straf og overgives som syge til behandling på psykiatrisk sygehus, men ønskes dog af kritikerne ligestillet med ikke-sindssyge gerningsmænd i visse andre henseender. Dette lader sig næppe uden videre forene. Hidtil har prisen for det manglende ansvar som følge af en psykiatrisk diagnose været tvungen hospitalsindlæggelse med deraf følgende tidsubestemt ophold, indtil patienten efter lægernes (og domstolenes) opfattelse er rask nok til at blive udskrevet.

Så længe man opretholder forestillingen om utilregnelighed som følge af sindssygdom, og der er ikke grund til at antage, at dette ikke er en både velbegrundet og rodfæstet retstilstand, må man også regne med, at utilregnelighed vil have en vis afsmittende effekt på andre retlige relationer, hvori de sindssyge optræder. Det afgørende må her være ikke at drage uberettigede analogislutninger fra utilregnelighed, men netop kun at frakende sindssyge personer den handle- og retsevne, som er en nødvendig følge af den enkelte sindssyges mentale tilstand her og nu.

Når kritikerne har gjort gældende, at det ikke kun er sindssyges adfærd, der lader sig ændre gennem tvangsbehandling C.eks. med psykofarmaka, hvorfor tvangsbehandling af sindssyge er udtryk for en klar diskrimination, er dette kun en relevant betragtning, hvis behandlingen retter sig mod patientens moralske adfærd og ikke mod sygdommen som sådan.

Selv om der, som det fremgår af de foranstående afsnit, kan påvises spor af, at man hidtil har vist sig villig til at acceptere indgreb over for sindssyges ret til selvbestemmelse, som man ikke ville have tolereret over for ikke-sindssyge, bør dette næppe medføre, at man af principielle grunde helt generelt afviser at knytte enhver form for retsvirkninger til sindssygd.

Efter udvalgets opfattelse bør konklusionen snarere være, at man til stadighed gør sig sine motiver klart og gennem en grundig analyse i hvert enkelt tilfælde sikrer sig, at det ikke skyldes urigtige forestillinger eller fordomme, at man lovgiver og handler på en bestemt måde. Det må være en del af denne proces nøje at efterprøve de enkelte argumenter og sluttelig overveje, om en given foranstaltning også er fuldt ud nødvendig, eller om anvendelse af det mindste middels princip kan føre til en løsning, der er mindre indgribende og i højere grad ligestiller sindssyge med ikke-sindssyge.

Det er et hovedargument mod særlovgivning, at den ved sin blotte eksistens underbygger og bekræfter de fordomme og den manglende forståelse i befolkningen og blandt beslutningstagerne, som sindssyge mødes med.

Selv om der desværre er noget rigtigt i denne betragtning, må man dog ikke forledes til at tro, at fordomme skyldes særlovgivningen, eller at man blot ved at ophæve særlovgivningen ville ændre befolkningens holdninger til sindssyge. Hertil kræves en selvstændig holdningspåvirkende kampagne, der omfatter hele befolkningen.

Kritikernes konklusion, at man må ophæve særlovgivningen for at ændre holdningerne, er næppe rigtig. Det er hverken nødvendigt eller tilstrækkeligt.

Efter udvalgets mening vil det derimod være i høj grad ønskeligt, om man i samarbejde med Det centrale Handicapråd og de sindssyges egne organisationer tilrettelagde en oplysningskampagne om sindssygdom og om de sindssyges uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige, sociale og menneskelige problemer med det erklærede mål i løbet af den periode kampagnen varede at ændre normalbefolkningens holdninger på dette område.

En sådan kampagne bør omfatte børnehaver, skoler, voksenundervisning og alle medier for at søge at påvirke hele befolkningen.

Udvalgets begrundelse for at anbefale iværksættelse af en kampagne på dette område er, ud over det åbenbare behov, den opfattelse, at et nyt regelsæt lettere vil vinde gehør i befolkningen, hvis der informeres om dette, samtidig med at der gennemføres en mere generel oplysningskampagne, hvortil kommer, at gode holdninger i befolkningen altid er et mindretals bedste beskyttelse og mest effektive garanti mod diskrimination og ugrundet forskelsbehandling. En holdningspåvirkende kampagne er på én gang vaccination mod fordomme og et middel til fremme af integration og øget ligestilling af de sindslidende.

### 3. Alternativer til særlovgivning.

Det er i debatten fra flere sider blevet udtalt, at det var ønskeligt, om udvalget ville forsøge ikke blot at vurdere, om det er rigtigt at opgive særlovgivning, men - selv om udvalget eller dets flertal måtte nå til det resultat, at dette ikke måtte vise sig at være den rigtige løsning - dog at prøve at udarbejde et alternativt regelsæt, der ikke har karakter af særlovgivning.

Der er i udvalget enighed om, at man har villet forsøge at imødekomme et sådant ønske, dels for at illustrere tanken og

gøre debatten om særlovgivning lidt mindre abstrakt, dels for ikke på forhånd at afvise muligheden, men i stedet konstruktivt at søge at afprøve ideens bærekraft.

Alternativet er i forslag til folketingsbeslutning fremsat den 17. februar 1983, beslutningsforslag nr. B 71, Folketings-tidende 1982/83 tillæg A, sp. 3255 blevet formuleret som et ønske om i stedet for en særlovgivning for sindssyge at "skabe en samlet lovgivning om administrativ frihedsberøvelse som nødværge- og nødretsforanstaltning ved visse nøje definerede tilstande, som ikke rækker ud over den nuværende anvendelse i praksis af sindssygelovens bestemmelser om tvangsinlæggelse og tvangstilbageholdelse."

Valget står ikke mellem en lov om sindssyge personers hospitalsophold og slet ingen lovregler på området, men imellem en lovgivning, der hjemler frihedsberøvelse med eller uden psykose som en del af kriteriet for et sådant indgreb, hvis mål er at beskytte disse mennesker imod at udsætte sig selv og andre for fare.

Da den frihedsberøvelse, som man hidtil har foretaget, er sket på hospital, er det for så vidt ikke så mærkeligt, at man har fokuseret på de tvangsinlagtes og tvangstilbageholdtes sygdom i håb om at kunne helbrede dem og udskrive dem som raske eller i hvert fald som ufarlige. Men hvis man vil overveje at indføre regler, hvor sindssygdom ikke er en del af betingelserne for tvangsindegreb, er det nærliggende først at se på andre lovregler vedrørende administrativt bestemt frihedsberøvelse.

#### A. Eksempler på administrativt bestemt frihedsberøvelse.

##### Anbringelse af børn uden for hjemmet uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Reglerne herom findes i lovebekendtgørelse nr. 413 af 5. juli 1984 om social bistand afsnit VIII og i socialministeriets cirkulære af 21. maj 1982 om hjælpeforanstaltninger uden samtykke efter bilstandsloven samt om adoption.

Anbringelse kan ske uden for hjemmet og eventuelt på psykiatrisk afdeling eller hospital for sindslidende, selv om de normale betingelser for tvangsindlæggelse ikke er opfyldt. Om børns retsstilling se iøvrigt betænkningens kap. 13.

Anbringelse uden for hjemmet uden samtykke kan kun ske, når det er "absolut påkrævet af hensyn til barnets velfærd", jfr. § 123, stk. 1 i bistandsloven.

Afgørelsen træffes i et møde i det sociale udvalg. En byretsdommer fra retskredsen og en pædagogisk-psykologisk konsulent deltager i mødet. Anbringelse i psykiatrisk afdeling eller sygehus kan kun ske med tilslutning af overlægen. Det sociale udvalg kan i henhold til lovens § 126, stk. 4, om fornødent forlange politiets bistand til gennemførelse af afgørelsen.

Beslutningen kan inden 4 uger påklages til den sociale ankestyrelse, hvis afgørelse i henhold til de særlige regler om domstolsprøvelse i bistandslovens §§ 129-132 på begæring, fremsat inden for 4 uger, indbringes for landsretten.

Landsretten tiltrædes ved behandlingen af en børneforsorgs-kyndig dommer, og en dommer, der er kyndig i børne- eller ungdomspsykiatri eller i psykologi. Sagerne behandles i øvrigt i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a, om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

#### Tvangsisolation af smitsomt syge.

Regler om tvangsisolation findes i lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme.

Efter lovens § 5 kan der gives enhver, der lider af en alment farlig sygdom, eller som må antages at være smittet af en sådan, påbud om at lade sig undersøge af en læge og om nødvendigt at lade sig indlægge til observation på et sygehus.

Efter § 6 kan den pågældende pålægges at lade sig isolere og

om nødvendigt indlægge på et sygehus.

Såfremt sygdommens udbredelse ikke kan hindres ved isolation, kan der gives påbud om tvangsmæssig behandling.

Efter § 7 kan der gives påbud om afspærring af et område, hvor en alment farlig sygdom optræder.

Efter § 16 kan det påbydes enhver, der ankommer her til landet at lade sig lægeundersøge og om nødvendigt indlægge til observation.

Påbud gives af epidemikommisjonen. Der findes en epidemikommission i hver amtskommune med en politimester som formand.

Påbud om tvangsbehandling kan dog kun gives af indenrigsministeren efter indstilling fra sundhedsstyrelsen.

Efterkommes epidemikommisjonens påbud efter §§ 5, 6 eller 16 ikke, kan de gennemtvinges ved politiets hjælp.

Epidemikommisjonens (og indenrigsministeriets) påbud kan i henhold til lovens § 20, for så vidt påbudet har karakter af frihedsberøvelse indbringes for retten i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a om administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Hovedhensynet synes her at være hensynet til smittefare for andre og kun indirekte en helbredelsesindikation, hvilket harmonerer med den almindelige ret som somatisk syge ellers har til at nægte at medvirke til lægelig behandling.

Frihedsberøvelse af personer, der har været udsat for smitte med kønssygdom.

Reglerne herom findes i lov nr. 287 af 23. maj 1973 med senere ændring om bekæmpelse af kønssygdomme.

Efter lovens § 3 skal personer, der har grund til at tro, at



de lider af en smitsom **kønssygdom**, lade sig undersøge og behandle hos en læge. Hvis nogen tilsidesætter denne pligt, og hvis det ikke på anden måde er muligt at få den pågældende til at lade sig undersøge eller behandle, kan embedslægeinstitutionen, i Københavns kommune stadslægen, i henhold til lovens § 4 pålægge vedkommende at lade sig undersøge og behandle.

Efterkommes pålægget ikke, kan patienten i henhold til § 4, stk. 2, fremstilles for en læge ved politiets hjælp til undersøgelse og behandling. Modsetter patienten sig undersøgelse eller behandling, kan retten bestemme, at undersøgelsen eller behandlingen skal gennemføres ved politiets hjælp.

Hovedhensynet er også her smittefare: altså farlighed for andre, herunder risikoen for overførsel af **kønssygdom** fra den gravide mor til det barn, hun venter at føde.

Administrativt bestemt frihedsberøvelse over for åndssvage (psykisk udviklingshæmmede).

Med hjemmel i åndssvage-loven, lov nr. 192 af 5. juni 1959 kunne der indtil den 1. januar 1980 administrativt iværksættes tvangsmæssige indgreb (hjelpeforanstaltninger) over for åndssvage og personer, hvis tilstand ganske må ligestilles med åndssvaghed, herunder i form af anbringelse på institution for åndssvage, såfremt den pågældende måtte anses for farlig for sig selv eller andre.

Ophævelse af hjelpeforanstaltningen, herunder udskrivning, kunne nægtes under samme omstændigheder, samt når ophævelsen ville medføre væsentlig ulempe for den pågældende. Beslutning om tvangsmæssige hjelpeforanstaltninger blev truffet af lokale forsorgscentre på grundlag af en lægelig udtalelse og kunne påklages til den sociale ankestyrelse.

Ankestyrelsens afgørelse kunne inden 1 måned begæres forelagt retten i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a.

Indtil den 1. januar 1980 var retstilstanden med hensyn til adgangen til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for så vidt angår de materielle regler således reelt ganske den samme for åndssvage og sindssyge, når bortses fra sindssyge- lovens behandlingskriterium.

Ved ændringen af bistandloven i forbindelse med særforborgens udlægning blev åndssvage-loven ophævet den 1. januar 1980, og en af konsekvenserne heraf er, at adgangen til administrativt at iværksætte eller opretholde hjelpeforanstaltninger uden samtykke for personer over 18 år med et vidtgående psykisk handicap er faldet bort.

Det har efter den 1. januar 1980 været overvejet, om der er behov for at have regler om tvangstilbageholdelse af åndssvage. Disse overvejelser er endnu ikke afsluttet.

#### Andre former for administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Som andre eksempler herpå kan bl.a. nævnes

Reglerne om afsoning af underholdsbidrag findes i lovbekendtgørelse nr. 567 af 16. november 1978. Afsoning af bidrag kan kun ske, hvis forfaldne bidrag ikke kan inddrives ved udpantning eller tilbageholdelse i løn, og hvis den bidragsberettigede fremsætter begæring herom, jfr. lovens § 10. I §§ 11-16 findes nærmere regler om afsoning af bidrag. Afsoning kan udsættes, hvis skylden afdrages i overensstemmelse med en af politiet fastsat afdragsordning, eller hvis det skønnes, at skyldneren er ude af stand til at betale på grund af forhold, som ikke kan lægges ham til last som f.eks. sygdom, uforskyldt arbejdsløshed og særligt tyngende forsørgerpligter. Det fremgår klart af disse regler, at frihedsberøvelse er et tvangsmiddel, der kun skal anvendes som pressio over for det, der med et lidt gammeldags udtryk kan kaldes modvillige forsørger. Lovligheden af frihedsberøvelsen kan efterprøves af domstolene, jfr. reglerne i retsplejelovens kap. 43 a.

Lov nr. 498 af 23. december 1970 indeholder regler om udleve-

ring til et andet nordisk land i anledning af visse beslutninger om forsorg eller behandling.

Efter beslutning truffet af en myndighed i Finland, Island, Norge eller Sverige kan en person, der skal anbringes på institution efter vedkommende nordiske lands regler om forsorg for børn og unge, psykisk afvigende narkomaner, alkoholikere, forsømmelige forsørgere eller subsistensløse udleveres. Er der rimelig grund til at antage, at vedkommende vil unddrage sig udlevering ved flugt, kan politiet pålægge ham at tage ophold på en dertil egnet institution og om fornødent frihedsberøve vedkommende. Lovligheden af udleveringen kan efterprøves af domstolene, jfr. retsplejelovens kapitel 43a.

I udlændingeloven - lov nr. 226 af 8. juni 1983, §§ 36-37 - findes regler om politiets adgang til at frihedsberøve en udlænding i indtil 3 døgn og om domstolskontrol hermed.

Efter § 36 kan politiet i visse nærmere angivne tilfælde bestemme, at en udlænding skal underkastes frihedsberøvelse, såfremt det anses for nødvendigt for at sikre muligheden for afvisning eller udvisning, og andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige. Efter § 37 skal en udlænding, der er frihedsberøvet efter § 36, medmindre den pågældende forinden er løsladt, inden 3 døgn efter frihedsberøvelsens iværksættelse fremstilles for retten, der tager stilling til spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed og fortsatte opretholdelse. Sagen behandles med visse undtagelser efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Det i praksis vigtigste eksempel på administrativ frihedsberøvelse uden for strafferetsplejen er politiets detentionsanbringelser. Antallet af detentionsanbringelser er ca. 30.000 årligt. Denne form for administrativ frihedsberøvelse har hjemmel i retsplejelovens § 108 om politiets pligt til at "opretholde sikkerhed, fred og orden, påse overholdelse af love og vedtægter, forhindre forbrydelser og efterforske og forfølge dem". Om denne regel, som undertiden kaldes politiets generalfuldmagt, se bl.a. Erik Christensen i Juristen 1968, s.

1 ff-, E. Heide-Jørgensen, Juristen 1968, side 151 f og Henrik Zahle, Juristen 1982 side 147 ff om hjemmel for frihedsberøvelse i forfatningsretligt perspektiv. Spørgsmålet har også været fremme i retspraksis se bl.a. U 1979.660 V: Spørgsmålet i denne sag var, om tilbageholdelse af mand med påfaldende adfærd i detentionen natten over var berettiget eller havde pådraget politiet erstatningsansvar for ulovlig frihedsberøvelse. Manden var mødt op på politistationen og havde anmeldt en af ham medført bil med knust frontrude stjålet. En tilkaldt vagtlæge fandt ham halvt afklædt i detentionen med næseblødning, men uden andre skader. Manden oplyste, at han var vagabond, at han lige havde røget hash, og at han ikke ønskede at tale med en læge, som han ikke selv havde tilkaldt. Lægen skønnede ham ikke akut svært sindsforvirret og fandt ikke grundlag for tvangsindlæggelse. Næste morgen blev han tilset af kredslægens afløser, som fandt ham manisk med manglende realitetssans - ude af stand til at klare sig selv. Lægen fandt, at der herefter var grundlag for tvangsindlæggelse, hvilket dog ikke blev aktuelt, da manden nu lod sig frivilligt indlægge på psykiatrisk afdeling.

Byretten og en dissenterende landsdommer fandt ikke tilstrækkelig lovhjemmel for tilbageholdelsen i retsplejelovens § 108, men anså tilbageholdelsen berettiget som en beskyttelsesforanstaltning af nødretslignende art og ville derfor ikke tilkende manden erstatning. Vestre landsrets flertal nåede til samme resultat, allerede fordi retsplejelovens § 108 antoges at indeholde tilstrækkelig hjemmel for indgrebet, og da indgrebet var konkret rimeligt begrundet efter mandens tilstand og ikke havde været udstrakt længere tid end påkrævet. Herefter blev politiet frifundet.

#### Sammenfatning.

De foran nævnte spredte eksempler på administrativ frihedsberøvelse viser, dels at de er indbyrdes meget forskellige både med hensyn til de formål der forfølges, og for så vidt angår den mere retstekniske udformning, som reglerne har fået, dels at de kriterier der anvendes som grundlag for fri-

hedsberøvelse gennemgående ikke er særlig eksakte eller objektivt let afgrænselige.

Det må under hensyn til de meget forskellige områder, som reglerne dækker, og efter de væsensforskellige formål, der forfølges, på forhånd anses retsteknisk uigennemførligt at sammenfatte alle lovbestemmelser om administrativ frihedsberøvelse under eet fælles regelsæt. Den vaghed i kriterierne og det skønsprægede element, som indgår med større eller mindre vægt i alle reglerne, må nødvendigvis blive endnu mere vagt og skønsmæssigt i et altomfattende regelsæt, hvilket vil indebære en risiko for udglidning i praksis. Hjemmelen for frihedsberøvelse ville komme til at fremtræde som en så vag retlig standard, at snart sagt enhver ville kunne frihedsberøves, og domstolkontrollens intensitet ville blive tilsvarende ringe, når faren, nødvendigheden og de bestemte grunde eller lignende ikke lod sig sætte i relation til mere eksakte formål eller bestemte hensyn, som dog i dag kan udledes af de enkelte lovbestemmelser og de formål, som den pågældende lov forfølger.

Som lovgivningseksemplerne viser, kan frihedsberøvelse bringes i anvendelse på grundlag af kriterier som:

- absolut påkrævet af hensyn til barnets velfærd,
- risiko for smitte med en alment farlig sygdom eller en kønssygdom,
- ikke undskyldelig undladelse af at betale underholdsbidrag,
- status som institutionsanbragt i et af de nordiske lande, begæring om udlevering og rimelig grund til at antage, at vedkommende vil søge at unddrage sig udlevering ved flugt,
- udlændinge, nødvendigt med frihedsberøvelse for at sikre udlændingens tilstedeværelse med henblik på en eventuel afvisning eller udvisning,
- nødvendigt med frihedsberøvelse for at politiet kan opretholde sikkerhed, ro og orden.

Der er tale om blandede sociale, lægelige og retlige skøn, som, uanset at indgrebet har karakter af frihedsberøvelse, ikke er knyttet til objektivt let konstaterbare betingelser.

Der er ovenikøbet ofte tale om prognoser, idet det er den begrundede formodning om, at vedkommende vil få kompromitteret sin "velfærd", smitte andre, flygte eller forstyrre ro og orden, der er den egentlige årsag til tvangen. Frihedsberøvelsen iværksættes som det middel, det er nødvendigt at bringe i anvendelse for at få den forventede uacceptable adfærd eller tilstand til at ophøre. Da selve det materielle kriterium ikke er skarpt og absolut, og da nødvendigheden af at gribe ind afhænger af den besluttende myndigheds antagelser om, hvad der vil ske, hvis man ikke frihedsberøver personen, består kontrollen i vidt omfang i, at politiet undlader at medvirke til andre indgreb end dem, som man mener, at man efterfølgende kan overbevise en dommer om er rimelige og fornuftige, situationen, personen og retsreglerne taget i betragtning.

De retlige garantier og fællestræk lader sig uden besvær indføre som ensartede procedureregler, som man nu har dem i retsplejelovens kapitel 43 a. Disse bestemmelser kan man ændre på og udbygge efter behov. Man vil hermed automatisk sikre alle administrativt frihedsberøvede den forbedring, der indføres, hvorimod anden form for fælles retlig regulering hverken er hensigtsmæssig eller ønskelig. Man vil, hvis man stiller efter fælles materielle regler, være nødt til at sigte mod det laveste fælles mål, og det kan blive så lavt, at man ikke kan undgå at bringe retssikkerheden i fare. Man bør tværtimod ved lovrevisioner og ved udformning af nye regler, som indeholder hjemmel for frihedsberøvelse, stille imod at gøre hver enkelt lovbestemmelse af denne art så specifik som muligt. Hjemlen skal tilpasses det helt specielle formål i den pågældende lov. Frihedsberøvelse bør knyttes til så objektive kriterier som muligt, og hvis de kombineres med prognose-skøn, bør man kræve begrundelser, der kan efterprøves. Hvis der indgår specifikt faglige skøn, lægelige, psykologiske eller mere socialt prægede skøn i afgørelserne, bør man nøje vurdere, om et eventuelt administrativt kontrolorgan og domstolene er i stand til at efterprøve sådanne skøn, og hvis dette ikke er tilfældet, hvordan man vil kompensere for dette, herunder ved eventuelt at benytte sagkyndige meddommere

eller ved at føre særligt sagkyndige vidner for retten.

B. Administrativt bestemt frihedsberøvelse som en ren nødværge- og nødretsforanstaltning.

Som opgaven er blevet stillet udvalget af kritikerne er det en betingelse, at den hjemmel, der skabes for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, ikke omfatter andre og flere personer end 1938-lovens regler, at tvangsindgreb knyttes til visse nøje definerede tilstande, og at tvangsindgreb legitimeres af nødværge eller nødret.

Det ligger implicit i disse betingelser og målsætningen, at begrebet sindssygdом slet ikke må anvendes eller i hvert fald ikke som en selvstændig betingelse, og at man ikke ønsker en administrativ internering uden for sygehusvæsenet, men fortsat en anbringelse på psykiatrisk afdeling.

Det må formentlig også være rigtigt at antage, at forslaget primært er rettet imod at skabe en adgang til tvangsanvendelse over for personer, der er farlige for andre og eventuelt også over for personer, der er farlige for sig selv.

Tvangsindgreb for at helbrede eller for at forhindre nogen i at forkomme er ikke uden videre omfattet af oplægget, medmindre man vil anse indgreb af denne art for legitimerede ved en nødretsbetragtning, hvorefter retsgodet den personlige frihed må ofres som det mindre gode til fordel for det større gode at bevare liv og helbred. Hvis det sidstnævnte ikke bevares, men fortabes som et udslag af individets uindskrænkede ret til selvbestemmelse, medfører dette i sin yderste konsekvens, at selvbestemmelse indebærer ret til også at ophøre med at bestemme, fordi der ikke længere er noget liv at bestemme over. Dette accepteres i vor kulturkreds for så vidt angår voksne sjælssunde mennesker.

Man kan rejse det erkendelsesteoretiske spørgsmål, om ubevidst selvdestruktion kan anses som et udslag af selvbestemmelse. Det er i hvert fald tvivlsomt, om man i sådanne tilfælde kan

tale om en fri vilje og dermed også et spørgsmål, om den ubevidste viljesudøvelse bør respekteres i samme grad som den bevidste. Ingen er vel i tvivl om det moralsk forsvarlige og rigtige i at redde en søvngænger fra at tilføje sig selv skade eller i at forhindre en bevidstløs i at gå til grunde ved at yde førstehjælp eller lægelig behandling. Den som undlader at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare eller at træffe foranstaltninger til redning af nogen tilsyneladende livløs, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse, pådrager sig endog strafansvar efter straffelovens § 253 med bøde, hæfte eller fængsel i. indtil 3 måneder. Straffelovens § 250 indeholder hjemmel for at straffe den, som forlader en under hans varetægt stående person i hjælpeløs tilstand. Bestemmelsen kan efter omstændighederne bl.a. anvendes på forældre, der undlader at tilkalde lægehjælp til deres alvorligt syge barn. Der er således ikke nogen tvivl om, at iværksættelse af uanmodede hjælpeforanstaltninger ikke er noget, der kun kendes til fordel for sindssyge, men netop er lovfæstet som udslag af en mere generel etisk norm om pligt til at yde bistand til personer, der er hjælpeløse.

Det er endvidere i bemærkningerne til beslutningsforslaget forudsat, at det vil være "muligt at definere anvendelsesområdet (for en ikke-særlov) så præcist, at misbrug kan udelukkes i hvert fald lige så godt som hidtil". Det sidste er ikke noget særligt overbevisende argument henset til, at ca. 20% af de hidtil tvangsindlagte efterfølgende har vist sig ikke at være eller ikke at kunne påvises at være sindssyge, hvilket netop har været en af hovedindvendingerne imod den nuværende retstilstand.

Det springende punkt er imidlertid, om det vil være muligt at foretage en tilstrækkelig præcis afgrænsning af den gruppe af personer, der som følge af deres tilstand og den fare de repræsenterer, skal kunne tvangsindlægges og tvangstilbageholdes som patienter på psykiatrisk afdeling, uden at man i den forbindelse gør brug af det begrebsapparat og den terminus technicus - psykose - som psykiaterne benytter om disse menneskers lidelse.



Det må være rigtigt primært at stille nogle krav til farebegrebet, til personkredsen og til de former for sindstilstand, som skal kunne komme i betragtning som grundlag for administrativt bestemt frihedsberøvelse.

a. Farebegrebet.

Anvendelse af udtryk som nødværge og nødret indicerer i sig selv, at der bør stilles ganske betydelige krav både til faregrad og til kvaliteten af de goder, som er udsat for fare.

Faregraden kan f.eks. i overensstemmelse med straffelovens § 13 om retmæssig udøvelse af nødværge angives som hidrørende fra et påbegyndt eller overhængende angreb. Hvad der ligger i påbegyndt giver sig selv, idet selve angrebshandlingen skal være igang, - f.eks. hånden med økse hævet til slag - eller angrebet skal være overhængende, hvilket omfatter også tidsmæssigt noget fjernere, men dog nært forestående angreb. Dette vil være tilfældet, hvis man umiddelbart kan iagttage forberedelseshandlinger, som uden risiko for fejlfortolkning fører frem til angreb, hvilket ofte vil være tilfældet som følge af de samtidig eller umiddelbart forud fremsatte trusler om at iværksætte et angreb, f.eks. samtidig med, at gerningsmanden truer med at slå en anden ihjel, rækker han ud efter en issyl, der hænger på væggen, eller samtidig med at han truer med at brænde huset af, begynder han at skrue låget af en benzindunk.

Faregraden kan således sprogligt søges kvalificeret som en "overhængende, akut eller nærliggende fare for ..."

De retsgoder, som der her navnlig kan være grund til at beskytte, må være andre menneskers liv, legeme og helbred, hvorimod selv nærliggende fare for tingsødelæggelser eller hærværk formentlig kun bør kunne begrunde tvangsindlæggelse, hvis der er tale om almenfarlige handlinger som brandstiftelse, brug af skydevåben eller sprængstoffer, forvoldelse af driftsforstyrrelser i offentlige transportmidler, fare for andre

i færdslen eller meget omfattende hærværk.

Der synes således ikke at være særlige retstekniske vanskeligheder ved at beskrive og eventuelt indskrænke farens form, grad og aktualitet.

b. Personkredsen.

Ved afgrænsning af denne opstår der navnlig to problemer, dels at undgå, at kredsen bliver videre end tidligere, dels at kvalificere nogle af disse mennesker til indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling på grund af farlighed uden at anvende begrebet sindssygdом.

Farlighed og aggression er ikke i sig selv tilstrækkelig grund til at indlægge folk på psykiatrisk afdeling. Indlæggelse er kun indiceret, hvis faren og aggressionen efter en psykiatrisk vurdering må anses som en lægeligt behandlelig lidelse eller i hvert fald af en sådan art, at det bør undersøges, om der er tale om en psykisk lidelse.

Mange farlige og aggressive mennesker har ikke behov for psykiatrisk behandling, og de skal ikke - ej heller kortvarigt - søges tvangsindlagt på psykiatrisk sygehus, da det ikke vil gavne dem, men skade behandlingsmiljøet på de psykiatriske afdelinger, hvortil kommer, at det vil være en dårlig anvendelse af ressourcer.

Et kriterium, hvorefter det skal dreje sig om personer, der er farlige og aggressive, og som efter en lægelig vurdering har en behandlelig psykisk lidelse eller dog har behov for behandling på psykiatrisk afdeling, vil være et væsentligt videre kriterium end 1938-lovens regler om farlighedsindikation og ikke mindre, men væsentligt mere uklart og mindre eksakt end begrebet sindssygdом.

c. Sindstilstanden.

Man kan søge at præcisere reglens anvendelsesområde nærmere

ved at opstille nogle krav til den sindstilstand, som en person skal befinde sig i, for at tvangsindlæggelse eventuelt kan anvendes.

Det er nærliggende at overveje at anvende psykiatriske til-lægs-kriterier i form af specifikke diagnoser som f.eks. ma-niodepressiv psykose, skizofreni eller senil demens. En så-dan fremgangsmåde er dog næppe hensigtsmæssig, dels fordi det ikke er muligt at henføre fare til blot nogle få sygdomsdiag-noser, dels fordi personafgrænsningen, når et større antal diagnoser for forskellige former for sindssygdom skal medta-ges, vil blive behæftet med stort set de samme problemer som dem, anvendelse af psykosebegrebet har givet. Når det i prak-sis ikke er helt ukompliceret at stille diagnosen sindssyg-dom med stor sikkerhed i forbindelse med akut indlæggelse, tør man vel med høj grad af sikkerhed fastslå, at det vil væ-re endnu vanskeligere, for ikke at sige umuligt, på indlæg-gelsesstadiet uden adgang til at observere patienten at skul-le stille den helt specifikke psykiatriske diagnose.

Den eller de former for sindstilstande, det kan komme på ta-le at anvende, må følgelig være af en anden kategori end de, der anvendes inden for psykiatrien. Man kunne her tænke sig i stedet at anvende kategorier, der kendes fra dagligdagen og normalspsykologien, som f.eks. om en handling er foretaget med vilje og hensigt eller er utilsigtet, sådan som overlæ-ge Steen Borberg har forsøgt at gøre det i sine forslag, hvor han taler om forskellige særtilstande, jfr. nedenfor under C.

Hvis denne opdeling forsøges anvendt, vil man som påvist af Steen Borberg logisk få følgende grupper:

Farlig for andre:

- tilsigtet, f.eks. en person, der lider af forfølgelsesfore-  
stillinger, som får ham til at antage, at hans egen stærkt  
truende adfærd med en kniv er berettiget nødværg.
- utilsigtet, f.eks. den senildemente, der med jævne mellem-

rum glemmer at slukke for gassen i sin lejlighed.

Farlig for sig selv;

- tilsigtet, f.eks. en stærkt depressiv person, som vil tage sig af dage, fordi han føler, at han ikke længere fortjener at leve.
- utilsigtet, f.eks. en meget konfus person, der ikke kan huske at tage livsvigtig medicin.

Problemet er her navnlig, om en sådan opdeling gør billedet tilstrækkelig klart og retstilstanden mere eksakt, end den er i dag. Man kan efterprøve dette ved i stedet at indsætte nogle andre eksempler i opstillingen:

Farlig for andre:

- tilsigtet, f.eks. en mand, der bliver overrasket af en vægter under et pengeskabskup, skyder med sin medbragte pistol vægteren, fordi han har besluttet sig for ikke under nogen omstændigheder påny at ville afsone frihedsstraf.
- utilsigtet, f.eks. en dreng prøver med elektrisk tænding at bringe en mortergranat til sprængning uden at tænke på, at han har anbragt granaten tæt ved en legeplads fyldt med børn.

Farlig for sig selv:

- tilsigtet, f.eks. en ældre mand, der er meget syg og forpint, beslutter at tage sig af dage, fordi han ikke finder livet værd at leve, sådan som han har det.
- utilsigtet, f.eks. en skødesløs mand opbevarer en flaske med bladan i sit køleskab.

Med de ovennævnte eksempler er det tydeligt, at man ligeså vel kan interpolere tilfælde af ikke-sindssygelig art som rene psykoseeksempler i skemaet, hvilket viser, at den valgte beskrivelsesform ikke kan stå alene. Der savnes stadig et kriterium, som kan erstatte sindssygdom.

C. Steen Borbergs forslag.

Overlæge Steen Borberg har i en række artikler fremsat nogle forslag til alternativer til den nugældende retstilstand og indgående redegjort for både baggrunden for og hensigten med disse. Om disse forslags nærmere indhold henvises til "Sindsygdomsbegrebet som kriterium for tvang" fra tidsskriftet *Agrip* på 1983, vol. 5, p. 92-105 og "Et bidrag til en ny sindssyge-lov" fra *Juristen* 1984, side 302-310, hvor 2 af Borbergs indlæg er optrykt.

Borbergs hovedsigte er ikke, at der skal udfærdiges en ny lov om sindssyge personers hospitalsophold, men "en lov, der mere præcist angiver, hvordan en sindstilstand skal være, for at tvangsforanstaltninger kan anvendes på psykiatriske afdelinger". Hvis kontrollen med tvangsanvendelse skal kunne fungere effektivt, må kriteriet for tvangsanvendelse være defineret skarpt, og således at også personer uden psykiatrisk indsigt kan forstå den psykiatriske bedømmelse i den enkelte sag. Psykiatrien må ifølge Borberg være interesseret i en høj grad af gennemskuelighed for at modvirke mistillid.

Udvalget har anvendt Steen Borbergs artikler som grundlag for en række af sine drøftelser og har også haft lejlighed til i et af sine møder at drøfte indholdet direkte med Steen Borberg. Det har været meget værdifuldt for udvalgsarbejdet at have haft disse gennemarbejdede konkrete forslag som grundlag for overvejelser vedrørende det meget vanskelige spørgsmål om afskaffelse af enhver form for særlovgivning for sindssyge.

Hovedpunkterne i Steen Borbergs seneste forslag kan for så vidt angår betingelserne for tvangsanvendelse sammenfattes således:

Det er en betingelse,

at tvang er nødvendig, fordi personen modsætter sig at medvirke frivilligt til de foranstaltninger, der skal til for at forebygge den trussel, som han repræsenterer,

at personens ret til selvbestemmelse efter hans adfærd, ud-sagn eller tilstand iøvrigt udgør en så alvorlig, sandsynlig og umiddelbar trussel mod andres liv eller helbred eller mod hans eget liv, helbred eller velfærd, at forebyggende foranstaltninger er nødvendige,

at personen befinder sig i en særtilstand, hvor dels hans psykiske funktioner er således påvirkede, at hans forudsætninger for at erkende og bedømme den trussel, som han repræsenterer, er svækkede, ændrede eller forstyrrede, dels hvor han som følge heraf ikke kan eller vil afstå fra den utilsigtede eller tilsigtede truende adfærd. Undtaget fra kravet om særtilstand er dog situationer med tilsigtet akut fare for andre og akut selvmordsfare,

at særtilstanden er en følge af eller et udslag af en klart beskrevet sindssygdom.

Undtaget fra kravet om sindssygdom er tilfælde af selvmordsfare.

Borbergs særtilstandsbegreb indebærer, at en af følgende tilstande skal foreligge:

- svækkelse af dømmekraft eller virkelighedsfornægtelse, som medfører, at personen ikke har forudsætninger for at erkende truslen og som følge heraf ikke kan afstå fra en adfærd, der utilsigtet vil realisere truslen, eller
- udtalt stemningsændring, selvopgiven, sindsbevægelse, spænding eller lignende, som medfører, at personen ikke kan bedømme truslen og i modsætning til tidligere nu anser den for ønskelig, uvæsentlig, nødvendig eller uundgåelig og som følge heraf ikke vil opgive at realisere truslen, hvilket således er tilsigtet, eller
- vrangforestillinger, hvor personen bedømmer truslen ud fra usandsynlige, indbildte eller forvrængede forudsætninger, som han dog selv anser for rimelige, og at han som følge heraf ikke vil opgive at realisere truslen, hvilket følger vil ske tilsigtet.

Selv gengivet i denne yderst skematiske eller oversigtsagtige form er det klart, at der er tale om et kompliceret sæt af betingelser, hvis gengivelse og samspil kan være vanske-

lig at give en entydig retsteknisk form, hvortil kommer de fortolkningsvanskeligheder anvendelsen af et sådant regelsæt vil medføre. Det er endvidere klart, at Borbergs forslag ikke frigør tvangsindlæggelsesproblematikken fra anvendelse af sindssygdomsbegrebet, idet sindssygdom fortsat som alt overvejende hovedregel skal foreligge nu blot som grundlag for det nye mellemlid **sært**tilstand. I retsanvendelsen vil man følgelig efter Borbergs forslag komme til at arbejde med to mentale kriterier, dels det grundlæggende sindssygdomsbegreb, som også i Borbergs forslag vil give anledning til præcis de samme vanskeligheder og skabe den kritik, som vi kender i dag, dels det nye begreb særttilstand, som synes modelleret efter nogle velkendte psykiatriske begreber som demens, depression og paranoia, men som blot her gengives i en noget mere folkelig udgave.

Det er efter udvalgets opfattelse ikke blot vanskeligt at give Borbergs forslag lovsform, men det er også meget tvivlsomt, om det ville være en hensigtsmæssig løsning.

Steen Borberg er i sine artikler gået den vej at tage kritikken af de nugældende regler til følge ved at ændre de grundlæggende kriterier for tvangsanvendelse, fordi kontrolorganet ikke er i stand til at kontrollere psykiaternes faglige skøn. Det er den ene måde, hvorpå man kan prøve at imødekomme kritikerne. Den anden metode er at ændre kontrolorganets sammensætning, således at det bedre kan klare den opgave, der består i at efterprøve også selve det faglige psykiatriske skøn.

Når jurister og andre lægfolk har svært ved eller er helt ude af stand til at efterprøve det lægelige skøn, som en psykiater udøver, når han stiller sin diagnose, kan man gå den vej at opruste kontrolorganet ved at indbygge psykiatrisk ekspertise i dette. Det er ikke det samme som lægeligt selvdømme. Hvis et rent lægeligt organ eller et lægedomineret organ skulle foretage en sådan bedømmelse, ville man måske nok kunne hævde, at dette var tilfældet, men det gælder ikke, hvis man sammensætter et klageorgan kollegialt og lader et medlem af

dette være en speciallæge i psykiatri eller en anden læge med kendskab til psykiatri. Denne psykiater vil nok være en kollega i teknisk forstand til de overlæger, hvis afgørelser man skal efterprøve, men han vil primært føle sig som en del af klageorganet og identificere sig med den opgave at føre tilsyn og afgøre klagesager, hvor han som psykiater skal fungere som klageorganets specialist og ekspert inden for psykiatrien.

Hvis der ikke kan skabes retsteknisk anvendelige nye kriterier, må man hellere løse kontrolopgaven ved at ændre kontrolorganets sammensætning end indføre et vanskeligt tilgængeligt og lidet hensigtsmæssigt nyt regelsæt.

Hovedmålet er jo det samme, at sikre en virkelig tilbundsgående efterprøvelse af klagesagerne både med hensyn til formalitet og realitet. Hvis dette lader sig gøre, er metoden for så vidt underordnet.

Medens det efter udvalgets opfattelse må frarådes at lovfæste Borbergs forslag, synes det ubetænkeligt at udstyre klageorganet med psykiatrisk ekspertise for at løse opgaven ad den vej, medmindre man vælger at lade spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed efterprøve direkte af domstolene uden en forudgående administrativ klagebehandling, jfr. om klageordning nedenfor i kapitel 16.

#### 4. Udvalgets konklusion.

På grundlag af de foranstående overvejelser og betragtninger er det udvalgets opfattelse, at det ikke vil være muligt på en retsteknisk forsvarlig måde at opstille eet fælles sæt af materielle betingelser for alle former for administrativ frihedsberøvelse. Man har derimod allerede med held i retsplejelovens kapitel 43 a opstillet et fælles regelsæt fortrinsvis bestående af procedureregler om domstolenes behandling af alle sager om administrativt bestemt frihedsberøvelse, hvilket sikrer et fælles sæt af retsgarantier og en vis ensartethed i retspraksis.



De materielle betingelser for Frihedsberøvelse bør af hensyn til den retssikkerhed, som bør gælde på dette særligt vigtige område, være specifikke for hver enkelt gruppe af tilfælde. Overordnede generelle kriterier som nødvendighed, fare og lignende bliver let indholdsløse, når de skal dække over så forskelligartede områder som forsømte børn, forsømmelige forsørgere, udlændinge, der må antages at ville unddrage sig afvisning/udvisning, udbredelse af almenfarlige sygdomme, smitte med kønssygdom, detentionsgæster ra.fl. Jo videre man gør området og jo mindre specifikke de materielle betingelser er, jo vanskeligere bliver det i sidste instans for domstolene at påse, at betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt. Den specialmyndighed, der har et givet regelsæt med hjemmel for frihedsberøvelse som sit ressort, vil ved succesivt at forelægge grænsetilfælde til prøvelse for domstolene og ved kun at anke de sager, hvor der i hvert fald er rimelig tvivl om udfaldet, og hvor der kan argumenteres med saglig vægt for at iværksætte frihedsberøvelse, hatve de bedste muligheder for at styre praksis. Specialmyndighedens eget saglige skøn vil ved domstolsprøvelsen blive tillagt betydelig vægt og i en række tilfælde blive direkte udslagsgivende, hvis de materielle betingelser i loven er vage og ikke sætter nogle faste grænser. Prognoseskøn er i den forbindelse særligt vanskelige at efterprøve, navnlig hvis der i disse indgår elementer af en specialviden, som dommere normalt ikke har.

Udvalget er således af den opfattelse, at man ikke kan undvære en såkaldt særlovgivning for sindssyge, ikke fordi udvalget mener, at man ikke bør søge at skabe ligestilling mellem sindssyge og ikke sindssyge, hvor dette er muligt, men fordi hensynet til retssikkerheden gør eet fælles regelsæt særdeles betænkeligt. Det er udvalgets opgave at skabe øget retssikkerhed for de sindssyge. Et fælles regelsæt vil uden at øge de sindssyges retssikkerhed risikere at kompromittere beskyttelsen af den personlige frihed for hele befolkningen. Et sådant resultat er uacceptabelt.

Udvalget mener derimod, at man bør gennemgå retsplejelovens kapitel 43 a for at se, om man ved at udbygge dette regelsæt

kan forbedre og øge intensiteten i domstolenes kontrol på dette område, og at man ved udformning af klageregler bør tage hensyn til de materielle kriterier, der anvendes. Der henvises herom til betænkningens kapitel 16 og 19.

## Kapitel 6.

### Psykosebegrebet og dets retlige anvendelse.

Ordet sindssyg - og det tilsvarende substantiv: sindssygdøm - anvendes i dagligsproget på en bred og vanskeligt afgrænselig måde, der både har beskrivende og vurderende elementer. Dette gælder også for de ældre begreber som vanvittig, afsindig, forrykt, galen m.v.

I det lægevidenskabelige område inden for psykiatrien forsøger man at anvende begrebet mere præcist. Ordet sindssyg anvendes synonymt med psykotisk, og sindssygdøm med psykose. De vanskeligheder, man møder, når et klinisk psykosebegreb skal afgrænses, beskrives nedenfor.

Et tredie område, hvor begrebet sindssygdøm (psykose) har en afgørende betydning, er indenfor juraen, idet sindssygdøm optræder i flere lovmæssige sammenhænge (straffeloven, myndighedsloven, arveloven etc.), som et mere eller mindre afgørende kriterium. Psykosebegrebets juridiske anvendelse og kritikken af psykosebegrebet gennemgås ligeledes nedenfor.

#### 1. Afgrænsning af det kliniske psykosebegreb.

Der er inden for psykiatrien enighed om, at begrebet sindssygdøm (=psykose) ikke lader sig skarpt afgrænse, det vil sige, at det ikke er muligt at fremsætte tilfredsstillende præcis og almenyldig definition af sindssygdøm, og at forsøg herpå kun vil kunne føre til en pseudo-klarhed.

Heri adskiller psykosebegrebet sig ikke fra det generelle sygdomsbegreb. Om dette sidste gælder med Villars Lunn's ord, at det "generelt reflekterer tidens og stedets fremherskende livssyn og samfundssyn, og specielt beror på den tilstedeværende viden og teknologi" (Villars Lunn om det psykiatriske sygdomsbegreb, kapitel 2, side 25 i Psykiatri en tekstbog, 2. udgave, redaktion Joseph Welner, Niels Reisby, Villars Lunn,

Ole J. Rafaelsen og Fini Schulsinger). Det er i overensstemmelse med dette relativistiske syn, når Helweg om sindssygdom skriver, at det er "et empirisk samlebegreb", og "hvad der hører herunder, må afgøres af den til enhver tid gældende psykiatriske skole." (H. Helweg: Den retslige psykiatri i kort omrids, 2. udgave, Hagerup, Kbhn. 1949, p. 15-16).

Det kan således fastslås, at hvad der af fagfolk (psykiatere) opfattes som psykotisk (=sindssygt, sindssygeligt), kan forandre sig - både over tid og under skiftende sociale og kulturelle forhold.

Men selv på et givet tidspunkt og i en given kulturel sammenhæng er der forhold, der vanskeliggør en klar afgrænsning af psykosebegrebet. Villars Lunn (Ugeskrift for læger 1979, vol. 141, p. 1261-66) anfører følgende grunde til dette:

- at de psykotiske tilstandsbilleder er så forskelligartede, at det abstrakte overbegreb psykose nødvendigvis må blive vidt og vagt,
- at man ved beskrivelse af de tilstande, der indgår i psykose udover kvalitative arts-kriterier, er nødsaget til også at inddrage kvantitative gradskriterier,
- at der i de psykotiske tilstande indgår både ydre iagttagelige fænomener og indre "private" fænomener - det vil sige en sammenblanding af symptomatologiske og fænomenologiske kriterier, hvilket nødvendigvis må give begrebsmæssig uklarhed, og
- at afgrænsning af psykose, specielt over for neurose, sker på grundlag af forestillinger om disse tilstandes opståen, det vil sige ud fra en forklaring på eller en fortolkning af de fænomener, som kan iagttages.

Psykosebegrebet må følgelig blive vagt, uskarpt, uklart og relativt.

Dette behøver imidlertid ikke føre til en forkastelse af begrebet. Der findes mange ord og begreber i vort sprog, som ikke kan defineres skarpt, men som alligevel er anvendelige og nødvendige i vor indbyrdes kommunikation. I de fleste til-

fælde vil psykiatere da også indbyrdes være enige om, hvornår der foreligger en psykotisk tilstand. Dette forhold er empirisk undersøgt. Selv om der er knyttet betydelige metodologiske problemer til sådanne undersøgelser, er det almindeligvis fundet, at i klinisk praksis er overensstemmelsen for en specifik psykosediagnose mellem 70% og 90% (højst for de organiske psykoser og noget lavere for de øvrige), mens overensstemmelsen for diagnosen neurose eller karakterafvigelse ofte er under 50%. I **forskningsammenhænge** kan overensstemmelsen vedrørende psykosediagnosen øges til 90%-100%. Psykiatriske diagnoser adskiller sig med hensyn til sikkerheden ikke fra diagnoser vedrørende somatiske sygdomme.

Som et yderligere udtryk for psykosebegræbets praktisk-kliniske anvendelighed skal anføres, at det hidtil har været af grundlæggende betydning for de fleste internationale diagnosesystemer. Det må imidlertid medgives, at dette næppe vil være tilfældet fremover, idet distinktionen psykose/ikke-psykose synes af aftagende behandlingsmæssig relevans, og såvel den kommende revision af WHO's<sup>1</sup> internationale sygdomsklassifikation som den amerikanske sygdomsklassifikation lægger mindre afgørende vægt på denne distinktion.

Til trods for at psykiatere altså anvender begrebet sindssygdom dagligt og med stor indbyrdes overensstemmelse, må man - netop på grund af begrebet relative karakter - til stadighed være opmærksom på, at der over længere tidsrum sker ændringer i afgrænsningen - i retning af indsnævring eller udvidelse.

Mange forhold vil i disse år medføre risiko for udglidning af psykosebegræbet. Omfattende befolkningsundersøgelser har vist, at der uden for de psykiatriske afdelinger kan træffes mennesker med sindssygelige symptomer, der aldrig har været i kontakt med behandlingssystemet. Tendensen til øget ambulante behandling af psykiske lidelser og behandlingstilbuddets udbygning med psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandlingsmetoder vil tendere mod, at patienter med selv svære psykiske lidelser behandles uden for de psykiatriske sygehusaf-

delinger. Hertil kommer psykoterapiens ofte erklærede "anti-diagnostiske" position, hvorved klassiske diagnostiske enheder kan udviskes. Samtidig er samfundet i en hastig teknologisk udvikling, befolkningens normer ændres og dermed også de personer, der henvises til psykiatrisk vurdering. Alle disse forhold vil kunne føre til, at psykiaternes opfattelse af psykosebegrebets afgrænsning ændres.

Dette betyder ikke nødvendigvis, at psykiaternes opfattelse af, hvad der uomtvisteligt er psykotisk har ændret sig, men nok at man må regne med, at en ganske stor gruppe patienter betegnes som "psykosenære", det vil sige, har let ved at reagere med psykotiske symptomer, uden at man derfor ved en helhedsbetragtning vil beskrive personen som sindssyg.

De nævnte kvantitative aspekter af psykosebegrebet kan illustreres med de senere års hastigt stigende brug af diagnoser som psykotisk grænsetilstand eller atypisk (endogen) depression. Denne ændring af diagnostiske vaner må ses som udtryk for, at psykiatere møder et stigende antal patienter, hvor de klassiske psykosekriterier ikke fuldt ud er tilfredsstillende, men hvor patienterne alligevel rummer psykoselignende symptomer eller psykosesymptomer i kvantitativt begrænset omfang. Disse tilstande kan forudgå en egentlig psykotisk udvikling, men i mange tilfælde er det tilstande, der - eventuelt med psykotiske perioder - varer livet ud.

Der forekommer også lidelser, som almindeligvis ikke henregnes til psykosekategorien - som f.eks. anorexia nervosa (nervøs spisevægring) - men hvor der alligevel er symptomer på en ændret virkelighedsopfattelse (ved anorexia nervosa en patologisk ændret oplevelse af eget udseende).

Kvantitative problemer opstår også ofte i forbindelse med psykofarmakologisk behandling, idet behandlingen undertrykker, men ikke helbreder psykosen, der ofte vil vende tilbage, hvis behandlingen afbrydes. Klinisk fremtræder disse patienter som ikke-psykotiske, men kan eventuelt have lette restsymptomer, og i sådanne tilfælde kan der opstå tvivl om, hvorvidt patien-

ten for en helhedsvurdering må anses for psykotisk.

I alle de her nævnte eksempler på kvantitative vanskeligheder ved afgrænsning af psykosebegrebet vil vurderingen psykose/ikke-psykose afhænge af en helhedsvurdering af patienten, og i retspsykiatrisk sammenhæng bør tilstedeværelsen af sikre, omend kvantitativt beskedne psykosesymptomer, føre til en vurdering af patienten som psykotisk.

Retslægerådet har i 1972 taget stilling til nogle af disse spørgsmål (se nedenfor).

## 2. Psykosebegræbets indhold.

Det vil fremgå, at man anvender begrebet psykose, dels som diagnostisk samlebetegnelse for en række forskelligartede psykiatriske sygdomme, dels som en tilstandsbeskrivelse, der karakteriserer det individ, der lider af en af disse sygdomme.

De psykiske lidelser inddeles i den nu gældende sygdomsklassifikation (den af WHO udarbejdede International Classification of Diseases, 8. udgave, 1965, dansk udgave 1971) på følgende måde:

1. Psykoser (sindssygdomme) - se nedenfor
2. Neuroser, personlighedsforstyrrelser og andre ikke-psykotiske forstyrrelser (det vil sige alkoholisme og andre afhængighedstilstande, psykosomatiske sygdomme, psykiske forstyrrelser ved legemlige sygdomme, forbigående situationsbetingede forstyrrelser, ikke-psykotiske forstyrrelser hos børn m.v.).
3. Oligofreni (mental retardering) - som ikke udelukker optræden af andre sindslidelser som nævnt under 1 og 2.

Således udskilles en stor gruppe tilstande, hvor personen nok kan betegnes som psykisk lidende men ikke som sindssyg. Denne store og over for normalbefolkningen svært afgrænselige gruppe med "lettere" psykiske symptomer og personlighedsforstyrrelser karakteriseres bedst ved, at de lider under psykiske fejlud-

viklinger i den tidlige barndom, som har bevirket forvridninger af de psykologiske mekanismer, der sikrer et modent forhold til omgivelserne. Alligevel er disse patienters forhold til realiteterne - i modsætning til de psykotiske personers - langt mere lig normalbefolkningens, idet de ikke udvikler vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser o.s.v. som udtryk for en generelt svigtende realitetsvurdering. Dette er samtidig begrundelsen for, at man ikke over for gruppen af neurotikere, personlighedsafvigere (psykopater) etc. har villet anerkende for eksempel tvangsanvendelse i forbindelse med indlæggelse respektive tilbageholdelse på psykiatriske sygehuse. Det er den psykotiske persons - og til en vis grad den svært mentalt retarderedes - forvrængede virkelighedsoplevelse, der berettiger andre til at gribe ind mod den syges vilje, til at undtage ham for straf og sætte ham i en særposition i en række andre juridiske sammenhænge.

Følgende tilstande betegnes i dag som sindssygdom:

- alderdomssløvsind og præsenil sindssygdom
- visse alkoholbetingede sindssygdomme  
sindssygdom i forbindelse med intrakraniell betændelse og andre hjernesygdomme
- sindssygdom i forbindelse med visse legemlige sygdomme
- skizofreni
- affektive sindssygdomme (manio-depressiv psykose)
- paranoide tilstande
- andre psykoser (blandt andet reaktive sindssygdomme).

Der er således tale om en række meget forskellige diagnoser omhandlende sygdomme, hvoraf nogle forårsages af ændrede fysiologiske funktionsbetingelser for hjernevævet, mens årsagerne til andre er ukendte og omdiskuterede. Udtrykket psykose er ikke diagnosen på en sygdoms enhed, men netop et overordnet samlebegreb.

Det, som det er så vanskeligt at beskrive, er netop, hvad der fælles karakteriserer de psykotiske patienter.



Først skal fremhæves, at et varighedskriterium ikke kan anvendes som fælles karakteristikum. Nogle psykoser varer efter deres debut resten af livet. Det gælder især for alderdomspsykose og for nogle personlighedsbestemte paranoide psykoser. I de fleste tilfælde er psykosen imidlertid en forbigående tilstand, der kan vare fra få timer til adskillige år. Nogle psykoser er tilbagevendende og i disse tilfælde er patienten i intervallet ikke psykotisk.

Villars Lunn (Ugeskrift for Læger 1979, vol. 141, p. 1261-66) karakteriserer den psykotiske tilstand ved

- at patienten fremtræder som indgribende eller "totalt" personlighedsændret og af iagttagere opleves som "fremmed" for sin hidtidige personlighed,
- at patientens adfærd er virkelighedsutilpasset, ofte socialt invaliderende, uden at dette kan forklares som en rationel reaktion på påvirkninger udefra,
- at såvel formel som emotionel kontakt med patienten er kompromitteret,
- at patienten gennem udtalelser eller adfærd giver udtryk for en evident ændret virkelighedsoplevelse, både af sin omverden og sig selv ("realitetstabet"),
- at patienten direkte benægter at befinde sig i en abnorm tilstand (manglende sygdomsindsigt) eller indirekte gennem sin adfærd negligerer sin tilstand,
- at patienten mangler evnen til at fortrænge og dermed ikke er i stand til at afsvække angst- og skyldfølelse (manglende primærgevinst), og
- at patienten mangler evnen til gennem sine symptomer at opnå neurotikerens støtte og omsorg fra omgivelserne (manglende sekundærgevinst).

Intet af disse karakteristika kan i sig selv betegnes som nødvendigt eller tilstrækkeligt til at definere tilstanden som psykotisk, og der er således - som også fremhævet af Villars Lunn - ikke tale om en definition, men en karakteristik af psykotiske tilstande.

Centralt er det - som anført af Hans Adserballe i Ugeskrift for Læger 1978, vol. 140, p.416-17 - at psykosen er "en indgribende abnormtilstand eller sygdom, kendetegnet ved en ændring af realitetsvurderingen, et indgreb i patientens muligheder for at opleve og vurdere sin omverden og sig selv, sin tilstand og sine handlinger i overensstemmelse med "virkeligheden"."

Og Adserballe tilføjer: "Realitetstabet kan være betinget eller ledsaget af forstyrrelser som hallucinationer, paranoid tænkning, demens, af bevidsthedsforstyrrelser eller ændret stemningsleje" - og får hermed nævnt en række af de symptomer, som i klinisk praksis anvendes til at identificere en psykotisk tilstand. Selv om et eller flere af de øvrige karakteristika ofte vil kunne iagttages, er klinikeren tilbøjelig til at betegne patienten som psykotisk, hvis blot et enkelt symptom på ændret virkelighedsopfattelse - for eksempel velbeskrevne hallucinationer eller utvetydige vrangforestillinger - er til stede.

Man kan derfor spørge, om en psykotisk tilstand altid er "total", det vil sige, om der hos den sindssyge findes uberørte "normale" funktionsområder. Hvis sådanne områder kunne udskilles, ville handlinger udsprunget herfra ikke berettige til den særbehandling af den sindssyge (tvangsanvendelse, straf-frihed etc), der er grundlæggende for vor lovgivning over for sindssyge. Problemet om eksistensen af såkaldte "partielle psykoser" er særligt relevant ved visse kroniske paranoide psykoser. Selv om det i klinisk praksis er åbenbart, at sådanne patienter kan fungere ganske upåfaldende intellektuelt, følelsesmæssigt og intensionelt uden for psykosens område, er det selvsagt vanskeligt at udelukke, at patientens adfærd og oplevelse tidvist eller permanent kan farves af psykosens tilstedeværelse. Dette er netop argumentet for i retspsykiatrisk sammenhæng at fastholde, at den psykotiske tilstand altid er "total", og at "raske" områder ikke kan udskilles.

Nogle af de anførte psykosekarakteristika angiver en vis permanens af tilstanden og er derfor vanskeligt anvendelige ved

de kortvarige psykotiske tilstande. Disse sidste er imidlertid i klinisk forstand ligeså fuldt udtryk for en sygeligt forvrænget virkelighedsopfattelse.

Som eksempel kan nævnes de hos "**psykosenære**" personer iagttagelige "mikropsykoser", hvor en helhedsvurdering afgør, om personen som sådan må betegnes som psykotisk, og de såkaldte abnorme enkeltreaktioner samt nogle af de almindeligt forekommende affektreaktioner, hvor der kan forekomme bevidsthedsændringer af et omfang, så tilstanden må betegnes som psykotisk. Endvidere patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka og visse biologisk betingede tilstande som for eksempel hypoglykæmi (nedsat blodsukker) og tågetilstande i forbindelse med epileptiske anfald. Den almindelige alkoholrus respektiv medicinforgiftning - især naturligvis med hallucinogene stoffer - kan i udtalte grader medføre tilsvarende ændringer i realitetsopfattelse og -vurdering, og ikke mindst gælder dette for de psykotiske tilstande, der kan ses ved abstinens. Selv om samfundet gennem retspsykiatriske regler må forholde sig differentieret til disse tilstande, må det fremhæves, at de fra et deskriptivt klinisk synspunkt må betegnes som psykotiske reaktioner.

### 3. Sindssygdom i retspsykiatrien.

Sindssygdom (= psykose) er i den danske sindssygelov en forudsætning for frihedsberøvelse. Sindssygdom er den første og nødvendige betingelse i loven. Sindssygdom optræder som kriterium flere andre steder i lovgivningen som et mere eller mindre afgørende kriterium. Det er principielt det kliniske sindssygdomsbegreb, som lægges til grund også i retspsykiatrien, men begrebet anvendes i juraen og retspsykiatrien efter den aktuelle, konkrete sammenhæng, hvori det foreligger, således at man ikke uden videre kan gå ud fra, at begrebets indhold i praksis er det samme fra den ene lov til den anden. Retspsykiatrisk praksis er med hensyn til sindssygdom kendetegnet ved smidighed, samtidig med at det netop i retspsykiatrien kan være af særlig betydning at fastslå, om der foreligger sindssygdom eller ej af hensyn til retlige konsekvenser.

Sædvanligvis har det i klinisk psykiatri diagnostisk og terapeutisk ikke samme afgørende interesse nøje at få fastlagt tilstedeværelsen af sindssygdom.

Inden for det retspsykiatriske område har retslægerådet en særlig betydning som et organ, der er med til at bestemme, hvad man til enhver tid skal forstå ved sindssygdom, hvormed der tilstræbes en ensartet praksis, uden at det formentlig hermed fuldt ud lykkes at tilfredsstille juraens behov for klare begreber i psykopatologien.

#### Straffeloven.

Det har været straffelovens sindssygdomsbegreb og dets retlige følger, som tidligere har påkaldt sig størst interesse, forbundet med spørgsmålet om tilregnelighed som grundlag for straffrihed. Ifølge den nugældende straffelovs § 16 straffer man ikke personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed. Desuden er der i § 16 optaget en bestemmelse om "forbigående sindssygdom", fremkaldt ved indtagelse af rusmidler, som mulig straffrihedsgrund ("patologisk rus").

I de allerfleste tilfælde fungerer sindssygdom som det ene afgørende kriterium, om end dommeren har mulighed for i kraft af tilregnelighedsbegrebet at straffe enkelte sindssyge, hvilket sker en sjælden gang, typisk med bøde, for mindre alvorlige forbrydelser som spirituskørsel. Utilregneligheden er indskudt som en slags stødpude mellem det lægeligt-medicinske begreb sindssygdom og den juridiske betragtningsmåde.

"De ligestillede tilstande" blev i sin tid af rigsadvokat Goll kritiseret som værende af "en noget hjemmestrikket karakter", og man har fra psykiatrisk side betegnet det som en teoretisk umulig gruppe. Dette begreb har fungeret som en "praktisk hjælperubrik" over for sådanne tilstande, som man ville tillægge straffrihed for eksempel organiske-epileptiske hjernelidelser, særlig svære former for karakterafvigelse, febevildelse, senil svækkelse, hypoglykæmiske tilstande ("insulintilfælde")

og visse abnorme enkeltreaktioner.

I retslægeråds- og domspraksis tilstræbes det at undgå at lade for mange "tvivlsomme" tilstande omfattes af § 16, uanset at begrebet "grænsepsykose" synes at optræde hyppigere i erklæringer.

Selv om § 16 er udvidet med de "ligestillede tilstande", er denne samlede gruppe snævrere end det brede område, som i praksis dækkes af "sindssygdom" inden for sindssyggelovens område.

Sindssygdomsbegrebet er ikke defineret eller nøjere fastlagt i loven eller dens forarbejder. Imidlertid har retslægerådet i 1972 forud for straffelovsændringerne i 1973 givet udtryk for sin opfattelse af sindssygdom og af de ligestillede tilstande i besvarelse af spørgsmål stillet af straffelovrådet (betænkning nr. 667/1972 om de strafferetlige særforanstaltninger). Rådet svarede på spørgsmålet om egnetheden af ordet "sindssygdom" til fortsat at danne udgangspunkt for afgrænsningen i § 16 blandt andet følgende:

"Retslægerådet vil fortsat anse betegnelserne "sindssygdom" (synonymt med "psykose"), "sindssyg", "sindssygeligt" (synonymt med "psykotisk") som de bedst egnede som udgangspunkt for afgrænsningen af et område af afvigende tilstande, som i kraft af deres tilstedeværelse på gerningstiden bevirker straffrihed. Uanset den aktuelle diskussion om det psykiatriske sygdomsbegreb kan det konstateres, at der hersker udbredt faglig enighed om, hvad sindssygdom (psykose) er - nemlig en psykisk abnorm tilstand, i første række kendetegnet ved en ændring af realitetsvurderingen, et indgreb i patientens muligheder for at opleve og vurdere sin omverden og sig selv, sin tilstand og sine handlinger i overensstemmelse med "virkeligheden", i.e. i overensstemmelse med hans egen tidligere oplevelse af samme emner, respektive med omgivelsernes vurdering heraf. Uanset divergenser i afgrænsningen af de enkelte psykosekategorier inden for de enkelte psykiatriske skoler og uanset de vanskeligheder, der i konkrete tilfælde kan være forbundet med at træffe afgørelsen: psykotisk - ikke-psykotisk,

ligger psykosebegrebet (**sindssygdomsbegrebet**) således i det væsentlige fast. At erstatte betegnelsen sindssygdom med for eksempel "alvorlig sindslidelse" vil efter retslægerådets mening kunne afstedkomme unødigt **uklarhed**, specielt i relation til neurosebegrebet."

Retslægerådet henviste også til, at betegnelsen sindssygdom i vid udstrækning fandt anvendelse i den civile lovgivning (eksempelvis i loven om sindssyge personers hospitalsophold).

Straffelovrådet spurgte videre, om der i de senere årtier var sket sådanne ændringer i dansk retslægelig terminologi, at man fra juridisk side burde være opmærksom på mulige tendenser til at inddrage nye tilstande under begrebet sindssygdom. Rådet svarede benægtede herpå, idet retslægerådet ikke fandt, at grænsepsykosebegrebet repræsenterede nogen reel udvidelse af psykosebegrebet, og at man næppe kunne tale om en tendens til, som udtryk for en ændring i den retslægelige terminologi, at inddrage nye tilstande under begrebet sindssygdom, men nok om en rent faktisk øgning i antallet af nævnte tilstandsbilleder.

Straffelovrådet aføskede også retslægerådet en udtalelse vedrørende den aktuelle opfattelse af begrebet "ligestillet med sindssygdom", hvorunder retslægerådet henviste til den ovenfor refererede beskrivelse af disse tilstande uden at føje nyt til. Rådet fandt, at udtrykket "de ligestillede tilstande" i det væsentlige har virket tilfredsstillende - i en årrække var det blevet anvendt i et antal af kun ca. 10 tilfælde om året.

Straffelovrådet var som retslægerådet af den mening, at man fortsat fandt det mest hensigtsmæssigt, at straffeloven anvendte udtrykket "sindssygdom" - og ikke for eksempel "psykose" eller "alvorlig sindslidelse". Straffelovrådet slog fast overensstemmende med retslægerådets svar - at "sindssygdom" er det samme som "psykose", og at udtrykket "sindssygdom" i straffelovens § 16 omfattede de tilstande, som efter dansk psykiatrisk terminologi sammenfattedes under dette begreb.

Straffelovrådet konkluderede, at man på grundlag af retslægerådets udtalelse og almindelige erfaringer fra den strafferetlige praksis mente at kunne gå ud fra, at der i det store og hele var en sådan fasthed i den her i landet gældende afgrænsning af sindssygdomsbegrebet, at man kunne overskue konsekvenserne af at bygge en regel om straffrihed på et psykiatrisk kriterium.

Om de ligestillede tilstande udtalte straffelovrådet, at begrundelsen for reglen måtte søges i den betragtning, at det psykiatriske begreb "sindssygdom" ikke burde sætte en skarp grænse for straffriheden.

Retslægerådets praksis skønnes også i de senere år at have fulgt de skitserede retningslinier, og der kan næppe i dag forventes en udtalelse fra retslægerådet væsensforskellig fra den gengivne fra 1972, idet det må erindres, at udtalelsen er givet i en strafferetlig sammenhæng. Imidlertid har denne begrebsfastlæggelse også betydning for eksempelvis sindssygdommens anvendelse af begrebet, selv om det principielt er usikkert, om man kan overføre en sygdomsopfattelse fra en lov til en anden.

#### Sindssygdom i civilretlige forhold.

Sindssygdom optræder også som kriterium i andre love, hvoraf myndighedsloven, arveloven og ægteskabsloven er af størst psykiatrisk interesse. Det er meget væsentligt, at sindssygdom skal kombineres og bedømmes sammen med andre kriterier i den endelige retlige afgørelse. I myndighedslovens § 2 er det således ikke afgørende, om vedkommende er sindssyg, åndssvag eller lider af anden sjælelig forstyrrelse, men om han af den grund er "uskikket til at varetage sine anliggender", ligesom kun sindssygdom, som har medført manglende evne til at handle fornuftsroæssigt kan begrunde, at en indgået aftale ikke anses for bindende (§ 65).

Domspraksis viser da også inden for myndighedslovens område,

at man godt kan være sindssyg, uden at man dermed fraskrives evnen til at handle fornuftsmæssigt, men det anerkendes almindeligvis, at udtalt grad af sindssygdom i praksis medfører manglende evne hertil.

Loven bygger således ikke afgørende på et medicinsk-biologisk begreb. Det ses, at sindssygdomsbegrebets praktiske afgrænsning i myndighedsloven ikke svarer til straffelovens, idet man må betænke de to loves forskellige karakter. Dette illustrerer, at et psykisk abnormitetsbegreb i juraen anvendes efter den aktuelle, foreliggende sammenhæng.

Arveloven omtaler i § 51 foruden sindssygdom også kriteriet "manglende evne til fornuftsmæssigt at råde over sine ejendele". Tilstedeværelsen af sindssygdom er ikke afgørende hverken for opretholdelse eller tilsidesættelse af testamenter. Det anerkendes, at også klart sindssyge på nogle områder kan have "evne til at handle fornuftsmæssigt".

Det bemærkes, at der også er andre abnormitetsbegreber end "sindssygdom", således "sjælelig forstyrrelse", hvilket i praksis gør det mindre afgørende, om man kan afgrænse sindssygdommen nøje.

Ifølge ægteskabslovens § 5 må "den, som er sindssyg eller åndssvag, ikke indgå ægteskab uden justitsministerens tilladelse". Denne paragraf anvendes nu praktisk taget aldrig over for sindssyge - en meget sjælden gang over for åndssvage. Sindssygdom skal i denne sammenhæng "forstås i overensstemmelse med den til enhver tid herskende lægevidenskabelige opfattelse" (Kommentareret ægteskabslov, 2. udgave, Kbhn. 1984, p. 36).

Der er også andre bestemmelser i ægteskabsloven, som taler om sindssygdom, således § 41 om en ægtefælles ret til skilsmisse, når den anden ægtefælle lider af sådan sindssygdom, at fortsættelse af ægteskabet ikke bør fordres. Domspraksis viser, at man af og til anerkender også "ligestillede tilstande" som skilsmissegrund, og ægteskabslovens begrebsanvendelse kan derfor heller ikke yde bidrag til afgrænsningen eller for-



ståeisen af sindssygdøm.

Lov om sindssyge personers hospitalsophold.

Sindssygeloven omhandler kun sindssyge personer - som angivet i titlen og i § 1, hvilket også er slået fast i lovens forarbejder og tilhørende cirkulærer. Der er ikke heri givet nogen definition af "sindssyg". Som bekendt forudsætter anvendelsen af sindssygelovens bestemmelser ikke blot, at den pågældende er sindssyg, men at han desuden - i kraft af den psykotiske tilstand - frembyder fare for sig selv eller andre eller er udtalt behandlingstrængende svarende til lovens helbredelseskriterium. Endelig findes alene for tvangstilbageholdelseskriteriet "væsentlige ulemper" for vedkommende selv.

Loven var kun tænkt omfattende "de egentlige sindssygdomme". Gjerulff gentog dette i sin kommenterede sindssygelov (1942), men tilføjede, at "behandlingen af sjælelige lidelser, der ganske kan ligestilles med sindssygdøm, formentlig også falder ind under loven". Han undlod dog ikke at gøre opmærksom på, at alkoholister, morfinister og psykopater, der ikke var sindssyge, ikke kunne omfattes af loven. Andre jurister har derimod ment, at loven ikke kunne udvides som anført i Gjerulffs omdiskuterede note, der kunne ses som analog til straffelovens ligestillethedsbegreb.

Sindssygdøm i 1938-loven er opstillet som et medicinsk-psykiatrisk kriterium med tilknyttede, mere bøjelige kriterier i form af farligheds- og helbredelsesindikationen. Væsentligt i tvangsinlæggelsespraksis har ikke været sindssygdomskriteriets nøje opfyldelse, men først og fremmest farlighed, således at "sindssygdøm" i loven har fremtrådt som et elastisk begreb, formet af de vilkår, som loven har måttet udøves efter. Sindssygdomsbegrebet er i praksis blevet udvidet, specielt hvad angår alvorlige affektreaktioner, hvor man ikke i den akutte indlæggelsessituation har kunnet vurdere sikkert, om det drejede sig om sindssyge eller ej, men hvor der under alle omstændigheder forelå fare. Den personkreds, som efter sindssygelovens praksis er blevet "ligestillet", har overve-

jende omfattet karakterafvigende, svagt begavede, misbrugere, akutte affektreaktive personer - som tidligere anført en væsentligt mere omfattende persongruppe end de få, som i straffelovens § 16 er blevet "ligestillet med sindssygdom". Om den efterfølgende retlige vurdering af lovligheden af frihedsberøvelse af den nævnte personkreds, se nedenfor.

Sindssygdomskriteriet i 1938-loven må bedømmes i nøje sammenhæng med de øvrige kriterier i loven. En opgivelse eller væsentlig ændring af sindssygdomskriteriet ville implicere modsvarende ændringer af de andre kriterier.

Retslægerådet og domspraksis har i nogle tilfælde anerkendt forskellige sindssygelignende tilstande som tilstrækkeligt grundlag for anvendelse af frihedsberøvelse efter sindssygeloven. Det har ganske overvejende drejet sig om prøvelse af tilbageholdelser:

I ældre afgørelser er svær psykopati med stærk uro og udtalt affektreaktion vurderet på linie med sindssygdom - "sidedstillet med sindssygdom".

Et meget svært tilfælde af kronisk morfinisme med "intensiv morfinhunger" blev af retslægerådet betegnet som en psykotisk tilstand.

Anorexia nervosa med svær afkræftelse og livsfare vurderedes af retslægerådet som "ligestillet med sindssygdom" - idet det tilføjedes, at sygdommen uden behandling kunne ventes at ville udvikle sig sådan, at den kunne medføre patientens død.

En meget udtalt tvangsneurose med vaskemani anerkendtes som tvangstilbageholdelsesindikation med den bemærkning, at tilstanden rent praktisk måtte karakteriseres som sindssygdom, selv om tvangstankesygdommen rent psykiatrisk-videnskabeligt måtte rubriceres blandt neuroserne.

I en bemærkelsesværdig underrettsdom fra 1970 (Ugeskrift for Retsvæsen 1971, side 656) godkendte dommeren tvangstilbagehol-

delse af en udtalt neurotisk, men ikke sindssyg mand, alene på grundlag af formodet udtalt selvmordsrisiko. I dommen fandtes hans tilstand at måtte betegnes som "en sjælelig afvigelse, der kan ligestilles med sindssygdom i den forstand, i hvilken loven af 13. april 1938 benytter dette begreb som led i betingelserne for en lovlig tilbageholdelse." Som følge heraf var vilkårene for en analog anvendelse af bestemmelserne i § 8, stk. 1, jfr. § 9, stk. 2, i lov nr. 118 af 13. april 1938 til stede, og den foretagne tvangstilbageholdelse blev derfor anset for lovlig."

Dommen, som ikke blev prøvet for landsretten, har været udsat for kritik fra juridisk side, idet der blandt andet er henvist til grundlovens § 71, hvorefter "den personlige frihed er ukrænkelig . . . Frihedsberøvelse kan kun finde sted med hjemmel i loven".

Enkelte andre domme, f.eks. Østre landsrets dom af 23. november 1977 optrykt i Ugeskrift for Retsvæsen 1978, side 401 ff., har derimod betegnet en tvangsindlæggelse som "ulovlig", hvis det efterfølgende under forløbet af indlæggelsen konstateredes, at vedkommende faktisk ikke var sindssyg eller behandlingstrængende i lovens forstand - samtidig med, at det med særligt hensyn til erstatningsspørgsmålet er godtaget, at hospitalsoverlægen måtte have en vis rimelig tid - op til en uge - for at afgøre, om sindssygelovens kriterier var opfyldt. Om retspraksis henvises der i øvrigt til kapitel 19, afsnit 1B.

Det vil fremgå af oversigten, at sindssygdomsbegrebet i praktisk-juridisk forstand ikke har absolut, men relativ karakter, afhængig af den foreliggende sammenhæng - et bøjeligt begreb vurderet efter den foreliggende situation i en konkret, formålsbestemt bedømmelse. Også andre psykiatriske begreber og kriterier i lovgivningen savner faste definitioner, hvilket må iagttages, om man måtte overveje at opgive sindssygdomsbegrebet. Anvendelsen af bredere kriterier i sindssygeloven kunne medføre risiko for flere frihedsberøvelser. Det kan forekomme vanskeligt at definere og cit praktisere et begreb således, at det ikke kan gøres til genstand for kritik. Et af-

gørende spørgsmål er, om det findes muligt at karakterisere sindssygdomsbegrebet på en sådan måde, at det anses for berettiget at opretholde det som overordnet betegnelse i lovgivning og retspraksis.

#### 4. Kritik af psykosebegrebet.

I debatten om sindssyge personers retsstilling ved frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling har selve det grundlæggende begreb sindssygdom eller psykose været gjort til genstand for selvstændig kritik. Kritikken har navnlig samlet sig om to punkter, dels selve begrebets uklarhed, som er en følge af vanskelighederne med at give en entydig, klar og skarp definition af psykose, dels de vanskeligheder, som begrebets kompleksitet og utilgængelighed for ikke-psykiatere har medført ved den retlige kontrol med overholdelse af de regler, hvori begrebet indgår som en betingelse.

Der er selvsagt en nøje sammenhæng imellem disse to hovedindvendinger. Der er ovenfor redegjort nærmere for psykosebegrebets afgrænsning. Man må medgive kritikerne, at det ikke er helt ukompliceret for ikke-psykiatere at tilegne sig psykosebegrebet og navnlig ikke at skulle anvende det i praksis. Det sidste hænger utvivlsomt nøje sammen med, at medens psykiaterne gennem deres daglige virke får en omfattende viden om enkelttilfælde og derigennem stor diagnostisk erfaring, vil dette ikke være tilfældet for de jurister og andre lægfolk, som lejlighedsvis skal tage stilling til de diagnoser og psykiatriske vurderinger, som fremkommer i de sager, der udløser klager og eventuel domstolskontrol. Det, som psykosebegrebet savner i eksakthed, skarp afgrænsning og indre klarhed, kompenseres af den kliniske erfaring, som psykiatere får gennem deres uddannelse og praktik, hvorimod det, der er diffust, komplekst og tvivlsomt ved begrebet, tenderer mod at bevare denne karakter hos ikke-psykiatere.

Rigtigheden af denne betragtning understreges af, at man i den psykiatriske litteratur hos mange forfattere kan se, at de til støtte for psykosebegrebets anvendelighed, trods de-

finitionsvanskelighederne, påberåber sig, at begrebet fungerer i praksis, idet der i vidt omfang er klinisk enighed - konsensus - om brugen af psykosediagnosen. Når der er tid til at observere patienten, vil der være en meget høj grad af enighed om diagnosticeringen. Den uenighed, som måtte vise sig at foreligge, vil normalt ikke skyldes uenighed om psykosebegræbets indhold og afgrænsning, men være en følge af forskelle i vurderingen af patientens konkrete symptomer, adfærd og udtalelser. Hvis der derimod er tale om, at diagnosen skal stilles uden forudgående observation, som det f.eks. er tilfældet ved akut tvangsindlæggelse på farlighedsindikation (røde papirer), vil divergenserne med hensyn til diagnosen selv blandt erfarne psykiatere selvsagt blive flere.

Kritikerne har betonet, at anvendelse af det uklare og elastiske psykosebegreb gør de afgørelser, som vedkommende psykiatriske overlæge træffer, uigennemsigtige og dermed vanskelige for ikke at sige umulige at efterprøve. Dette giver anledning til mistillid, og hvad værre er, der er tale om en mistillid, som ikke lader sig modbevise, fordi kun en anden psykiater er i stand til at efterprøve afgørelsen. Uanset om det så er retslægerådet, der udtaler sig, vil det blandt kritikere altid kunne opfattes som en form for psykiatrisk selvdomme, der reelt afgør sagerne og dermed kobler klageorganet justitsministeriet, domstolene eller hvem det nu måtte være, ud. Retsgarantierne mister derved om ikke helt så dog i meget væsentlig grad deres betydning. Man kan retligt set kontrollere formaliteten, men ikke eller i hvert fald ikke fuldt ud det, der er hovedspørgsmålet, om de materielle betingelser for tvangsindgrebet er eller har været til stede.

##### 5. Udvalgets overvejelser vedrørende psykosebegrebet og dets anvendelighed i retlig sammenhæng.

Det forekommer naturligt og rigtigt at starte med at tage stilling til kritikken af psykosebegrebet, idet man dog samtidig må gøre sig klart, at der er nogle begrænsninger i de muligheder, som udvalget har ment at have til sin rådighed.

Det kliniske psykosebegreb er, som det er, efter det stade af den videnskabsteoretiske udvikling, som psykiatrien befinder sig på i dag. Denne udvikling ligger det ikke indenfor udvalgets muligheder at bidrage til, eller sagt på en anden måde, man kan ikke ad lovgivningens vej forbedre psykosebegrebet.

Hvis man følgelig finder, at kritikken af psykosebegrebet og dets retlige anvendelighed er så tungtvejende, at man ikke fremtidig ønsker at benytte psykose som en del af kriteriet for tvangsanvendelse, står man i en situation, hvor man er nødt til at påvise alternative løsninger, der er bedre, jfr. ovenfor i kapitel 5.

Da det fra starten har stået klart, at kritikerne såvel som ikke-kritikere er enige om, at man ikke ønsker kredsen af personer, som kan tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes, udvidet, er opgaven følgelig:

Om fornødent uden brug af psykosebegrebet at opstille enkle og klare retsregler, som ikke omfatter flere personer end de, der efter hidtidig praksis er blevet tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, og som hverken indeholder nogen form for retstekniske mangler eller i praksis kan medføre fare for udglidning, herunder ved eventuel negativ påvirkning af nogen af de handlenormer, som de indlæggende læger i dag respekterer.

Debatten om psykosebegrebet og dets eventuelle anvendelse i forbindelse med regler om tvangsanvendelse inden for psykiatrien kan godt give det indtryk, at man i psykiaterkredse med nogen beklagelse har måttet medgive, at man ikke kan præstere et mere skarpt, eksakt, og let afgrænseligt begrebsapparat, og at andre herefter har ladet sig inddrage i disse overvejelser. Realiteten er, at udvalget heller ikke kan bidrage til nogen forbedring eller ændring af dette værktøj inden for psykiatrien.

Udvalget har drøftet, om man burde anmode retslægerrådet om en udtalelse om psykosebegrebet, men har afstået herfra på

det nuværende stadium af arbejdet, dels fordi retslægerrådet, der har været repræsenteret i udvalget, næppe kan forventes at ville afgive en udtalelse, der er væsensforskellig fra den foran gengivne fra 1972, dels fordi problemerne med psykosebegrabet i virkeligheden mindre er et spørgsmål om begrebsbestemmelse end et spørgsmål om begrebets anvendelighed i forskellige retlige sammenhænge, herunder i forbindelse med tvangsanvendelse inden for psykiatrien.

Man bør måske snarere stille det spørgsmål, om kritikken af psykosebegrabet overhovedet er berettiget, eller sagt på en anden måde, er spørgsmålet om brug af psykose som materiel betingelse for eventuel tvangsanvendelse overfor persongruppen de sindssyge i det hele taget et relevant spørgsmål?

Der er tale om følgende problemstilling:

Der findes en række personer med psykiske lidelser, der lader sig behandle, hvis disse mennesker bliver indlagt på psykiatrisk afdeling.

Er det på denne baggrund meningsfyldt og hensigtsmæssigt at søge at opstille et krav om adgang til behandling eller at fremsætte forslag om at opfylde det behandlingsbehov, nogle mennesker med sjælelige lidelser har, uden at benytte begrebet psykose, fordi det ikke opfylder nogle af naturvidenskabens opstillede optimale krav til skarphed, stringens og entydighed?

Der er noget cirkulært ved problemets formulering. Hvis der er enighed om, at der er tale om mennesker, der lider af en sygdom kaldet psykose eller sindssygdom, og endvidere enighed om, at denne form for lidelse lader sig behandle lægeligt, giver svaret for så vidt sig selv - disse mennesker bør som andre syge behandles, om fornødent på hospital.

Man har en igennem mange år velkendt og i praksis rimeligt sikkert afgrænset personkreds med behov for psykiatrisk behandling. Man ved, at psykiatere og andet psykiatrisk uddan-

net personale, sygeplejersker, psykologer, plejere **m.fl.** kan behandle disse mennesker bl.a. medicinsk og ved samtaleterapi for deres lidelser. Det drejer sig om mennesker, som man ved diagnoser stillet af psykiatere i praksis kan identificere med en temmelig stor sikkerhed og forholdsvis entydigt på grund af deres sjælelige egenart, selv om en videnskabsteoretisk totalt dækkende og udtømmende definition af hele gruppen er vanskelig at opstille.

Der er utvivlsomt almindelig enighed om, at det ville være inhumant at tvangsanbringe de sindssyge uden for hospitalsregie, alene med det formål at internere dem som en beskyttende eller fareafværgende foranstaltning.

Det ville også være i eklatant modstrid med Europarådets rekommandation af den 22. februar 1983 om retsbeskyttelse af tvangsanbragte psykiatriske patienter art. 4, 5 og 6 om disse menneskers ret til ikke at blive undergivet andre begrænsninger i deres personlige frihed end de, deres helbredstilstand betinger, og som er nødvendige for gennemførelse af en vellykket behandling. Det ville være en tilsidesættelse af deres ret til hospitalsbehandling på samme etiske og videnskabelige niveau og pleje af samme kvalitet og under forhold svarende til dem, man byder mennesker med andre sygdomme og lidelser, og endelig i strid med kravet om, at afgørelse om tvangsanbringelse skal træffes af den kompetente retlige eller administrative myndighed på grundlag af en lægelig indstilling, ("on medical advice").

Kritikerne har navnlig gjort gældende, at der ikke er grund til at benytte psykose som en del af betingelserne for tvangsindgreb, idet det ikke er sindssygdom som sådan, der bør kunne begrunde tvangsindgreb, men derimod nok at en person repræsenterer en alvorlig og nærliggende fare for sig selv eller andre.

Den fare, som i praksis spiller den største rolle, og som der følgelig navnlig er grund til at interessere sig for som tvangsindikation, er den fare nogle sindslidende udgør for sig selv



i form af enten fare for selvmord eller selvlemlæstelse eller fare for, at de ved ikke at medvirke frivilligt til behandling udsætter deres helbred for en væsentlig varig forringelse eller dog i væsentlig grad udsætter tidspunktet for en forbedring af helbredstilstanden.

Den moralske begrundelse for at anvende tvang i disse tilfælde er, at den sindssyge som følge af, at han som en del af sin lidelse mister realitetssans, samtidig i tilsvarende grad fortaber den ret han ellers - ganske som andre mennesker - har til at leve sit eget liv og til at træffe sine egne beslutninger og leve med konsekvenserne heraf. Der opstår i takt med realitetstabet et behov for, at andre kan disponere og varetage vedkommendes virkelige interesser. Dette behov kan blive så udtalt, at det er moralsk forkasteligt - selv ud fra en nok så antiformynderisk holdning - at undlade at gribe ind og beskytte den pågældende imod i hvert fald visse former for selvdestruktion. Det forekommer oplagt, at afværgelse af fare for personens eget liv, lemmer og helbred, hvor skaden, hvis den indtræder, er uoprettelig, bør finde sted. Det er mere inhumant at forholde sig passiv i sådanne situationer end at gribe uanmodet ind og forhindre, at skaden manifesterer sig, selv om indgrebet i sig selv er en integritetskrænkelse over for den person, der således er farlig for sig selv. Tvangsindgreb legitimeres etisk i sådanne tilfælde ved en afvejning af den type, som er velkendt i tilfælde af nødret, hvor en truende fare retmæssigt kan afværges med selv meget drastiske midler, når truslens art og det angrebne retsgodes art og betydning opvejer eller begrundes dette, fordi man ofrer det mindre gode til fordel for det større. Der henvises til kapitel 7, hvor indikationerne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse gennemgås nærmere.

Der kan imidlertid også være tale om en alvorlig og nærliggende fare, som udgår fra en sindssyg person, og som truer andre menneskers liv, lemmer og velfærd. Selv om sådan alvorlig fare for andre kun forekommer i relativt begrænset omfang, og selv om det ikke kan påvises, at sindssyge mennesker generelt er farligere end ikke sindssyge, er denne talmæssigt be-

skedne gruppe af tilfælde en realitet, som man må forholde sig til.

Det er vel dybest set nødværge- og nødretslignende betragtninger, som i det hele begrunder indgreb med tvang over for de sindssyge, idet enten andres eller den sindssyges eget liv eller velfærd er udsat for en alvorlig og overhængende fare, som søges afværget ved frihedsberøvelse og eventuelt tvangsbehandling. I det begrænsede omfang, hvor der er tale om at afværge fare rettet mod andre end den sindssyge selv, er der tale om nødværge eller eventuelt intervention i nødværge, jfr. i det hele kapitel 7.

Hvis behandling ikke var mulig, ville man måske vælge den mindre humane løsning blot at internere de sindssyge, som er farlige for sig selv eller andre. Uden behandling behøvede dette ikke at ske i hospitalsregi, men sådan forholder det sig heldigvis ikke. De er behandlelige og indlægges derfor på psykiatrisk afdeling. Når de gør det, og det er alle enige om, at de fortsat skal, så er det vel temmelig kunstigt ikke at benytte behandlernes terminologi for de pågældende personer og deres lidelser, og det er jo netop psykose eller sindssygdom, som er den tekniske betegnelse blandt fagfolk.

Det, man som lovgiver bør gøre sig klart, er selvsagt, hvad man blandt psykiatere forstår ved psykose, og dermed også indse, at begrebet har visse mangler på det stadium, hvorpå psykiatrien i dag befinder sig. Det problem kan man ikke lovgive sig ud af, men man må ved udformning af reglerne - særlig klagereglerne - tage hensyn til de vanskeligheder, det medfører, hvis man vil operere med psykose som materiel betingelse for tvangsindgreb over for sindssyge.

Debatten om psykosebegrebet har kun været frugtbar som et memento om begrebets indbyggede svagheder, men bør efter udvalgets opfattelse ikke føre til en total forkastelse af dets anvendelse, allerede fordi der ikke findes noget brugbart alternativ, som kan give tilsvarende vejledning.

Uden anvendelse af psykosebegrebet bliver en afgrænsning af personkredsen ikke gennemførlig. Der er almindelig enighed om, at en udvidelse af den gruppe af personer, som skal kunne tvangsindlægges, ikke bør finde sted. Hvis ikke man kalder tingene ved deres rette navn, komplicerer man tilværelsen. Det er ikke nogen lettelse rent lovteknisk - og dermed ej heller med hensyn til borgernes retssikkerhed - at skulle skabe et nyt afgrænsningskriterium uden at anvende det fundamentale fællestræk for gruppen, at de er afvigere fra en vis normalitet som følge af deres psykiske lidelse, og denne har en sådan beskaffenhed, at der er tale om det, som den til enhver tid herskende doktrin inden for psykiatrien betegner som sindssygdom eller psykose.

Man kan om dette spørgsmål sige, at det er vanskeligt med, men umuligt uden brug af psykosebegrebet. Situationen minder om Ragner Lodbrogs gåde til Kraka:

Du skal møde nogen og dog påklædt, alene og dog i selskab, fastende og dog have spist.

Det er en unødigt komplikation at kræve **Krakas** fantasi af lovgivningsmagten. Man forlanger, at der skal findes retsteknisk skarpe regler, der er enkle og lette at forstå for brugerne og samtidig lette at administrere og at kontrollere, uden at den hidtidige kreds af sindssyge, der har kunnet tvangsindlægges og tvangstilbageholdes, udvides eller blot risikerer at glide ud, og alt dette samtidig uden at man gør brug af personkredsens eneste virkelige fællestræk, psykosen.

Hvis dette var muligt, ville det være intellektuelt stimulerende, men det er ikke lykkedes udvalget at finde noget brugbart alternativ til psykosebetingelsen.

Der er ikke noget forkert i at benytte fagfolks betegnelse for en opgave, der henhører under deres fagområde. Det er tværtimod ofte den mest præcise måde at beskrive et forhold på.

Den relevante problematik består i at sikre, at de regler,

der udformes, tager hensyn også til de vanskeligheder, som den praktiske administration af psykosebegrebet giver anledning til.

Kritikken af 1938-loven som en lov om sindssyge samler sig navnlig om, at det anses som diskrimination af de sindssyge at skille dem ud til lovmæssig særbehandling, og om at loven slet ikke omfatter alle sindssyge, men kun en ringe del af dem og endda kun i nogle bestemte relationer, nemlig med hensyn til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Om kritikken af den nugældende retstilstand se nærmere kapitel 5.

Det er rigtigt at søge at undgå diskrimination, men forskelsbehandling er kun forkasteligt, hvis man ikke kan give en bæredygtig begrundelse for sin sondring imellem forskellige grupper af tilfælde. Vi bestiller jo ikke andet end at gøre forskel på forskellige grupper af tilfælde - også i lovgivningen - og med god grund, for ligestilling af alt og alle uden at overveje, om dette også er velbegrundet, er en karikatur på et i øvrigt vigtigt og rigtigt princip.

Om det er moralsk eller politisk angribeligt at fastsætte regler for eller om en bestemt gruppe, som her de sindssyge, afhænger ganske af disse reglers indhold. Hvis der er enighed om, at man ikke kan undvære en adgang til i visse tilfælde at anvende tvang over for ikke alle, men visse sindssyge i visse situationer, så er det et lovgivningsproblem at bestemme, hvem der skal kunne anvende tvang, hvornår dette bør kunne finde sted, over for hvem det skal kunne ske, hvilke steder og under hvilke nærmere betingelser, herunder hvem, der skal kunne klage, og hvem der skal tage stilling til klagerne og påse, at de gældende regler overholdes. Dette er for så vidt selve lovgivningsprogrammet.

Hvis lovreglerne begrænses til at vedrøre tvangsanvendelse i psykiatrien, også i lovens titel, tones der rent flag. Det giver ikke omverdenen noget urigtigt indtryk af at regulere alle relationer, hvori sindssyge mennesker optræder.

Set i denne sammenhæng er en lovregulering en beskyttelsesforanstaltning, en lovhjemlet nødretsanvendelse til beskyttelse dels af normalbefolkningen i nogle relativt fåtallige tilfælde mod sindssyge, der er farlige for andre, dels og navnlig til beskyttelse af de sindssyge, der er til fare for sig selv.

Dette er efter udvalgets opfattelse ikke en negativ diskrimination, men en velbegrundet beskyttelsesforanstaltning over for sindssyge. Hvis det klart markeres, at det primært er behandling og fareafværgende tvang over for visse sindssyge, der er lovens område, vil dette heller ikke med rette kunne opfattes som diskriminerende hverken af de sindssyge, deres organisationer eller af andre.

#### 6. Udvalgets konklusion.

Der er i udvalget enighed om, at begrebet psykose eller sindssygdom ikke bør opgives som en del af de materielle betingelser for tvangsanvendelse inden for psykiatrien.

Begrebets anvendelse skaber nogle velkendte vanskeligheder for de myndigheder, herunder domstolene, som efterfølgende skal tage stilling til klager over tvangsanvendelse.

Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at det vil skabe væsentlig større retsikkerhed at opgive at anvende psykosebegrebet end fortsat at benytte dette, fordi det ikke er lykkedes at finde noget egnet alternativ som afgrænsningskriterium. Der er imidlertid også i udvalget enighed om, at brugen af psykosebegrebet gør det nødvendigt at udstyre det administrative klageorgan med psykiatrisk sagkundskab, se herom nærmere betænkningens kapitel 16, således at klageorganet bedre sættes i stand til at foretage en efterprøvelse også af de lægelige diagnostiske vurderinger som en del af betingelserne for tvangsanvendelse over for visse sindssyge.

## Kapitel 7.

### Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Den mest indgribende form for tvang, som bringes i anvendelse over for sindssyge er den frihedsberøvelse, der finder sted, når en person tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes på psykiatrisk afdeling. Om antallet af tvangsindlæggelser og den talmæssige udvikling igennem de senere år, se kapitel 2, afsnit 3. Der er i kapitel 5 redegjort for kritikken af den nugældende retstilstand, og der henvises herom til dette kapitel, idet de overvejelser, udvalget har gjort sig om ændringer i den nugældende retstilstand, skal ses på baggrund af de der anførte synspunkter.

Det er ikke fra nogen side blevet gjort gældende, at man helt kan undvære enhver adgang til at frihedsberøve visse sindssyge, hvorfor udvalget har koncentreret sig om, hvorledes den nødvendige hjemmel herfor bør udformes.

Psykosebegrebet er blevet gjort til genstand for behandling i kapitel 6. Der er i udvalget opnået enighed om, at det ikke er muligt at opstille et retsteknisk forsvarligt regelsæt om tvangsindlæggelse uden at gøre brug af psykosebegrebet, hvilket lægges til grund i det følgende.

Ved udformning af et nyt regelsæt er det et hovedspørgsmål, hvorledes man bør forholde sig til de tilfælde, hvor der foreligger det, kritikerne har betegnet som ulovlige tvangsindlæggelser, d.v.s. de tilfælde hvor det ikke efterfølgende har været muligt at konstatere, at den tvangsindlagte var psykotisk, hverken ved indlæggelsen eller under opholdet på psykiatrisk afdeling. Denne gruppe, som fortrinsvis består af mennesker, der indlægges på farlighedsindikation i voldsom affekttilstand, udgjorde indtil for få år siden knap 30%, men er nu faldet til ca. 20%. Deres indlæggelsestid er ofte kort, se herved ovenfor i kapitel 2, afsnit 3, hvor det om alle tvangsindlagte på farlighedsindikation fremgår, at gennemsnit-

ligt 12-13% udskrives inden for samme døgn og 30-35% i løbet af den første uge efter indlæggelsen. Selv om der således er tale om kortvarige frihedsberøvelser, ændrer dette ikke det principielle problem, at der her foretages en administrativ frihedsberøvelse, uden at betingelserne er opfyldt, eller i hvert fald uden at det efterfølgende kan konstateres, at de har været til stede, medmindre man vil anlægge den helt formelle betragtning, at en tvangsindlæggelse er lovlige og retmæssig, når den rette fremgangsmåde er fulgt, og den indlæggende læge herved har anset patienten for sindssyg. Selv om man navnlig fra lægelig side har anlagt denne fortolkning, og selv om den ikke hidtil har givet anledning til de helt store problemer i retspraksis, forekommer det ikke holdbart blot at fortsætte som hidtil. Om retspraksis se kapitel 19, afsnit 1B. Der bør efter udvalgets opfattelse foretages en lovændring, som enten må bestå i en realitetsændring af retstilstanden eller i en legalisering af hidtidig praksis.

Der er endvidere enighed om, at der ikke bør skabes hjemmel for tvangsindlæggelse af en videre personkreds end hjemlet ved 1938-loven, og om at man indledningsvis må vurdere de nu gældende tvangsindlæggelses- og tvangstilbageholdelsesindikationer, før man kan opstille en model for den fremtidige adgang til at foretage frihedsberøvelse af sindssyge. Det drejer sig om:

1. Behandlingsindikation
2. Farlighedsindikation
3. Ulempeindikation

Ud over de ovennævnte tre indikationer for frihedsberøvelse behandles i dette kapitel herefter i afsnit A afgrænsningen mellem tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, i afsnit 5 reglerne om tvangstilbageholdelse, i afsnit 6 spørgsmålet om obligatorisk efterprøvelse af tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, i afsnit 7 spørgsmålet om adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte, og i afsnit 8 behandles fremgangsmåden ved udskrivning.

### 1. Behandlingsindikation.

Behandlingsindikation er i 1938-lovens § 2, stk. 2, 2. pkt. formuleret således, at tvangsindlæggelse skal ske, hvis lægen "finder det uforsvarligt at undlade indlæggelse, fordi udsigterne for den syges helbredelse væsentlig vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted, og lægens skøn godkendes af amtslægen på den syges hjemsted, i København af stadslægen."

Denne tvangsindlæggelsesgrund er navnlig blevet kritiseret, fordi indlæggelse mod den sindssyges protest foregår, selv om der ikke er nogen sikkerhed for, at den sindssyge faktisk bliver helbredt. De mange genindlæggelser viser efter kritikernes opfattelse, at helbredelse ofte ikke opnås, og at tvangsindlæggelse følgelig ikke har været synderlig velbegrunder på helbredelsesindikation. Det er i forlængelse heraf også blevet gjort gældende, at psykiatriens behandlingsmuligheder er så begrænsede, at dette i sig selv kontraindicerer tvangsindlæggelse til behandling. Behandling bør ifølge kritikerne altid være frivillig dels af etiske grunde ganske som ved legemlige lidelser, dels fordi man også opnår bedre behandlingsresultater ved frivillig behandling end ved tvangsbehandling.

Det er ligeledes med udgangspunkt i en skeptisk holdning til psykiatrisk behandling - navnlig som følge af tidligere tiders lægelige behandling af sindssyge - af enkelte kritikere blevet gjort gældende, at der lige så lidt i dag som tidligere er grund til at nære nogen særlig tiltro til de metoder og midler, som psykiatrien anvender, og at behandlingsoptimisme i det hele ikke er velbegrunder. Mange sindssygdomme er svingende og kan både opstå og forsvinde spontant. Det er ifølge disse kritikere ikke bevist, at psykiatrisk behandling kan helbrede sindssygdom, omend de erkender, at behandling kan lindre patientens lidelse, og at ophold på en psykiatrisk afdeling efter omstændighederne kan være det bedst mulige sted for en psykiatrisk patient i visse perioder.

Der er det rigtige i kritikken, at helbredelsesindikation er



et mindre hensigtsmæssigt ordvalg, når man betænker, at mange tvangsindlagte - ganske som frivilligt indlagte - lider af en sindssygdom, for hvilken de ikke bliver helbredt ved den behandling, de får under en enkelt indlæggelse, fordi der ofte er tale om årlange undertiden livsvarige sygdomsforløb. I overensstemmelse med nyere sprogbrug anvender udvalget derfor i stedet betegnelsen behandlingsindikation. Der ligger ud over det rent sproglige den realitet heri, at behandling meget vel kan være af afgørende betydning for bevarelse af et ikke nødvendigvis særligt godt helbred eller nødvendig for at undgå en alvorlig forværring af helbredstilstanden, uden at man dog kan hævde, at man har udsigt til at opnå en egentlig helbredelse. Det er imidlertid i sig selv vigtigt for patienten og anerkendelsesværdigt at undgå, at tilstanden bliver væsentlig forringet.

Når man ved, at man f.eks. ved medikamentel behandling kan lindre en patients meget forpinte tilstand, selv om patienten modsætter sig sådan behandling, kan man formentlig med lige så stor føje som den, hvormed kritikken fremføres, hævde, at det hverken ville være etisk eller lægeligt forsvarligt at undlade at tvangsbehandle patienten.

En ikke uvæsentlig del af kritikken mod psykiatriens utilfredsstillende behandlingsresultater må iøvrigt henføres til mangel på ressourcer, specielt vedrørende muligheden for at gennemføre sufficient psykoterapeutisk behandling og efterbehandling i patientens eget miljø. Psykiaterne mangler ikke viden for at kunne udføre en mere tilfredsstillende behandling. Mulighed herfor ville styrke den etiske legitimation af med tvang at gennemføre behandling af visse psykiatriske lidelser.

Det må endvidere fremhæves, at før en optimal behandling har været forsøgt gennemført, kan man ikke vide, hvilken virkning den vil have på den enkelte patient. Dette taler for, at man især i psykotiske lidelsers begyndelsesfaser søger at gennemføre behandlingsforløb, om fornødent med tvang, men maner også til tilbageholdenhed med tvangsanvendelse, hvor eksisterende optimale behandlingsmuligheder har været forsøgt uden resul-

tat.

Med hensyn til det om de mange genindlæggelser anførte kan bemærkes, at alternativet til udskrivning og efterfølgende genindlæggelse ofte vil være varigt ophold på psykiatrisk afdeling. Det må foretrækkes, at patienten i gode perioder udskrives frem for, at den pågældende konstant er indlagt. De mange genindlæggelser bør således ses på baggrund af en ønskelig liberal udskrivningspraksis.

En adgang til tvangsindlæggelse af sindssyge med henblik på behandling kan ikke undværes, dels fordi en række sindssyge, som utvivlsomt har et stærkt behov for psykiatrisk behandling, ikke selv kan forventes at ville anmode om indlæggelse og ej heller at ville affinde sig frivilligt med at blive indlagt på psykiatrisk afdeling, dels fordi den behandling, de har behov for, ikke kan gives i deres hjem eller andetsteds end netop på en psykiatrisk sygehusafdeling.

Der er enighed i udvalget om, at adgangen til tvangsindlæggelse på behandlingsindikation bør opretholdes, og om at det ikke er muligt at beskrive behandlingsindikation uden anvendelse af psykosebegrebet. Det er hverken teknisk muligt eller hensigtsmæssigt at undlade at gøre brug af sindssygdom som en afgørende betingelse for tvangsindlæggelse **til** behandling, se nærmere herom kapitel 6.

Behandlingsindikation må bygge på, at der foreligger sindssygdom - psykose - da det både er sindssygdommen som sådan, der skal behandles, og som begrunder adgangen til tvangsindlæggelse, idet behandlingsbehovet skal være så manifest og påtrængende, at hensynet til den enkeltes ret til selvbestemmelse og respekten for den personlige frihed må ofres midlertidigt, fordi det ville være uforsvarligt af hensyn til den sindssyge selv ikke at gennemføre tvangsindlæggelse til behandling.

Da det ikke er hensigten at ændre retstilstanden på dette område, bør reglen formuleres efter samme mønster, 'som sindssygelovens § 2, stk. 2, 2. pkt.:

"Tvangsindlæggelse skal ske, hvis den tilkaldte læge efter sin undersøgelse finder, at vedkommende er sindssyg, og at det vil være uforsvarligt ikke at indlægge den pågældende til behandling som sindssyg, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet."

Efter formuleringen kræves det således ikke, at der er udsigt til en egentlig helbredelse af sindssygdommen. Indikationen omfatter også tilfælde, hvor udsigten til, at den sindssyge bliver varigt rask meget muligt er ringe, når det dog er sandsynligt, at behandling vil give en væsentlig bedring i sindssygdommen eller forebygge - udsætte - en betydelig akut forringelse af denne. En mærkbar lindring af en patients meget forpinte tilstand må også anses som tilstrækkeligt til at opfylde de prognosekrav i form af betydelig og afgørende bedring i tilstanden, som skal foreligge for, at behandlingsindikation med rette kan antages at være til stede.

Ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation skal der være udsigt til, at behandling kan nytte, d.v.s. der skal være rimelig grund til at antage, at patientens tilstand som følge af hospitalsbehandling vil blive så meget bedre, at han på ny kan udskrives. Det vil typisk dreje sig om en medikamentel behandling, som patienten ikke frivilligt vil medvirke til, hvorfor tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling kan vise sig nødvendig, fordi tvangsmedicinering ikke kan gennemføres andre steder end på en psykiatrisk afdeling. Det vil ofte dreje sig om genindlæggelser, hvor både egen læge og overlægen på psykiatrisk afdeling ved, at patienten efter en vis tids behandling vil få det så meget bedre, at udskrivning til hjemmet kan finde sted. Det gælder for mange skizofrene, at en væsentlig og ikke sjældent længerevarende bedring af tilstanden kan opnås ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og for manikere, at der normalt opnås helbredelse.

Så længe det ikke er rimelig sikkert, at patienten vil fortsætte med at indtage den nødvendige medicin frivilligt, hvis

han udskrives, kan en afgørende og betydelig bedring normalt ikke anses for indtrådt. Dette vil først være tilfældet, når medicinen har virket i en vis tid, således at denne i forbindelse med den psykoterapeutiske behandling også har ændret den af sindssygen fremkaldte adfærd, som måtte true patientens og hans nærmestes hele liv og forhold, herunder i social og økonomisk henseende.

## 2. Farlighedsindikation.

I sindssygeloven findes farlighedsindikationen j § 2, stk. 2, der bestemmer, at tvangsindlæggelse skal ske, hvis lægen finder det uforsvarligt ikke at indlægge den sindssyge, "fordi den syge er farlig for sig selv eller andre."

I det følgende omtales først indikationen "farlig for andre", det nærmere indhold af kriteriet fastlægges, og spørgsålet om indikationens bevarelse eller ophævelse drøftes. Derefter behandles kriteriet "farlig for sig selv" som tvangsindlæggelsesgrund, og til sidst drøftes spørgsmålet om, hvorvidt psyko-sebetingelsen bør opretholdes fuldt ud ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, et spørgsmål der er fælles for indlæggelse på grund af fare for andre og indlæggelse begrundet i fare for den pågældende selv.

### A. Farlig for andre.

Retslægerådet har i en ledende udtalelse anført, at "det farlighedsbegreb, der opereres med i sindssygeloven (§ 2, stk. 2) drejer sig formentlig om en aktuel fare for person, herunder også trusler om legemlig vold, brandstiftelse og lignende af en sådan karakter, at man med rimelighed må befrygte, at den sindssyge kan bringe dem til udførelse når som helst. Verbale forulempelser alene er derimod næppe tilstrækkelig begrundelse for tvangsindlæggelse på farlighedsindikation." (Retslægerådets årsberetning for 1956, side 20-24).

Det er således allerede efter gældende ret forholdsvis strenge krav, der efter retslægerådets opfattelse med rette må stil-

les, for at man kan anse en sindssyg for farlig for andre. Der skal være tale om en akut fare, d.v.s. en mere fjern og ubestemt risiko eller latent fare er ikke tilstrækkelig. Faren skal foreligge her og nu eller dog være overhængende. De truede retsgoder skal også være kvalificerede eller særligt beskyttelsesværdige, idet der skal foreligge en aktuel fare for vold, der truer liv og legemet eller som eventuelt er af særlig farlig karakter, såsom brandstiftelse, hvorimod andre former for hærværk næppe er tilstrækkeligt, medmindre der er tale om særlig omfattende hærværk.

Det er blevet kritiseret, at sindssygelovens farlighedsbegreb ikke er mere præcist angivet i loven, således at navnlig farens art, grad og nærhed er beskrevet i relation til de goder, der anses for beskyttelsesværdige.

Der er i udvalget enighed om, at kravene til et eventuelt farlighedskriterium bør præciseres i fremtiden både for så vidt angår farens art, hvor nærliggende, overhængende den er og for så vidt angår de retsgoder, der trues af faren.

Det er imidlertid også af kritikerne blevet anført, at påstanden om sindssyges farlighed for andre ikke er velbegrundet, da der savnes belæg for at antage, at sindssyge er mere farlige for andre end den øvrige del af befolkningen. Spørgsmålet om sindssyge er farlige for andre har været gjort til genstand for en række undersøgelser både her i landet og i udlandet. Hans Adserballe beskriver i kapitel X i sin fremstilling Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien (1977) side 583-639 tidligere og egne undersøgelser. Man kan på dette grundlag på den ene side ikke støtte nogen antagelse om, at sindssyge personer statistisk begår flere voldshandlinger end befolkningen i almindelighed, og sindssyge kan således gennemsnitligt ikke betragtes som farligere: for andre. Derimod er der blandt sindssyge en forøget selvmordsrisiko ("fare for sig selv"). Ifølge Adserballes undersøgelse (1977) blev halvdel af de tvangsindlagte på farlighedsindikation angivet at være farlige for sig selv, en fjerdedel farlige for andre og en fjerdedel farlige både for sig selv og andre. På den anden

side er det anførte ikke i modsætning til, at visse sindssyge undertiden kan frembyde virkelig alvorlig fare for andre. Selv om denne gruppe er lille, kan spørgsmålet ikke afvises af den grund som mindre relevant, da enkelte sindssyge må erkendes at være overordentlig farlige.

Det er ikke desto mindre gjort gældende, at farlighed ikke er relevant som tvangsindlæggelsesgrund. Hvis en person udviser en sådan farlighed, at straffeloven er overtrådt, må

politiet gribe ind. Sindssyge bør ifølge disse kritikere ikke undergives tvangsindgreb som følge af en antagelse om deres farlighed, når der alene er tale om en fare, som ikke vil le udløse politiets indgriben over for ikke-psykotiske. Gør den det, er der tale om diskriminerende behandling af sindssyge.

Selve det forhold, at der her er tale om frihedsberøvelse som følge af en antagelse om et andet menneskes fremtidige forventede farlige adfærd, bør altid mane til forsigtighed, fordi sådanne prognoseskøn er behæftet med en betydelig usikkerhed. Inden for strafferettens område er tendensen igennem en årrække gået i retning af en øget skepsis over for anvendelse af tidsbestemte foranstaltninger af frihedsberøvende art over for farlige personer, jfr. straffelovens § 68 og 70, hvilket bør medføre, at man gør sig tilsvarende overvejelser for så vidt angår administrativt bestemt frihedsberøvelse af formodet farlige sindssyge.

En fuldstændig opgivelse af kriteriet farlig for andre vil imidlertid være til skade for en række sindssyge, hvor alternativet til en tvangsindlæggelse vil være detentionsanbringelse eller anholdelse og eventuel varetægtsfængsling. Hverken politiets eller kriminalforsorgens personale er uddannet til at tage sig af sindssyge, bygningerne er ikke egnede til at huse dem, og der eksisterer kun et meget begrænset behandlingstilbud til sindssyge i kriminalforsorgens regie, hvorfor en sådan løsning overfor manifest sindssyge ikke ville være human.

Hvis det ville blive den samme personkreds som den, der nu tvangs indlægges som farlige for andre, man i henhold til en ændret lovgivning fremtidig ville lade anbringe i detention eller anholde, fængsle og anbringe på psykiatrisk sygehus i henhold til rettens kendelse, ville der ikke blive tale om nogen realitetsforskel for så vidt angår selve frihedsberøvelsen, bortset fra at den sindssyge i indtil 24 timer, før der eventuelt sker fremstilling i et grundlovsforhør, måtte opholde sig i detention eller arrest. Selv et kortvarigt ophold i arrest eller detention kan imidlertid ikke anses for ønskeligt, når der er tale om syge mennesker. De kritikere, der måtte ønske en sådan ordning indført, regner formentlig også med, at antallet af sindssyge, som ville blive fremstillet i grundlovsforhør, ville blive væsentligt mindre end det antal, der nu tvangsindlægges som farlige for andre, da fængsling kun kan finde sted, hvis der foreligger begrundet mistanke om, at vedkommende har begået en lovovertrædelse, som kan medføre fængsel i 1 1/2 år eller derover, og hvis en eller flere af fængslingsgrundene i retsplejelovens § 762 ellers er opfyldt.

En ophævelse af farlighed for andre som tvangsindlæggelsesgrund ville medføre, at de sindssyge, som kan frihedsberøves af denne grund, begrænses til de samme tilfælde, hvor andre kan fængsles som følge af sigtelse for et kriminelt forhold. Dette ville harmonere godt med ønsket om at ligestille sindssyge med ikke-sindssyge og kunne også bidrage til, at sindssyge ikke så let stemples som farlige set med omgivelsernes øjne. Man måtte formentlig påregne, at nogle af de sindssyge, som i dag tvangsindlægges som farlige for andre, under en ordning som den foran skildrede ville blive tvangsindlagt på behandlingsindikation, og nogle ville blive anbragt i detentionen. Det er derfor tvivlsomt, hvor stor en forskel der vil blive, målt med antallet af frihedsberøvede.

Udvalget har på denne baggrund drøftet, om dele af indikationen "farlig for andre" kunne inddrages under et behandlingskriterium, idet resten alligevel i reglen medfører detentionsanbringelse eller, for så vidt angår de mere alvorlige og klare

straffelovsovertrædelser, anholdelse og fængsling, eventuelt med anbringelse på lukket psykiatrisk afdeling som varetægts-surrogat, jfr. retsplejelovens § 765.

Der har på dette punkt ikke været enighed i udvalget. Hovedparten af medlemmerne har ikke ment, at dette ville være en ønskelig løsning. Uanset at nogle sindssyge, der begår alvorlige straffelovsovertrædelser, rent faktisk bliver varetægts-fængslet og herefter anbringes i overensstemmelse med rettens bestemmelse, bør dette ikke medføre en ændring i det overordnede synspunkt i lovgivningen om sindssyge, at sindssyge er syge mennesker, der hører til på psykiatrisk afdeling, når de ikke kan være i deres eget hjem.

Et så bredt behandlingskriterium, som ville blive en følge af at medinddrage store dele af farlighedsindikationen under dette, ville også blive mere vagt og i tilsvarende grad vanskeligere at kontrollere.

I overensstemmelse med flertallets indstilling er der i lovudkastets § 4, litra b formuleret en bestemmelse om tvangsindlæggelse ved fare for andre. Der stilles bl.a. krav om, at faren skal være nærliggende og væsentlig, hvormed det tilsigtes at kodificere de gældende krav til farens art og nærhed.

Et mindretal bestående af Knud Jensen og Rigmor Berg går ind for at kriteriet "fare for andre" ophæves som tvangsindlæggelsesgrund, hvorefter sindssyge alene skal kunne tvangsindlægges på et behandlingskriterium eller som farlige for sig selv.

Mindretallet har afgivet følgende begrundelse:

Frihedsberøvelsen under denne lovgivning må være beskyttet af den samme retsgaranti som gælder for anden frihedsberøvelse.

En sindssygdom eller anden psykisk lidelse giver ikke i sig selv grundlag for tvang. Enhver sindssyg eller anden psykisk lidende nyder de samme frihedsrettigheder som andre. Det på-



hviler de ansvarlige myndigheder at forebygge anvendelsen af tvang gennem en hensigtsmæssig opbygning af den psykiatriske service. Det påhviler endvidere myndighederne at kontrollere tvangsanvendelsen, samt i øvrigt at sikre rettigheder og rimelige vilkår for de patienter, overfor hvilke der anvendes tvang.

Det eneste kriterium for en tvangsforanstaltning er sindssygdom forbundet med en alvorlig overhængende fare for personen selv. Faren kan dog ikke i sig selv begrunde anvendelsen af en tvangsforanstaltning. Denne kan kun begrundes med et behandlingsformål. Faren for andre hører ikke hjemme i en lovgivning af denne art.

#### B. Farlig for sig selv.

Adgangen til at tvangsindlægge sindssyge, der er farlige for sig selv, har ikke givet anledning til kritik, og den må efter udvalgets opfattelse anses som etisk velbegrundet, og udvalget anbefaler, at indikationen bevares i sin nuværende form. En bestemmelse af dette indhold findes i § 4, litra b i lovudkastet.

Når stærkt depressive personer, som truer med at begå selvmord, bliver frihedsberøvet på psykiatrisk afdeling, er dette særdeles velmotiveret, da selvmordstrangen og den sindssygdom, som den stærkt depressive lider af, kan være to sider af samme sag. Erfaringsmæssigt ophører selvmordstrangen ofte efterhånden, som lidelsen aftager i forbindelse med den iværksatte psykiatriske behandling.

Hvis selvmordsønsket derimod ikke skyldes en psykisk lidelse, men er en velovervejede beslutning, et standpunkt, som udspringer af alment menneskelige og dermed forståelige grunde, er der tale om, hvad man kan betegne som et eksistentielt begrundet ønske om selvmord. En sådan stillingtagen til eksistensen og ønsket om at opgive den er ikke en behandlelig psykisk lidelse og bør følgelig ikke begrunde tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Da der heller ikke er tale om en handling

eller trussel, som kan begrunde indgreb fra politi eller anden offentlig myndighed, må retten til at realisere et eksistentielt begrundet ønske om selvmord være en del af den frihed, som tilkommer ethvert menneske og ikke en adfærd, som samfundet bør gribe ind over for med tvangsindlæggelse. Der bør for disse mennesker ikke være tale om andet end hjælpetilbud, som det er op til den enkelte at afgøre, om man ønsker at gøre frivillig brug af, hvad enten der er tale om adgang til at tale med egen læge, en præst, sociale myndigheder eller frivillige hjelpeorganisationer.

### C. Diskussion af psykosebetingelsen i forbindelse med farlighedssindikation.

Det er ovenfor forudsat, at kun sindssyge personer kan tvangsindlægges på farlighedsindikation, jfr. kapitel 6 om psykosebegrebet.

Det er navnlig inden for gruppen af personer, der er farlige for sig selv eller andre, at man har problemet med de nu knap 20%, som efter at være tvangsindlagt viser sig ikke (længere) at være sindssyge, og om hvilke det heller ikke efterfølgende lader sig fastslå, at de var det, da de blev tvangsindlagt.

Den hidtidige tvangsindlæggelsespraksis kan ikke anses som kritisabel i den forstand, at man kan udpege bestemte grupper af personer, som ikke burde have været tvangsindlagt. En løsning, hvor man søger at beskrive sådanne grupper af tilfælde for herefter at holde dem uden for de nye regler, er følgelig ikke aktuel. En legalisering af hidtidig praksis lader sig derfor tilsyneladende kun gennemføre ved at ophæve eller begrænse kravet om, at det kun er sindssyge, som kan tvangsindlægges på farlighedsindikation.

Psykosebetingelsen kunne eventuelt erstattes af et krav om, at lægen skal skønne, at patienten har et sådant behov for psykiatrisk behandling, at han bør indlægges. Der skulle i så fald foreligge en mental krisetilstand af en art, som er egnet til behandling på psykiatrisk afdeling, og som efter

herskende opfattelse inden for psykiatrien også bør forsøges behandlet. Afvigende meninger eller særpræget adfærd bør helt klart ikke være tilstrækkeligt til at begrunde tvangsindlæggelse. Der skal i hvert fald foreligge eller være god grund til at antage, at der foreligger en for behandling tilgængelig og behandlingskrævende psykisk krisetilstand, som kan være af psykotisk art, men ikke behøver at være det.

Hvis man ophæver kravet om psykose som en betingelse for tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, løber man imidlertid en risiko for, at der sker en udglidning i praksis. Det er ikke det samme strenge lægelige krav, der stilles, og kredsen af personer, som kan tvangsindlægges, bliver dermed videre med den deraf følgende utilsigtede risiko for en stigning i antallet af mulige tvangsindlæggelser. Man står herved over for et valg imellem at legalisere hidtidig praksis ved at skabe klar hjemmel for i visse tilfælde at tvangsindlægge ikke-psykotiske eller fortsat at leve med eksistensen af en uhjemlet gruppe af denne art.

Risikoen for udglidning kan søges modvirket ved i bemærkningerne til lovforslaget at præcisere, at hensigten ikke er at skabe hjemmel for at tvangsindlægge flere eller andre grupper end tidligere. De nu ca. 20%, om hvilke det ikke efterfølgende har kunnet lade sig fastslå, at de var sindssyge ved indlæggelsen, er velbeskrevet i Hans Adserballes disputats, Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien. Det er for så vidt retligt set ikke tvivlsomt, hvilken gruppe en sådan regel sigter til, hvilket gør fremgangsmåden mindre betænkelig, end den ellers ville have været.

Der skal efter den indlæggende læges skøn foreligge akut behov for psykiatrisk behandling. Er han farlig for andre, men uden behov for akut psykiatrisk behandling, må politiet og domstolene tage sig af den pågældende. Dette svarer også til den nugældende retstilstand og stemmer også godt med, at tvangsindlæggelserne på psykiatrisk afdeling hverken er beregnet til eller bør anvendes som ren og skær internering, jfr. også Europarådsrekommendationens artikel 3 og 5.

De ovennævnte tanker om legalisering af praksis kan realiseres på to måder. Man kan enten vælge at udforme fareindikationen helt frigjort fra psykosebetingelsen eller vælge ganske som nu som udgangspunkt at opretholde et krav om psykose og kun indføre en modifikation, som gør tvangsindlæggelse lovlig også uden at det med sikkerhed kan fastslås, at der foreligger psykose, når der dog er grund til at antage dette, og når farligheden udspringer af en akut psykisk lidelse, som er behandlingskrævende. Den sidstnævnte fremgangsmåde er mindre radikal og tilstrækkeligt vidtgående, når formålet blot er at legalisere hidtidig praksis. For fuldstændighedens skyld skal det nævnes, at en løsning af denne art også kan tænkes gennemført alene for så vidt angår selvmordsfare og ikke ved fare for andre. Fejlen herved ville være, at problemet med de ikke-psykotiske som tvangsindlægges, da kun ville blive løst delvis. En delvis løsning er mindre tilfredsstillende, fordi kritikens intensitet og berettigelse ikke er afhængig af gruppens numeriske størrelse. Der vil under alle omstændigheder være tale om et så betydeligt antal tilfælde, at der ikke blot er tale om enkeltstående tvivlsomme undtagelsessituationer, men om et reelt praktisk problem.

En regel om farlighedsindikation, som både omfatter fare for andre og for den pågældende selv, kan uden et ubetinget krav om psykose formuleres således:

"Tvangsindlæggelse kan ske, selv om den tilkaldte læge ikke kan fastslå, at vedkommende er sindssyg, hvis der dog er grund til at antage dette, når den pågældende har et akut behov for psykiatrisk behandling, og hvis det er uforsvarligt ikke at indlægge den pågældende, fordi denne udsætter sit eget eller andres liv eller legeme for overhængende fare, hvis indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling ikke straks finder sted."

En regel af dette indhold vil ikke medføre nogen væsentlig risiko for, at praksis skal glide ud og ej heller med nogen føje kunne efterlade det indtryk, at kravet om psykose ikke

skal tages alvorligt. Hovedreglen bør efter udvalgets opfattelse udformes i princippet ganske svarende til den nugældende retstilstand, således at man som udgangspunkt opretholder kravet om sindssygdom både ved behandlings- og ved farlighedsindikation, jfr. § 4 i udkast til lovbestemmelser. Selv om § 4 er formuleret som to klart adskilte kriterier - henholdsvis behandlings- og farlighedsindikation - betyder dette ikke, at udvalget ikke er opmærksom på, at den indlæggende læge ofte vil finde begge indikationer opfyldt samtidig. For at opnå så klare begrundelser som muligt fra de indlæggende læger har man imidlertid ønsket at holde de to kriterier formelt adskilt. Det beror på den indlæggende læges konkrete vurdering, om det ene eller andet kriterium eller eventuelt begge skal angives som indlæggelseskriterium. Lægen vælger herved det tema, som han skal begrunde nærmere. Undtagelsesreglen, som er fakultativ, findes i udkastet som dettes § 5.

Kravet om psykose lempes kun så meget, at lægen får en fakultativ adgang til at foretage tvangsindlæggelse, selv om han ikke direkte kan fastslå med sædvanlig diagnostisk sikkerhed, at der er tale om en psykose, når der dog er grund til at antage dette. Sådanne grunde bør da anføres i tvangsindlæggelsespapirerne. Men der kræves herudover, at vedkommende har et akut behov for psykiatrisk behandling. Den blotte sindsbevægelse eller urotilstand er ikke nok. Der skal foreligge en alvorlig krise være sig affektpræget eller af depressiv karakter, som det er muligt og påkrævet at behandle.

Kravene til faren er primært, at den skal rette sig imod eget eller andres liv og legeme. Fare for tingsødelæggelse og hærværk er ikke tilstrækkelig, ej heller selv om der er fare for omfattende hærværk og end ikke i form af ildspåsættelse, medmindre der er tale om handlinger, som tillige udsætter den pågældendes eget eller andres liv og legeme for fare. Endelig stilles der krav om, at faren skal være så nærliggende, at den er overhængende, d.v.s. at der er tale om fare, som står umiddelbart foran sin realisation.

Udvalget har også overvejet at gøre et farlighedskriterium

af den ovenfor anførte art til en ren observationsregel, hvor tvangsindlæggelsen begrænses til at gælde for et tidsrum af f.eks. indtil 3 eller eventuelt 5 døgn varighed.

Dette ville dels fjerne noget af det stigmatiserende ved denne form for tvangsindlæggelse, dels skabe den hjemmel, som ikke findes i dag, men som man måske kan sige, at man i praksis allerede benytter sig af.

Det er efter udvalgets opfattelse principielt betænkeligt at indføre en mere lempelig adgang til tvangsindlæggelse til observation for psykose. Selv om denne form for frihedsberøvelse gøres tidsbegrænset, ændrer dette ikke selve indgrebets alvorlige karakter. Tvangsindlæggelse til observation er også frihedsberøvelse. Hvis der først indføres en sådan tvangsindlæggelsesadgang, vil formentlig de fleste læger foretrække at benytte denne mindre vidtgående foranstaltning, som samtidig risikerer at blive bragt i anvendelse i videre omfang end tvangsindlæggelser nu foretages, hvilket vil være uheldigt. Det middel, som skulle legalisere hidtidig praksis - de ca. 20% - vil dermed meget let kunne komme til at omfatte flere tilfælde end tilsigtet, hvilket harmonerer meget dårligt med formålet, som er at undgå uberettigede og ulovmedholdelige tvangsindlæggelser. Det er navnlig fra lægelig side blevet anført, at opretholdelse af den nuværende retstilstand er at foretrække frem for at indføre en regel, som hjemler tvangsindlæggelse til observation med deraf følgende risiko for udglidning af praksis.

Selv om den regel udvalgets flertal anbefaler som § 5 indeholder de samme elementer som den ovennævnte observationsregel, finder flertallet, at risikoen for udglidning i praksis vil være mindre ved § 5 end ved observationsregien, fordi § 5 klart fremtræder som en undtagelse. En observationsregel ville derimod næsten ikke kunne undgå at blive det normale forstadium til alle eller næsten alle tvangsindlæggelser. Bl.a. til 'mødegåelse af eventuelle betænkeligheder ved § 5, indføres obligatoriske reviews, jfr. nedenfor i afsnit 6 A.

Et mindretal bestående af Erik Christensen og C. C. Duus, der deler flertallets opfattelse af nødvendigheden af at imødekomme den fremsatte kritik - en kritik, som udvalgsflertallet i øvrigt har tilsluttet sig i den i november 1983 afgivne delbetænkning - finder ikke den af flertallet i lovudkastets § 5 foreslåede løsning hensigtsmæssig.

Denne bestemmelse, der hjemler en omend fakultativ adgang til at tvangsindlægge ikke-sindssyge personer, når den indlæggende læge dog havde grund til at antage, at patienten var lidende af en psykose, rummer efter mindretallets opfattelse en uoverskuelig mulighed for anvendelse i videre omfang, end det har været tilsigtet, medens den omvendt ikke med sikkerhed omfatter alle tilfælde, der har været accepteret i hidtidig praksis, som udvalget i øvrigt har været enig i at søge fastholdt.

Hertil kommer, at den foreslåede bestemmelses tildels subjektive sygdomskriterium er mindre velegnet til den dyberegående retslige efterprøvelse, som netop i disse grænsetilfælde må forekomme særlig betydningsfuld.

Mindretallet vil derfor foretrække en løsning, hvorefter "tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom" omfattes af lovens bestemmelser både ved tvangsindlæggelse og ved tvangstilbageholdelse. Ved en sådan formulering bortfalder formentlig også behovet for en særlig tilbageholdelsesmulighed for selvmordstruende personer, der ikke omfattes af lovens almindelige sygdomsbetingelser, jfr. lovudkastets § 6, stk. 2.

### 3. Ulempeindikation.

Ulempeindikation findes hjemlet i sindssygelovens § 8, stk. 2, og er alene et selvstændigt kriterium for så vidt angår tvangstilbageholdelse.

Tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling kan i dag finde sted dels på samme indikationer, som gælder for tvangsindlæg-

gelse, d.v.s. farlighedsindikation og behandlingsindikation, dels hvis udskrivning vil "medføre væsentlige ulemper for patienten selv, og justitsministeren tiltræder nægtelsen" af at udskrive patienten.

Ulempeindikation er blevet kritiseret fra mange sider som udtryk for en formynderisk holdning over for patienten. Ulempe, selv væsentlig ulempe, er ikke i sig selv nogen stærk indikation for frihedsberøvelse i form af tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling, hvor opholdet jo også påfører patienten en række ikke ubetydelige ulemper. Ifølge kritikerne kan kun den sindssyge selv afgøre, hvilken "ulempe", der er størst, at blive tvangstilbageholdt eller at leve en tilværelse på egne præmisser, som måske vil forekomme andre sølle og lidet menneskeværdig.

Ulempekriteriet er i praksis navnlig blevet anvendt på senildemente, som i tilfælde af udskrivning ville udsætte sig selv for utilsigtet fare, f.eks. ved uopmærksomhed i trafikken eller ved hjemme at lukke op for gassen, men glemme at tænde den. Samme gruppe løber endvidere ofte en risiko for at komme, fordi de glemmer at indtage mad og drikke, nødvendig medicin eller skaffe sig fornøden varme. Ulempekriteriet har dog også været benyttet i forhold til andre sindssyge som skizofrene og manikere og ved visse depressive og kværlantforrykte tilstande.

Behovet for at benytte ulempekriteriet synes ikke særligt stort, hvilket fremgår af, at det i praksis kun spiller en meget lille rolle, hvilket hænger sammen med, at det sociale bistandssystem i dag er langt mere udbygget og differentieret end den offentlige forsorg var, da sindssygeloven blev vedtaget i 1938. Der er antagelig også sket en udvikling i retning af større tolerance og en mindre paternalistisk holdning til sindssyge mennesker.

Om ulempekriteriets anvendelse, se opgørelse over justitsministeriets klagesager kapitel 2, afsnit 4B.



Udvalget har overvejet, om en ophævelse af ulempeindikationen - hvis der ikke sættes noget andet, helt eller delvis, i stedet - vil efterlade en række personer uden tilstrækkelig mulighed for bistand. En ophævelse af adgangen til tvangsindgreb er omgærdet af forhåndssympati, men når tvangen har været udøvet som tvungen hjælpeforanstaltning, fordi fortsat indlæggelse på frivilligt grundlag afvises, må man samtidig gøre sig klart, hvilke konsekvenser i form af manglende reel hjælp en sådan liberalisering vil medføre.

Man har hidtil fundet, at der også var behov for i et begrænset antal tilfælde at kunne tvangstilbageholde sindssyge, der er igang med at kompromittere forholdet til ægtefælle, børn og nærmeste omgangskreds eller er ved at sætte stilling, formue og eventuel erhvervsvirksomhed over styr.

Problemet opstår i praksis bl.a., når en sindssyg, som er i behandling, og som passer sin behandling og ønsker den fortsat, samtidig begærer sig udskrevet, selv om der er en betydelig risiko for, at han så snart han forlader afdelingen vil undlade at tage sin medicin. Dette kan medføre tilbagefald, hvorunder han vil destruere sin egen tilværelse ved en adfærd, der vil ødelægge forholdet til de nærmeste eller medføre, at han mister bolig, stilling, formue eller selvstændig virksomhed.

Hvis dette sker, har den sindssyge efter endt behandling ikke nogen tilværelse at vende tilbage til, hvilket gør resocialisering eller integration meget vanskeligere. Alle patientens relationer er forringede, de sociale netværk er ødelagt, beskæftigelsesmulighederne er forsvundet og boligen mistet som følge af opsigelse eller tvangsauktion.

Man kan rejse det spørgsmål, om behandlingsindikation ikke omfatter ikke blot selve den mentale tilstand, men hele personen og dermed også de centrale bestanddele i ethvert menneskes tilværelse, som forholdet til de nærmeste og den sociale forankring i bolig og erhverv udgør. Hvis man anlægger en sådan fortolkning, er en særregel om sådanne tilfælde næppe på-

krævet.

Selv om ulempeindikationen er blevet gjort til genstand for megen kritik, og selv om denne tvangsindikation er forudsat ikke at burde eksistere efter Europarådets rekommandation, som er tiltrådt uden forbehold fra dansk side, bør man gøre sig klart, hvilke konsekvenser en ophævelse af denne vil medføre. Om Europarådsrekommandationen se kapitel 4, afsnit 7D.

Medens det kan være rigtigt at være meget på vagt over for en paternalistisk lægeholdning og i det hele taget over for formynderi over for de sindssyge, må en liberalistisk politik heller ikke gennemføres for enhver pris. Dette gælder navnlig på et felt som dette, hvor frihed til selv at bestemme vil blive overladt til nogle mennesker, som man ved ikke er i stand til i alle tilfælde at administrere deres egen tilværelse. Risikoen ved denne frihed påhviler fuldt og helt disse sårbare mennesker, som i forvejen har store problemer. Retten til selvbestemmelse er ikke og bør næppe heller være ubegrænset, ej heller når ulyksalige konsekvenser af egne beslutninger kun eller dog primært rammer den pågældende selv. Hvis selvdestruktion er en følge af egne beslutninger og adfærd, har vort samfund i århundreder fundet det moralsk forkasteligt blot at se til og anset det for etisk berettiget at gribe ind.

Medens de ulemper, der kan være forbundet med at leve en efter flertallets opfattelse noget sølle tiisværelse, hører til den margin, man antagelig bør indrømme andre som en del af retten til at leve efter eget hoved og temperament, vil situationen formentlig af mange blive opfattet som en anden, når det drejer sig om en sindssyg, der som et udslag af sin sindssygdom risikerer at forkomme eller er ved at ødelægge sin hidtidige tilværelse og dermed også grundlaget for sin fremtid. Til støtte for berettigelsen af et tvangsindgreb i denne situation kan man også anføre, at nogle sindssyge erfaringsmæssigt, når den akutte fase er overstået, accepterer og er tilfredse med, at der er blevet grebet ind over for de nævnte udslag af deres sindssygdom. Der er derfor et vist grundlag

for på et snævert område at operere med hypotetisk samtykke som moralsk legitimation for tvang. Disse tilfælde lader sig dog ikke udskille på forhånd.

Man må også tage i betragtning, at den sindssyges ægtefælle, børn, arbejdsgiver eller ansatte har svært ved at forstå, at der ikke gribes ind i tide, når omgivelserne tydeligt kan se, hvad der er ved at ske, medens man fra lægelig side eventuelt tøver så længe, at ulykkerne tilsyneladende skal være indtrådt, førend der foretages tvangsindgreb. Forebyggende tvang, som først bringes i anvendelse, når skaden er sket, er en misforstået form for liberalitet, som mere vidner om beslutningstagerens forsigtighed og angst for kritik end om indlevelsesevne og forståelse af, hvad der tjener patientens interesser bedst.

En eventuel regel om tvangsanvendelse på dette område bør i givet fald være betinget, dels af psykose, dels af alvorlig fare for ødelæggelse af egen stilling og forhold, hvis der ikke anvendes tvang.

En eventuel regel af denne art bør også begrænses til at vedrøre tvangstilbageholdelse, selv om dette ikke fører til det principielt ønskelige resultat, at der bliver fuld overensstemmelse imellem tvangsindlæggelses- og tvangstilbageholdelsesbetingelserne.

Uanset om man således kan argumentere for at bevare ulempekriteriet, og selv om en moderniseret udgave af dette lader sig formulere, må det dog anses for tvivlsomt, om der er fuldt tilstrækkelig grund til at opretholde en lovhjemmel for tvangstilbageholdelse på dette grundlag.

Til fordel for en ophævelse af ulempekriteriet kan man navnlig anføre,

at ulempeindikationen er gået så godt som fuldstændig af brug som selvstændig indikation,  
at de bedre udbyggede sociale tilbud gør behovet for at benyt-

te ulempeindikation væsentlig mindre,  
at man aldrig har kunnet tvangsindlægge på denne indikation,  
 hvilket ikke har været følt som noget savn i praksis,  
at den kvalificerede form for "ulempe", der antager karakter  
 af utilsigtet egentlig fareforvoldelse for eget liv og hel-  
 bred, må anses for omfattet af farlighedsindikation, og  
at en efterlevelse af Europarådets rekommandation nr. 2 af  
 22. februar 1983 også medfører, at ulempeindikationen i  
 sin nuværende form bør ophæves.

Det er på denne baggrund udvalgets opfattelse, at ulempeindi-  
 kationen bør ophæves, da tvangstilbageholdelse på ulempeindika-  
 tion ikke forekommer ganske tidssvarende og kun har spillet  
 en så ringe rolle i praksis igennem de senere år, at der ikke  
 synes at være behov for en regel af dette indhold.

#### 4. Afgrænsning mellem tvangsindlæggelse og tvangstilbagehol- delse.

Det har i praksis kunnet give anledning til en vis tvivl, om  
 patienter, der er blevet tvangsindlagt, umiddelbart efter  
 tvangsindlæggelsen kan fremsætte begæring om udskrivning med  
 den virkning, at overlægen straks skal tage stilling til be-  
 gæringen og eventuelt indbringe spørgsmålet for justitsmini-  
 steriet, eller om tvangsindlæggelsen i sig selv indebærer en  
 adgang til at tilbageholde patienten til observation i nog-  
 le dage, før tvangsindlæggelsen i givet fald overgår til at  
 blive en tvangstilbageholdelse, der er omfattet af reglerne  
 i sindssyglovens §§ 8 og 9.

Efter nugældende retstilstand skal overlægen ved tvangsind-  
 læggelse af en patient ikke blot straks konstatere, om de for-  
 melle betingelser er opfyldt, men også træffe beslutning om,  
 hvorvidt de materielle betingelser for indlæggelse er til ste-  
 de. I praksis vil overlægen imidlertid ofte skulle observere  
 patienten i nogle dage, før han kan stille en egentlig psykia-  
 trisk diagnose og derved konkludere, om de materielle betin-  
 gelser for tvangsindlæggelsen rent faktisk var til stede og  
 hans beslutning heroin derfor lovlig.

Med en vis støtte i retspraksis, jfr. bl.a. dommene i U.75.836 og U.78.401, der er refereret nedenfor i kapitel 19, afsnit 1B, har det navnlig blandt psykiatere været den overvejende opfattelse, at frihedsberøvelse i en rimelig tid - op til en uge - til observation af patienten med henblik på at afgøre om de materielle betingelser, herunder navnlig psykosebetingelsen, er opfyldt, er en nødvendig følge af tvangsindlæggelsen, og derfor ikke en tvangstilbageholdelse efter lovens §§ 8 og 9.

Justitsministeriet har her over for indtaget det standpunkt, at en tvangsindlæggelse efter gældende ret ikke giver adgang til en særskilt tilbageholdelse af den tvangsindlagte patient, som skulle falde uden for lovens §§ 8 og 9. Derfor må overlægen snarest muligt og uden at afvente forløbet af en observationsperiode tage stilling til en udskrivningsbegæring, der fremsættes af en patient straks efter tvangsindlæggelsen. Såfremt udskrivningsønsket ikke imødekommes, må sagen indbringes for justitsministeriet, såfremt patienten ønsker det, uagtet overlægen ikke har afsluttet sin observation af den tvangsindlagte og derfor endnu ikke er i stand til at stille en endelig psykiatrisk diagnose. Justitsministeriet har i overensstemmelse hermed i vejledning nr. 190 af 5. december 1983 om psykiatriske patienters retsstilling og rettigheder fremhævet, at overlægen i disse tilfælde efter begæring omgående skal indberette en udskrivningsnægtelse, uanset om der endnu ikke er stillet nogen endelig diagnose. Overlægen må i så fald påbegynde klagebehandlingen ved at afgive en foreløbig erklæring, der efter observationsperioden må suppleres af en mere omfattende erklæring om den stillede psykiatriske diagnose. Selv om klageproceduren iværksættes straks, vil der således i praksis gå mindst 8 dage efter en tvangsindlæggelse, før justitsministeriet er i besiddelse af det fornødne materiale til at træffe afgørelse om lovligheden af udskrivningsnægtelsen.

Med henblik på en klargøring af retstilstanden på dette punkt foreslår udvalget, at overlægen i de tilfælde, hvor en tvangs-

indlagt patient fremsætter begæring om udskrivning samtidig med eller inden for det første døgn efter tvangsindlæggelsen, skal tage stilling til patientens udskrivningsbegæring snarest muligt og senest inden 48 timer efter tvangsindlæggelsen. Herved indrømmes der overlægen en rimelig frist til at observere patienten, inden han skal træffe afgørelse vedrørende udskrivningsbegæringen, og samtidig er fristen så kort, at den sikrer patienten, at klagebehandlingen i givet fald påbegyndes mindst lige så hurtigt, som det er tilfældet efter nugældende retstilstand. En bestemmelse af det angivne indhold er optaget i lovudkastets § 6, stk. 4, 2. punktum.

#### 5. Tvangstilbageholdelse.

Udvalget anbefaler, at der skabes hjemmel for tvangstilbageholdelse på psykiatrisk sygehus efter samme materielle kriterier, som gælder for hovedreglen for tvangsindlæggelse. Som ovenfor anført foreslås ulempeindikationen afskaffet. Der skal således foreligge sindssygdom og enten behandlings- eller farlighedsindikation, for at en person kan tilbageholdes. En bestemmelse af dette indhold er gengivet i lovudkastet som § 6, stk. 1.

Det må imidlertid anses for tvivlsomt, om man kan nøjes med en regel af dette indhold. Risikoen ved at udskrive personer, der er blevet tvangsindlagt, fordi de var voldsomme, er meget begrænset, når deres aggressioner - ofte efter blot en dag eller to - er blevet afløst af et mere roligt stemningsleje. Det samme kan man imidlertid ikke uden videre sige om risikoen ved at udskrive personer, som er blevet tvangsindlagt, fordi de truer med at begå selvmord. Nogle af disse vil vise sig at være sindssyge og kan da tvangstilbageholdes som sindssyge og farlige for sig selv i henhold til hovedreglen, men andre er det ikke. Spørgsmålet bliver derfor, om det er menneskeligt, lægeligt og socialt acceptabelt at foretage udskrivning få dage efter, at tvangsindlæggelse er sket for at afværge faren for selvmord, når overlægen føler sig overbevist om, at udskrivning omgående vil resultere i, at selvmordet realiseres.

Det samme spørgsmål vil den behandlende læge stå over for, hvor indlæggelsen er sket frivilligt, og hvor tilstanden udvikler sig til en akut depression med selvmordsforestillinger. Hvis patienten i denne situation forlanger sig udskrevet, og hvis lægen føler sig overbevist om, at der er overhængende fare for, at patienten vil gennemføre et selvmordsforsøg, vil le det kunne være uetisk ikke at hindre dette ved at tilbageholde patienten mod dennes vilje, uanset om der foreligger sindssygdom eller ej.

Der er efter udvalgets opfattelse ikke tvivl om, at ikke blot de pårørende, men formentlig også andre, ville finde en sådan tilbageholdelse moralsk tilladelig. I praksis har man hidtil i et vist omfang gennemført tvangstilbageholdelse i sådanne tilfælde, men hvis der ikke foreligger sindssygdom, er der faktisk i dag ingen hjemmel til at foretage disse tvangstilbageholdelser, så rimelige de end måtte forekomme.

Der forekommer i Danmark ca. 1400-1500 fuldbyrdede selvmord om året og ti gange så mange selvmordsforsøg (ca. 15.000). Undersøgelser viser, at det er ganske forskellige grupper af mennesker, der begår selvmord, henholdsvis forsøger herpå. For de sidstnævnte har selvmordsforsøg ofte karakter af en appel om hjælp i en vanskelig situation. Dette kan føre til den opfattelse, at de, der ubetinget ønsker at begå selvmord, gennemfører det, mens de fleste af dem, for hvem det ikke lykkes, har et svagere, forbigående eller ambivalent ønske om at dø.

De har begået den suicidale handling, fordi de ikke kunne øjne nogen anden løsning på deres problemer. Selv om dette er noget forenklet fremstillet, er der alligevel den sandhed deri, at mange, der har forsøgt selvmord, senere giver udtryk for, at det var godt, at det ikke lykkedes, når de først har fået hjælp til at løse deres problemer, der lige så ofte er af social som psykologisk art.

Der ligger heri, at det over for personer, som har selvmordsønsker eller som lige har forsøgt at begå selvmord, er vigtigt

at vinde tid - dels for at kunne vurdere om der foreligger en psykiatrisk sygdom, eventuelt en psykotisk tilstand, og dels - og vigtigst - for at kunne give personen et hjælpetilbud, for at udrede situationen, foreslå løsninger og give vedkommende fornyet håb til tilværelsen.

Ønsket om at begå selvmord bør ikke generelt være tvangstilbageholdelsesgrund for ikke-sindssyge. Der findes situationer de såkaldt eksistentielle selvmord - hvor mennesker uden nogen form for psykisk lidelse efter moden overvejelse vælger døden frem for livet. Dette valg må andre respektere, og det skal ikke begrænses af lovgivningen.

For at afklare retstilstanden på dette område anbefaler udvalget, at der indføres lovhjemmel for en vis kortere tids tvangstilbageholdelse i tilfælde, hvor der er god grund til at antage, at en person, som fortsat har behov for psykiatrisk behandling, vil gennemføre et selvmord som følge af psykiske eller sociale problemer, og hvor der er en begrundet formodning om, at beslutningen om selvmord kan ændres ved fremsættelse af et relevant hjælpetilbud. I lovudkastet findes der en hertil sigtende regel i § 6, stk. 2, hvorefter tvangstilbageholdelse kan foretages i indtil syv dage, når der er overhængende fare for, at den, der begærer sig udskrevet, vil begå selvmord, hvis begæringen tages til følge. Det kræves herudover, at den pågældende har behov for psykiatrisk behandling. Når de syv dage er gået, regnet fra begæringens fremsættelse, må overlægen udskrive patienten, hvis denne ikke er sindssyg.

Det kan diskuteres, om denne frist er for kort til at afklare en måske meget kompliceret livssituation og til at finde de nødvendige relevante behandlingstilbud. Af hensyn til det principielt betænkelige i at tvangstilbageholde ikke-sindssyge har udvalget dog besluttet at gå ind for den anførte tidsfrist.



6. Obligatorisk efterprøvelse af om betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse er opfyldt.

Den nugældende lov stiller kun krav om, at overlægen efter begæring tager stilling til, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Kun når en patient begærer sig udskrevet, er der anledning til at afgøre, om patienten skal tilbageholdes mod sin vilje.

Det er nærliggende at overveje, om de betænkkeligheder, en regel om frihedsberøvelse af ikke-sindssyge kan give anledning til, eventuelt kan opvejes ved at indføre regler om hurtig automatisk efterprøvelse (reviews). Henset til, at det er et af hovedformålene med udvalgets arbejde at øge retsgarantierne, forekommer det også nødvendigt at vurdere, om en generel ordning med pligtmæssig vurdering af alle indlagte psykiatriske patienters status i relation til tvangstilbageholdelse ville være hensigtsmæssig.

Som en forudsætning for at vurdere værdien og omfanget af sådanne obligatoriske reviews skal det anføres, at af de ca. 40.000 indlæggelser på psykiatrisk afdeling pr. år sker et ukendt antal på lukkede afdelinger. Et skøn over antallet af indlæggelser på akutte lukkede modtageafdelinger kan fås af tabel 1 i kapitel 9, hvoraf det fremgår, at der på ca. 1/5 af landets lukkede afdelinger i 1983 indlagdes ca. 3.900 patienter, hvilket svarer til ca. 19.500 på landsbasis eller ca. 49% af alle indlæggelser. Hertil kommer et langt mindre antal indlæggelser på lukkede langtidsafdelinger (incl. lukkede afdelinger på H-plejehjem) og lukkede gerontopsykiatriske afdelinger. Endelig skal nævnes de åbne afdelinger, der lejlighedsvis - men sjældent - kortvarigt aflåses.

Af de indlagte patienter på lukkede akutte modtageafdelinger er kun et mindre antal tvangsindlagte - ca. 1.300 pr. år - og et ukendt antal patienter tvangstilbageholdte. Et usikkert skøn (jfr. kapitel 10, afsnit 3 E) antyder, at ca. 600 patienter tvangstilbageholdes årligt. Med al den usikkerhed, der

ligger i de anførte skøn, er således omkring 10% af patienterne på lukkede modtageafdelinger frihedsberøvede i medfør af sindssygeloven. De resterende patienter på de lukkede modtageafdelinger udgøres typisk af

- urolige psykotiske patienter, der frivilligt har accepteret indlæggelse på lukket afdeling,
- stilfærdige psykotiske patienter, der direkte har anmodet om indlæggelse på lukket afdeling som en beskyttelse for eksempel mod "forfølgere",
- suicidalfarlige patienter med eller uden psykosed diagnose, som frivilligt har accepteret indlæggelse på lukket afdeling med henblik på behandling,
- alkoholmisbrugere eller stofmisbrugere på aftrapning, som kan forlade afdelingen, hvis de ønsker det, medmindre de, hvilket kun sjældent er tilfældet, opfylder sindssygelovens kriterier for tvangstilbageholdelse,
- gerontopsykiatriske patienter eller andre meget pleje- eller opmærksomhedskrævende patienter, der placeres på lukket afdeling på grund af de relativt bedre normeringsforhold.

For disse patienter gælder - som iøvrigt for alle indlagte patienter på psykiatriske afdelinger - at overlægen løbende som et led i behandlingen af sindssygdommen er pålagt at vurdere, om betingelsen for tvangstilbageholdelse er opfyldt - og dette sker da også i forbindelse med drøftelse af ethvert udskrivningsønske. Det skal nævnes, at der findes en lille gruppe patienter, hvor det som vejledning for det vagthavende personale efter konferencedrøftelse noteres i journalen, at denne patient i tilfælde af et udskrivningskrav i vagten må antages at opfylde tvangstilbageholdelseskriterierne. Denne vejledning fritager naturligvis ikke den vagthavende for selvstændigt at vurdere situationen, og ved tvivl at forelægge en tilbageholdelsesbeslutning for sin mere erfarne bagvagt eller eventuelt for overlægen.

#### A. Obligatorisk efterprøvelse af frihedsberøvede patienters status.

En løbende efterprøvelse af, om patienterne (fortsat) bør væ-

re frihedsberøvede, finder som nævnt allerede sted som et led i de psykiatriske afdelingers daglige arbejde, og det er da også både nødvendigt og helt naturligt. En mere formaliseret form for efterprøvelse skulle kun indføres for at støtte og sikre eksisterende gode rutiner. Ved en sådan efterprøvelse måtte overlægen - og personalet sammen med overlægen - gøre sig klart, hvilken status hver enkelt patient har netop nu, hvilket kan være en nyttig form for selvransagelse.

Når der lægges en behandlingsplan, må overlægen i så fald gøre sig klart, om tvangsbehandling kan komme på tale, hvis patienten ikke frivilligt vil medvirke til behandlingen. Ved de løbende drøftelser med patienten og dennes personlige rådgiver (tidligere tilsynsværge) om behandlingsplanen, forekommer det meget nærliggende, at spørgsmålet om frihedsberøvelse kan blive rejst, enten fordi patienten ikke ønsker at forblive i afdelingen, eller fordi overlægen må tilkendegive patienten, at alternativet til frivillig medvirken til nødvendig behandling, således som patienten nu har det, kan blive tvangstilbageholdelse og eventuelt tillige tvangsbehandling.

Ordningen skulle således gælde for alle patienter, der er tvangsindlagte eller har fået nægtet udskrivning, det vil sige er tvangstilbageholdte. Der skal i sidstnævnte tilfælde foreligge eller have foreligget et udskrivningskrav. Patienter, som muligvis ville blive tvangstilbageholdt, hvis de fremsatte krav herom - de "tvangstilbageholdelige", se nedenfor under B - er derimod ikke omfattet heraf.

Det er ofte i praksis vanskeligt at sige, hvornår der foreligger et udskrivningskrav, idet mange patienter er meget usikre, skiftende eller ambivalente i deres ønsker med hensyn til opholdssted. Man har hidtil opfattet det som mest skånsomt at vente med at tage stilling til et udskrivningsønske, hvis det kunne forventes, at patienten dagen efter ville have skiftet mening, det vil sige, at patienter, hvis udskrivningsønske er mindre kategorisk fremsat, eller hvor det fra tidligere vides, at patienten let skifter opfattelse, undertiden bliver inddraget i en dialog af måske flere døgns varighed, før

der tages endelig stilling til udskrivningsønsket og en mulig tilbageholdelse. Denne praksis bør kunne fortsætte: det vil sige udskrivningsønsket skal have karakter af et utvetydigt fastholdt krav fra patientens side, før det fører til, at patienten registreres som tvangstilbageholdt.

Lige så vanskeligt kan det være at afgøre, hvornår en tvangstilbageholdelse ophører. Undertiden er det ganske klart: patienten er ikke længere psykotisk og bliver udskrevet, hvis han ikke ønsker at forblive på afdelingen eller sygehuset som frivilligt indlagt. Ofte er situationen imidlertid den, at patienten under behandlingen bliver bedre, men fortsat ikke kan betragtes som u-psykotisk. I disse tilfælde skal patienten, hvis sagen bliver sat på spidsen, efter sindssygeloven tilbageholdes, hvis der er udsigt til yderligere bedring eller stabilisering af tilstanden. I disse situationer drøftes udskrivningsønsket med patienten, ofte dagligt, og man forsøger at overbevise patienten om det formålstjenlige i at fortsætte indlæggelse og behandling. I en del tilfælde er det imidlertid klinisk sædvane at udskrive patienten (selv om sindssygeloven principielt kunne bringes i anvendelse) for at bevare et samarbejdsforhold, så patienten om muligt frivilligt vender tilbage til behandling, hvis tilstanden forværres. I andre tilfælde gives patienten forskellige friheder, for eksempel udgangstilladelse, eventuelt med besked om, at han vil blive bragt tilbage med politiets hjælp, hvis han ikke kommer tilbage frivilligt, det vil sige at tvangstilbageholdelsen udtrykkeligt markeres stadig at være gældende.

Det fremgår heraf, at det kan være overordentligt vanskeligt at præcisere nøjagtigt, hvornår en tvangstilbageholdelse begynder og ophører, og at det kan være endog meget u hensigtsmæssigt obligatorisk at skulle meddele en patient, hvordan hans status er, hvis spørgsmål herom skulle blive rejst. Dette kan imødegås ved en regel om, at fortsat tvangstilbageholdelse skal noteres i journalen og indføres i tvangsprotokollen samt meddeles til patientrådgiveren, men ikke til patienten selv, medmindre denne på eget initiativ rejser spørgsmålet. I så fald skal patienten selvsagt have fuldstændig be-

sked, både om afgørelsen og om begrundelsen for denne. Gå afgørelsen derimod ud på, at betingelserne for tvangstilbageholdelse ikke (længere) er til stede, er det mindre betænkeligt at underrette også patienten herom. T hvilket omfang dette bør ske, kan eventuelt overlades til overlægens afgørelse i hver enkelt tilfælde. Det er dog nok rigtigst at bestemme, at en frihedsberøvet patient altid skal have mundtlig underretning om, hvornår betingelserne for tvangstilbageholdelse med sikkerhed ikke længere er til stede. Det er dels det mest åbne og ærlige, idet ingen patienter bør kunne have den opfattelse at være tvangstilbageholdt, uden at dette også er tilfældet, dels vil en sådan regel medvirke til, at eventuelt ikke-psykotiske, som er blevet tvangsindlagt, får besked om, at deres ophold på afdelingen er frivilligt på et så tidligt tidspunkt som mulig, og aldrig senere end efter for eksempel tre døgn indlæggelse, hvis fristen for første efterprøvelse fastsættes til dette tidspunkt.

Fristerne for den automatiske efterprøvelse bør fastsættes, således at kontrollen er særlig intensiv i den første tid, efter at en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse har fundet sted og iøvrigt kommer til at foregå med passende, ikke for store, mellemrum. Intervallerne skal dog også være af en sådan art, at ordningen ikke bliver for tung at administrere, og ej heller frister til rutinemæssige ekspeditioner, hvilket der kan være risiko for, hvis antallet af efterprøvelser bliver for mange og for hyppige.

På denne baggrund vil udvalget foreslå, at den obligatoriske efterprøvelse foretages for alle tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter første gang, når der er forløbet tre døgn efter modtagelsen, respektive beslutningen om tvangstilbageholdelse, og herefter når der er gået syv døgn mere. Næste vurdering foretages, når der er forløbet yderligere ti døgn, og herefter bør efterprøvelse ske hver fjerde uge, regnet fra indlæggelsen. For tvangsindlagte patienter betyder dette, at den fjerde efterprøvelse skal foretages på fire ugers dagen for deres indlæggelse, jfr. lovudkastets § 7, stk. 2.

Ordningen vil medføre, at patienter, der er tvangsindlagte eller nægtet udskrivning (tvangstilbageholdt), er frihedsberøvede, indtil de selv modtager underretning om, at dette ikke længere er tilfældet. Oplysningen skal altid noteres i journalen og i tvangsprotokollen og skal videregives til patientrådgiveren (tidligere tilsynsværge) og indberettes til tilsynsmyndigheden som led i de regelmæssige opgørelser over tvangsansøgning, der bør udfærdiges for eksempel en gang hver måned. Om tilsynsværge eller patientrådgiver: se iøvrigt kapitel 10.

#### B. Obligatorisk efterprøvelse af alle indlæggelser på lukkede afdelinger.

Fordelen ved eventuelt at indføre en obligatorisk efterprøvelse for så vidt angår alle indlagte af, om betingelserne for fortsat ophold på lukket afdeling er tilstede, ville primært bestå i, at også de, der ikke klager over fortsat indlæggelse eller forlanger sig udskrevet, får deres status efterprøvet. Ingen bliver glemt, og overlægen tvinges til med bestemte intervaller at tage stilling til patientens status som frihedsberøvet eller ikke-frihedsberøvet.

Under hensyn til den sindstilstand mange sindssyge, der indlægges på psykiatrisk afdeling, befinder sig i, er det vel også et spørgsmål, om det er rigtigt udelukkende at lade efterprøvelse og kontrol bero på det initiativ, den enkelte patient selv er i stand til at tage. Navnlig mange konfuse, senildemente og bevidsthedsuklare patienter vil i realiteten ikke være i stand til at formulere en klage eller iøvrigt give udtryk for protest eller indsigelse.

Ved en sådan ordning vil man tillige opnå, at man kommer til at kende antallet af tvangstilbageholdelige patienter på de psykiatriske sygehuses lukkede afdelinger. I dag kender man kun antallet af tvangsindlagte og klager over tvangstilbageholdelser. Efter en revision af sindssygeloven vil man også få kendskab til det absolutte tal for tvangstilbageholdte. Man kan hævde, at man for at få et fuldstændigt billede af omfanget af tvang på psykiatriske afdelinger også bør kende

antallet på de patienter, som ville blive nægtet udskrivning, hvis de på et givet tidspunkt fremsatte begæring herom.

En obligatorisk efterprøvelse er i denne form imidlertid behæftet med mange og væsentlige ulemper. Principielt skulle en regel af dette indhold være ganske overflødig. Det påhviler altid vedkommende overlæge at påse, at en patient udskrives, når han er rask, og ikke at benytte mere tvang eller tvang i længere tid end nødvendigt. Overlægen tager således sammen med sine medarbejdere i princippet hver dag stilling til spørgsmålet om fortsat indlæggelse. Hvis der indføres bestemte frister og terminer, er der derimod risiko for, at de legale frister i praksis ikke bliver en minimumstandard, men den normale standard. Hvis dette bliver resultatet, kan sådanne frister stik imod hensigten risikere ikke at øge, men forringe de gældende retsgarantier. Det er bedre, at overlægen til stadighed føler ansvaret for sine patienter på lukket afdeling, end at han kun gør det med de i loven anførte intervaller. Risikoen for rutinevurderinger stiger selvsagt, hvis ordningen omfatter mange, og navnlig hvis de afgørelser, der skal træffes, kun er relevante for et fåtal af dem.

Antallet af indlagte, der passerer igennem de lukkede afdelinger, er så stort, at en review-ordning, der skulle omfatte dem alle, ville være meget tids- og arbejdskrævende, og afgørelserne ville netop kun få direkte betydning for en så lille gruppe, at der ville være tale om unødigt bureaukratisering af psykiaternes arbejde.

Man må også sætte spørgsmålstegn ved det ønskelige i uopfordret at meddele en patient, som befinder sig på lukket afdeling, men som ikke har klaget over dette - eller som i hvert fald ikke for nylig har begæret sig udskrevet - at han er tvangstilbageholdelig. Dette kan meget vel virke klageprovokerende, og er overlægens afgørelse rigtig, har patienten heller ikke megen glæde af at iværksætte en klage.

Hertil kommer, at det kan være tvivlsomt, om de bevidsthedsforstyrrede og konfuse patienter vil være i stand til at for-

stå en oplysning om, at de er tvangstilbageholdelige.

Det kan endvidere anføres, at ordningen for at være fuldstændig burde inkludere også de åbne afdelinger, hvor der også opholder sig patienter, som på et givet tidspunkt vil være tvangstilbageholdelige, men dette ville være en urimelig bureaukratisk foranstaltning, som kun ville tjene registreringsmæssige hensyn og tage væsentlig tid fra behandlingsarbejdet med patienterne.

På baggrund af disse overvejelser er der i udvalget enighed om, at man ikke kan anbefale en obligatorisk efterprøvning for alle patienter indlagt på lukkede psykiatriske afdelinger, endsige for alle, der er indlagt på åben psykiatrisk sygehusafdeling.

Den retsgaranti, som en review-ordning kan give, bør udnyttes til sikring af de sindssyge, som er frihedsberøvede, men bør ikke søges udvidet til at omfatte andre og større grupper, hvor behovet herfor er ringe og de praktiske ulemper ved en sådan ordning betydelige.

#### 7. Adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte.

Ingen anden regel i den nugældende sindssygelovgivning har udløst lige så megen og intensiv kritik fra patienternes side, som adgangen til at konvertere en frivillig indlæggelse til frihedsberøvelse ved at udøve tvangstilbageholdelse. Der er en åbenbar animositet imod det overraskelsesmoment, der ligger i, at man som patient ikke frit kan forlade en psykiatrisk afdeling, når man har ladet sig frivilligt indlægge på denne. Tvangstilbageholdelse opleves særligt umyndiggørende og som et svigefuldt magtmisbrug og tillidsbrud, der udløser voldsom modvilje blandt mange patienter. Det er i praksis ikke ganske få frivilligt indlagte, der tvangstilbageholdes, idet ca. halvdelen af de klager, der indgives til justitsministeriet over tvangstilbageholdelser, kommer fra patienter, der har ladet sig indlægge frivilligt.



Efter 1938-loven kan frivilligt indlagte patienter (og iøvrigt også tvangsindlagte patienter) tvangstilbageholdes på psykiatrisk afdeling i følgende 3 grupper af tilfælde:

- på farlighedsindikation,
- på behandlingsindikation,
- på ulempeindikation, men kun hvis justitsministeriet tiltræder dette.

Det har været en særlig anstødssten, at man har hjemmel til ikke blot at tvangstilbageholde personer, som også kan tvangsindlægges, men at man herudover har hjemmel til at tilbageholde frivilligt indlagte patienter på psykiatrisk afdeling mod deres vilje, fordi overlægen og justitsministeriet er enige om, at udskrivning "må antages at ville medføre væsentlige ulemper for patienten selv". Den mest formynderiske af de tre gældende indikationer kan bringes i anvendelse på de patienter, der ikke opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse. Det er meget forståeligt, at dette har måttet vække megen kritik. Ikke mindst som følge af den særdeles begrænsede betydning ulempeindikationen har haft i de sidste godt 10 år, har udvalget foreslået, at denne indikation ophæves, jfr. ovenfor i afsnit 3.

Der er enighed mellem alle - kritikerne inklusive - om, at de indikationer, der gælder for tvangsindlæggelse under alle omstændigheder både kan og skal bringes i anvendelse, når en frivilligt indlagt patient vil forlade afdelingen på et tidspunkt, hvor disse betingelser er opfyldt.

Tvangsindlæggelse må i så fald blot effektueres fra hospitalets port, hvilket er det eneste alternativ til tvangstilbageholdelse under de samme omstændigheder på selve afdelingen. Der er forskel på principperne og på formalia, men de praktiske resultater bliver de samme.

Man har i en periode i 70'erne i Sverige haft en ordning, hvorefter tvangstilbageholdelse af frivillig indlagte ikke kunne finde sted på psykiatrisk afdeling, men har senere opgivet denne ordning, som man fandt for besværlig og bureaukratisk.

Ganske samme synspunkter er blevet gjort gældende under forhandlingerne i udvalget om dette spørgsmål. Man kan heroverfor bl.a. anføre, at det netop er en del af meningen med formalia og retsgarantier, at de skal være besværlige at opfylde og få de besluttende myndigheder til at tøve med at benytte deres magt og dermed medvirke til at begrænse tvangen til det absolut nødvendige.

Hvis adgangen til tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte afskaffes helt, får man et meget enkelt og klart regelsæt, men man løber måske også en risiko for, at antallet af tvangsindlæggelser vil stige. Dels vil lægerne overveje, om det ikke er lettere at gennemføre tvangsindlæggelse her og nu end at overtale den sindssyge til frivillig indlæggelse, hvorefter man risikerer at stå med problemet med tvangsindlæggelse kort tid efter, hvis patienten ønsker at forlade afdelingen. Dels vil selve den omstændighed, at frivilligt indlagte patienter, der ønsker at forlade afdelingen, ikke kan tvangstilbageholdes men skal tvangsindlægges, medføre en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, der dog modsvares af et tilsvarende fald i antallet af tvangstilbageholdelser.

Imod adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte kan man navnlig anføre:

- at tvangstilbageholdelse af patienterne opleves som et tillidsbrud, hvilket medfører fare for, at de ikke tør lade sig frivilligt indlægge til behandling på hospital,
- at selve muligheden for tvangstilbageholdelse skaber tvivl om, hvor frivillig behandling på hospital kan siges at være, fordi overlægen i sidste instans har denne mulighed,
- at overlægens adgang til at udøve tvang kompromitterer behandlingsklimaet, og gør patienten mindre ligeværdig,
- at rene praktiske hensyn ikke bør spille nogen afgørende rolle, når der er tale om at indføre øget retssikkerhed, fordi opfyldelse af retsgarantier skal være besværlig,
- at det ikke er sikkert, at der vil opstå såkaldte forebyggende tvangsindlæggelser, da det ikke nødvendigvis bliver de

indlæggende læger, der selv vil få det problem som kan men ikke nødvendigvis vil opstå, hvis en frivilligt indlagt, men tvangstilbageholdelig patient beslutter sig for at forlade afdelingen,

at det ikke så meget er troen på, at en vagtlæge vil nægte at efterkomme en overlæges begæring om tvangsindlæggelse, der spiller en rolle, som den antagelse, at det ikke er sikkert, at overlægen vil kræve alle dem, der er tvangstilbageholdelige, tvangsindlagt, men netop vil tøve engang ekstra, før han begærer dette, også under hensyn til at det er den sædvanlige, mere besværlige procedure for tvangsindlæggelse, der skal anvendes.

Til fordel for på dette punkt at opretholde den nugældende retstilstand kan man navnlig anføre,.

at reglen er fornuftig og rimelig i betragtning af, at tvangstilbageholdelse udøves efter en vis tids observation på psykiatrisk afdeling, hvorfor både beslutningsgrundlaget og beslutningstageren er mere kvalificeret end tilfældet er ved tvangsindlæggelse, hvor en læge eventuelt uden forudgående eller dybere kendskab til patienten her og nu skal afgøre, om tvangsindlæggelse er nødvendig,

at det både er upraktisk og en ren formalitet, hvis man lader en tvangstilbageholdelig patient forlade afdelingen, for derefter at lade patienten blive modtaget af politi og eventuelt en anden læge i porten, hvorfra tvangsindlæggelse da vil finde sted,

at en tilkaldt udefra kommende læge i reglen vil være en vagtlæge, hvis vurdering af patientens tilstand ikke vil blive synderligt selvstændig, idet han må forventes så godt som undtagelsesfrit at ville efterkomme en tvangsindlæggelsesbegæring fremsat af en overlæge eller en anden speciallæge i psykiatri, ovenikøbet efter en sådan specialists forudgående observation af patienten,

at den nu foreslåede ophævelse af ulempeindikationen betager den hidtidige patientkritik et væsentligt argument,

at en ophævelse af adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte patienter må forventes at medføre færre fri-

villige indlæggelser, idet den indlæggende læge for at sikre sig, at patienten ikke straks forlader hospitalet vil benytte adgangen til tvangsindlæggelse, når dette er muligt (forebyggende anvendelse af tvangsindlæggelse), og at svenske læger mener, at man ikke kan undvære hjemmel for tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte. I Sverige har man inden for de senere år prøvet begge ordninger - adgangen til konvertering d.v.s. til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte patienter, blev genindført fra 1. januar 1983, jfr. den svenske betænkning, Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984, nr. 64, side 212-219.

På denne baggrund har udvalget drøftet, om adgangen til tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte skal bevares, ophæves eller eventuelt indskrænkes. Der kan være grund til at pege på, at man i den svenske betænkning nu foreslår, at adgangen til konvertering ophæves, hvilket har udløst en meget kraftig kritik fra ledende psykiateres side. I den svenske betænkning giver flertallet udtryk for, at dette ønske navnlig skyldes principielle grunde, hensynet til retssikkerhed og respekt for den aftale, som frivillig indlæggelse til behandling er udtryk for. Hvis en sådan frivilligt indgået aftale mellem patient og læge skal have nogen mening, må man søge at stille parterne mere lige og ikke give den ene magten over den anden. For at gøre dette reelt og samtidig sikre patienterne, når de mod lægens råd forlader afdelingen, har man foreslået at hjælpe- og bistandstilbuddet udbygges, herunder med personale, som følger med patienten hjem og senere igen opsøger patienten i dennes hjem.

Hvis man ikke vil indføre et lignende system her i landet, hvor personale stilles til rådighed som mere eller mindre fast vagt i patientens hjem, har en regel om, at frivilligt indlagte ikke kan tilbageholdes, ikke så megen mening, at den bør indføres.

Udvalget kan ikke anbefale, at der sker nogen ændring i retstilstanden på dette punkt. De ressourcer, som det ville kræve at lade sygeplejepersonale følge patienten hjem i de her om-

handlede tilfælde, bør hellere anvendes på andre opgaver både på de psykiatriske afdelinger og i det distriktpspsykiatriske arbejde, hvor der er god brug for en øget indsats. Selvfølgelig om man ville ofre personale på at følge med patienterne hjem, ville dette i øvrigt ikke løse problemet med at sikre patienterne en sufficient behandling.

#### 8. Udskrivning.

Forholdene i forbindelse med ophævelse af tvangstilbageholdelse har givet anledning til overvejelser i udvalget. Medens udskrivning normalt ikke er betænkelig, når den, der udskrives, har en bolig og familie at vende hjem til, forholder det sig unægtelig ganske anderledes, hvis dette ikke er tilfældet.

Mange sindssyge er ikke så heldige, at de har en egnet bolig stående parat og gode sociale netværk at støtte sig til, når de udskrives. Det vil ofte dreje sig om enlige, eventuelt unge mennesker, som hverken kan eller vil tage ophold hos deres forældre, eller om fraskilte eller eventuelt ældre, som er blevet alene.

Selve det forhold, at patienten nu udskrives fra det relativt beskyttede sygehusmiljø, hvor der har været sørget for alle hans eller hendes fornødenheder, undertiden igennem lang tid, gør det særlig vanskeligt at skulle klare sig på egen hånd. Langvarigt institutionsophold har en uheldig tendens til at gøre mennesker passive og uselvstændige.

Ophævelse af adgangen til at foretage tvangstilbageholdelse på ulempeindikation samt en i øvrigt liberal udskrivningspraksis stiller helt naturligt øgede krav til de tilbud om bistand, den der udskrives bør få. Ellers er der tale om en liberalisering, som lader skrøbelige mennesker sejle deres egen sø. Det kan ikke være det, der er hensigten. Modstykket til frihedsberøvelse bør ikke være en uindskrænket ret til at gå til bunds, men et tilbud om en række **hjelpeforanstaltninger**, som gør ophold i egen bolig til et forsvarligt alternativ til fortsat hospitalsophold.

Udskrivning bør søges forberedt, således at en tilværelse uden for psykiatrisk afdeling ikke på forhånd er dømt til at mislykkes. Forberedelsen bør også indebære, at det gøres klart for patienten, hvad det er, han eller hun begærer sig udskrevet **til**. Ved ophævelse af tvangstilbageholdelse kan patienten enten fortsat, men nu frivilligt, opholde sig på psykiatrisk afdeling eller blive udskrevet. Et valg mellem disse muligheder må forudsætte, at den, for hvem frihedsberøvelse bringes til ophør, gør sig de forhold klart, hvorunder en tilværelse udenfor hospitalet vil forme sig.

Udskrivning bør drøftes med den tvangstilbageholdte og dennes personlige rådgiver ikke blot af læger og sygeplejersker, ~~men~~ også af sygehusets socialrådgiver. Den, der udskrives, bør søges sikret bolig og sociale ydelser, hvis der ikke er anden form for indkomst. Sygehuset bør underrette hjemstedskommunens bistandsafdeling, således at der er etableret hjemmehjælp og forbindelse med en bestemt medarbejder i socialforvaltningen som kontaktperson. Det distriktspsykiatriske personale bør også have besked, og hvis det er muligt, have lejlighed til eventuelt at besøge patienten på afdelingen, før udskrivning finder sted. Patientens egen læge skal underrettes, således at der ikke kan være tvivl om, hvilken form for ambulans behandling der søges fortsat være sig med medicin og/eller tilsyn.

Medens samarbejdet med egen læge og med hjemstedskommunens socialforvaltning ofte forløber godt, er spørgsmålet om boligforholdene betydeligt mere problematisk. Der mangler jævnligt et tilbud om en egnet, eventuel midlertidig bolig, hvor den udskrevne kan tage ophold på vej fra psykiatrisk afdeling til egen selvstændig lejlighed.

Der vil ikke sjældent være tale om, at udskrivning begæres af patienten under omstændigheder, hvor betingelserne for tvangsansendelse helt klart ikke er - og måske igennem længere tid heller ikke har været - opfyldt. I sådanne tilfælde vil overlægen og afdelingens personale ikke have tid til at træffe

de foran nævnte ønskelige forberedelsesforanstaltninger. Insisterer patienten på udskrivning her og nu, og det forekommer ofte, har overlægen ikke anden mulighed end at lade patienten forlade afdelingen. Underretning til egen læge og til socialforvaltningen kan gives samtidig, men en bolig lader sig normalt ikke fremskaffe uden et vist varsel.

Ved udskrivning er det meget vigtigt ikke kun for patienterne, men også for personalet at kunne disponere over forskellige former for mere eller mindre midlertidige boliger rækende fra

- herberg, hotel eller pensionatsværelser,
- kollegieværelser,
- udslusningsboliger i tilknytning til psykiatrisk sygehus,
- minikollektiver,
- beskyttede boliger, og
- selvstændige lejligheder.

Der findes allerede mange steder i landet tilbud af denne art, men kun de færreste om nogen psykiatrisk afdeling råder over hele registeret.

Det er et felt, som fortjener systematisk udbygning i de kommende år som en ikke uvæsentlig del af grundlaget for en videreudvikling af det distriktspsykiatriske arbejde.

Det bør indgå i overvejelserne at etablere overgangsboliger i tilknytning til selve sygehuset, hvilket det ofte vil være muligt at gøre på de store psykiatriske sygehuse ved ombygning af tagetager eller inddragelse af tidligere tjenesteboliger eller nedlagte afdelinger.

Ved udskrivning opstår endvidere ofte spørgsmålet om, hvorvidt familie og nære pårørende som f.eks. forældre til yngre, men voksne sindssyge bør underrettes om, at patienten nu bliver udskrevet. Hvis patienten samtykker heri, er der ikke nogen tvivl om, at underretning bør gives til de nærmeste, som har opretholdt forbindelse med patienten under indlæggelsen. Det er lige så klart, at patienten bør spørges, om der er nogen,

der skal underrettes om udskrivning. Hvis patienten er myndig fyldt 18 år og ikke umyndiggjort i personlig henseende - må dennes afgørelse respekteres. Modsatler vedkommende sig, at forældre, ægtefælle eller andre pårørende får besked om udskrivning og/eller om den adresse, hvortil udskrivning finder sted, er afdelingens personale ikke berettiget til at videregive disse oplysninger, men må, når de pårørende henvender sig, henvide dem til at søge oplysning i folkeregisteret. Når dette er sagt, må det understreges, at såvel personalet på psykiatrisk afdeling som patientrådgiveren bør foreholde patienten det mindre hensigtsmæssige i dennes standpunkt og ad den vej søge at opnå tilladelse til at give sædvanlig og naturlig underretning til de nærmeste om, hvor deres voksne søn eller datter nu agter at tage ophold, således at forbindelsen ikke afbrydes uden rimelig grund.

Baggrunden for disse overvejelser er henvendelser, som udvalget har modtaget og erfaringer med de reaktioner, som i praksis forekommer blandt de sindssyges nærmeste pårørende. Forældre til børn med handicap kommer altid i en særlig vanskelig situation, når det handicappede barn er ved at blive voksen. Den frigørelsesproces, som alle børn skal igennem i forhold til deres forældre, skal unge med handicap også gennemføre, men det er en særlig vanskelig proces både for den unge og for forældrene. Den unges behov for bistand, som igennem barndom og ungdom fuldt ud eller i meget vidt omfang er blevet opfyldt af forældrene, skal nu opfyldes på anden vis. Det kan være svært for forældre at acceptere, at andre overtager opgaven, men det er endnu værre, når forældre oplever, at ikke blot er deres tilbud ikke længere relevant, men et alternativ hertil findes ikke.

Det er den situation, som ikke sjældent opstår, når unge f.eks. skizofrene, som ikke længere kan tvangstilbageholdes på behandlingsindikation, og som har meget svært ved at klare sig selv, udskrives uden underretning til forældre, fordi den unge modsætter sig dette. Disse unge overlades enten til sig selv eller til de pårørendes tilbud om bistand. Dette tilbud afvises periodisk som følge af en voldsom selvstændighedstrang,



og det offentliges bistandstilbud kommer enten for sent eller slet ikke, fordi den unge ikke selv kan eller vil formulere sit behov.

Det er en særdeles vanskelig opgave at hjælpe disse unge, men det bør indgå i målsætningen for det distriktpspsykiatriske arbejde at søge at løse denne gennem opsøgende virksomhed og relevante bistandstilbud. Den problemstilling, som her er eksemplificeret ved at nævne unge skizofrene, kendes også fra andre grupper af sindssyge, for hvem behovet for bistand ved udskrivning kan være nøjagtig lige så stort.

## Kapitel 8.

### Anbringelse på sikringsanstalten .

#### 1. Indledning.

Personer, der er anbragt på sikringsanstalten ved amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, kan være frihedsberøvet:

- a. i medfør af dom efter straffelovens § 68 - og dermed anset med andre foranstaltninger end straf - eller efter den tilsvarende bestemmelse i den grønlandske kriminallov,
- b. i medfør af retskendelse til mental observation som varetægtsarrestant,
- c. i medfør af retskendelse efter retsplejelovens § 777, når hensynet til andres sikkerhed gør anbringelse af en varetægtsarrestant i sikringsanstalten påkrævet, eller
- d. i henhold til administrativ beslutning efter sindssyglovens § 10, et såkaldt farlighedsdekret.

Pr. 31. juli 1985 var der ialt 30 pladser på sikringsanstalten belagt således:

- 16 personer dømt til anbringelse i sikringsanstalten efter straffelovens § 68, eller den grønlandske kriminallov,
- 3 indlagt til mentalobservation,
- 1 anbragt i medfør af retsplejelovens § 777,
- 10 personer i henhold til farlighedsdekret.

#### 2. Nugældende retstilstand vedrørende farlighedsdekreter efter sindssyglovens § 30.

Det, der skal gøres til genstand for nærmere behandling i det følgende, er nugældende retstilstand med hensyn til anbringelse i sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekret efter sindssyglovens § 30.

#### Å. Lovgrundlag. Kompetence og materielle betingelser.

Sindssyglovens § 10, der ikke selv indeholder betegnelsen

farlighedsdekret, har følgende ordlyd:

"Over for sindssyge (fremhævet her) personer, hvis sygdom ifølge lægeerklæring rummer fare for retssikkerheden (fremhævet her), skal overøvrigheden, for så vidt det skønnes fornødent, træffe passende sikkerhedsforanstaltninger, eventuelt ved anbringelse på dertil bestemt hospital eller anstalt. Sådanne sindssyge skal snarest muligt modtages på statens eller kommunens sindssygehospitaler.

Stk. 2 Foranstaltninger, der er truffet i henhold til foranstående bestemmelse, kan kun ophæves eller forandres af vedkommende overøvrighed.

Stk. 3. Spørgsmålet om anbringelsens eller tilbageholdelsens lovlighed kan dog af den pågældende selv eller af den, der handler på hans vegne, jfr. § 9, stk. ], kræves forelagt retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a."

§ 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland lyder:

"I forbindelse med hospitalet, men som en særskilt Anstalt, oprettes en Sikringsanstalt til Optagelse af Personer, om hvem det i Anledning af begaaede Lovovertrædelser (fremhævet her) enten ved Dom eller ved administrativ Resolution bestemmes, at der bør træffes Sikkerhedsforanstaltninger overfor dem, dog at der i Anstalten kun optages Personer, som af Justitsministeriet i Overensstemmelse med indhentet Erklæring fra Sundhedsstyrelsen skønnes egnede til at optages i denne. De nærmere Bestemmelser om Anstaltens Drift og Virkemaade fastsættes ved Regulativ."

I medfør af ovennævnte § 3 er der fastsat et regulativ (nr. 173 af 28. maj 1932) for sikringsanstalten. I regulativets pkt. 2 hedder det:

"Anstalten er bestemt til Optagelse af sindssyge Mænd (fremhævet her), om hvem det i Anledning af begaaede Lovovertrædelser enten ved Dom eller ved administrativ Resolution bestemmes, at der bør træffes Sikkerhedsforanstaltninger overfor dem. Der optages dog kun Personer, som af Justitsministeriet i Overensstemmelse med indhentet Erklæring fra Sundhedsstyrelsen skønnes egnede dertil."

Som det fremgår tilkommer kompetencen efter sindssygelovens § 10 til at træffe farlighedsdekreter "overøvrigheden", og kun hvor anbringelsen skal ske på sikringsanstalten er justitsministeriet enekompetent i forbindelse med sundhedsstyrelsen. Statsamterne og Københavns overpræsidium er således formelt kompetente til at afsige dekreter til anbringelse i hospital for sindslidende - men altså ikke til anbringelse i sikringsanstalten. Imidlertid benyttes denne adgang for amterne til at afsige farlighedsdekreter ikke i praksis og kan for så vidt anses for bortfaldet. Udvalget har indhentet oplysninger fra samtlige statsamter og Københavns overpræsidium, hvoraf det fremgår, at hverken statsamter eller overpræsidium efter den 1. januar 1976 har truffet resolutioner i medfør af **sindssygelovens § 10.**

Med hensyn til de materielle betingelser for afsigelse af farlighedsdekret bør fremhæves, at kun sindssyge mænd kan anbringes på sikringsanstalten, og at anbringelse forudsætter en udadrettet farlighed, der har givet sig udslag i lovovertrædelser (strafbare forhold). Der er således ikke hjemmel til at træffe bestemmelse efter § 10 om anbringelse i sikringsanstalten af en sindssyg mand, der alene er alvorligt selvmords-truet. Der stilles derimod ikke noget krav om, at den pågældende patient skal være dømt for det strafbare forhold, der danner grundlag for farlighedsdekretets afsigelse, tværtimod anvendes farlighedsdekreter i praksis netop overfor personer, der under indlæggelse på psykiatrisk afdeling - hvad enten denne er sket ifølge dom, ved tvangsindlæggelse eller frivilligt - har begået voldshandlinger eller fremsat kvalificerede trusler herom således, at forholdet er omfattet af straffelovens § 266. Beslutningen om overførsel til sikringsanstalten træffes på grund af den udadrettede farlighed, som den - endnu - ikke pådømte voldshandling indicerer. Om der efterfølgende rejses straffesag for forholdet er uden betydning for lovligheden af farlighedsdekretet.

Overfor en patient, der f.eks. oprindelig er dømt til anbringelse i hospital for sindslidende for manddrab, kan det oprin-

delige strafbare forhold (manddrab) naturligvis ikke i sig selv begrunde, at der senere afsiges administrativ resolution til anbringelse i sikringsanstalten. Hertil kræves, at der efter dommen er begået nyt strafbart forhold, og ved vurderingen af den farlighed, som dette nye forhold måtte indicere, kan det oprindeligt pådømte forhold alene indgå som et moment ved siden af en række andre.

I alle de tilfælde, hvor spørgsmålet om anbringelse på sikringsanstalten i medfør af sindssygelovens § 10 kommer på tale, har den sindssyge som nævnt begået et forhold, der bortset fra hans tilstand ville være strafbart, således at de fornødne sikkerhedsforanstaltninger i form af eventuelt varetægtsfængslingsurrogat og dom efter straffelovens § 68 eller foranstaltningsændring efter straffelovens § 72 vil kunne træffes af retten. Justitsministeriet har med henblik på denne konkurrerende hjemmelssituation i cirkulære af 25. februar 1958 om anordning af sikkerhedsforanstaltninger over for farlige sindssyge udtalt, at afgørelsen af sådanne sager i videst muligt omfang henlægges til domstolene til fastsættelse af de fornødne foranstaltninger under en straffesag, og at adgangen i sindssygelovens § 10 til at afsige farlighedsdekret kun benyttes, når det af ganske særlige grunde er påkrævet, f.eks. fordi den sindssyges tilstand udelukker, at han fremstilles i retten. Selv om cirkulæret i første række er rettet til statsamterne, må den tilbageholdenhed med hensyn til anvendelse af sindssygelovens § 10, der er kommet til udtryk, også antages at gælde for justitsministeriets adgang til at træffe bestemmelse om anbringelse i sikringsanstalten i medfør af sindssygelovens § 10. Højesteretsdommer Trolle har i UfR 1965 B 263 f. i sin kommentar til dommen i UfR 1965. 462 H (omtalt nedenfor i kapitel 19, afsnit ] B) berørt det omhandlede spørgsmål og i den konkrete sag beklaget, at man havde anbragt den pågældende i sikringsanstalten i medfør af sindssygelovens § 10 i stedet for at gå vejen over en straffesag.

Vedrørende sondringen mellem kriteriet "fare for andre" ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse og kriteriet i §

10 "fare for retssikkerheden" fremgår det af forarbejderne til sindssygeloven, at kriteriet "fare for retssikkerheden" tilsigtes anvendt på sindssyge personer, der mere vedvarende frembyder en udadgående fare.

B. Den administrative fremgangsmåde ved afsigelse og ophævelse af farlighedsdekret.

Det er i praksis overlægen ved det psykiatriske sygehus, hvor den pågældende patient er indlagt, der indleder proceduren med henblik på afsigelse af farlighedsdekret. Overlægen udarbejder en skriftlig redegørelse til justitsministeriet, hvor i han anmoder om, at justitsministeriet træffer bestemmelse om overførelse af den pågældende patient til sikringsanstalten. Overlægens skrivelse skal indeholde en udførlig redegørelse for baggrunden for anmodningen både med hensyn til patientens sindssygdom, og med hensyn til den udviste farlighed, idet denne erklæring skal danne grundlag for en skriftlig behandling af sagen. Når justitsministeriet har modtaget overlægens anmodning om afsigelse af farlighedsdekret, indhentes en udtalelse fra retslægerrådet, og sagen forelægges i overensstemmelse med § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 for sundhedsstyrelsen. Justitsministeriet træffer herefter afgørelse i sagen, når erklæringerne fra retslægerrådet og sundhedsstyrelsen foreligger. Sagsbehandlingstiden er gennemsnitlig ca. 4 uger fra anmodningens modtagelse til afgørelse træffes. Justitsministeriets afgørelse om overførsel til sikringsanstalten kan indbringes for retten i overensstemmelse med reglerne i retsplejelovens kapitel 43a, jfr. sindssygelovens § 10, stk. 3.

I almindelighed imødekommes overlægens begæring, men der forekommer tilfælde, hvor justitsministeriet ikke finder, at betingelserne for afsigelse af farlighedsdekret er til stede, navnlig hvis de foreliggende oplysninger i lægeerklæringen ikke giver grundlag for at antage, at patienten er så manifest og kvalificeret farlig for andre, som det må kræves som betingelse for anbringelse i sikringsanstalten.

For så vidt angår spørgsmålet om fremgangsmåden ved ophævelse af et farlighedsdekret bemærkes, at i modsætning til en overlæge på en almindelig psykiatrisk afdeling, som selv kan træffe bestemmelse om udskrivning af en tvangsindlagt/tvangstilbageholdt patient, så kan overlægen ved sikringsanstalten ikke selv træffe bestemmelse om, at en patient anbragt i henhold til et farlighedsdekret skal udskrives eller tilbageføres til det regionale psykiatriske sygehus. Kompetencen til at ændre/ophæve et sådant farlighedsdekret tilkommer justitsministeriet eller retten under en sag efter retsplejelovens kapitel 43 a, jfr. sindssygelovens § 10, stk. 2 og 3.

Langt de fleste farlighedsdekreter ophæves administrativt af justitsministeriet, hvorefter patienten tilbageføres til det regionale psykiatriske sygehus til fortsat behandling. Det er i almindelighed overlægen ved sikringsanstalten i forbindelse med patienten, der tager initiativ til at rejse spørgsmål om ophævelse af farlighedsdekretet. Overlægen indstiller i en skriftlig erklæring til justitsministeriet, at dekretet ophæves, og efter høring af retslægerådet træffer justitsministeriet afgørelse i sagen. Såfremt justitsministeriet nægter at ophæve dekretet, vil denne afgørelse om opretholdelse af dekretet kunne begæres indbragt for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

### 3. Statistisk materiale vedrørende justitsministeriets dekretter om anbringelse i sikringsanstalten i perioden 1974-1984.

- I 1974 afsagde justitsministeriet 5 farlighedsdekreter. Heraf blev 2 ophævet samme år, det ene i konsekvens af patientens død og 2 blev ophævet i 1975. Det femte er endnu ikke ophævet, men i dette tilfælde er patienten efterfølgende ved dom i medfør af straffelovens § 68 i 1975 dømt til anbringelse på sikringsanstalten.
- I 1975 blev 2 personer anbragt på sikringsanstalten i henhold til justitsministeriets resolutioner efter sindssygelovens § 10. Det ene dekret blev ophævet igen i 1976, mens det andet fortsat består.

- I 1976 blev der afsagt 1 farlighedsdekret, som blev ophævet i 1980.
- I 1977; Ingen farlighedsdekreter.
- I 1978 blev to personer anbragt i sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekreter. Begge dekretter ophævedes i 1979.
- 1979: 2 farlighedsdekreter, ophævet i henholdsvis 1980 og 1983.
- 1980: 1 farlighedsdekret, ophævet igen i 1981.
- 1981 : 1 farlighedsdekret, ophævet igen i 1983.
- 1982: 3 farlighedsdekreter, hvoraf det ene blev ophævet i 1983, det andet i 1984\*, medens det sidste fortsat består.

( \* Ophævelsen var bl.a. begrundet i, at den pågældende i mellemtiden var blevet dømt til anbringelse i hospital for sindslidende. 1/2 år efter ophævelsen blev der imidlertid på ny afsagt farlighedsdekret, hvilket er medtaget under 1984-opgørelsen).

- 1983: 4 farlighedsdekreter, hvoraf de 3 er blevet ophævet i 1984, det ene under henvisning til, at patienten i mellemtiden er blevet dømt til anbringelse i sikringsanstalten.
- 1984: 8 farlighedsdekreter, hvoraf 2 dekretter vedrører samme person. I løbet af første halvdel af 1985 er 3 af disse dekretter ophævet administrativt af justitsministeriet, hvorved det dog bør bemærkes, at der i marts 1985 påny er afsagt dekret vedrørende en af disse patienter.

Der er således i perioden 1974-1984 afsagt ialt 29 farlighedsdekreter om anbringelse i sikringsanstalten.

Det fremgår af opgørelsen, at farlighedsdekreterne over de



10 patienter, der pr. 1. januar 1985 opholdt sig i sikringsanstalten i henhold til et sådant dekret, er afsagt i 1975 (1), i 1982 (1), 1983 (3) og 1984 (7). Det bemærkes endvidere, at 2 patienter, der oprindeligt blev anbragt i sikringsanstalten i henhold til et farlighedsdekret, nu opholder sig på anstalten i henhold til en dom efter straffelovens § 68 (se under 1974 og 1983).

Det kan supplerende oplyses, at der i tidsrummet fra 1. januar 1985 til 31. juli 1985 er afsagt 3 dekreter, hvoraf et er ophævet igen ved administrativ beslutning af 25. juni 1985 fra justitsministeriet.

#### A. Nærmere undersøgelse af dekreterne afsagt i 1982, 1983 og 1984.

Til brug for udvalgets overvejelser er der foretaget en gennemgang af sagerne fra 1982, 1983 og 1984 dels med henblik på at undersøge, om den pågældende forud for farlighedsdekretets afsigelse allerede var undergivet en retlig foranstaltning efter straffeloven eller den grønlandske kriminallov, dels for at konstatere i hvilket omfang farlighedsdekreter efterfølgende bliver begæret indbragt for retten efter retsplejelovens kapitel 43 a, og hvilket udfald sagerne i disse tilfælde har fået.

1982: De 3 personer, der i 1982 blev overført til sikringsanstalten i medfør af sindssyggelovens § 10, var alle i forvejen undergivet en foranstaltning efter straffeloven eller kriminalloven (2 var dømt til psykiatrisk behandling - den ene efter straffelovens § 69, jfr. § 68 - den tredje var dømt til anbringelse i sikringsanstalt, senere ændret til anbringelse i hospital for sindslidende).

I alle 3 sager fandt der efterfølgende domstolsprøvelse sted. I 2 tilfælde blev dekretet godkendt af retten, i den 3. sag blev dekretet ved den første domstolsprøvelse den 6. september 1982 godkendt, men ved fornyet prøvelse den 12. september 1983 blev dekretet ophævet ved dom under henvisning til de da fore-

liggende lægelige oplysninger.

1983: Af de 4 personer, der i 1983 blev overført til sikringsanstalten ved justitsministeriets beslutning efter sindssyglovens § 10, var de 3 i forvejen undergivet en strafferetlig foranstaltning (1 dømt til forvaring, og 2 til anbringelse i hospital for sindslidende, hvoraf den ene tidligere havde været dømt til anbringelse i sikringsanstalten).

Den 4. person var ikke undergivet nogen strafferetlig foranstaltning, men under den 8 måneder indlæggelse (på røde papirer), der gik forud for farlighedsdekretet, havde han i 4 tilfælde tildelt plejere og medpatienter knyttnæveslag med sygeleje for de pågældende til følge.

3 af dekreterne har været forelagt for domstolene til afgørelse. 2 dekreter er blevet opretholdt, (i det ene tilfælde har justitsministeriet efterfølgende efter indstilling fra overlægen ved sikringsanstalten administrativt ophævet dekretet), og et dekret blev ophævet af byretten.

I den 4. sag var dekretet ligeledes blevet indbragt for retten, men under sagens behandling frafaldt den pågældende sin anmodning om domstolsprøvelse. I denne sag er den pågældende efterfølgende blevet dømt til anbringelse i sikringsanstalten, hvorefter farlighedsdekretet administrativt er blevet ophævet.

1984: Som anført blev der i 1984 afsagt 8 farlighedsdekreter omfattende 7 personer.

Alle 7 personer var i forvejen undergivet en strafferetlig foranstaltning: 1 havde 3 fængselsdomme på sammenlagt lidt over 12 år, en var indlagt til mentalobservation, 2 var dømt til psykiatrisk behandling, og 3 var dømt til anbringelse i hospital for sindslidende.

2 dekreter vedrørte samme person, idet det viste sig nødvendigt påny at afsige et farlighedsdekret vedrørende den pågældende patient kun 3 måneder efter, at det første dekret var blevet

ophævet.

Af de 8 dekreter blev 6 begæret indbragt for retten i medfør af reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. 2 af sagerne blev hævet inden domsforhandling, den ene fordi dekretet i mellemtiden var blevet ophævet af justitsministeriet. I alle de 4 sager, der blev domsforhandlet, blev dekretet opretholdt. En sag blev anket af patienten til landsretten, hvor sagen imidlertid blev hævet, idet justitsministeriet forinden havde ophævet dekretet på baggrund af nye lægelige oplysninger.

Med hensyn til den administrative behandling af de 8 sager om farlighedsdekreter i 1984 bør bemærkes, at 5 af dekretene er blevet truffet efter telefonisk høring af retslægerådet og sundhedsstyrelsen samme dag, som overlægen havde fremsat telefonisk anmodning om overflytning. I yderligere en sag blev der foretaget telefonisk høring af retslægerådet og sundhedsstyrelsen, men først efter at overlægens skriftlige anmodning var modtaget. Disse "telefoniske" dekreter har karakter af en foreløbig afgørelse, der bliver efterfulgt af en sædvanlig skriftlig behandling, hvorefter den endelige afgørelse bliver truffet i form af en bekræftelse eller ophævelse af den foreløbige telefonisk meddelte beslutning, jfr. Folketingets Ombudsmands beretning for året 1973 s. 65-66, hvor ombudsmanden beskæftiger sig med telefonisk meddelte farlighedsdekreter. Ombudsmanden erklærede sig her enig i, at det i visse presserende situationer er nødvendigt at fravige den sædvanlige skriftlige forelæggelse og høringsprocedure. Under hensyn til den indgribende betydning et farlighedsdekret har for den frihedsberøvede samt under hensyn til reglerne om domstolsprøvelse og forpligtelsen til at underrette den frihedsberøvede om hans adgang til at kræve domstolsprøvelse udtalte ombudsmanden, at det efter hans mening var "rigtigst, at sådanne telefoniske afgørelser så vidt muligt omgående bekræftedes skriftligt med den - mere kortfattede - angivelse af grundlaget for afgørelsen, som det på det pågældende tidspunkt er muligt at give, og med oplysning om adgangen til domstolsprøvelse". Da justitsministeriet allerede havde tilkendegivet at ville følge en praksis, der var i overens-

stemmelse hermed, fandt ombudsmanden ikke anledning til at foretage videre i sagen. Det er over for udvalget blevet oplyst, at justitsministeriet fortsat følger denne praksis. Fremgangsmåden er i disse tilfælde anvendt under hensyn til sagernes særdeles akutte og hastende karakter. Da der er tale om særdeles indgribende afgørelser, udviser justitsministeriet stor tilbageholdenhed med at anvende den nævnte fremgangsmåde og fraviger kun den sædvanlige ekspeditionsform, når ganske særlige omstændigheder gør dette absolut påkrævet.

#### B. Sammenfatning af undersøgelsen.

Ca 1/3 af de patienter, der til enhver tid er anbragt i sikringsanstalten, er indlagt i henhold til et farlighedsdekret.

Antallet af farlighedsdekreter pr. år afsagt inden for de sidste 11 år svinger mellem 0 og 8 med et gennemsnit på under 3 om året. Af undersøgelsen af sager fra 1982-1984 fremgår, at alle de personer, der blev afsagt dekret over, med undtagelse af en, i forvejen var undergivet en strafferetlig foranstaltning. Det fremgår endvidere, at dekretet i langt de fleste tilfælde er blevet begæret indbragt for domstolene.

Adgangen til at træffe bestemmelse om overførelse til sikringsanstalt efter sindssygelovens § 10 kan på det foreliggende grundlag med rette opfattes som et alternativ/supplement til en dom efter straffelovens § 68 eller en foranstaltningsændring efter straffelovens § 72. Sindssygeloven anvendes, når man af tidsmæssige grunde ikke kan afvente en foranstaltningsændring. Det forekommer, at farlighedsdekretet følges op af en foranstaltningsændring, navnlig når den udøvede vold har været af særlig farlig karakter, men det behøver som det ses ikke altid være tilfældet, og navnlig i tilfælde, hvor opholdet i sikringsanstalten må forudses at blive af overskuelig varighed, kan det være velbegrundet ikke at søge den strafferetlige foranstaltning ændret. Et farlighedsdekret er ikke blot - relativt - hurtigt at afsige (gennemsnitlig sagsbehandlingstid ca. 1 måned), men det er også tilsvarende hurtigt at ændre eller ophæve igen. Sagsbehandlingstiden skal

ses i lyset af, at det i loven om sikringsanstalten er foreskrevet, at justitsministeriets afgørelse skal træffes i overensstemmelse med indhentet erklæring fra sundhedsstyrelsen.

Praksis synes at dokumentere, at der i et ret begrænset antal sager eksisterer et behov for en adgang til efter en hurtig administrativ procedure at kunne træffe bestemmelse om overflytning til - og senere tilbageførsel fra - sikringsanstalten.

#### 4. Materiale fra sikringsanstalten.

I tilknytning til udvalgets besøg på sikringsanstalten den 26. oktober 1984 har overlægen ved anstalten, overlæge T. Haugen, og oversygeplejerske F. Bjørn afgivet en skriftlig udtalelse bl.a. vedrørende spørgsmålet om opretholdelse af muligheden for administrativt bestemt anbringelse i sikringsanstalten. Det anbefales i udtalelsen, at den nugældende adgang til at afsige farlighedsdekreter bevares, og man har i den forbindelse fremhævet betydningen af, at afgørelser om overflytning kan træffes efter en hurtig administrativ procedure. Det er endvidere bl.a. anført, at de materielle kriterier for anbringelse på sikringsanstalten under hensyn til frihedsberøvelsens særdeles indgribende karakter bør være meget stramme, således at kun sindssyge personer, der vedvarende er konkret farlige for andre menneskers liv, legeme eller helbred, og denne farlighed ikke på betryggende måde kan imødegås på anden vis, indlægges i sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekret.

Udvalget har tillige fra overlæge Haugen i forbindelse med besøget på sikringsanstalten modtaget en oversigt i anonymiseret form bl.a. indeholdende en kort karakteristik af de personer, der på et givent tidspunkt (oktober 1984) opholdt sig på sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekret. I et forsøg på at illustrere og give et vist indtryk af, hvilke personer der afsiges farlighedsdekret over, skal her kort refereres nogle typiske eksempler fra oversigten:

"34-årig skizofren. Talrige psykiatriske indlæggelser bag sig, udviklet farlig adfærd, herunder kvælningsforsøg over for kvindelig overlæge. Stadig svært psykotisk med opløst tankegang og tidvis truende adfærd. Opholdstid 9 år."

"38 årig skizofren. 1966 dræbt sin far ved skud med jagtgevær, dømt til anbringelse på psykiatrisk hospital. 1977 dømt til sikringsanstalten efter knivstikkeri over for tilfældig sagesløs kvinde. 1979 domsændring til hospitalsanbringelse. 1982 farlighedsdekret efter bortgang fra hospitalet, var herunder i besiddelse af kniv - skønnet udgrundelig og uberegneligt latent farlig. Anbringelsen domstolsprøvet 1983 og 1984. Indstilling om ophævelse af farlighedsdekretet overvejes nu. Opholdstid ] 3/4 år."

"28 årig skizofren. Talrige hospitalsindlæggelser bag sig, ofte svært hallucineret og uberegneligt voldsom. Farlighedsdekret august 1983 efter gentagne uberegnelige overfald på personale og medpatienter. Svært behandlelig, stadig svingende tilstand, overvejende rolig, men tidvist uforudsigelige, lynhurtige udfald mod omgivelserne. Har netop været domstolsprøvet. Opholdstid 1 1/4 år."

"36 årig skizofren. Tidligere bedømt som skizofren særling. 1982 mentalobserveret i sikringsanstalten for ildspåsættelse i egen bolig, ønskedes flugtsikkert anbragt på grund af trusler om ny kriminalitet. Maj 1983 dømt til behandling på eller under tilsyn af psykiatrisk hospital samt kriminalforsorgen, udskrevet til egen bolig og dagpatientstatus maj 1984, herefter forværring med beængstende impulser til brandstiftelse, genindlagt i henhold til dom, taget kvalertag på medpatienter og personale, hvorefter tekefonisk farlighedsdekret i juni 1984. Domstolsprøvet oktober 1984. I sikringsanstalten stiltfærdig og rolig. Opholdstid 4 måneder."

"28 årig skizofren. Mange indlæggelser bag sig, 1982 dømt til anbringelse i psykiatrisk hospital for vold med døden til følge. Under hospitalsophold ofte umotiveret voldsom korporlig farlighed, må hyppigt bæltefikseres. Farlighedsdekret ]6. juli 1984, domstolsprøvet 9. august 1984, hvorefter modtaget i sikringsanstalten. Lovligheden af placeringen anket til landsretten. I sikringsanstalten fuldstændig rolig og uden farlige adfærdstræk.

Opholdstid 2 måneder."

##### 5. Udvalget s overvejelser og konklusion .

I Hans Adserballes fremstilling Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien (1977) er der i kapitel XIII s. 710 ff gjort nærmere rede for sindssygelovens § 10 og sikringsanstalten og s. 723-728 for tidligere overvejelser om revision.

Udvalget finder, at en strafferetlig forfølgning, hvor dette efter adfærdens art findes påkrævet, fortsat må foretrækkes frem for en anvendelse af adgangen til at afsige farlighedsdekret, jfr. oven for justitsministeriets cirkulære af 25. februar 1958, men der er efter udvalgets overvejelser ingen tvivl om, at den praksis, der har udviklet sig vedrørende anvendelsen af adgangen til at udstede farlighedsdekreter, dækker et behov for i et ret begrænset antal tilfælde meget hurtigt at kunne træffe den vidtgående sikkerhedsforanstaltning at overføre visse virkelig farlige sindssyge fra almindelig psykiatrisk sygehusafdeling eller kriminalforsorgsinstitution til sikringsanstalten.

Endvidere bør fremhæves den fordel, der ligger i, at farlighedsdekreter kan ændres eller ophæves ved en hurtig administrativ procedure. Alternativet til et farlighedsdekret vil ofte være en domstolsafgørelse efter straffelovens § 68 eller § 72 til anbringelse i sikringsanstalten, og det har i praksis vist sig betydeligt vanskeligere og mere tidskrævende for domstolene at ændre en sådan foranstaltning, end det er for justitsministeriet at ændre/ophæve et afsagt dekret, når den pågældendes sindstilstand og adfærd samt hensynet til retssikkerheden giver grundlag herfor. Et farlighedsdekret er således som praksis har udviklet sig i almindelighed en mere fleksibel foranstaltning, der kan sikre, at sikringsanstaltens begrænsede kapacitet stedse anvendes til de patienter, der har størst behov for en sådan anbringelse.

Der kan derimod være god grund til at foretage den ændring af praksis, at den administrative beslutning om afsigelse af

et farlighedsdekret kun gælder indtil videre, idet indbringelse for domstolene gøres til en obligatorisk foranstaltning. Prøvelse ved domstolene, hvor sagen behandles i medfør af reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse, bliver dermed den afgørende retsgaranti både med hensyn til de materielle og formelle betingelser, men tillige for så vidt angår skønnet over, om den udviste farlighed og oplysningerne om personens sindssygdom og hidtidige adfærd er af en sådan art, at det er nødvendigt, at den pågældende anbringes i sikringsanstalten. De betænkkeligheder af retssikkerhedsmæssig art, som der eventuelt efter nogles opfattelse kan være knyttet til at overlade det til en administrativ myndighed - her justitsministeriet - at træffe et så vidtgående indgreb som anbringelse i sikringsanstalten ved amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, får væsentlig mindre vægt, når der indføres en obligatorisk efterfølgende domstolsprøvelse. Som et rent midlertidigt og foreløbigt indgreb, der alene gælder indtil rettens afgørelse er truffet, har udvalget ikke fundet grundlag for at ophæve justitsministeriets adgang til at afsige farlighedsdekreter.

Som praksis har udviklet sig forekommer det derimod rigtigt at ophæve statsamternes adgang til at træffe bestemmelse om anbringelse på almindelig psykiatrisk sygehusafdeling. En sådan adgang er overflødig ved siden af de almindelige regler om tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, og i øvrigt har udvalgets rundspørge til statsamterne og Københavns overpræsidium påvist, at der ikke er noget reelt behov for at bevare denne adgang.

De materielle betingelser for afsigelse af farlighedsdekret bør fortsat være sindssygdom og en kvalificeret udadrettet farlighed. Udvalget har overvejet, om man udover farlige sindssyge også bør kunne anvende farlighedsdekret over for andre lige så farlige personer, som ikke er sindssyge, men "som har en anden psykisk afvigelse, specielt karakterafvigelse (psykopati)", som det udtrykkes hos Adserballe, *Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien* (1977) s. 745.



Selv om der i praksis formentlig tidligere er forekommet tilfælde, hvor ikke psykotiske farlige personer er blevet anbragt i sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekret, finder udvalget ikke at burde indføre lovhjemmel herfor. En eventuel regel herom måtte i givet fald formuleres som vedrørende andre tilstande, der ganske kan ligestilles med sindssygdom. Kravene til farlighed måtte blive ganske de samme som de, der stilles til de egentligt sindssyge,. Hensynet til andre borgeres retssikkerhed er det samme og dermed lige tungtvejende for begge gruppers vedkommende. Efter udvalgets opfattelse bør det imidlertid fastholdes, at de afvigere, der er farlige, men ikke sindssyge, ikke hører hjemme i sikringsanstalten. De hører hjemme i kriminalforsorgens anstalter, herunder i anstalten ved Herstedvester, hvis der er tale om mere udtalt psykisk afvigelse.

Under hensyn til indgrebets karakter og af hensyn til den retssikkerhed, som de tvangsanbragte har krav på, bør det materielle farekriterium ikke være så lidet specifikt som det udtryk, der nu anvendes. Fare for retssikkerheden kan fortsat anvendes som overskrift eller som det generelle krav, men af hensyn til domstolenes efterprøvelse er det ønskeligt nærmere at angive, hvad der kræves opfyldt eller hvilke farer, der tænkes på ved et udtryk som fare for retssikkerheden. Udvalget har ikke efter gennemgangen af praksis fundet anledning til, hverken helt eller delvis, at tage afstand fra denne, men har alene af principielle grunde fundet det rigtigst i loven at søge at præcisere, hvornår frihedsberøvelse ved anbringelse på sikringsanstalten kan finde sted.

Anbringelse på sikringsanstalten i henhold til farlighedsdekret afsagt af justitsministeriet bør forbeholdes personer, som er sindssyge, og som mere vedvarende er konkret farlige for andre menneskers liv og legeme. Det bør endvidere være en betingelse, at der er tale om farlighed, som ikke kan imødegås på betryggende måde ad anden vej. Det drejer sig navnlig om personer, som har gjort sig skyldig i manddrab, voldtægt eller legemsbeskadigelse eller i forsøg herpå, jfr. straf-

felovens §§ 237, 216, 245 og 246, eller som truer med at begå sådanne handlinger, således at der fremkaldes alvorlig og velbegrunnet frygt for andres liv eller velfærd, jfr. straffelovens § 266.

Det kan efter omstændighederne også være nødvendigt at afsige farlighedsdekret over for sindssyge, der forvolder lignende tilsigtet fare for personer ved andre former for almenfarlige handlinger som f.eks. brandstiftelse, hvorimod den blotte fare for selv omfattende hærværk og materiel skadeforvoldelse ikke kan komme i betragtning.

Ikke enhver vold mod sagesløs kan anses for tilstrækkelig, men er der tale om flere voldshandlinger eller en enkelt, som af mere tilfældige grunde ikke har resulteret i legemsbeskadigelse, men hvor handlingen efter dens art, udførelse og de anvendte midler, f.eks. kvalergreb eller brug af våben, lige så vel kunne have medført skade på legeme, kan anbringelse på sikringsanstalten efter de nærmere omstændigheder dog være indiceret.

Ved fare for retssikkerheden forstås en ikke blot forbigående, alvorlig fare for andre personers liv, legeme eller helbred.

Når efterfølgende indbringelse for domstolene gøres obligatorisk, synes der ikke at være noget særligt hensyn, som taler for at begrænse adgangen til afsigelse af farlighedsdekreter til personer, der i forvejen er undergivet en strafferetlig foranstaltning. Det afgørende hensyn må her være den fare, som den sindssyge udgør i forhold til andre mennesker. Er den så kvalificeret, som foran anført, og kan man ikke på adækvat vis beskytte samfundet mod denne fare ved andre og mindre indgribende foranstaltninger, bør anbringelse på sikringsanstalten finde sted. Dette er påkrævet primært af hensyn til medpatienter, personale og andre borgere, men tillige af hensyn til den sindssyge selv, fordi han ved anbringelse på sikringsanstalten på en gang undgår at volde skade på andre mennesker og samtidig opnår anstændige forhold, hvor der anvendes mindst

mulig mekanisk tvang mod ham.

T betragtning af at der kun er et yderst begrænset behov for at anbringe kvinder på sikringsanstalten, næppe mere end 1 om året, kan en udbygning med et afsnit for kvinder hverken anses for realistisk eller påkrævet. Løsningen må her snarere søges i et samarbejde mellem amtskommunerne på landsdelsbasis gennem oprettelse af nogle pladser med ekstra høj personale-normering og egnede lokaliteter forbeholdt voldelige, sinds-syge kvinder.

Udvalget finder ikke grundlag for at foreslå en ændring af den administrative procedure, der anvendes ved behandlingen af farlighedsdekreter, hvor justitsministeriet efter anmodning fra en overlæge og efter høring af retslægerådet træffer afgørelse i sagen. Man har hidtil tillige hørt sundhedsstyrelsen. Retslægerådets udtalelse tilfører sagen en uafhængig bedømmelse fra den højeste lægelige autoritet, og det er derfor vanskeligt at se, i hvilket omfang sundhedsstyrelsen kan bidrage med noget væsentligt nyt. Udvalget foreslår, at man opgiver høring af sundhedsstyrelsen som en overflødig og dermed blot forsinkende ekspedition.

Når farlighedsdekret afsiges vedrørende en person, der er anbragt på psykiatrisk afdeling, sker dette med udgangspunkt i en erklæring afgivet af vedkommende overlæge. I et vist omend mindre omfang forekommer overførsel til sikringsanstalten imidlertid ikke kun fra psykiatriske sygehuse og afdelinger, men også fra Kriminalforsorgens anstalter, herunder anstalten ved Herstedvester.

Spørgsmålet om eventuel udfærdigelse af farlighedsdekret kan også blive aktuelt for varetægtsarrestanter, hvis tilstand og adfærd kan blive af en sådan art, at det ikke er forsvarligt at lade dem forblive frihedsberøvede under de vilkår, der gælder for varetægtsarrestanter i arresthus eller fængsel. T et sådant tilfælde er det imidlertid et spørgsmål, om justitsministeriet vil afsige farlighedsdekret vedrørende en person, der er frihedsberøvet under en ved domstolene verserende straf-

fesag. Alternativet er, at anklagemyndigheden indbringer dette spørgsmål - om arrestanten i henhold til retsplejelovens § 777 af hensyn til "andres sikkerhed" bør overføres til sikringsanstalten - for retten, således at denne - med samtykke fra institutionens ledelse - kan træffe afgørelsen. Justitsministeriet må imidlertid anses som kompetent også i denne situation og kan følgelig afsige farlighedsdekret vedrørende en varetægtsarrestant, hvilket også er forekommet i praksis, se som eksempel herpå Adserballe, Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, side 70.

Samme type problem kan opstå for personer, der er domfældt og som befinder sig som strafafsoner i en af kriminalforsorgens anstalter. Den kompetence, som justitsministeriet har i straffelovens § 49, stk. 2, til at bestemme, at en strafafsoner midlertidigt eller for resten af straffetiden skal overføres "til hospital eller til egnet hjem eller institution til særlig pleje og forsorg" på grund af alder, helbreds-tilstand eller andre særlige omstændigheder, dækker utvivlsomt overførsel f.eks. til psykiatrisk sygehus. Det forudsættes i praksis, at anbringelse i sådanne tilfælde sker i forståelse med den modtagende institution, og i almindelighed at den dømte er indforstået hermed.

Ved afgørelsen tages der også hensyn til den dømtes farlighed og undvigelsestilbøjelighed. Selv om bestemmelsen vel efter sin ordlyd kan siges også at dække overførsel til sikringsanstalten, er det tvivlsomt, om justitsministeriet vil benytte straffelovens § 49, stk. 2, til en sådan ændring, da der her vil blive tale om en ny foranstaltning, der vil blive oplevet som en skærpelse. Spørgsmålet må formentlig besvares benægtende. Om dette spørgsmål se også Adserballe Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien (1977) s. 748. I praksis vil man snarere overføre den pågældende til **Herstedvester**, og hvis dette ikke er tilstrækkeligt til opfyldelse af hensynet til medindsattes og personalets sikkerhed, vil man antagelig overføre vedkommende til sikringsanstalten i henhold til et farlighedsdekret.

Udvalget kan endelig tiltræde, at den nugældende ordning med hensyn til ophævelse eller ændring af farlighedsdekreter opretholdes således, at det fortsat bør være justitsministeriet og ikke overlægen ved sikringsanstalten, der har den administrative kompetence. Der er næppe behov for at kræve rettens medvirken ved ophævelse eller lempelse af et tidligere afsagt farlighedsdekret. Justitsministeriets praksis på dette felt har ikke givet anledning til kritik. Udøvelse af beføjelsen til at ophæve eller ændre tidligere afgørelser har da også fungeret hensigtsmæssigt ved at virke som et smidigt retsmiddel, hvor afgørelser er truffet forholdsvis hurtigt. Det må anses som vigtigt, at denne praksis opretholdes dels af humane grunde, dels fordi man ad den vej kan medvirke til, at de relativt få pladser i sikringsanstalten udnyttes rigtigt. Udvalget finder ikke grundlag for at indføre obligatorisk domstolskontrol med justitsministeriets ophævelse eller ændring af farlighedsdekreter. Der vil imidlertid fortsat være domstolskontrol med justitsministeriets afslag på ophævelse af farlighedsdekret, hvis den frihedsberøvede begærer dette.

Bortset fra de ovennævnte regler om obligatorisk domstolsprøvelse, udskrivning, m.m., der er betinget af denne frihedsberøvelses særlige karakter, skal der gælde de almindelige regler vedrørende ophold på psykiatriske afdelinger, herunder reglerne om tvangsbehandling og tvangsmidlers anvendelse. Såfremt den pågældende patient ikke allerede har en patientrådgiver eller en bistandsværge efter straffelovens § 71, skal der i forbindelse med anbringelse i sikringsanstalten beskikkes en patientrådgiver for patienten, ifr. kapitel 10.

Reglerne i den nugældende sindssygelovs § 10 og § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en hertil knyttet sikringsanstalt skal ophæves og sammenfattes i en ny regel. Denne bestemmelse kan eventuelt indsættes i den nye lov, som dette udvalgs arbejde skal munde ud i. Udvalget vil dog her pege på, at der på den ene side ikke er nogen nødvendighed for, at denne bestemmelse skal stå i en lov, der i øvrigt beskæftiger sig med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling på psykiatrisk

sygehusafdeling. Udvalget må på den anden side samtidig erkende, at man ikke har kunnet påvise nogen anden velegnet placering af en lovbestemmelse om sikringsanstalten.

Et mindretal - Knud Jensen og Rigmor Berg - finder, at "farlighed for andre" ikke hører hjemme i en lovgivning af den art, som dette udvalg beskæftiger sig med, og at regler vedrørende sikringsanstalten derfor bør henvises til særskilt lovgivning. Mindretallet har endvidere fremhævet, at det ud fra en ideologisk betragtning er uheldigt at understrege farlighed som et særligt karakteristikum i den nye lov, dels fordi kun meget få sindssyge er farlige, dels fordi det afgørende kriterium for afsigelse af farlighedsdekret netop er faren og ikke sindssygdommen, hvilket understreges af, at de personer, der er lige så farlige, men ikke sindssyge, anbringes i kriminalforsorgens anstalt i Herstedvester. De har endvidere betonet, at den form for farlighed, som kan begrunde anbringelse på sikringsanstalten, er af en væsentligt mere kvalificeret karakter end den farlighed, som indgår i farlighedsindikationen ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Dette taler også for at anbringe den regel, som skal give hjemmel for tvangsanbringelse i sikringsanstalten, uden for den lov, som skal erstatte 1938-loven.

## Kapitel 9.

### Anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse.

Det er tvangsanvendelsen - den retmæssige adgang til i visse tilfælde at udøve tvang over for sindssyge personer og den faktiske udnyttelse af denne ret - der er særegen for de retlige problemer, som den lægelige behandling inden for psykiatrien giver anledning **til**. Selv om alle i udvalget er enige om, at tvangsanvendelsen skal begrænses mest muligt og nøje reguleres og kontrolleres, er det ikke realistisk at forestille sig, at man kan ophæve enhver adgang til tvangsanvendelse ved lægelig behandling af sindssyge..

Den etiske begrundelse for overhovedet at acceptere tvangsanvendelse selv i dens lempeligste og mest skånsomme form er, at den ret til selvbestemmelse, som ellers tilkommer ethvert menneske, i visse tilfælde midlertidigt må vige til fordel for goder som liv eller helbred, der må anses som endnu vigtigere. Hvornår og i hvilke relationer dette må antages at være tilfældet må på det generelle plan bero på en nøje afvejning af de retsregler, der skal regulere og begrænse tvangsanvendelsen, og i hvert enkelt tilfælde på en konkret efterprøvelse af, om det også er tvingende nødvendigt at gribe tvangsmæssigt ind i dette menneskets tilværelse her og nu.

Uden tvangsanvendelse var der ikke noget behov for at lovregulere sindssyge personers hospitalsbehandling ud over det, der gælder for al lægelig behandling efter lægeloven.

De krav, der bør stilles til kontrol med tvangsanvendelsen, og de retsgarantier, der bør foreskrives, er efter udvalgets opfattelse iøvrigt ganske de samme, uanset om antallet af tilfælde, hvori der udøves tvang, er større eller mindre. I sidste instans drejer det sig om det enkelte menneskes retssikkerhed. Retssikkerhed er ikke et kvantitativt, men et kvalitativt begreb.

Det er i dette afsnit tanken at beskrive den nugældende retstilstand, og derefter, i det omfang det er muligt, at redegøre for det faktiske omfang af anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse på de psykiatriske institutioner. Dernæst omtales kritikken af og diskussionen om anvendelse af disse former for tvang. Udvalget har i sit arbejde også inddraget de retningslinier, der anvendes inden for socialsektoren med hensyn til magtanvendelse over for voksne personer med vidtgående fysisk eller psykisk handicap samt de nye norske regler om tvangsbehandling. Udvalgets egne overvejelser vedrører dels sammenhængen mellem tvangsanvendelse og ressourcer, dels et forsøg på at opstille nogle generelle principper, der skal styre den fremtidige adgang til at benytte tvangsmidler i de psykiatriske institutioner og endelig nogle retningslinier for registreringen heraf.

#### 1. Nugældende retstilstand.

##### Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold.

I den nugældende lovgivning er kun adgangen til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på psykiatrisk sygehus direkte lovreguleret, hvorimod adgangen til tvangsbehandling af den sindssyges lidelse og de tvangsmidler, det i den forbindelse er retmæssigt at anvende, ikke er omtalt i loven. Det betyder selvsagt ikke, at der ikke nu findes retlige grænser eller normer for tvangsudøvelse på dette område, men derimod nok at den retlige regulering er mindre eksplicit og tæt end det i dag af de fleste opleves som ønskeligt.

Medens antagelig alle uden tøven ved behandlingen af ikke psykiatriske lidelser ønsker at opretholde frivillighed som et ubetinget krav til enhver lægelig behandling, er det formentlig en næsten lige så udbredt opfattelse, at dette ikke fuldt ud lader sig gøre, når der er tale om psykiske lidelser.

Som en slags mellemgruppe vil man kunne placere rusmiddelmissbrugere, såsom alkoholikere, lægemiddelmissbrugere og narkoma-



ner. Om eventuel tvangsbehandling af disse, se kapitel 5 afsnit 2 B.

De sindssyge kan i dag tvangsindlægges, hvis de er farlige for sig selv eller andre, eller hvis udsigterne til deres helbredelse vil blive væsentlig forringet, hvis de ikke indlægges. I disse tvangsindlæggelseskriterier, hvorefter indlæggelse skal ske, hvis det ville være uforsvarligt ikke at indlægge, ligger der ikke blot i tilfælde af indlæggelse på den egentlige behandlingsindikation, men også helt klart, når indlæggelse sker for at afværge fare for den sindssyge selv - fare for selvmord og selvlemlæstelse - at formålet er at gøre den sindssyge så rask, at faren bringes til ophør, men dette gælder for så vidt også ved fare for andre. Man kan også udtrykke dette på en lidt anden måde. Når en læge tager en patient i behandling, følger det af lægens opgave, som det er udtrykt bl.a. i lægeløftet, at lægen skal søge at helbrede og lindre patientens lidelse. Når indlæggelse er sket tvangsmæssigt, legitimerer det tvangsmæssige i selve anbringelsen på sygehuset også, at behandlingen om fornødent må ske med tvang for ikke at udstrække selve tvangsanbringeisen længere end nødvendigt.

De samme betragtninger kan anføres vedrørende tvangstilbageholdelseskriterierne, idet det dog må erkendes, at styrken i argumentationen er væsentligt ringere, når tilbageholdelse sker, fordi udskrivning må antages alene at ville medføre væsentlige ulemper for patienten og ikke udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Fælles for de nugældende tvangsindlæggelses- og tvangstilbageholdelseskriterier er det, at de antages indirekte at hjemle tvangsbehandling, idet behandling med magt anses som et mindre onde end fortsat opretholdelse af frihedsberøvelse uden forsøg på behandling. Det sidste ville også være uetisk rent lægeligt, når behandling er mulig. Man kan af denne retstilstand udlede, at kun personer, som er frihedsberøvet, eller som opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, kan undergives tvangsbehandling på psyki-

trisk afdeling.

Ikke blot er selve tvangsbehandlingen således kun indirekte lovreguleret, men de enkelte tvangsmidler er også ganske uomtalte i sindssygeloven. Henset til den stedse stigende betydning man tillægger den personlige integritet, kan det ikke være rigtigt, at de magtmidler, som kan bringes i anvendelse, ikke er behørigt retligt regulerede. En nøje retlig normering er nødvendig ikke blot af hensyn til patienterne, men også af hensyn til personalet, som har krav på at vide, om den adfærd, der følges på en afdeling, er fuldt ud korrekt og i god overensstemmelse med de krav, der i dag må stilles til enhver tvangsanvendelse over for syge mennesker. Folketingets Ombudsmand har igennem det seneste årti gentagne gange givet udtryk for det ønskelige i en klargøring af retstilstanden.

#### Sundhedstyrelsens cirkulærer fra 1983 og 1985.

For så vidt angår reguleringen af adgangen til at tvangsbehandle psykiatriske patienter udsendte sundhedsstyrelsen den 28. juni 1983 et cirkulære om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser. Cirkulæret er nærmere omtalt nedenfor i kapitel 11, afsnit 3 om informeret samtykke og kapitel 18, afsnit 3 D. I denne forbindelse skal alene nævnes, at det i cirkulæret er fastsat, at tvangsbehandling af en psykisk lidelse hos en indlagt patient undtagelsesvis kan finde sted ved livstruende tilstande, ved psykotiske tilstande, hvor der foreligger fare for patienten selv og omgivelserne, og hvor behandling med et beroligende lægemiddel er mere hensigtsmæssig eller human end en fysisk restriktion, samt ved psykotiske tilstande hos patienter, hvor undladelse af behandling alvorligt vil forringe udsigterne til helbredelse. Cirkulæret er optrykt som bilag 6.

Den retlige regulering af adgangen til at anvende tvangsmidler bestod i en kort periode i de bestemmelser, der fandtes i den såkaldte fællesinstruks af 11. marts 1975" for de statslige psykiatriske hospitaler om tvangsmidlers anvendelse, som

blev udfærdiget efter en henstilling afgivet af Folketingets Ombudsmand i 1974, jfr. Folketingets Ombudsmands beretning 1974, side 224-227. Med de tidligere statshospitalers overførsel til amtskommunerne pr. 1. april 1976 ophørte fællesinstruksen formelt at have gyldighed, hvilket man næppe over alt var fuldt ud opmærksom på, før Folketingets Ombudsmand påpegede dette i sin skrivelse af 26. september 1983 vedrørende en konkret klage over, at en mindreårig dreng, der efter straffeloven var dømt til psykiatrisk behandling, næsten uafbrudt i 48 døgn havde været bæltefikseret på psykiatrisk sygehus, jfr. Folketingets Ombudsmands beretning 1983, side 105-116. Ombudsmanden gentog herefter sin henstilling fra 1980 om en nærmere regulering af betingelserne for og proceduren ved tvangsforanstaltninger over for patienter på de psykiatriske sygehuse (Folketingets Ombudsmands beretning 1979, side 408 f), hvilket resulterede i, at sundhedsstyrelsen den 24. oktober 1983 udsendte sit første cirkulære om tvangsmidlers anvendelse i landets psykiatriske sygehuse, de dertil knyttede plejehjem m.v. samt psykiatriske afdelinger. Det materielle indhold i dette cirkulære svarede nøje til fællesinstruksen af 11. marts 1975.

Sundhedsstyrelsen har den 28. juni 1985 udfærdiget et nyt cirkulære, som træder i stedet for det tidligere, og som regulerer såvel anvendelsen af tvangsmidler som anvendelsen af de såkaldte beskyttelsesforanstaltninger, jfr. bilag 7.

Sundhedsstyrelsens seneste cirkulære er midlertidigt og forudsættes afløst af regler, der fastscettes på grundlag af de forslag, der fremkommer som følge af udvalgets arbejde.

## 2. Den faktiske tvangsanvendelse.

Det er ved en gennemgang af de former for tvangsanvendelse, der faktisk forekommer i psykiatriske sygehuse og afdelinger, naturligt at tage udgangspunkt i den udtalelse, som folketingets ombudsmand afgav i 1974, jfr. Folketingets Ombudsmands beretning 1974, side 167-169, hvori han tiltrådte nedenstående hovedsynspunkter, som blev formuleret af Villars Lunn, som

indledningsvis fremhævede, at forsvareligheden af tvangsmæssig behandling ikke er egnet til løsning ved generelle administrativt fastsatte forskrifter, og at det gælder som et almindeligt princip, at tvangsmæssig behandling af psykiatriske patienter kun yderst sjældent bør finde sted. De tilfælde, hvor dette kan komme på tale, falder i det væsentlige inden for følgende kategorier:

- 1) En livstruende tilstand, hvor patienten vægrer sig mod at underkaste sig den adækvate, d.v.s. livsreddende behandling. Eksempel: NCE-behandling (d.v.s. elektrostimulation) af akut delir.
- 2) Psykotiske urotilstande, hvor patienten frembyder fare for sig selv eller sine omgivelser, og hvor en medikamentel sedering må skønnes mere hensigtsmæssig, respektive mere human, end fysisk restriktion.
- 3) En psykotisk tilstand hos en patient, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse i henhold til sindssygelovens § 8, stk. 1. Det understreges, at det specielt om denne indikation gælder, at man bør udvise stor tilbageholdenhed - blandt andet ud fra den erfaring at en afventende holdning gennem længere tid i et flertal af tilfælde vil gøre det muligt at motivere patienten for frivilligt at lade sig behandle.

Man kan efter den nugældende retstilstand fastslå, at der ikke alene gælder en ret til at iværksætte tvangsbehandling i visse tilfælde, men at en psykiatrisk afdeling også kan være forpligtet til at behandle en patients psykotiske lidelse mod hans vilje.

Retstilstanden er imidlertid væsentlig mere uklar, hvis det drejer sig om en somatisk (legemlig) lidelse hos en psykotisk patient, der nægter at lade sig behandle for denne. Ifølge sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser kan behandling uden eller mod patientens vilje for somatiske lidelser hos tvangsindlagte inhabile patienter iværksættes ved livstruende tilstande og i tilfælde, hvor der foreligger alvorlig helbredsrisiko. Uden for de nævnte tilfælde kan tvangsbehandling af den somatiske lidelse kun gennemføres efter umyn-

diggørelse og med samtykke fra den beskikkede værge.

Peter Kramp og Villars Lunn har behandlet spørgsmålet om somatisk tvangsbehandling af psykotiske patienter i deres artikel i Ugeskrift for Læger 1984, vol. 146, p 991-999. Under den nugældende retstilstand synes der efter forfatterens opfattelse ikke at være andre muligheder end i alle tilfælde at gennemføre en personlig umyndiggørelse og lade den beskikkede værge meddele det fornødne samtykke til iværksættelse af den behandling, der skal til for at redde en sådan patients liv. Se kapitel 11 om informeret samtykke, hvor der i afsnit 3 er redegjort nærmere for denne problematik, samt kapitel 18, afsnit 3D.

De tvangsmidler eller former for tvangsanvendelse - udover tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse - som der vil blive behov for at regulere retligt er:

1. Mekanisk tvang, det vil sige anvendelse af fysiske tvangsmidler for at fiksure patienten. Disse midler omfatter:
  - bælte, normalt et bredt, polstret læderbælte, hvormed patienten fastspændes til sengen. Bæltet anbringes hen over patientens mave, mens denne ligger på ryggen,
  - håndremme, normalt udført i læder, hvorved patientens hænder med en rem rundt om håndleddet fastspændes til sengen,
  - fodremme, normalt udført i læder, hvorved patientens ben fastspændes til sengen med en rem rundt om hver ankel,
  - handsker, normalt udført i stof, hvori patientens hænder anbringes, idet de samtidig fastspændes til sengen med armene ned langs siden.

Under tiden anvendes fysisk magt for at fastholde, flytte og eventuelt fastspænde en patient, der er så urolig, at personalet ikke har andre muligheder end ved magt at bringe den farlige situation under kontrol.

2. Behandlingstvang, det vil sige anvendelse af tvang til at gennemføre bestemte behandlingsmetoder, især medicinering

og elektrostimulationsbehandling (NCE-behandling). Tvangsmedicinering anvendes i et vist omfang, ligesom elektrosstimulation en sjælden gang gives ved tvang, hvorimod psyko-kirurgiske indgreb ikke anvendes som tvangsbehandling.

3. Beskyttelsestvang. Anvendelse af tvang for at beskytte patienten mod fare, som vedkommende i reglen utilsigtet udsætter sig selv for, hvilket er særligt almindeligt hos gerontopsykiatriske patienter som følge af senil demens, konfusion og lignende tilstande. Det kan for eksempel dreje sig om en sengehest, der opsættes for at forhindre, at patienten falder ud af sengen eller et sammenfoldet lagen, der med samme formål anbringes hen over patienten og med enderne stukket ind under madrassen, eller et bord, der opstilles foran stolen for at undgå, at patienten rejser sig og falder, et stofbælte (lærred), ofte betegnet som "blødt bælte", hvormed patienten kan fastholdes til stol, seng, toilet, bækkenstol eller lignende - i og for sig tilsyneladende ret harmløse midler, men dog midler, der rent faktisk fikserer patienten mekanisk uden at denne forstår, hvorfor dette sker. Disse midler virker uskyldige, fordi alle kan forstå, man bør gøre noget for at undgå, at en person, hvis ben ikke længere kan bære ham, ikke blot rejser sig og prøver at gå, fordi vedkommende ikke er sig sin egen funktionsnedsættelse bevidst. Der henvises herom til sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1985, jfr. bilag 7.

Hertil kommer, at en permanent aflåsning af en afdeling i mange tilfælde anvendes som beskyttelse af patienterne, så disse ikke forvilder sig ud på trafikerede områder eller ud i naturen med risiko for ikke at kunne finde hjem og i værste fald for at forkomme af kulde og sult.

4. Tvangsmæssig flytning af en patient til en afdeling. Dette forekommer for eksempel ved overflytning fra en akut modtageafdeling til langtidsafdeling på andet sygehus, men kan også ske inden for samme psykiatriske sygehus. Flytning vil, når patienten gør indsigelse, ofte efter nugældende

praksis være forbundet med indberetning om tvangstilbageholdelse.

5. Aflåsning af en iøvrigt åben afdeling. Anvendes i stigende omfang på åbne modtageafdelinger for at forhindre flytning af en patient til lukket afdeling. I typiske tilfælde drejer det sig om en patient med udtalte selvmordsønsker.
6. Ophævelse af fællesskab. Isolation eller enerumsanbringelse i polstret rum anvendes ikke som tvangsmiddel på danske psykiatriske sygehuse, da fiksering anses for en mere human form for sikring af patienten, end det at anbringe en psykotisk person alene i et cellelignende rum. Bæltefiksering foregår visse steder på eneværelse for at sikre patienten mod eventuelle overgreb fra medpatienters side. Et særligt fikseringsrum findes på sikringsanstalten, jfr. nedenfor i afsnit 7.

Som man kan se af denne opregning er der tale om meget forskellige tvangsindgreb, både efter deres art og intensitet, hvilket også må afspejle sig i de retsregler, der skal fastsættes om deres anvendelse.

### 3. Omfanget af tvangsanvendelse.

Spørgsmålet om omfanget af anvendelsen af tvangsmidler på de psykiatriske sygehuse og afdelinger er vanskeligt at besvare, fordi der ikke foretages systematisk registrering af tvangsanvendelse på samtlige afdelinger. I det følgende beskrives de foreliggende opgørelser vedrørende A) anvendelse af mekanisk tvang, B) anvendelse af behandlingstvang og C) anvendelse af beskyttelsestvang.

For de øvrige oven for nævnte former for tvang (punkt 4-6) foreligger der ikke systematiske opgørelser. Tvangsflytning samt aflåsning af åben afdeling sker temmelig sjældent - under 10 gange pr. år i en to års periode på Psykiatrisk Hospital i Risskov (se nedenfor).

## A. Anvendelse af mekanisk tvang.

Udvalget har i denne forbindelse støttet sig på oplysninger, indhentet fra Set. Hans Hospital, Københavns Amts Sygehus, Nordvang og Odense sygehus, psykiatrisk afdeling samt to artikler i Ugeskrift for Læger om forholdene på nogle afdelinger på Psykiatrisk Hospital i Århus (Reisby, N, Ugeskr. f. Læg., 1983 vol. 145, p. 1801 og Ugeskr. f. Læg., 1984, vol. 146, p. 3586).

### a. Hyppigheden af tvangsanvendelse.

Tvangsanvendelse er næsten udelukkende knyttet til lukkede modtageafdelinger og lukkede langtidsafdelinger, og det er derfor forventeligt, at tvangsanvendelse er yderst begrænset på de amtskommunale psykiatriske afdelinger på almindelige sygehuse, da disse afdelinger som regel ikke råder over lukkede afdelinger.

Hyppigheden af de forskellige former for tvangsanvendelse er oplyst fra Psykiatrisk Hospital i Århus og fra Odense sygehus, psykiatrisk afdeling. På Psykiatrisk Hospital i Århus udgjorde i 1983 og 1984 antallet af bæltefikseringer 90-95% af de registrerede tvangsanvendelser.

Hyppigheden af tvangsanvendelse kan angives i absolutte tal, men bør sættes i relation til den pågældende afdelings indlæggelsestal. Det vil give misvisende resultater blot at relatere hyppigheden til antallet af senge eller til hospitalets samlede indlæggelsestal. Da samme person undertiden udsættes for tvangsanvendelse flere gange, bør man foruden det samlede antal tvangsanvendelser også have kendskab til antallet af personer, der udsættes for tvang.

For nogle lukkede modtageafdelinger i Århus, Odense, Glostrup og på Set. Hans Hospital er hyppigheden af bæltefikseringer angivet i tabel 1. Vedrørende langtidsafdelinger foreligger der kun oplysninger fra Århus og Glostrup. Disse er anført



i tabel 2.

Når disse tal vurderes, er det vigtigt at erindre, at de her opgjorte indlæggelser kun udgør omkring 1% af alle indlæggelser på psykiatriske afdelinger på et kalenderår, og at de omtalte afdelinger udgør omkring 1/5 af de lukkede afdelinger i landet.

Det er åbenbart, at der er stor forskel på de travle lukkede modtageafdelinger og langtidsafdelinger med et ringe antal nyindlæggelser. Ligeledes er der stor forskel afdelingerne imellem, selv inden for det samme hospital, hvilket kan have organisatoriske og visitationsmassige forklaringer. Der må derfor advares mod umiddelbare sammenligninger imellem afdelingerne indbyrdes.

Det kan læses ud af tabel 1, at der er lukkede modtageafdelinger, hvor der forekommer 1-2 fikseringer pr. døgn, og tilsvarende afdelinger, hvor det kun sker hvert 10. døgn, at en patient fikseres. Ser man derimod på antallet af patienter, der fikseres i relation til det antal patienter, der passerer igennem afdelingen, er tallene mere ensartede, idet procentdelen af patienter, der udsættes for fiksering, ligger mellem ca. 15 og 25% svarende til, at mellem ca. hver fjerde og syvende patient på et tidspunkt under indlæggelsen bliver tvangsfikseret. Hvis man skønner over tallene for 1983 for de opgjorte afdelinger, har omkring 400 patienter været tvangsfikseret, hvilket på landsbasis for dette år antyder, at omkring 2.000 personer har været udsat for denne form for tvang. Dette tal må sammenholdes med, at tallet for indlæggelser pr. år på psykiatriske afdelinger er omkring 40.000.

På lukkede langtidsafdelinger findes et lille antal meget urolige sindssyge patienter, hvoraf enkelte patienter tegner sig for et meget stort antal fikseringer. Det er ikke for denne type afdelinger muligt at skønne over antallet af fikseringer og fikserede patienter på landsbasis.

Hyppigheden af tvangsanvendelse over for den enkelte patient

fremgår af oplysninger fra de akutte modtageafdelinger i Odense, på Set. Hans Hospital og Psykiatrisk Hospital i Århus. Det fremgår, at ca. halvdelen - i Odense ca. 3/4 - af patienterne kun fikseres en enkelt gang, og at det kun er et lille antal patienter, der fikseres mange gange. Fra de opgjorte afdelinger har i 1983 under 10 patienter været fikseret over 10 gange.

b. Varigheden af mekanisk tvang.

Tallene fra Odense, Set. Hans Hospital og Psykiatrisk Hospital i Århus viser, at varigheden af en tvangsfiksering varierer ganske meget fra sted til sted, formentlig som udtryk for lokale traditioner. Generelt vil ca. 1/4 af fikseringerne være under tre timer, halvdelen mellem tre og 12 timer og resten er enten uoplyst eller varer over 12 timer. Varigheden må ses i forbindelse med hyppigheden, idet der synes at være tendens til, at langvarige fikseringer (over seks timer) er hyppigere, hvor der er relativt få fikseringer. Det må også erindres, at man som regel ikke vækker en sovende patient for at løsne en fiksering. Opgørelser fra Psykiatrisk Hospital i Århus viser iøvrigt, at fikseringer er ret jævnt fordelt over døgnet 24 timer.

c. Årsager til tvangsanvendelse.

De direkte ydre årsager til, at personalet på de lukkede afdelinger føler sig tvunget til at gribe til tvang, altså de situationer, hvor specielt tvangsfiksering sættes iværk, er beskrevet af Reisby (1984).

Over en seks måneders periode registreredes 147 tvangsanvendelsessituationer på to lukkede modtageafdelinger og en lukket langtidsafdeling. Da der kunne være flere medvirkende grunde til tvangsanvendelse, registreredes 177 "årsager", der fordelte sig således:

- psykotisk adfærd, truende og verbalt aggressiv over for medpatienter og personale (79 tilfælde svarende til 44%)
- angreb på medpatienter (24 tilfælde)

- angreb på personale (18 tilfælde)
- patienten skader sig selv (22 tilfælde)
- ødelæggelse af inventar (30 tilfælde)
- fiksering i forbindelse med tvangsmedicinering (4 tilfælde).

Man kan her hæfte sig ved, at i lidt under halvdelen af tilfældene indeholder registreringen kun oplysninger om, at patienten har været urolig, støjende, til gene for medpatienterne, eventuelt truende og med "sindssyg" adfærd. Personalet har her - i overensstemmelse med afdelingens instruks (og dermed med ombudsmandens fællesinstruks fra marts 1975) - handlet forebyggende over for voldsanvendelse fra patientens side. I en del tilfælde har patienten været åbenlyst forpint af sin tilstand, og i 13% har patienten selv anmodet om fiksering.

De dybere årsager til tvangsanvendelse skal søges i personalets manglende muligheder for alternative reaktioner. En analyse heraf ville kræve detaljerede oplysninger om afdelingens indretning og udstyr, antallet af personalemedlemmer på vagt, adgangen til at skaffe supplerende vagter og sammensætningen af patientklientellet på tidspunktet, hvor tvangsforanstaltningen iværksættes, idet det er velkendt, at flere urolige patienter kan "køre hinanden op". Sådanne detaljerede analyser foreligger ikke og er vanskelige at fremskaffe. Tilsvarende analyser ville også have relevans for hyppigheden og varigheden af tvangsfikseringen.

#### d. Muligheder for at forebygge anvendelse af mekanisk tvang.

Forebyggelse af anvendelse af mekanisk tvang hænger nøje sammen med en pædagogisk og efteruddannende indsats, navnlig over for de lukkede afdelingers personale, og med de ressourcer, der kan sættes ind på at forbedre miljøet på de lukkede afdelinger.

Blandt de muligheder - som blandt andre Reisby nævner, og som udvalget ganske kan tiltræde - er følgende:

- nøje registrering af omstændighederne ved tvangsanvendelse

- for at kunne benytte dette pædagogisk,
- indberetningspligt,
  - efteruddannelse af personalet,
  - tilsyn af vagthavende læge - om muligt - før fikseringen iværksættes,
  - mulighed for ekstra personale til urolige patienter, fast vagt,
  - mulighed for enestuer, udenomsrum, beskæftigelsesmuligheder.

De foranstående opgørelser og skøn giver ikke noget sikkert svar på spørgsmålet om, i hvilket omfang der i dag anvendes tvang på vore psykiatriske afdelinger, men giver dog et indtryk af hyppigheden og intensiteten af den tvang, der faktisk anvendes. Opgørelserne efterlader endvidere en ret klar fornemmelse af, at tvangsanvendelsen kan påvirkes i nedadgående retning ved en målrettet indsats til et niveau lavere, end vi kender det i dag, uden at dette går ud over sikkerheden for og hensynet til andre patienter og personalet. I overensstemmelse med princippet om, at man altid bør anvende det mindste middels princip, går udvalget ind for, at en sådan indsats bør søges gennemført.

TABEL 1.

Oplysninger om bæltefikseringer på lukkede modtageafdelinger.

Afd.	Opgørelses periode	Antal indlæg- gelser	Antal fikse- ringer	Antal tvangs- fikserede patienter
------	-----------------------	----------------------------	---------------------------	---

SSH

C 8	1/5-83-30/4-84	395	203	71
C 9	1			

R 50	1983	668	45	
R 54	1983	439	257	

Odense

P 1	1981	453	63	61
P 1	1982	257	37	59
P 1	1983	218	53	58

PH Århus

4, 24, 43	1/9-80-30/8-81	635	518	124
4, 24, 43	1/9-81-30/8-82	587	590	132
5, 6	1983	421	179	58
5, 6	1984	524	253	61

Set. Hans Hospital: C 8 er en lukket modtageafdeling (18 senge) overvejende for mænd.

C 9 er en lukket modtageafdeling (18 senge) overvejende for kvinder

Nordvang: O 44, P 45, P 46 og R 54 er kønsblandede, lukkede modtageafdelinger med 15, 15, 18 og 18 senge respektiv.

R 50 er en kønsblandet lukket modtageafdeling med visitation (18 senge)

Odense psyk.afd.: P1 er en lukket urolig kønsblandet modtageafdeling med 16 senge.

Psyk.Hosp. i Århus: 4, 24, 43 er lukkede urolige modtageafdelinger for kvinder med ialt 53 senge.

5, 6 er lukkede modtageafdelinger med ialt 32 senge. 5 overvejende for mænd, 6 overvejende for kvinder.

TABEL 2:

Oplysninger om bæltefikseringer på lukkede langtidsafdelinger.

Afd.	Opgørelsesperiode	Antal indl.	Antal fikseringer	Antal tvangs-fikserede patienter
<u>Nordvang</u>				
0 42	1983	31	41	
<u>PH Århus.</u>				
41, 46	1/9-80-30/8-81	19	228	22
41, 46	1/9-81-30/8-82	29	474	19
46	1983	17	236*	13
46	1984	33	361**	10

\* En patient fikseret 172 gange.

\*\* En patient fikseret 308 gange.

Nordvang - 0 42 langtidsafdeling med 15 senge  
 Psykiatrisk Hospital i Århus - 41, 46 langtidsafdelinger, kønsblandede med 35 senge.

B. Anvendelse af behandlingstvang.

Tvangsmedicinering uden anvendelse af mekanisk tvang udgjorde i årene 1983-1984 på Psykiatrisk Hospital i Århus 4-8% af de registrerede tvangsanvendelser. I enkelte tilfælde anvendes også samtidig tvangsfiksering og tvangsbehandling med injektion. I Odense udgjorde tvangsmedicinering ca. 1/3 af den samlede tvangsanvendelse.

Behandlingstvang i forbindelse med NCE-behandling foregår kun

i overordentligt begrænset omrang og normalt kun ved livstruende tilstand (vital indikation).

### C. Anvendelse af beskyttelsestvang.

Fra plejepersonalet i plejehospitalet Hedelund ved Greve foreligger en opgørelse, der viser, at af 264 patienter var 23 bæltefikserede og én lagenfikseret hver nat for at beskytte dem mod fald ved udstigning af deres seng. Andre 9 patienter havde problemer, som ofte gjorde tilsvarende fiksering nødvendig. Næsten alle disse patienter blev fri for bælte efter at være blevet udstyret med en plejeseng, der kan hæves eller sænkes, og som stilles i laveste position om natten.

På Psykiatrisk hospital i Århus er anvendelsen af beskyttelsestvang opgjort på syv gerontopsykiatriske afdelinger i en 3 måneders periode i efteråret 1984. Én gerontopsykiatrisk afdeling er ikke medtaget, da der aldrig anvendes tvang på denne afdeling.

lait har 152 patienter (101 mænd 51 kvinder) været indlagt i opgørelsesperioden, heraf 104 i hele perioden. Gennemsnitsalderen for de 152 patienter var 73,6 år.

#### <sup>a</sup>. Hyppigheden af beskyttelsestvang.

Af de 152 patienter blev 69 (39 mænd og 30 kvinder) svarende til ca. 45% af patienterne fikseret på et eller andet tidspunkt i perioden. lait blev der registreret 4.525 fikseringer.

Hyppigheden varierer meget mellem de opgjorte afdelinger, formentlig afhængig både af patientgruppens sværhedsgrad og af lokale afdelingsrutiner. Således varierede procenten af fikserede patienter mellem 7 og 71% og antallet mellem 99 og 1.734 fikseringer pr. afdeling.

Hyppigheden kan her ikke med rimelighed sættes i relation til indlæggelsesantallet, idet afdelingerne i gennemsnit kun modtog mellem to og tre nye patienter pr. måned. Hyppigheden, af

beskyttelsestvang over for den enkelte patient, der udsattes for denne form for tvang, udgjorde i gennemsnit 65,6 fikseringer pr. patient i tre måneders perioden, men fordeler sig meget ujævnt, idet 13 patienter blev fikseret under 10 gange, 21 patienter 11 til 30 gange, 17 patienter 31 til 100 gange og 18 patienter over 100 gange i perioden.

b. Typer af beskyttelsestvang.

Følgende typer af beskyttelsestvang er opgjort:

1. Bælte i seng (kun i tre tilfælde anvendtes også fod/håndremme)	Ialt 1.690 tilfælde	sv.t. 37,4%
2. Bælte i stol	Ialt 942 tilfælde	sv.t. 20,8%
3. Bord foran stol	- 850	- 18,8%
4. Bælte ved toiletbesøg (incl. ved brug af bækkenstol)	- 773	- 17,1%
5. Bælte ved bad i bækkenstol	- 163	3,6%
6. Beskyttelseshandsker	- 85	1,9%
7. Rem over dynen	22	0,5%

Som det ses, er beskyttelse med bælte i seng den hyppigst anvendte beskyttelsestvang, men samler man en gruppe beskyttelsesfikseringer, der anvendes i dagtimerne (type 2-4), udgør disse tilsammen godt 56% af fikseringerne.

c. Varigheden af beskyttelsestvang.

Ialt registreredes i opgørelsesperioden 428 timers fiksering pr. patient (blandt de 69, der blev udsat for beskyttelsestvang), det vil svare til 4,65 time pr. patient pr. døgn.

I gennemsnit udgør de forskellige typer af beskyttelsesfiksering følgende procentdel af den samlede registrerede fikserings-tid:



Bælte i seng:	57,7%
Bælte i stol:	25,8%
Stol med bord:	15,3%
Øvrige former:	1,2%

**Fikseringstiden** er forbavsende konstant over døgnets 24 timer.

d. Årsager til anvendelse af beskyttelsestvang.

På basis af registreringsprotokollemes oplysninger har man inddelt de anførte årsager til anvendelse af beskyttelsestvang på følgende måde:

Balanceproblemer, hvorved forstås, at patienten rejser sig - om dagen eller natten - og på grund af svigtende balance står i risiko for at falde. **lait** registreredes denne årsag i 1.238 tilfælde (27,4%).

Faldtendens, som er tæt sammenhængende med balanceproblemer, men hvor patienten rent faktisk er faldet eller gledet omkuld på gulvet. Dette registreredes i 1877 tilfælde (41,5%). Til sammen udgør disse to årsager således knapt 70% af årsagerne til beskyttelsesfiksering og udgør derved langt den største gruppe.

Uro og konfusion, hvor patienten er urolig, rastløs, forvirret og generer de øvrige patienter for eksempel ved at rode i deres ejendele. Dette registreredes i 574 tilfælde (12,7%).

Manglende Kooperation, for eksempel til udførelse af daglige fornødenheder ved toiletbesøg, påklædning og spisning. Registreredes i 221 tilfælde (4,9%), heraf 55 tilfælde i forbindelse med spisesituationen.

Sengeflugt, hvor patienten altså søger at forlade sin seng, men hvor der ikke foreligger balanceproblemer eller faldtendens. **lait** registreret i 304 tilfælde (6,7%).

Aggressivitet omfatter de tilfælde, hvor patienten på grund af aggressiv adfærd har været til fare eller gene for medpatienter eller personale. Denne fikseringsbegrundelse ligger tæt op af de begrundelser, der kan foreligge for tvangsfiksering. Gruppen omfatter 243 fikseringer (5,4%).

Somatisk lidelse, hvor beskyttelsestvang er anvendt hos patienter, der havde en somatisk sygdom eller traume (for eksempel med gipsbandage, forbindelse eller nedlagt sonde), er registreret i 68 tilfælde (1,5%).

Der er en snæver sammenhæng mellem beskyttelsesfikseringens form og årsag. Bæltefiksering i seng er helt overvejende anvendt ved balanceproblemer/faldtendens og sengeflugt. Bælte i stol næsten udelukkende ved balance- respektiv faldproblemer, mens bord foran stol foruden ved disse situationer også anvendes ved manglende Kooperation i spisesituation og ved aggressivitet. Bæltefiksering i forbindelse med toiletbesøg og badning anvendes også helt overvejende ved balanceproblemer og faldtendens, men tillige begrundes anvendelsen undertiden ved manglende Kooperation og aggressivitet. Handsker benyttes kun ved konfusion og somatisk lidelse.

#### 4. Kritikken af tvangsanvendelse.

Kritikken af den tvangsanvendelse udover frihedsberøvelse, der finder sted på de psykiatriske sygehuse og afdelinger, har dels gået på, at der anvendes tvang, dels på den form, hvorunder tvangen udøves. Desuden er der aktuelt en livlig diskussion om den mulige skelnen mellem de forskellige former for tvang: Mekanisk tvang, beskyttelsestvang etc. - især fremkaldt af sundhedsstyrelsens seneste cirkulære.

Som anført i indledningen til dette kapitel anser udvalget det for urealistisk at ophæve enhver adgang til tvangsanvendelse i forbindelse med behandlingen af sindssyge og endog for etisk tvingende i visse tilfælde at benytte tvangsbehandling.

Til illustration af nogle generelle forhold omkring de former,

som tvangsanvendelse kan antage, skal udvalget kort knytte nogle bemærkninger til en af de seneste års mest omtalte sager vedrørende den psykiatriske institutionsbehandling:

Middelfart-sagen.

Efter at der af nogle patienter var indgivet klager til sundhedsstyrelsen over den behandling, som patienterne havde fået på Middelfart sygehus, psykiatrisk afdeling, anmodede sundhedsstyrelsen den 30. marts 1984 politiet om at foretage efterforskning i sagen med henblik på at fastslå, om straffeloven, særligt § 260 om ulovlig tvang, var overtrådt, og om lovgivningen vedrørende læger, sygeplejersker eller medicinallovgivningen iøvrigt var tilsidesat. Klagerne var navnlig koncentreret om bæltefiksering og tvangsmedicinering. Politimesteren i Middelfart fandt, at visse forhold objektivt set kunne henføres under straffelovens § 260, men at det under hensyn til de modstridende forklaringer ikke var muligt at godtgøre, at der manglede lægelig ordination, ligesom sygehusets interne regler på området, med vide delegationsbeføjelser til det menige sygeplejerspersonale, havde givet dækning for den foretagne behandling og som sådan udelukkede forsæt til retsstridig adfærd hos det involverede sygeplejerspersonale. Politimesteren fandt endvidere, at sundhedsstyrelsens regler for anvendelse af tvang klart var tilsidesat, ligesom journalførelsen omkring de kritiserede forhold vidnede om en ikke ringe skødesløshed med hensyn til den plejemæssige behandling, forholdenes karakter taget i betragtning.

Medens undersøgelsen i Middelfartsagen ikke resulterede i nogen tiltalerejsning, førte den til en række alvorlige disciplinære indgreb over for to overlæger og en forstanderinde, overfor hvilke sundhedsstyrelsen havde ytret kraftig kritik i form af alvorlig misbilligelse og tilrettevisning.

Det er ikke udvalgets opgave at tage selvstændig stilling til denne sag, men en gennemgang af sundhedsstyrelsens redegørelse af 8. februar 1985 viser, at der i denne findes omtale af en række mere generelle elementer, som udvalget bør forholde sig

til, fordi udviklingen i Middelfart illustrerer nogle svagheder ved den nuværende form for psykiatrisk omsorg i hospitalsregi.

Disse svage punkter bestod i Middelfart navnlig i:

- uklare regler,
- vidtgående delegation af vagt formulerede beføjelser til sygeplejepersonalet,
- manglende ressourcer til efteruddannelse af personalet og til nyansættelse af mere kvalificeret personale, og
- menneskelige fejl begået både af ledelsen og af enkelte medlemmer af personalet, der havde med den direkte patientpleje at gøre.

Delegation af beføjelser til sygeplejepersonalet førte i Middelfart i en række tilfælde til, at tvangsmidler som såkaldt blødt bælte, der blev betragtet som et beskyttelsestvangsmiddel, blev benyttet i stedet for fiksering med læderbælte. For den fikserede patient: gjorde det anvendte middel næppe nogen forskel, men der krævedes efter de på sygehuset gældende interne regler kun lægeordination til fiksering med læderbælte. Dette eksempel illustrerer, at man ved den fremtidige retlige regulering bør være varsom med at knytte retsgarantierne til det enkelte tvangsmiddel alene efter en vurdering af dets art.

Den risiko, som uklare regler om kompetence, beføjelser, korrekt adfærd og grænser for magtanvendelse indebærer, forøges væsentligt navnlig ved store institutioner, hvis personalet ikke oplever arbejdet som et vigtigt led i en meningsfyldt og nyttig behandling af patienterne. Hvis ressourcerne bliver knappe og eventuelt direkte skåret ned, opstår der tillige en risiko for, at en i forvejen stor ældre institution rammes af en relativt hurtig nedslidning, som påvirker personalets holdninger negativt. Der er hermed skabt grobund for en ond cirkel, hvor knappe ressourcer og tab af engagement gensidigt forstærker hinanden som faktorer, der forringer et tidligere velfungerende behandlingssted, som derved kan komme under den

Standard, som hensynet til patienterne med god grund betinger.

For at modvirke risici af denne art er det nødvendigt,

at gøre kompetence og ansvarsregler entydige og klare,  
at gøre klageregler enkle, klare og velkendte,  
at skabe retsgarantier, der gør det lettere på et tidligt stadium at få påtalt og derved standset begyndende dårlige rutiner,  
at forbedre tilsynsværgeordningen»  
at etablere patientråd og beboermøder, som gør det lettere for patienterne at komme til orde, og sidst men ikke mindst,  
at overveje, om man har tilført de psykiatriske sygehuse og afdelinger de nødvendige ressourcer set i forhold til sengetal, belægning og visitation sammenholdt med tilsvarende psykiatriske afdelinger andre steder.

Middelfart-sagen var den direkte baggrund for sundhedsstyrelsens klargøring af reglerne for anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger i cirkulæret af 28. juni 1985. Udformningen af cirkulæret, der er betegnet som midlertidigt, er imidlertid blevet kritiseret som værende behæftet med flere mangler. Kritikken er især kommet fra lægelig side og fra sygeplejersker, der arbejder med gerontopsykiatriske patienter.

Kritikken vedrører navnlig selve det grundlæggende synspunkt, om det er berettiget at lægge afgørende vægt på, om tvangen er af fareafværgende karakter, eller om der er tale om beskyttelsestvang. For den, der udsættes for tvangsanvendelse, er oplevelsen næppe forskellig, og de midler, der anvendes, er heller ikke væsensforskellige. Det er det, der gør det så vanskeligt at lægge vægt på formålet med tvangsanvendelse. Hvis man anvender den formelt rigtige begrundelse for at benytte et lærredsbælte ("blødt bælte"), er det vanskeligt at påvise, om det formål, der er forfulgt, måske ikke blot har været af den art, der rettelig betegnes som beskyttelsestvang. Måske er der hos patienten i hvert fald lejlighedsvis tale om tilstande, hvor også fareafværgende tvang med føje kan bringes

i anvendelse. Hvordan lader det sig kontrollere, at man ikke i den sidstnævnte situation af bekvemmelighedsgrunde blot opretholder beskyttelsestvangen og undlader at følge proceduren for fareafværgende tvang, selv om det faktisk er det, der nu og da er tale om?

Fælles for de to typer af tvang er det jo iøvrigt også, at man i begge grupper af tilfælde søger at hindre skader enten på andre eller på patienten selv, og uanset om skadetilføjjelsen er tilsigtet fra patientens side eller sker, uden at den har kunnet forudse, at dette ville blive resultatet af en given adfærd, er der tale om afværgelse af en vis fare.

Uanset det principielt rigtige i denne kritik forholder det sig dog således, at det i praksis normalt er muligt at kende forskel på fareafværgende tvang og beskyttelsesforanstaltninger, og at man næppe bør opgive denne sondring, da den afspejler en reel forskel, som er velbegrundet. Uden denne sondring svækkes også kravene til begrundelsen for at anvende en vis form for tvang i en given situation. Sondringen bør derfor i det mindste fastholdes som begrundelsestema. Mangler ved sondringen kan eventuelt søges afhjulpet ad anden vej f.eks. ved et krav om, at der i tvivlstilfælde skal anvendes samme fremgangsmåde og stilles de samme betingelser for anvendelse af beskyttelsesforanstaltninger som for fareafværgende tvang.

Det er fra psykiatriske sygeplejerskers side blevet gjort gældende, at en mindre restriktiv holdning til brug af beskyttelsestvang er farlig, fordi dette kan medføre, at man ikke arbejder tilstrækkeligt intensivt med det grundlæggende problem, at søge at ophæve eller begrænse de tilstande, der er årsag til, at man anvender tvang over for patienterne.

På plejehospitalet Hedelund ved Greve, hvor man navnlig har gerontopsykiatriske patienter, har man drøftet disse problemer nøje og som eksempel på denne problematik peget på sammenhængen mellem bæltefiksering og hjælpemidler. En undersøgelse på Hedelund har vist, at antallet af bæltefikseringer ikke så meget afhang af, hvor dårlige patienterne var som af, om

man udstyrede dem med de rigtige hjælpemidler i form af senge, der kan hæves og sænkes og derved også sænkes så langt ned, at der ikke længere er risiko for skade ved fald fra seng til gulv, når patienten på eget initiativ og uden personalets bistand står ud af eller op i sengen. Medens brug af sengehest kun øger risikoen og eventuelt også patienternes følelse af frygt for at falde og tab af selvstændighed, bevirker den eleverbare plejeseng lige det modsatte. Bæltefiksering af ældre konfuse mennesker for at hindre fald fra en seng, der er uhenigtsmæssig høj, er ikke en rimelig indikation for tvang. Som anført viste undersøgelsen, at indførelse af eleverbare plejesenge kunne begrænse natlig bæltefiksering meget betydeligt.

Det er endvidere blevet fremhævet, at det næppe kan være rigtigt, at sundhedsstyrelsen overlader anvendelse af beskyttelsestvang til sygeplejersken alene - end ikke til den ansvarshavende sygeplejerske - når man betænker hvilke krav, der stilles til ordination af fareafværgende tvang. Denne regel er blevet betegnet som et tilbageskridt set fra de gerontopsykiatriske patienters side.

Endelig har kritikerne peget på, at man ved en kombination af de rigtige hjælpemidler og tilstrækkeligt personale er i stand til at nedbringe benyttelse af beskyttelsestvang meget væsentligt og derved opnå en bedre og mere human pleje af patienterne.

Dette har naturligvis også stået sundhedsstyrelsen klart, når man i cirkulærets pkt. 1.4. har gjort det til en betingelse for ordination af såvel tvangsmidler som beskyttelsesforanstaltninger, at brugen af andre midler, f.eks. øget tilsyn med patienten, har vist sig utilstrækkeligt eller uigennemførligt. Det er således et krav, at øget tilsyn skal være forsøgt og enten fundet utilstrækkeligt eller uopnåeligt enten akut her og nu i denne vagt eller mere generelt af normerings- og ressourcemæssige grunde.

Der kan være grund til at pege på, at medens der i et vist omend begrænset omfang vil forekomme tilfælde, hvor tvangsmid-

lers anvendelse vil vise sig nødvendige uanset mængden af ressourcer, er det vanskeligt at forestille sig beskyttelsesforanstaltninger, som ikke kan undværes, hvis der er tilstrækkeligt med personale til rådighed.

#### 5. Magtanvendelse over for voksne personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

De etiske og retlige problemer, som tvangsanvendelse overfor psykiatriske patienter rejser, er ikke ukendte i anden sammenhæng eller så enestående, at der ikke kan hentes vejledning fra andre retsområder. Den mest nærliggende parallel findes inden for den tidligere særforplejning for psykisk udviklingshæmmede (åndssvage), nu institutioner for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap. Om magtanvendelse over for sådanne voksne, som bor på institution, har socialministeriet udfærdiget regler i bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979, jfr. bilag 11, der afløser de tidligere gældende regler i socialministeriets bekendtgørelse nr. 505 af 19. september 1977. Disse regler går i hovedtræk ud på følgende:

Ydmygende, hånende eller anden nedværdigende behandling er forbudt. Legemlig afstraffelse og isolation - d.v.s. afsoning i aflåst rum, kortere eller længere tid - er ikke tilladt, jfr. § 1.

Al anden fysisk magtanvendelse end den, der er hjemlet i § 2, er forbudt.

Fysisk magtanvendelse i form af, at den pågældende fastholdes eller føres til andet opholdssted er dog tilladt, hvis den pågældende udviser en sådan adfærd, at fortsat ophold i fællesskab er uforsvarlig, eller såfremt den pågældende derved forhindres i at skade sig selv. Magtanvendelsen skal altid afpasses efter forholdene i den enkelte situation og må ikke gå ud over det strengt nødvendige. Der kan herudover handles i lovligt nødværge af personalet, jfr. § 2.

Fiksering må kun ske, når følgende betingelser er opfyldt, jfr. § 3:



Fiksering må kun anvendes, når dette er absolut påkrævet for at afværge, at den pågældende skader sig selv eller andre, og kun når faren herfor ikke kan afværges på forsvarlig vis ved andre og mere lempelige forholdsregler. Forud for iværksættelsen skal der foreligge beslutning herom truffet af den ansvarlige leder. Hvis dette ikke er praktisk muligt skal den ansvarlige hurtigst muligt efterfølgende tage stilling til indgrebet - Bemyndigelse, herunder stående bemyndigelse til at iværksætte fiksering, er ikke tilladt.

Ved fiksering forstås anvendelse af mekanisk tvangsmiddel i form af bælte, håndremme, fodremme eller livstykke. Andre former for mekanisk fiksering er ikke tilladt, jfr. § 4.

Beskyttelsestvang anses dog ikke som fiksering.

Fastspænding til seng, stol eller toilet for at hindre fald betragtes ikke som fiksering. Det samme gælder fastspænding til kørestol eller andet hjælpemiddel til stærkt fysisk hæmmede personer som et nødvendigt led i behandlingen.

Særligt lærredstøj til personer, der river tøjet i stykker eller bløde beskyttende specialhandsker til selvlæmlæstede personer, anses heller ikke som fiksering.

Fiksering skal ophøre, når det ikke længere er absolut påkrævet. Fiksering, der iværksættes efter kl. 6, må højst vare 4 timer og fiksering, der iværksættes efter kl. 20, højst 10 timer.

En institution anses som lukket, når den har tilladelse til at holde yderdøre og vinduer konstant aflåst. Lukkede institutioner skal godkendes af socialstyrelsen, jfr. § 5.

Personer, der er anbragt i lukket institution skal have adgang til at opholde sig i fri luft mindst 1 time dagligt, jfr. § 7.

Skemaer og indberetninger vedrørende fikseringer er nærmere beskrevet i § 9: Alle tilfælde af fiksering skal noteres på et skema med opgivelse af,

- den fikseredes navn og alder,
- tidspunktet for indgrebet,
- indgrebets varighed,
- indgrebets art, og
- begrundelse for indgrebet.

Skemaet skal anbringes i en særlig protokol. Ved hver måneds udgang indsendes skemaerne til amtsrådet ledsaget af lederens kommentarer og forklaring.

Ved hvert kvartals udgang indsender amtsrådet skemaerne ledsaget af kommentarer til socialstyrelsen.

Alle tilfælde af nødværge skal rapporteres skriftligt af vedkommende medarbejder til institutionens leder, som skal indberette sådanne tilfælde til amtet inden 3 dage og ledsage indberetningen af egne kommentarer og forklaringer fra de medarbejdere, der har overværet episoden.

Klager over overtrædelse af bekendtgørelsen om magtanvendelse i institutioner for voksne med vidtgående fysisk eller psykisk handicap indgives til amtsrådet, som skal besvare klagen hurtigst muligt og inden 6 uger.

Disse regler, der i princippet har været gældende fra 1. oktober 1977, har ikke givet anledning til større praktiske eller administrative vanskeligheder, men er over for udvalget af socialstyrelsen blevet beskrevet som velfungerende såvel set ud fra en retssikkerhedsmæssig betragtning som efter personalets, ledernes og amtsrådenes opfattelse.

Sideløbende med gennemførelse af disse nye regler har man lukket en række tidligere lukkede institutioner op og over for enkelte, meget svært belastede personer iværksat en intensiv virksomhed af socialpædagogisk art med et i starten betydeligt personaleforbrug for at prøve at socialisere personer med meget langvarigt ophold i totalt lukkede institutioner. Denne indsats, der er nærmere beskrevet i første delrapport fra udvalget vedrørende lukkede institutioner og alternative

foranstaltninger (1983), må efter rapporten at dømmes betegnes som bemærkelsesværdig positiv.

De midler, man i socialstyrelsesregi har benyttet, har navnlig bestået i efteruddannelse af personale og en korterevarende, men meget betydelig personaleindsats koncentreret om hver enkelt klient. Efter de erfaringer man har gjort i dette arbejde, synes de vigtigste elementer at bestå i,

- opstilling af en handlingsplan,
- kurser for personalet - både med et mere fagligt og et holdningsbearbejdende sigte,
- gode fysiske rammer, herunder om muligt eneværelse,
- god motivation hos personalet, som også skal være sikret beskæftigelsesmæssigt, hvis indsatsen med patienten lykkes,
- fornøden ekspertbistand og tværfagligt samarbejde, og
- gode beskæftigelses- og fritidstilbud til klienten, så vidt muligt uden for selve boligen.

Forsøgene synes at vise, at selv meget urolige og voldsomme beboere, som tidligere var konstant eller næsten konstant fastspændt, under en sådan behandling kan lære at leve en langt friere og bedre tilværelse så godt som uden anvendelse af tvangsmidler.

Selv om der er meget betydelige forskelle imellem det mest urolige og voldsomme særforsorgsklientel og psykiatriske patienter, hvorfor en direkte overførsel af erfaringer fra den ene gruppe til den anden ikke er mulig, er udvalget af den opfattelse, at der i den indsats, man her har gjort inden for den tidligere særforsorgs rammer, er en række ideer, som i hvert fald fortjener overvejelse og afprøvning inden for psykiatrien, hvor man ikke hidtil har arbejdet i samme grad med en målrettet socialpædagogisk påvirkning over for patienterne.

Det gælder dog også her, at forsøgsarbejde med en særlig indsats i forhold til de patienter, der optræder særlig ofte i opgørelser over tvangsanvendelse, kræver ekstra ressourcer

på den enkelte afdeling i den periode, hvor et sådant arbejde med intensiv psykoterapeutisk og socialpædagogisk indsats iværksættes. Det kan vise sig at være gavnligt ikke blot for patienten, men også på længere sigt for afdelingen og sygehuset som sådant, fordi der indtræder en ændring i patientens adfærd, som gør opholdstiden kortere og nedsætter patientens personaleforbrug ved at gøre denne mindre aggressiv og mere selvhjulpen.

#### 6. Norske regler om tvangsbehandling.

Medens de norske regler om tvangsmidlers anvendelse er omtalt ovenfor i kapitel 4, afsnit 4D, skal der på dette sted nærmere redegøres for de norske regler om tvangsbehandling.

Retstilstanden i Norge svarede, for så vidt angår adgangen til tvangsbehandling af sindssyge, indtil september 1984 til dansk ret, idet man indtil da ikke havde regler herom, og den praksis, man fulgte, hvilede dermed på et noget uklart retsgrundlag. For at fjerne denne uklarhed udfærdigede socialdepartementet den 21. september 1984 i henhold til lov af 28. april 1961 om psykisk helsevern "forskrift om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern", jfr. bilag 9.

Formålet med disse regler er gennem opstilling af visse retsgarantier at skabe større tryghed hos patienterne og samtidig at give personalet klare regler for hvilke retlige grænser, der gælder for tvangsbehandling. De norske regler vedrører kun adgangen til tvangsmedicinering. De nye regler giver ikke hjemmel for tvangsbehandling i form af elektrostimulationsbehandling (NCE-behandling) eller psykokirurgiske indgreb. Sådan behandling kræver altid patientens samtykke.

Vedrørende tvangsmedicinering bestemmes det, hvem der kan træffe bestemmelse herom, hvilken fremgangsmåde man skal følge, og hvor længe tvangsbehandling kan vare. Kompetencen tillægges overlægen i samråd med den behandlende læge, hvis denne ikke er identisk med overlægen. Patienten skal være undersøgt af

den behandlende læge inden for de sidste 48 timer forud for det tidspunkt, hvor tvangsbehandling besluttet iværksat. Beslutning herom skal indføres i patientens journal ledsaget af en begrundelse for afgørelsen og en angivelse af, hvor længe tvangsbehandling agtes opretholdt.

Tvangsbehandling kan højst vare i 3 måneder og ophører senest da automatisk. Ny beslutning om tvangsbehandling kan dog træffes, men kun efter samme fremgangsmåde som ved første beslutning herom og efter en vurdering af patientens tilstand og virkningerne af behandlingen.

Patienten og dennes nærmeste skal underrettes om beslutningen om tvangsbehandling og gøres bekendt med adgangen til at klage til fylkeslægen, i Oslo til stadslægen. Tvangsbehandling kan tidligst iværksættes 48 timer efter at patienten skiftligt er underrettet om beslutningen, begrundelsen for denne og om klageadgangen.

Hvis patienten eller dennes nærmeste klager inden for de 48 timer, som skal gå, før tvangsbehandling kan iværksættes, har klagen opsættende virkning. Rettidig iværksat klage udelukker således, at tvangsbehandling kan sættes igang, før klageinstansens afgørelse foreligger. Der gælder dog den undtagelse, at tvangsbehandling straks kan gennemføres, hvis patienten vil lide "alvorlig helseskade", hvis behandlingen udsættes.

Fylkeslægen, i Oslo stadslægen, kan benytte sagkyndig bistand, hvis han skønner, at dette er fornødent. Det påhviler fylkeslægen selv at skaffe sagen så godt oplyst som muligt, og han skal tage personlig kontakt med patienten, medmindre dette er åbenbart unødvendigt.

Fylkeslægens, i Oslo stadslægens, afgørelse, der skal være skriftligt begrundet, skal træffes uden ugrundet ophold. Afgørelsen er bindende for overlægen. Afgørelsen skal sendes til klageren, overlægen og til kontrolkommissionens formand, men kontrolkommissionen har tilsyneladende ikke ellers noget med spørgsmålet om tvangsbehandling at gøre. Om de norske kon-

trolkommissioner se kapitel 4, afsnit 4E.

Tvangsbehandling kan ikke finde sted for så vidt angår patienter i privat pleje, men kun på sygehus, klinik eller psykiatrisk plejehjem.

Den norske bekendtgørelse indeholder endvidere følgende materielle regler om tvangsmedicinering:

Tvangsbehandling defineres som al lægemiddelbehandling af alvorlige sindslidelser, som gennemføres uden patientens samtykke. Sådant behandling kan kun iværksættes over for patienter, der er undergivet tvungen omsorg i henhold til §§ 5, 6 og 13, stk. 1 i lov om psykisk helsevern.

Tvangsmedicinering må kun gennemføres med præparater, der er registreret i Norge og kun i sædvanligt anvendte doser.

Tvangsmedicinering kan i nødvendig udstrækning gennemføres, når der er stor sandsynlighed for, at behandlingen kan føre til,

- enten helbredelse eller væsentlig bedring af tilstanden,
- eller at patienten undgår en betydelig forværring af sygdommen.

Tvangsbehandling må ikke iværksættes, før patienten har været under tilstrækkelig langvarig observation på institutionen, således at der er grundlag for at bedømme patientens tilstand og behandlingsbehov.

Der skal gøres forsøg på at opnå patientens samtykke til behandlingen, og andre former for frivillig behandling skal være vurderet og have vist sig nytteløse, før tvangsbehandling kan sættes iværk. Forsøg på at opnå patientens samtykke skal fortsætte også efter, at tvangsbehandling er besluttet.

Observationstiden før tvangsbehandling skal være på mindst 3 døgn, efter at spørgsmålet om medicinbehandling er drøftet med patienten. Også her gælder der dog den undtagelse, at fri-

sten ikke skal overholdes, hvis patienten ved udsættelse vil lide "alvorlig helseskade".

Tvangsmedicinering ved indsprøjtning kan kun gives, hvis det ikke er muligt at få patienten til at sluge piller. Depotinjektion må ikke anvendes ved behandling af akutte sindslidelser. Ved tvangsmedicinering må der kun anvendes lægemidler, som har en medicinsk gunstig effekt, der klart opvejer ulemperne ved eventuelle bivirkninger.

Uden patientens vidende må tvangsmedicinering ved medicintil sætning i mad og drikke kun anvendes over for patienter, som på grund af langt fremskreden sløvhed ikke er i stand til at forstå beslutningen om tvangsbehandling.

Tvangsmedicinering skal kontrolleres i den første tid løbende, og senere så ofte det er medicinsk (lægeligt) nødvendigt. Oplysninger om tvangsmedicinering skal indføres i den protokol, der i det hele føres over tvangsanvendelse.

Udvalget har ved sine drøftelser af disse regler principielt ikke ment at kunne tilslutte sig, at medicinering kan forekomme, uden at patienten er informeret herom. Det anses ikke for etisk forsvarligt at indgive en patient medicin uden forud at have søgt efter bedste evne at gøre patienten bekendt med den behandling, der agtes iværksat. Dette må også gælde ved tvangsbehandling. Den tvang, det kan være nødvendigt at benytte i visse tilfælde, kan ikke begrunde en fravigelse af den sædvanlige fremgangsmåde ved forsøg på at opnå informeret samtykke.

Tvangsbehandling består også her i landet i praksis næsten udelukkende i tvungen medicinindgivelse. Psykokirurgiske indgreb bør efter udvalgets opfattelse - helt i overensstemmelse med de senere års praksis - ikke forekomme som tvangsbehandling. Det er derimod et spørgsmål, om elektrostimulationsbehandling (NCE-behandling) ikke fortsat omend i meget begrænset omfang bør kunne anvendes som tvangsbehandling. Dette sker nu i praksis kun ved livstruende tilfælde af akut delirium

og for visse suicidaltruede patienter, hvilket forekommer lægeligt velbegrundet.

De norske regler indeholder ikke udtrykkeligt forbud mod forsøgsbehandling af tvangsindlagte og tvangstilbageholdte. Sådanne forbud bør imidlertid indsættes i de kommende danske regler, jfr. kapitel 12.

Man kan tilslutte sig, at indgivelse af depotmedicin bør begrænses, når der er tale om tvangsbehandling. Begrebet akutte tilfælde yder næppe fuldt ud den beskyttelse, der er behov for. Depotmedicin bør kun gives ved tvangsbehandling til patienter, hvis reaktion på det indgivne præparat i den anvendte dosis vedkommende overlæge kender. Daglig gennemførelse af tvangsmedicinering kan være en betydelig belastning for patienten, og der kan være god grund til at begrænse denne ved at give depotmedicin, forudsat patientens reaktion på medicinen kendes.

De norske regler indeholder en undtagelse både for så vidt angår mindst 3 døgn observationstid og 2 døgn betænkning- og - og observationstid i tilfælde, hvor patienten ved sådan udsættelse af tvangsbehandling "vil lide alvorlig helseskade". Socialdepartementet har i en cirkulæreskrivelse af 5. oktober 1984 oplyst, at man i første række herved har tænkt på en påviselig meget alvorlig mental svækkelse eller ødelæggelse af mulighederne for at give patienten adækvat behandling, fordi grundlaget for behandling forsvinder ved udsættelse. Formuleringen tager sigte på at undgå rutinemæssig, automatisk medicinering. Tvangsbehandling kan i det hele kun anvendes, når dette virkelig er nødvendigt, som det bl.a. er tilfældet ved tilstande af alvorlig livstruende eller selvødelæggende art. Det afgørende bliver, om der foreligger en væsentlig fare for helseskade ved en udsættelse af behandling med lægemidler.

Undtagelsen gælder i situationer, hvor man ud fra en nødretlig betragtning antagelig måtte komme til samme resultat, selv om der ikke var indsat en sådan klausul i bekendtgørelsen.



Spørgsmålet om en klage bør tillægges opsættende virkning, er i de norske regler løst til fordel for klageren. Man kan med nogen føje gøre gældende, at det ikke har megen mening at få medhold i en klage over beslutning om tvangsmedicinering, hvis behandlingen allerede er gennemført i den tid, det tager at behandle klagen. Omvendt må man gøre sig klart, at patientens tvangsanbringelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling i alle de tilfælde, hvor klagen ikke tages til følge, forlænges med den tid, det tager at behandle klagen. Prisen for at tillægge klagen opsættende virkning vil i praksis blive betalt ved længere tids frihedsberøvelse for de mange, der ikke får medhold i deres klage, for at sikre de få mod uberettiget at blive påtvunget medicin.

Hvis man vil tillægge klagen opsættende virkning, uanset den virkning dette får med hensyn til længere tids ophold på den psykiatriske afdeling for en ikke helt lille gruppe af tvangs-anbragte, bør man samtidig indføre en regel om, at opsættende virkning ikke indtræder, hvis en sådan udsættelse af den ordnede tvangsbehandling udsætter klagerens helbred for en væsentlig risiko.

#### 7. Tvang og ressourcer.

Udvalget har ved flere lejligheder og i forskellige forbindelser drøftet, hvilken sammenhæng der må antages at være imellem anvendelse af tvang og de ressourcer navnlig i form af personale, bygninger og andet udstyr, som er til rådighed.

I den svenske betænkning - SOU nr. 64/1984, Psykiatrien, tvånget och rättssäkerheten - nævnes sammenhængen mellem tvang og de ressourcer, der er til rådighed, flere steder bl.a. side 17, 249 og 389 ff.

En opfyldelse af målsætningen om aldrig at anvende mere vidtgående foranstaltninger og navnlig ikke mere tvang end formålet nødvendiggør, kræver en stadig analyse af de procedurer og midler, som benyttes i behandlingen af personer, der lider af en sindssygdom. I denne analyse må nødvendigvis også

indgå en nøje overvejelse af alle alternativer til magtanvendelse og enhver anden form for tvang.

Uanset hvor langt man når ad frivillighedens vej, vil der efter en realistisk bedømmelse blive tilfælde tilbage, hvor en vis magtanvendelse og tvang er nødvendig. Af hensyn til disse tilfælde skal der ske en retlig regulering af tvangen for at sikre patienterne mod overgreb og for at beskytte personalet mod uberettiget kritik.

Ved vurderingen af om tvangsanvendelse kan nedbringes er det dels et spørgsmål, om samtykke i højere grad kan opnås fra patienternes side, f.eks. til visse behandlingsskridt, dels om det er muligt helt at undgå eller i hvert fald begrænse og forebygge, at der opstår situationer, som erfaringsmæssigt let udløser tvang, f.eks. meget nyt og skiftende personale, overbelægning af en afdeling, høj koncentration på et sengeafsnit af mange svært belastede patienter, ringe pladsforhold, for lav normering og for få tilbud til patienterne om beskæftigelse, motion og ingen eller kun meget begrænset adgang til at komme udendørs.

Man bør til stadighed være opmærksom på, at der her navnlig er tale om tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter, d.v.s. mennesker, som ikke blot er berøvet deres personlige frihed, idet de holdes låst inde på en given afdeling, men som også herved undergives et lige så ufrivilligt og tvunget fællesskab med en større gruppe andre patienter, uden at der normalt er mulighed for at tage ret meget hensyn til, om disse mennesker er i stand til eller med rimelighed kan forventes at ville kunne holde ud at leve meget tæt op og ned ad hinanden igennem undertiden længere tidsrum. Dette er en betragtning, der naturligvis også i nogen grad gælder for de patienter, der frivilligt opholder sig på en lukket afdeling. En umiddelbar sammenligning med forholdene, som de kendes på de somatiske sengeafsnit for de dér frivilligt indlagte patienter, er for så vidt allerede som følge af selve frivilligheden ikke relevant. Hertil kommer at opholdstiden på hospital gennemsnitligt er længere for de psykiatriske patienter.

ter, og paradoksalt nok er forholdene med hensyn til personalnormering, bygninger og anden ressourcetildeling langt bedre på somatiske end på psykiatriske afdelinger. Uden at vilde påstå at der ikke kan anføres saglige grunde for en relativt høj personalnormering og mange ressourcer anvendt til behandlings- og overvågningsudstyr m.v. f.eks. på en moderne intensiv afdeling er det dog påfaldende, at man ikke hidtil i mærkbar grad har hæftet sig ved, at de negative utilsigtede, men uundgåelige virkninger af selve tvangsanbringeisen, kan søges kompenseret ved en bevidst politik, der stiler imod at højne kvaliteten af alle de andre tilbud, der ydes frihedsberøvede personer.

Ud fra en rent humanitær synsvinkel ville det være nærliggende at stille et krav om, eller dog i det mindste opstille en målsætning, hvorefter det påhviler det psykiatriske sygehævesen at yde patienterne optimal kompensation for såvel frihedsberøvelse som anden udøvelse af tvang, herunder for det tvungne fællesskab med andre, som er indlagt på samme afdeling, og med hvem man for nogles vedkommende tillige deler stue.

Det er en velkendt iagttagelse inden for normalpsykologien, at tvangsudøvelse uvægerligt efterlader negative og modvillige reaktioner hos mennesker, og der er intet grundlag for at antage, at ganske det samme ikke gør sig gældende blandt frihedsberøvede patienter. Tværtimod er der belæg for, at de reagerer som andre både på tvangsudøvelse og på dårlige forhold i form af tæt belægning, ringe plads, intet privatliv og manglende beskæftigelses- og underholdningstilbud.

Selv den mindst mulige og mest skånsomt udøvede magtanvendelse påvirker patienterne negativt, og der er derfor et udtalt behov for at søge at modvirke sådanne reaktioner ved samtidig og sideløbende at iværksætte nogle andre foranstaltninger, som er egnede til at skabe en positiv holdning og et klima, hvor tvangsanvendelse spiller en så ringe rolle som muligt. De uundgåelige men utilsigtede negative virkninger af frihedsberøvelse og tvunget fællesskab bør kompenseres ved

en optimering af de øvrige vilkår for psykiatriske patienter, der undergives tvang.

Efter at udvalget har besøgt en række psykiatriske afdelinger på sygehuse i forskellige dele af landet, kan der være grund til at fremhæve nogle af de iagttagelser, som udvalgets medlemmer ganske som andre besøgende ikke har kunnet undgå at gøre. Det er iøjnespringende, at forskellene er meget store ikke blot fra amt til amt og fra et hospital til et andet, men også imellem de enkelte afdelinger på samme hospital. Der er betydelige variationer navnlig med hensyn til

- bygninger, plads- og udgangsforhold, rumfordeling, store og små patientstuer, herunder antallet af eneværelser og med hensyn til fællesrum,
- udenomsplads, herunder eget eventuelt lukket haveanlæg,
- tilbud om beskæftigelse, terapi og værkstedsforhold,
- undervisningstilbud,
- selvaktivitet i form af motion og gymnastik,
- medansvar for egen tilværelse, og
- besøgsforhold.

En del af disse forhold er betinget af de bygningsmæssige rammer og af de andre grupper af patienter, som nødvendigvis skal indlægges på en akut lukket modtageafdeling et bestemt sted, men selv om sådanne forhold tages i betragtning, har det virket slående og meget tiltalende, at det allertungeste klientel - de personer, der er anbragt i sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland - har de bedste - omend meget lukkede - forhold og samtidig en meget ringe anvendelse af bæltefiksering.

Sikringsanstalten, der er taget i brug i 1981-82, har fordelt på tre afsnit plads til højst 30 anbragte. Sikringsanstalten er bl.a. udstyret med følgende faciliteter, som er med til at give dette yderst lukkede og i alle henseender sikrede anlæg et mere menneskeligt præg:

- eneværelse, alle har et rummeligt og veludstyret eneværelse med udsigt til himmel og beplantning i grønnegård gen-

- nem panserruder uden tremmer, og med et smalt oplukkeligt sidevindue dækket af jalousi, hvorigennem udluftning sker,
- lukket haveanlæg til hvert af de tre afsnit, hvor der bl.a. af hver enkelt kan dyrkes lidt blomster og grøntsager,
  - flere fællesrum, et til ophold, et til spisning og et til undervisning m.v.,
  - et rummeligt besøgsværelse,
  - tilbud om værkstedsarbejde og terapi,
  - tilbud om undervisning,
  - tilbud om motion og gymnastik,
  - fællesarrangementer, hvor der bl.a. vises film, holdes koncerter og fester,
  - adgang til te-køkken og mulighed for indkøb herunder af madvarer, som kan opbevares i eget svaleskab, og
  - pligt til at holde eget værelse.

Ved optælling foretaget for en periode på godt 11 måneder - tidsrummet 1. januar - 21. november 1984 - er der blevet gjort følgende brug af tvang ud over selve frihedsberøvelsen:

Tvangsmedicinering	2
Isolationsstue + bælte	7
Isolationsstue - bælte	6
Isolation på egen stue + bælte	0
Isolation på egen stue - bælte	16
Flytning til andet patientafsnit	1

Opgørelsen vedrører ialt 10 patienter ud af et belæg, der har svinget mellem 27 og 30. Proceduren har ofte været, at en patient på grund af urolig og voldsom adfærd først er blevet isoleret og bæltefikseret på isolationsstuen, dernæst efter ca. 1 døgn er fortsat på isolationsstuen uden bæltefiksering og dernæst i en periode har været isoleret på egen stue, før han er kommet i fællesskab.

Udover disse registrerede tilfælde af tvangsanvendelse, hvor isolationen på egen stue har kunnet udstrækkes over nogle døgn, har der været tale om ikke konsekvent registrerede tilfælde, hvor patienter nu og da er blevet anmodet om for et kortere

tidsrum af op til få timer at opholde sig på deres egen stue.

Ved vurderingen af disse oplysninger må man tage i betragtning, at klientellet på sikringsanstalten er de sindssyge, som er farlige for retssikkerheden. Under hensyn hertil er det formentlig berettiget at tale om en meget begrænset anvendelse af tvangsmidler, hvilket hænger sammen med de bygningsmæssige forhold og personalenormeringen.

I fuld erkendelse af de betydelige fordele, som helt nyopførte bygninger specielt indrettet til formålet altid giver for udfoldelsesmulighederne og uden at ville idyllisere ophold på sikringsanstalten, synes forholdene dér meget klart at illustre, hvad man kan gøre, hvis man vil investere i at forebygge og nedbringe tvangsanvendelse.

Det er også gentagne gange under drøftelserne i udvalget blevet påpeget, at de senest oprettede psykiatriske afdelinger ikke blot har de bedste bygningsmæssige forhold med velindrettede lokaler, god rumfordeling, haveanlæg, eventuel gårdhave m.v., men også den bedste personalenormering, fordi man ved oprettelse af afdelingen har gjort sig klart, hvilke ressourcer en psykiatrisk afdeling bør råde over for at yde en forsvarlig og tidssvarende behandling. Det er som om Matthæus-effekten også gør sig gældende i forhold til de store gamle psykiatriske sygehuse - den der har, han skal gives, og den der intet har, fra ham skal også det lidet han har tages - hvilket viser sig meget klart, når besparelser søges gennemført procentvis ligeligt på nye og gamle sygehusafdelinger.

Formaliseret efteruddannelse af hele personalet med tilbud om faglige kurser er et vigtigt middel ikke blot til at opretholde et forsvarligt fagligt niveau med tidssvarende behandling af patienterne, men også et uundværligt pædagogisk instrument, når det drejer sig om at påvirke personalets holdninger.

Et resultat, hvor tvangsanvendelse minimeres, opnås næppe og bevares i hvert fald ikke uden en holdningspåvirkende kampag-

ne. Personalets egne holdninger til patienterne og til tvangs-anvendelse er dybest set afgørende for, hvordan hele klimaet på en afdeling og på hospitalet bliver. En påvirkning af personalets holdninger bør foregå - således som det da også allerede er tilfældet mange steder - som en løbende efteruddannelsesproces, hvor der både foregår egentlig indlæring og til-egnelse af ny viden og nye metoder, men hvor vedligeholdelse af gode arbejdsrutiner ofte er lige så vigtig for det daglige arbejde. Det er selvsagt lettere at motivere personalet og engagere det aktivt i sådanne efteruddannelsesforløb, hvis personalet også oplever dette som et led i en række andre forbedringer af forholdene på hospitalet. Uden en vis vekselvirkning eller parallel udvikling, hvor både de ydre forhold bygninger, inventar og behandlingsmuligheder - og de indre forhold - personalets arbejdsvilkår, uddannelsesniveau og holdninger - gennemgår en stadig positiv udvikling, vil det være vanskeligt til stadighed at sikre en tilfredsstillende høj standard på vore psykiatriske sygehuse og afdelinger. Personalet skal føle, at deres arbejde er et led i en værdifuld behandling. Hvis udviklingen går i stå, kan gode procedurer meget hurtigt forfalde og risikere at blive erstattet af dårlige arbejdsvaner, der kan føre til uacceptable forhold, i værste fald direkte misbrug.

Personaleadfærd bestemmes kun i nogen grad af de regler og bestemmelser, som fastsættes, og ofte i langt ringere grad af disse normer end regeludstederne tror. Hvis reglerne ikke opleves som værende rigtige og velbegrundede således, at de bliver fulgt allerede af denne grund, vil selv et meget omhyggeligt udformet og fintmasket kontrolsystem komme til kort, stort set uden hensyn til det sanktionssystem man vælger.

For at få reglerne til at fungere i praksis må man følgelig sikre sig, at personalet accepterer dem, og det lader sig nu bedst gøre med positive, engagerede og veluddannede folk. Ethvert personale og enhver gruppe af ansatte følger først og fremmest den adfærd, som gruppens opinionsledere eller fagligt dominerende folk selv følger. Holdningspåvirkning af he-

le personalet, herunder ikke mindst af de fagligt ledende, er derfor en central bestanddel af ethvert program, som sigter imod reelt at ændre forholdene på arbejdspladsen, og det gælder også, når målet som her er at sikre, at tvangsanvendelse på psykiatriske afdelinger nedbringes til det mindst mulige.

De foranstående betragtninger har navnlig til formål at understrege, at det er farligt og direkte misvisende at tro, at udvalget gennem et rent regelfikseret arbejde skulle være i stand til at ændre forholdene til det bedre blot ved at udforme nogle nye lovregler. Det er kun sjældent, at man kan lovgive sig ud af et problem. Hvis det var så enkelt, er det i hvert fald uforståeligt, at man ikke har gjort det for længe siden, og at uløste, alvorlige og velbeskrevne samfundsproblemer fortsat er så talrige.

Der skal naturligvis også efter udvalgets opfattelse udfærdiges regler om tvangsanvendelse og indføres bedre klageadgang og kontrol med tvangsanvendelse, men disse regler ændrer ikke eller i hvert fald ikke ret meget ved det basale problem, hvorfor, hvor ofte, hvor kraftigt og hvor længe, der anvendes tvang over for psykiatriske patienter, ligesom reglerne ikke bestemmer den tone, der benyttes og den takt, der udvises af personalet over for patienterne.

#### 8. Principper for tvangsanvendelse.

Ved udformning af de regler, der skal regulere tvangsanvendelsen, er det vigtigt, at man gør sig de forskellige årsager til tvangsanvendelse klart. Behovet for at anvende tvang kan skyldes:

- fareafværgelse, d.v.s. tvang, som er nødvendig enten på grund af fare for andre medpatienter eller personale eller fare for patienten selv.
- behandlingstvang, tvang som er nødvendig for at gennemføre uundværlig behandling, være sig livsreddende eller helbredsbevarende,



- beskyttelsestvang, tvang som er nødvendig for at forhindre, at patienten utiltsigtet påfører sig selv skade ved fald eller anden form for ulykke eller ved selvbeskadigelse.

Tvangsanvendelse bør uanset årsag respektere følgende generelle principper:

- Frivillighed bør altid gå forud for tvang. Der bør ikke i værksættes nogen form for tvang, før end alle muligheder for at opnå patientens samtykke og frivillige medvirken er udtømt, se kapitel 11 om informeret samtykke.
- Ved enhver tvangsanvendelse skal det mindre indgribende middel foretrækkes for det mere indgribende, når formålet tillader dette. Det mindste middels princip bør anvendes ved ethvert tvangsindgreb.  
Ved valg mellem flere mulige behandlingsformer bør således den mindst risikable behandling, d.v.s. den med de færreste bivirkninger og komplikationer, foretrækkes, når behandlingen ikke er frivillig.
- Forsøgsbehandling må aldrig gennemføres overfor tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte eller som tvangsbehandling over for frivilligt indlagte.
- Tvangsbehandling må kun bringes i anvendelse over for psykotiske personer, der på det tidspunkt, hvor tvangsbehandling er aktuel, opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.
- Tvangsbehandling af sindssygdom kan kun foregå på en psykiatrisk sygehusafdeling.
- Tvangsbehandling bør på den ene side først anvendes, når yderligere udsættelse ikke længere er forsvarlig, fordi der er fare for, at formålet med tvangsanvendelse ellers vil blive forspildt, men på den anden side heller ikke udsættes så længe, at ulempen ved tvangsbehandling kommer til at stå i misforhold til frihedsberøvelsens varighed.

#### A. Mekanisk tvang.

Der må ikke anvendes andre tvangsmidler til fysisk restriktion - se dog nedenfor under C om beskyttelsestvang - af en

patient end:

- bælte - polstret læderbælte eller stofbælte,
- hånd- og fodremme af læder eller lærred,
- handsker.

Intet af disse midler må anvendes uden ordination fra en læge. Hvis både bælte, fod- og/eller håndremme eller handsker skal anvendes, kræver dette ordination fra overlægen.

Fiksering med bælte må kun anvendes for at forhindre meget voldsomme og urolige patienter i at tilføje sig selv eller andre ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast, det vil sige korporlig skade, og kun når andre muligheder for at bringe patienten til ro har været forsøgt uden held, eller må anses som klart utilstrækkelige.

I helt akut opståede situationer, hvor afgørelsen ikke tåler selv meget kort tids udsættelse, hvis alvorlig fare for korporlig skade skal undgås, kan afdelingens personale på egen hånd belægge en patient med bælte. Den afgørende tidsfaktor er her den tid, det må forventes at tage, før den vagthavende læge kan komme til stede. Skal der gribes ind med bæltefiksering, inden lægen kan nå frem, er kompetencen sygeplejepersonalets, d.v.s. den vagthavende sygeplejerske eller dennes stedfortræder. Den vagthavende læge skal straks tilkaldes for at tage stilling til, om fiksering med bælte bør opretholdes.

Tvangsanvendelsen skal registreres i tvangsprotokollen.

Senest ved stuegang næste dag skal der tages stilling til, om fiksering af patienten bør opretholdes. Straks efter at fiksering er gennemført, skal patientens eventuelle personlige rådgiver (tidligere tilsynsværgen) underrettes herom telefonisk.

Når en patient belægges med bælte, skal der til stadighed opholde sig en fast vagt hos patienten, medmindre patienten udtrykkelig beder sig fritaget herfor, se kapitel 15 afsnit 2

A.

Anden fysisk magtanvendelse, herunder nødværgehandlinger, skal også tilføjes tvangsprotokollen, se nedenfor afsnit 9 om registrering af tvangsanvendelse.

Når en patient bliver så urolig og voldsom, at der er nærliggende fare for, at andre vil lide ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast, er sygeplejepersonalet berettiget til at fastholde patienten og om fornødent føre ham bort for at adskille vedkommende fra medpatienter eller andre, som er udsat for ellers at lide korporlig overlast. Sådant magtanvendelse må kun benyttes, når andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige. Indgrebet må aldrig stå i misforhold til den fare, som søges afværget. I princippet vil det således ikke være berettiget at anvende magt over for en voldsom patient så længe, der alene er tale om tingsødelæggelser og anden form for hærværk. Dette må tages med det forbehold, at en voldsom patient, der er i færd med at knuse inventar, selvsagt bør søges bragt til ro. Hvis patienten ikke lader sig berolige ved samtale eller opgiver sit forehavende, når personalet stiller sig hindrende i vejen, men i stedet truer personalet, kan det være berettiget at benytte magt. En voldsomt destruktiv adfærd rettet mod inventar med videre kan også afhængig af omstændighederne være et symptom på nærliggende fare for person, således at tingsødelæggelse af mere omfattende eller særlig voldsom karakter indirekte kan legitimere magtanvendelsen.

#### B. Behandlingstvang.

Med baggrund i beskrivelsen af de psykiatriske behandlingsformer, jfr. kapitel 3, har udvalget overvejet, hvilke regler der vil kunne opstilles for bedst muligt at sikre frihedsberøvede, tvangsindlagte såvel som tvangstilbageholdte, patienters retssikkerhed i forbindelse med tvangsbehandling.

Der er i udvalget enighed om, at følgende principper bør overholdes:

1. En frihedsberøvet patient har samme ret til behandling som andre patienter og skal altid have et optimalt behandlingstilbud, det vil sige tilbud om den bedste tilgængelige behandling.
2. En frihedsberøvet patient skal have adgang til at klage over indlæggelsesstedet og behandlingsplanen.
3. En frihedsberøvet patient skal have ret til at vælge mellem forskellige beskæftigelsesmæssige muligheder under tvangsindlæggelsen, så længe disse aktiviteter ikke direkte modvirker behandlingen eller medfører en fare for patienten selv eller andre.
4. En frihedsberøvet patient skal have ret til at nægte at deltage i aktiviteter i afdelingen som for eksempel fællesarrangementer og gruppemøder, uden at dette får konsekvenser for afdelingens behandling af patienten iøvrigt.
5. Også ved tvangsbehandlingen skal "det mindste middels princip" anvendes. Dette indebærer ved tvangsmedicinering, at følgende regler skal overholdes
  - Tvangsmedicinering må kun anvendes over for psykotiske patienter, der opfylder kriterierne for tvangstilbageholdelse, og kan kun foregå på psykiatrisk sygehus eller afdeling - og f.eks. ikke på plejehjem.
  - Tvangsmedicinering må kun anvendes, hvor andre behandlingsmuligheder er uanvendelige.
  - Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred.
  - Tvangsmedicinering forudsætter fraset nævnte akutte farlige situationer, at patienten og patientens rådgiver er fuldt ud informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger, jfr. kapitel 11 om informeret samtykke.
  - Til tvangsmedicinering bør anvendes gængse præparater og doser med færrest mulige bivirkninger. Forekomst af bivirkninger skal observeres omhyggeligt og i givet fald bekæmpes energisk.
  - Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må

aldrig være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender.

- Tvangsmedicinering skal altid registreres.
- Ved tvangsmedicinering bør der altid være en læge til stede.
- Tvangsmedicinering må ikke foregå skjult for patienten ved medicintilsætning til mad og drikke eller sammen med andre præparater, som patienten er vant til at tage.

6. "Det mindste middels princip" tilsiger, at følgende regler overholdes i forbindelse med elektrostimulationsbehandling (NCE-behandling):

- Tvangsbehandling med NCE må kun anvendes i situationer, hvor der er vital indikation, det vil sige, hvor behandlingen anses for nødvendig for at redde patientens liv.
- I alle situationer, hvor patienten ikke kan anses for at være i stand til at forstå et forslag om elektrostimulationsbehandling eller til at protestere herimod, må behandlingen kun gennemføres, efter at patientens personlige rådgiver (tidligere tilsynsværgeren) er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og bivirkninger, jfr.kapitel 11 om informeret samtykke.
- Tvangsbehandling med elektrostimulation skal altid registreres.

7. For anvendelsen af psykokirurgi skal gælde følgende regler:

- Psykokirurgisk indgreb må aldrig anvendes som tvangsbehandling.
- Selv hvor patienten er i stand til at tage stilling, bør psykokirurgisk indgreb ikke iværksættes uden godkendelse fra et uafhængigt centralt lægeråd, hvis medlemmer udpeges af sundhedsstyrelsen.
- Kan patienten ikke afgive et gyldigt samtykke, kan indgrebet kun foretages, når der er sket personlig umyndiggørelse, og værgeren har samtykket i indgrebet, ligesom godkendelse fra det nævnte lægeråd også skal foreligge i disse tilfælde.

8. Det er ikke sjældent, at en psykiatrisk patient modsætter sig at spise og drikke. Der kan i så fald blive tale om tvangsernæring. Grunden hertil kan være meget forskellig,

men er oftest af sindssygelig art. Der kan eksempelvis være tale om vrangforestillinger eller svær depression. Enkelte gamle og konfuse kan ikke bringes til at spise og drikke selv og kan også værge sig ved at blive madet. Et specielt sygdomsbillede frembyder patienten med nervøs spisevægring (anorexia nervosa) med stærkt begrænset fødeindtagelse som et dominerende symptom, der kan udvikle sig livstruende. Behandlingen af modstand mod at indtage mad og drikke vil naturligvis i første række være af medicamentel og psykoterapeutisk art, men hvis det ikke herved lykkes at ændre patientens vedholdende modstand, kan det være nødvendigt enten at nedlægge mavesonde til kunstig ernæring eller at opsætte drop til intravenøs væske-salttilførsel.

Det kan i sjældne tilfælde være påkrævet at overføre en psykiatrisk patient af nævnte kategorier til somatisk afdeling for forsvarligt at kunne gennemføre en livsnødvendig væske-saltbehandling og kunstig ernæring, og en sådan mulighed bør være til stede for den ansvarlige psykiatriske overlæge efter aftale med overlægen på den pågældende somatiske afdeling - uanset patientens eventuelle vægring mod overflytning.

Tvangsernæring må kun gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og hvis der hermed er tale om en livsreddende behandling (vital indikation), eller hvis undladelse ville medføre alvorlig risiko for patientens liv og helbred. Løvrigt skal de sædvanlige klageregler for tvangsbehandling finde anvendelse.

### C. Beskyttelsestvang.

Der er i udvalget enighed om, at man ikke kan tillade sig at holde beskyttelsestvang uden for den retlige regulering, da man herved løber en risiko for, at midler, som ellers kun anvendes for at beskytte typisk senildemente og konfuse gerontopsykiatriske patienter mod, at de utilsigtet tilføjer sig selv skade ved at falde fra seng, stol eller toilet, frem-

tidig eventuelt kunne benyttes over for andre psykiatriske patienter, fordi betingelserne for disse tvangsmidlers anvendelse eventuelt er lettere at opfylde.

De midler, der derimod kun lader sig anvende for at støtte en patient eller kompensere for dennes funktionsnedsættelse, må anses som et hjælpemiddel. Hvis tilsvarende midler anvendes over for ikke psykiatriske patienter, f.eks. sædvanlig sengehest, armlæn på toilet og andre midler, der skal forebygge fald som gangstol, kan disse midlers anvendelse ikke anses som tvangsmidler, der er omfattet af lovens regler.

Som vejledende kriterium må man her pege på, om der er tale om et middel, som patienten efter eget valg kan benytte eller undlade at benytte. Kan patienten frigøre sig selv og derved bringe brugen til ophør, er der tale om et hjælpemiddel og ikke om beskyttelsestvang.

Der er heller ikke tale om beskyttelsestvang, hvis ikke patientens bevægelsesfrihed begrænses. Et middel som f.eks. hovedbeskytter vil falde uden for reglerne om beskyttelsestvang.

Ved anvendelse af faldforebyggende midler bør der i dagtimerne til stadighed være personale til stede, som kan bistå patienterne og derved formindske de ulemper, som sådanne beskyttelsesmidler kan påføre dem, herunder ved at bringe brugen til ophør, hvis patienten oplever dette som en alvorlig belastning. Ved afgørelse af, om et sådant middel fortsat bør anvendes, må man i hvert enkelt tilfælde regelmæssigt afveje patientens oplevelse af beskyttelsesmidlet og den restriktion, det påfører vedkommende, over for risikoen ved at fjerne det og det eller de eventuelle alternativer, som man kan tilbyde patienten.

Ved disse overvejelser bør man naturligvis også løbende vurdere, om der findes andre eventuelt nye midler, som virker mindre hæmmende på patientens udfoldelsesmuligheder og søge at bringe sådanne i anvendelse som f.eks. eleverbare plejesenge, der ophæver risikoen for skader ved fald fra seng til gulv,

når patienten selv står op eller går i seng. Tilsvarende løsninger bør søges udviklet på andre felter. Der bør iøvrigt til stadighed være tilstrækkeligt personale omkring patienterne til at tage sig af dem og deres behov, herunder for at gå tur eller blot skifte plads eller flytte sig til et andet lokale.

Ved beskyttelsesforanstaltninger forstås ifølge sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1985 "stofbælter og lignende, der på hensynsfuld måde bruges for at forhindre eksempelvis senil-konfuse patienter i at komme til skade ved at falde fra seng eller stol ved at vandre omkring i forvirret tilstand."

Udvalget er enig med sundhedsstyrelsen i, at bælter, uanset om de er af stof og nok så bløde, ikke må benyttes uden lægeordination. Med stofbælter må sidestilles alle former for bånd, seler, Velcro-bælter og andre fastgøringsmidler, der har samme virkning på den pågældende patient som et bælte. Et bånd eller lagen, der anvendes til at fikser patienten med, må således også sidestilles med benyttelse af bælte, når det drejer sig om at bestemme, under hvilke betingelser et sådant middel må benyttes. Det betyder selvsagt ikke, at det er uden betydning for patienten, hvilket af flere mulige midler der benyttes, eller at man ved valg mellem flere mulige midler ikke efter omstændighederne bør foretrække f.eks. et lagen til fastgøring frem for et stofbælte, hvilket meget vel kan være tilfældet, men kun at der bør gælde ensartede betingelser for brug af midler, der opfylder samme funktion. Valget imellem sådanne midler bør herefter træffes efter et skøn over, hvad der bedst opfylder beskyttelsesformålet og ud fra en vurdering af, hvad den pågældende patient befinder sig bedst med.

Begrundelsen for en given foranstaltning er som udgangspunkt afgørende for, om et bestemt middel kan anses som en beskyttelsesforanstaltning eller et tvangsmiddel.

Ved en beskyttelsesforanstaltning forstås et middel, der udelukkende bringes i anvendelse for at beskytte en person imod utilsigtet at udsætte sit eget legeme for fare ved at forsøge



at foretage dagligdags handlinger, som vedkommende ikke længere er i stand til at udføre uden at løbe en væsentlig risiko for at komme til skade typisk ved at falde.

Da der normalt vil være tale om en varig eller i hvert fald længere varende tilstand, er det forsvarligt at lade lægens ordination gælde for en bestemt type situation i en vis periode, når ordinationen ellers regelmæssigt og med passende mellemrum tages op til fornyet vurdering. Det forudsættes, at indstilling om brug af beskyttelsesforanstaltninger altid gives af sygeplejepersonalet - plejere og sygeplejersker - som bedst kender patientens daglige adfærd og de risici, der kan være forbundet med denne.

Ordnation af beskyttelsesforanstaltninger skal registreres i tvangsprotokollen, men ikke den daglige benyttelse af beskyttelsesmidler, som er omfattet af ordinationen.

Udvalget er opmærksom på, at der anvendes beskyttelsesforanstaltninger på en række institutioner uden for det psykiatriske sygehusvæsen, f.eks. på somatiske sygehuse, på plejehjem og på institutioner for personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap, uden at dette registreres. Indføres regler som skitseret for de psykiatriske sygehuse og afdelinger, vil de herved komme til at indtage en særstilling med hensyn til registrering af beskyttelsesforanstaltninger, hvilket udvalget har anset for både berettiget og ønskeligt. Der skal dog gøres opmærksom på, at registreringen af beskyttelsesforanstaltninger også kunne tænkes at være hensigtsmæssig og af retssikkerhedsmæssig værdi på andre institutioner, men en anbefaling heraf ligger uden for udvalgets kommissorium.

Lukning af en afdelings yderdøre anvendes ofte som beskyttelsesforanstaltning for at forhindre senile patienter i at forvilde sig uden for afdelingen med risiko for, at de ikke kan finde tilbage og for, at de udsætter sig for fare f.eks. i trafikken. Derfor er de fleste gerontopsykiatriske afdelinger lukkede afdelinger. Det gælder såvel på de psykiatriske sygehuse som på de dertil knyttede H-plejehjem. Herved opstår der

et problem med den påtænkte overførsel af H-plejehjemmene fra indenrigsministeriets til socialministeriets regi. Inden for socialministeriets område har man nemlig den i sig selv prisværdige målsætning ikke at have lukkede institutioner. Man har derfor indført en række udgangsbegrænsende foranstaltninger, f.eks. komplicerede oplukningsmekanismer af yderdøre eller alarmsystemer, der aktiveres, når patienten bevæger sig gennem døråbningen. Men det er ikke alle steder muligt at installere disse systemer og herved opstår en fare for, at patienter, der kan bortgå fra åbne afdelinger, vil blive henvist til indlæggelse på psykiatrisk sygehus med lukket afdeling.

Dette perspektiv omtales, fordi det efter udvalgets mening vil være en uheldig og ulykkelig udvikling, hvis de psykiatriske sygehuse og afdelinger, fordi de har ret til at låse afdelingens dør, skulle blive opsamlingssted for ældre og senile og andre hjælpeløse med psykiske handicap, som der ikke er psykiatriske behandlingsmuligheder overfor, og hvor den eneste begrundelse for deres ophold på psykiatrisk afdeling er den beskyttelse, der ligger i, at man med en låst dør kan forhindre patienten i at bortgå og dermed udsætte sit liv og helbred for fare, se nærmere kapitel 18, afsnit 4.

#### D. Tvangsmæssig flytning til en anden afdeling.

Patienter på psykiatrisk sygehus bør ikke uden varsel flyttes fra en afdeling til en anden. Patienterne skal have et rimeligt varsel, d.v.s. så langt som det er afdelingen muligt at give.

Ved fastsættelse af, hvad der er et rimeligt varsel, må der tages hensyn såvel til patienten som til sygehuset. Patienter, der kun har været indlagt ganske kortvarigt f.eks. på en lukket modtageafdeling, har naturligvis også behov for at få et vist varsel, men hensynet til patienter med længere tids ophold på en afdeling må ifølge sagens natur være større. De sidstnævnte har i højere grad levet sig ind i netop denne afdelings rytme og har navnlig en sådan tilknytning og kendskab til denne afdelings personale, at en uvarslet flytning kan

være en alvorlig belastning. På den anden side fører hensynet til en rationel udnyttelse af sengepladser og personale til, at sygehuset og afdelingen må kunne disponere og om fornødent flytte patienter, herunder også frihedsberøvede fra en afdeling til en anden.

Patienten har altid krav på en begrundelse for flytning og et under hensyn til begge parter forhold og interesser konkret fastsat rimeligt varsel. I en akut situation må sygehuset selvsagt kunne handle meget hurtigt, f.eks. fordi modtagelse af nye patienter gør flytninger påkrævede.

Overførsel fra en åben afdeling til en lukket og fra en lukket afdeling til en anden lukket afdeling kan kun ske mod patientens protest, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Indsigelse mod overførsel behandles i denne situation efter reglerne om tvangstilbageholdelse, jfr. lovfor-slaget § 6.

Patienten skal have adgang til at klage over en iværksat flytning, men uden at en sådan klage tillægges opsættende virkning.

Se iøvrigt under patientrettigheder kapitel 15, afsnit 2F om patientens ret til at begære sig overført til en anden afdeling.

#### E. Aflåsning af en ellers åben afdeling.

Medens det tidligere var sådan, at en lukket afdeling altid var aflåst og en åben afdeling altid åben, er situationen nu mere flydende.

En lukket afdeling er en afdeling, der har lov til at aflåse afdelingens yderdør for at forhindre bl.a. tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte i at forlade afdelingen. En lukket afdeling behøver ikke til stadighed at være aflåst. Afgørelse herom træffes, når der er behov for dette. Aflåsning bør kun anvendes, når dette anses for nødvendigt, fordi en eller flere frihedsberøvede patienters tilstedeværelse ikke kan sikres

ved mindre indgribende foranstaltninger som f.eks. overvågning, og hvis de ville udsætte sig selv eller andre for væsentlig fare ved at forlade afdelingen. Aflåsning kan også være **nødvendig**, fordi der på afdelingen er indlagt patienter, hvis anbringelse er bestemt af retten f.eks. patienter, der er indlagt til mentalobservation, eller frihedsberøvet og anbragt på afdelingen som surrogat for varetægtsfængsling eller i henhold til dom, være sig dom til anbringelse eller dom til behandling på psykiatrisk sygehus.

Også normalt åbne afdelinger vil kunne aflåses, hvis dette er nødvendigt af hensyn til en patient, og hvis man derved kan undgå flytning af den pågældende patient til en permanent lukket afdeling. Lukkede afdelinger har normalt højere personalenormering end åbne afdelinger, og det kan derfor af personale- og sikkerhedsmæssige grunde efter omstændighederne være betænkeligt at foretage aflåsning - mere end helt kortvarigt - af en ellers åben afdeling, idet der derved eventuelt kun skabes en skinløsning på det problem, som en bestemt patient stiller afdelingen overfor. Dette bør indgå i overvejelserne, inden man beslutter at aflåse en ellers åben afdeling.

Afgørelse om aflåsning skal godkendes af overlægen snarest muligt og senest næste dag på morgenkonferencen. Normalt besluttet aflåsning kun for en dag ad gangen. Alle patienter skal straks efter, at beslutningen er truffet, underrettes herom. De patienter på afdelingen, for hvem aflåsningen ikke er nødvendig, bør orienteres særskilt om beslutningen og om hvilke foranstaltninger, der samtidig er truffet for at formindske de ulemper, aflåsningen vil påføre dem.

Aflåsning af en almindeligvis åben afdeling registreres ligeledes i tvangsprotokollen. Aflåsning skal blot registreres med dato og tidspunkt og ledsages af en helt kort begrundelse typisk ved at navngive patienten af hensyn til hvem dørene aflåses og angivelse af den fare, man vil forebygge, være sig selvmordsrisiko, fare for andre eller fare for, at vedkommende skal lide skade på liv eller helbred ved at forlade afdelingen.

#### F. Ophævelse af fællesskab.

Anbringelse i enerum i form af en polstret celle anses ikke for en adækvat behandling af urolige og voldsomme psykiatiske patienter og anvendes følgelig ikke her i landet. Det kan dog godt være et egnet middel i visse tilfælde at adskille en patient fra en eller flere andre patienter på afdelingen, eventuelt fra fællesskabet som sådan ved at benytte enestue. Hvis dette ikke foregår uden indsigelse fra patientens side, er der tale om et tvangsindgreb.

Hvis det er nødvendigt for at undgå voldelig adfærd fra en patients side, at denne afsondres fra de øvrige patienter, kan den vagthavende læge bestemme, at patienten skal opholde sig på en enestue, hvis man i så fald kan undgå bæltefiksering. Patienten bør da ikke lades alene, men til stadighed have personale omkring sig på stuen. Det er dog et spørgsmål, om dette bortset fra undtagelsestilfælde vil vise sig at være en praktisk anvendelig fremgangsmåde. Om isolation, se tillige ovenfor i afsnit 2, pkt. 6.

#### G. Brevcensur.

Medens det tidligere forekom, at man fra de psykiatiske afdelingers side censurerede de breve, som psykiatiske patienter, herunder tvangsindlagte og tvangstilbageholdte, afsendte og modtog, anvendes dette ikke mere. I sindssygelovens § 6, stk. 1, sidste punktum findes en regel om, at den sindssyge har ret til at afsende lukkede breve til sin tilsynsværge. Denne regel vil være overflødig, hvis ikke den skal læses som en undtagelse fra en ellers eksisterende friere adgang til at censurere den sindssyges breve. Dette var utvivlsomt også retsopfattelsen tidligere, men om dette stadig kan anses som gældende ret må anses for tvivlsomt.

Brud på brevhemmeligheden - den som bryder eller unddrager nogen et brev, telegram eller anden lukket meddelelse eller optegnelse eller gør sig bekendt med indholdet - straffes i

henhold til straffelovens § 263, stk. 1, nr. 1. Indgreb i brevhemmeligheden kan kun ske i henhold til retskendelse, jfr. retsplejelovens § 783, som politiet skal indhente forud, bortset fra tilfælde, hvor øjemedet ville blive forspildt, hvis rettens kendelse skal afventes. Med den strenge rettlige regulering, der i dag gælder til beskyttelse af meddelelsesfriheden, må det anses for tvivlsomt, om man på grundlag af en ældre retssædvane og med støtte i tidligere anstaltsanordninger kan åbne de sindssyges post alene som følge af deres anbringelse på psykiatrisk sygehusafdeling. Hjemmelen til dette vidtgående indgreb i privatlivets fred forekommer så tvivlsom, at det ikke er uden grund, at man nu har opgivet denne praksis. For at undgå enhver tvivl, finder udvalget det rigtigst at give udtryk for, at brevcensur er et indgreb i meddelelsesfriheden, som ikke bør forekomme uden for de tilfælde, der er hjemlet i retsplejelovens kapitel 71. Sådanne tilfælde kan forekomme på psykiatriske afdelinger typisk i forbindelse med patienter, der er indlagt i henhold til retskendelse som varetægtsarrestanter, men må i så fald følge de almindelige regler i retsplejeloven.

Hensynet til sindssyges retsbeskyttelse kræver, at der ikke anvendes brevcensur over for dem i andre tilfælde end over for alle andre borgere, da der ikke er noget lægeligt eller behandlingsmæssigt belæg for, at der er behov for et sådant indgreb, jfr. herved ovenfor i kapitel 4, afsnit 7, om Europarådets rekommandation af 22. februar 1983 artikel 6, hvorefter patienten bl.a. skal have adgang til at sende breve uåbnede.

Frihedsberøvede sindssyge har således ret til ucensureret brevveksling ikke blot med deres patientrådgiver, eventuel advokat og Folketingets Ombudsmand, men med enhver ganske som alle andre, herunder alle andre der er indlagt på sygehus.

#### H. Besøgskontrol.

Om en person, der er indlagt på en sygehusafdeling, ønsker at modtage besøg afgøres af patienten selv. Dette må også være

udgangspunktet for sindssyge, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt på psykiatrisk sygehusafdeling.

Kun hvis besøg af bestemte personer vil udsætte den frihedsberøvede sindssyges helbred for fare eller forringelse, kan der være grund til at overveje, om der af hensyn til behandlingen kan være anledning til at indføre hjemmel for besøgskontrol. En afgørelse om forbud mod besøg af bestemte personer må i givet fald træffes af vedkommende overlæge. Overlægen vil, hvis dette spørgsmål bliver aktuelt, formentlig altid drøfte besøget med den, der ønsker at aflægge besøg. En sådan samtale vil i en del tilfælde føre til, at den besøgende frivilligt afstår fra at gennemføre sit besøg for ikke at risikere at skade patienten. Spørgsmålet er heller ikke aktuelt, hvis den frihedsberøvede eventuelt efter overlægens råd selv erklærer, at besøg ikke ønskes modtaget.

Tilbage bliver alene de tilfælde, hvor hverken patienten eller den besøgende vil følge overlægens råd. I disse tilfælde vil det - hvad enten det drejer sig om frihedsberøvede eller frivilligt indlagte patienter - være overlægens ret at nedlægge besøgsforbud, hvis et besøg anses for forbundet med en betydelig risiko for en væsentlig forringelse af patientens helbred. Patienten har ret til at klage over besøgsforbud.

Hvis en sådan risiko ikke foreligger eller er mindre sandsynlig, har sindssyge, der er frihedsberøvede på psykiatrisk sygehusafdeling, følgelig samme ret til at modtage besøg af hvem de vil som alle andre patienter.

Der gælder derimod ingen ret for de besøgende til at komme ind, hvis ikke patienten selv ønsker at modtage dem. Dette gælder også for familie og nære pårørende, selv om det undertiden er svært for dem at forstå dette. Det er imidlertid vigtigt at overholde dette princip som et udslag af respekt for den frihedsberøvede sindssyges ret til selvbestemmelse på alle de områder, hvor tvangsindgreb og restriktioner ikke kan anses for absolut nødvendige og dermed berettigede.

## 9. Registrering af tvangsanvendelse.

Hvis tvangsanvendelse skal kunne kontrolleres, er det nødvendigt, at det nøje registreres hvornår, der udøves tvang, med hvilken begrundelse, og at oplysning om denne registrering også kommer videre til anden myndighed som et led i en fast løbende rapportering. Selve rapporteringen kan danne grundlag for en vis generel kontrol og vil med selve sin eksistens ganske som journalisering af hvert enkelt tilfælde ikke kunne undgå at få en vis præventiv karakter. Personalet vil ved at skulle redegøre skriftligt for, hvad der er foregået ved tilførsel til en protokol, der føres over al tvangsanvendelse på afdelingen, få selvindsigt og gennem gengivelse af de episoder, der har udløst tvang, så at sige efterfølgende blive konfronteret med egne beslutninger og begrundelser for disse, hvilket ikke kan undgå at påvirke fremtidig adfærd i tilsvarende situationer. Journaltilførsel af tvang giver også andre dele af personalet, herunder navnlig afdelingens overlæge og sygeplejeledelsen, naturlig anledning til at reagere på eventuelt mindre vellykkede forløb.

Registrering af tvangsanvendelse bør altid ske i tvangsprotokollen. Om dette tillige skal ske både i patientens journal og på det cardex-kort, som afdelingens sygeplejersker fører, må bero på, hvad man fra lægernes og sygeplejerskernes side anser for hensigtsmæssigt, og herunder om det kræves for at opfylde kravet til god lægeskik og til de faglige krav, der med rette stilles til en sygeplejerske. Hensynet til retssikkerheden kræver kun, at registreringen sker eet sted, og det må være i den tvangsprotokol, som skal findes på enhver afdeling. Tvangsprotokollen skal være tilgængelig for tilsynsmyndigheden og for patientrådgiveren.

Ved fiksering skal der i afdelingens tvangsprotokol ske tilførsel af:

- den fikseredes navn og CPR-nummer,
- tidspunktet for indgrebets iværksættelse og ophør,
- indgrebets art, omfang og intensitet,



- begrundelse for indgrebet,
- navnet på den ordinerende læge,
- navne på det implicerede personale.

En kopi af det skema, der anbringes i tvangsprotokollen, indsendes ved månedens udgang til orientering dels til amtsrådet dels til tilsynsorganet.

Der foretages i dag den form for registrering af de mest alvorlige magtanvendelsestilfælde, at overlægen til sygehusadministrationen indberetter alle de tilfælde, hvor magtanvendelse har påført patienter eller personale skader, som kan resultere i erstatningskrav eller disciplinærsager. Denne praksis bør ikke opgives, men kan heller ikke blot erstattes af registrering i tvangsprotokollen. Det er imidlertid et spørgsmål, om alle tilfælde af brug af fysisk magt som f.eks. selv en kortvarig beroligende omfavnelser eller fastholden skal registreres. Hvis der er tale om mere voldsomme episoder, eventuelt ligefrem nødværgeudøvelse, forekommer det ret klart, at sådanne tilfælde bør registreres af hensyn til både patienter og personale. Ingen kan være interesseret i, at der senere opstår tvivl om, hvad der egentlig er foregået. Da en afgrænsning eller graduering af, hvilke former for magtanvendelse der fortjener at blive registreret, ikke kan undgå at give anledning til betydelig tvivl i praksis, taler dette for en generel regel om, at alle tilfælde bør registreres i tvangsprotokollen, også selv om magtanvendelsen hverken resulterer i fiksering med bælte eller nogen form for skader.

Alle tilfælde af magtanvendelse, herunder eventuelle tilfælde af nødværge eller intervention i nødværge, skal registreres, idet der ligeledes her udfærdiges en kort skriftlig redegørelse af den eller de personer fra afdelingens personale, som har udøvet denne form for magtanvendelse. Redegørelsen skal indeholde oplysning om:

- Patientens navn og CPR-nummer,
- tidspunktet for indgrebet iværksættelse og ophør,
- indgrebets art, omfang og intensitet,

- begrundelsen for indgrebet,
- navne på det implicerede personale, herunder den læge, som er blevet tilkaldt i anledning af episoden.

Redegørelsen skal inden for samme vagt afgives skriftligt til afdelingens overlæge, og anbringes i kopi i tvangsprotokollen. Overlægen skal straks tage stilling til, om episoden eventuelt giver anledning til udfærdigelse af en indberetning dels til amtsrådet dels til tilsynsorganet ledsaget af overlægens egen kommentar og indstilling om, hvorvidt der bør foretages videre i anledning af den omhandlede magtanvendelsesepisode.

Udvalget har derimod ikke fundet det nødvendigt at foreskrive særskilt indberetning af alle magtanvendelsesepisoder. Redegørelse for hver enkelt episode anbringes i tvangsprotokollen, som tilsynsorganet skal gennemgå ved hvert besøg på afdelingen, hvilket efter flertallets forslag vil ske gennemsnitligt en gang om ugen.

Alle tilfælde af tvangsbehandling, det vil sige tvangsmedicinering og tvangsbehandling med elektrostimulation (NCE-behandling), skal dels tilføres patientens journal og cardex-kort, dels noteres i tvangsprotokollen med angivelse af:

- patientens navn og CPR-nummer,
- behandlingens art og varighed,
- begrundelsen for tvangsbehandling,
- oplysning om hvornår patienten og dennes personlige patientrådgiver, (tidligere tilsynsværge), er informeret om denne form for behandling som et led i behandlingsplanen og vejledt om deres adgang til at klage over beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling.

Beskyttelsesforanstaltninger skal også registreres i tvangsprotokollen eller i en speciel protokol til dette formål. Der skal ved ordinationen, der skal foretages af afdelingens læger, for hver enkelt form for beskyttelsesforanstaltning angives følgende:

- patienten navn og CPR-nummer,
- begrundelse for beskyttelsesforanstaltningen,
- den tilladte form for beskyttelsesforanstaltning,
- den tilladte situation,
- tidspunktet for vurdering af ordinationens fortsættelse, der for nyindlagte patienter ikke bør ske sjældnere end en gang om ugen, og for patienter, der har været indlagt over en måned, mindst en gang om måneden.

Det er lægens ordination eller bemyndigelse til sygeplejerspersonalet til at benytte beskyttelsesforanstaltninger, der skal registreres, ikke den faktiske anvendelse. At indføre den daglige brug forekommer ikke nødvendigt, men ville blot fylde protokollen op med et betydeligt antal notater ud for de enkelte patienter, uden at disse optegnelser tjener noget kontrolformål. Tilsynsmyndighedens kontrol bør navnlig rette sig imod ordinationerne og begrundelserne for disse.

Udvalget har haft adgang til at se den udformning, tvangsprotokollerne har fået på en række psykiatriske sygehuse. Da det vil være ønskeligt med en vis ensartethed i udformningen, har udvalget søgt at udarbejde en model for en tvangsprotokol, se bilag 12. Da det er vanskeligt at benytte samme protokol til en registrering af mekanisk tvang med videre samt beskyttelsestvang, er der ligeledes udarbejdet en model for registrering af beskyttelsestvang, se bilag 13.

