

Lovforslag nr. L 76. Fremsat den 26. oktober 1988 af Justitsministeren (Ninn-Hansen)

Forslag

til

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Kapitel 1

Lovens område m.v.

§ 1. Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i denne lov.

Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.

Kapitel 2

Almindelige bestemmelser

§ 2. Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard.

§ 3. Indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens samtykke.

Stk. 2. Lægen skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

Stk. 3. Overlægen skal opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til dens gennemførelse.

§ 4. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Justitsmin. L.A. j.nr. 1988-36002-1.

Lovforslag. Folketingsåret 1988-89

Stk. 2. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Stk. 3. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper.

Stk. 4. Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Kapitel 3

Frihedsberøvelse

§ 5. Tvangsindlæggelse, jf. §§ 6-9, eller tvangstilbageholdelse, jf. § 10, må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

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

Tvangsindlæggelse

§ 6. Søger en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv fornøden behandling, har de nærmeste ikke tilkaldt en læge. Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette.

Stk. 2. På grundlag af sin undersøgelse og de modtagne oplysninger skønner lægen, om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig.

-LF8

Modsat patienten sig sådan indlæggelse, afgør lægen, om tvangsindlæggelse er påkrævet.

Stk. 3. Tvangsindlæggelse skal ske, når betingelserne i § 5 er opfyldt. Lægen udfærdiger en erklæring herom, jf. § 7, stk. 2.

§ 7. Politiet træffer bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse og yder bistand hertil.

Stk. 2. Tvangsindlæggelse må kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge, der er ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted. Erklæringen må endvidere ikke være udstedt af en læge, der er inhabil. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningslovens § 3.

Stk. 3. Ved tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 2, skal lægens undersøgelse være foretaget inden for det seneste døgn og ved tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 1, inden for de seneste 7 dage forud for indlæggelsen.

§ 8. Den indlæggende læge skal så vidt muligt være til stede, indtil politiet forlader stedet sammen med den, der skal tvangsindlægges. Ved tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 1, underretter politiet lægen om tidspunktet for gennemførelse af tvangsindlæggelsen.

§ 9. Sker tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 2, skal patienten straks modtages. Sker tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 1, skal patienten modtages snarest muligt inden for den frist på 7 dage, som er nævnt i § 7, stk. 3.

Stk. 2. Overlægen træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

Stk. 3. Justitsministeren fastsætter nærmere regler om frengangsmoden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, herunder om politiets medvirken hertil.

Tvangstilbageholdelse

§ 10. Tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

Stk. 2. Overførelse af en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, til lukket psykiatrisk afdeling behandles efter reglerne om

tvangstilbageholdelse, såfremt patienten modsætter sig overførelsen.

Stk. 3. Fremstilles anmodning om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske. Fremstilles anmodning om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen. Er begæringen fremsat af patientrådgiveren, jf. §§ 24-29, underrettes tillige denne.

§ 11. Når betingelserne i § 5 ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør. Patienten og patientrådgiveren underrettes straks herom.

Kapitel 4

Tvangsbehandling

§ 12. Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10.

Stk. 2. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Stk. 3. Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. Denne træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

§ 13. En person, som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Stk. 2. Beslutning om tvangsbehandling som nævnt i stk. 1 træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab. Behandling kan om fornødent ske på somatisk afdeling.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

2

Kapitel 5

Fiksering m.v.

Tvangsfiksering

§ 14. Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

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

§ 15. Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilsat patienten.

Stk. 2. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme skal dog træffes af overlægen.

Stk. 3. Ville det i et tilfælde som nævnt i § 14, stk. 2, nr. 1, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed være uforvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

§ 16. En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt.

Anvendelse af fysisk magt

§ 17. En person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i § 14, stk. 2, er opfyldt. Over for personer, der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, kan der anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Stk. 2. Er det af afgørende betydning for behandling af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel.

Beskyttelsesfiksering

§ 18. Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel, der benyttes for at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare.

Stk. 2. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes, efter at en læge har tilsat patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel.

Bemyndigelsesbestemmelse

§ 19. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt samt om beskyttelsesfiksering.

Kapitel 6

Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse

§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5-10 og 12-17, og enhver ordination i henhold til § 18 skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og inderetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen.

§ 21. Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Stk. 2. Resultatet af den efterprøvelse af frihedsberøvelse, som er nævnt i stk. 1, skal tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes. Patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten underrettes om beslutning om opretholdt tvangstilbageholdelse.

Stk. 3. Der skal foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering så ofte, som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage, efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes.

Kapitel 7

Særlige regler om psykiatriske indgreb og om forsøgsbehandling

§ 22. Ethvert psykiatrisk indgreb kræver skriftligt samtykke fra patienten.

Stk. 2. Psykiatrisk indgreb må endvidere kun foretages efter forudgående godkendelse

fra et lægeråd, der nedsættes af Sundhedsstyrelsen.

Stk. 3. Er patienten ude af stand til at afgive gyldigt samtykke, kan indgrebet kun gennemføres, såfremt patienten umyndiggøres i personlig henseende, og den beskikkede værge giver skriftligt samtykke.

§ 23. Patienter, der er frihedsberøvet efter denne lov, må ikke undergives forsøgsbehandling.

Stk. 2. Forsøgsbehandling må heller ikke gennemføres med tvang over for frivilligt indlagte patienter.

Kapitel 8

Patientrådgivere og patientråd m.v.

§ 24. Der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsendlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved fiksering m.v.

Stk. 2. Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager.

§ 25. Statsamtmanden antager efter ansøgning et antal patientrådgivere. En fortegnelse over disse fordeles mellem de enkelte psykiatriske afdelinger i statsamtet.

Stk. 2. Beskikkelse sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske hurtigst muligt underretter patientrådgiveren om tvangsendgrebet og beskikkelsen. Patientrådgiverne beskikkes efter tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på fortegnelsen.

Stk. 3. Patienten skal have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte beskikkelse. Fremsætter patienten anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, skal overlægen så vidt muligt imødekomme en sådan anmodning. Afgørelsen kan påklages til statsamtmanden, der træffer den endelige administrative afgørelse.

Stk. 4. Fremsætter patienten anmodning om beskikkelse af en person, som ikke er optaget på fortegnelsen, sker der foreløbig beskikkelse af den person, der står for tur efter stk. 2. Statsamtmanden træffer bestemmelse om, hvorvidt den af patienten foreslåede person kan beskik-

kes. Patientens anmodning skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt.

§ 26. Patientrådgiveren skal snarest muligt efter beskikkelsen besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov.

Stk. 2. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten.

§ 27. Personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.

§ 28. Beskikkelsen som patientrådgiver bortfalder samtidig med, at tvangsendgrebet bringes til ophør. Patientrådgiveren bistår dog patienten i forbindelse med klager, som allerede er iværksat, eller som samtidig iværksættes.

§ 29. Justitsministeren fastsætter nærmere regler om antagelse og beskikkelse af patientrådgivere, deres opgaver og nærmere betingelser samt honorar.

§ 30. På hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der oprettes patientråd eller afholdes patientmøder efter regler, som fastsættes af sundhedsministeren.

Kapitel 9

Underretning og klagevejledning m.v.

§ 31. Inden frihedsberøvelse iværksættes og anden tvang anvendes, skal patienten underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål.

Stk. 2. Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt, jf. §§ 14-17, kan underretningen dog i særligt hastende tilfælde undlades. Begrundelsen skal i så fald gives efterfølgende.

§ 32. Ved enhver anvendelse af tvang skal patienten vejledes om adgangen til at påklage indgrebet.

Stk. 2. Klage over beslutning om anvendelse af tvang har ikke opsættende virkning.

Stk. 3. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kap. 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsette patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

§ 33. Justitsministeren fastsætter nærmere bestemmelser om underretning og klagevejledning.

Kapitel 10

Domstolsprøvelse og klageadgang

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

§ 34. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Godkender retten, at patienten tvangstilbageholdes, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet efter stk. 1, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse.

Tvangsbehandling og fiksering m.v.

§ 35. Der oprettes i hvert statsamt samt i Københavns kommune et patientklagenævn bestående af vedkommende statsmand som formand samt to medlemmer. Medlemmerne beskikkes af justitsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalidorganisationer. Justitsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

§ 36. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering for patientklagenævnet.

§ 37. Når en sag som nævnt i § 36 indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer m.v., ligesom nævnet kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Stk. 2. Patient og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Stk. 3. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. Justitsministeriet fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

§ 38. Patientklagenævnets afgørelse kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Stk. 2. Om sagerne behandling ved Sundhedsvæsenets Patientklagenævn gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

§ 39. Statsamtet varetager patientklagenævnets sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

Kapitel 11

Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer

§ 40. I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsetter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i sikringsanstalten, som er knyttet til amts-hospitalet i Nykøbing Sjælland.

Stk. 2. Justitsministeren skal inden 5 søgndage efter, at der er truffet afgørelse efter stk. 1, indbringe sagen for retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 3. Bortset fra §§ 5-11, § 21, stk. 2, og § 34 finder bestemmelserne i denne lov tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsanstalten efter stk. 1, jf. dog stk. 4.

Stk. 4. Patientrådgiver beskikkes alene i tilfælde, hvor den pågældende ikke i forvejen har en sådan eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.

§ 41. Anbringelse efter § 40, stk. 1, kan administrativt kun ophæves af justitsministeren. Begæring om ophævelse kan fremsættes af overlægen, patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen. Begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen kan tidligst fremsættes, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse, jf. § 40, stk. 2. Afslag på ophævelse forelægges på begæring for retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Er en begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen om ophævelse af anbringelsen blevet afslået af justitsministeren, kan spørgsmålet først på ny rejses, når der er forløbet 2 måneder efter justitsministerens afgørelse. Har justitsministerens afslag været forelagt for retten, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

Kapitel 12

Patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse

§ 42. Justitsministeren fastsætter regler om, i hvilket omfang reglerne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i strafferetsplejens for-

Kapitel 13

I krafttrædelses- og overgangsbestemmelser m.v.

§ 43. Loven træder i kraft den 1. oktober 1989 og gælder for alle afgørelser og beslutninger, der træffes efter lovens ikrafttrædelse.

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

§ 44. I § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland udgår: »i overensstemmelse med indhentet erklæring fra Sundhedsstyrelsen«.

§ 45. I lov om rettens pleje, jf. lovbekendtgørelse nr. 567 af 1. september 1986 som ændret senest ved lov nr. 420 af 13. juli 1988, indsættes i § 469, stk. 1, som 2. pkt.: »Sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien forelægges dog, så længe patienten ikke er udskrevet, for byretten på det sted, hvor vedkommende psykiatriske sygehus eller afdeling er beliggende.«

§ 46. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske eller grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning

1.1. Lovforslaget har til formål at styrke de sindslidendes retsstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og tvangsbehandling m.v. Lovforslaget skal endvidere sikre, at den sindslidende i videst muligt omfang inddrages i og får indflydelse på behandlingen og sine egne forhold i øvrigt.

I forhold til den gældende lov om sindssyge personers hospitalsophold, der er fra 1938, vil lovforslaget bl.a. indebære, at betingelserne for at anvende tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling skærpes og præciseres.

Med henblik på at formindske brugen af tvang mest muligt foreslås det som et grundlæggende princip, at tvang kun anvendes, når alle andre muligheder er udtømt, og at den tvangsansøgning, der i så fald kommer på tale, begrænses til det absolut nødvendige («det mindste middels princip»).

For at sikre opfyldelsen af dette princip foreslås bl.a., at al tvang skal registreres og indberettes, og der indføres regler om obligatorisk efterprøvelse af fortsat frihedsberøvelse efter faste terminer. Der opstilles endvidere en regel om fast vagt til bæltekfæstede patienter.

Til afløsning af den eksisterende tilsynsværgesordning foreslås indført en ordning med patientrådgivere, hvilket vil indebære en styrkelse af den støtte, som patienter, der er undergivet tvang, vil få. Der foreslås operet patientråd eller afholdt patientmøder for derved at øge patienternes medindflydelse på egne forhold.

Endvidere foreslås regler om obligatorisk udarbejdelse af behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og regler om vejledning af patienterne samt regler om *informeret samtykke*, der skal sikre, at patienterne i videst muligt omfang hele tiden er indforstået med den behandling, der foretages.

Endelig indeholder lovforslaget bestemmelser om en helt ny *klageordning*, hvorved der tilsigtes en forbedring af behandlingen af klagesager på dette område.

Lovforslaget bygger på betænkning nr. 1068/1986 om tvang i psykiatrien og betænkning nr. 1109/1987, der indeholder en afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Justitsministeren fremsatte den 28. oktober 1987 forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Lovforslaget bortfaldt imidlertid i forbindelse med ryvælg til Folketinget i maj 1988. 1. behandling af lovforslaget er optrykt i Folketingsindsendende 1987/88 (1. samling), Folketingets forhandlinger sp. 2079-2109.

Lovforslaget er en genfremsættelse af det bortfaldne lovforslag, idet der dog er foretaget ændringer i lovforslagets kapitel 10 om behandlingen af klager over tvangsbehandling og fiksering m.v., idet der til afgørelse af disse sager i første instans foreslås oprettet lokale patientklagenævne. Der henvises herved til afsnit 7 i de almindelige bemærkninger og bemærkningerne til §§ 35-39.

1.2. I de senere år har der flere gange i Folketinget været rejst spørgsmål om behovet for en revision af sindssygelovgivningen.

Den 25. maj 1982 vedtog Folketinget et forslag til folketingsbestumning, hvorefter regeringen opfordredes til at undersøge behovet for en revision af lov nr. 118 af 13. april 1938 med senere ændringer om sindssyge personers hospitalsophold (Folketingsindsendende 1981/82, Folketingets forhandlinger sp. 7345, sp. 8243, tillæg A, sp. 4121, B sp. 1143 og C sp. 547).

Under en forespørgselsdebate den 3. februar 1983 drøftede Folketinget på ny de retssikkerhedsmæssige spørgsmål på det psykiatriske område, og der var i Folketinget bred tilslutning til justitsministerens tilkendegivelse om at ville nedsætte et udvalg med henblik på en revision af sindssygelovgivningen (Folketingsindsendende 1982/83, Folketingets forhandlinger sp. 5394-5454).

Det nedsatte udvalg har afgivet tre betænkninger. I november 1983 afgav udvalget sin første debetænkning, hvori spørgsmålet om registrering af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister behandledes. I kommissoriet var udvalget blevet an-

F. t. l. vedr. tvang i psykiatrien

modet om at behandle dette spørgsmål forlods. På baggrund af udvalgets anbefaling er politiet siden maj 1985 ophørt med at registrere tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister og tidligere registrede oplysninger herom er slettet.

I februar 1986 afgav udvalget en principbetænkning om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986). Justitsministeriet udsendte betænkningen til høring hos en række myndigheder og organisationer, og udvalget har modtaget svarene til brug ved udvalgets afsluttende arbejde. I april 1987 har udvalget herefter afsluttet sit arbejde med afgivelsen af betænkning nr. 1109/1987 vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Det foreliggende lovforslag bygger på udvalgets to seneste betænkninger og på det lovudkast, der er indeholdt i betænkning nr. 1109/1987, og som der i udvalget har været enighed om, bortset fra enkelte punkter, hvor udvalget har delt sig i et flertal og et mindretal. Lovforslagets nærmere indhold gennemgås nedenfor under pkt. 2-7. Herunder redegøres der for Justitsministeriets stilling til de foreliggende flertals- og mindretalsudtalelser. Justitsministeriet har endvidere foretaget enkelte redaktionelle ændringer i forhold til betænkningens lovudkast. Hvor der i det følgende er henviset til udvalgets lovudkast, siges der til lovudkastet i betænkning nr. 1109/1987.

1.3. Den gældende *retsritstand* er baseret på lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold (i det følgende omtalt som *sindssygeloven*) og de hertil knyttede administrative forskrifter. Loven er optrykt som bilag 1 til lovforslaget. Siden 1938 er der kun foretaget én væsentlig ændring af loven ved lov nr. 175 af 11. juni 1954, hvor der som en konsekvens af grundlovens § 71, stk. 6, om domstolskontrol med administrative frihedsberøvelser blev indsat bestemmelser om adgang til domstolsprøvelse.

Sindssygeloven indeholder retsgrundlaget for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af psykiatriske patienter. For at *tvangsindlægge* en person skal en læge efter en foretaget undersøgelse finde, at den pågældende er sindssyg, og at det vil være uforvarligt at undlade indlæggelse, enten fordi den syge er til fare for sig selv eller andre, eller fordi udsligterne for den syges helbredelse væsentlig vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted.

Med hensyn til *fremgangsmåden* gælder, at lægens erklæring ved tvangsindlæggelse på færlighedsindikation udfærdiges på røde papirer, medens erklæringen ved indlæggelse på helbredelsesindikation (behandlingsindikation) udfærdiges på gule papirer, der

inden indlæggelsen skal være godkendt af embedslægen.

Politiet medvirker ved den praktiske gennemførelse af tvangsindlæggelse. Forinden bistan 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 korrekt 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.

En patient skal, uanset om den pågældende er tvangsindlagt eller frivilligt har ladet sig indlægge, nægtes udskrivning (*tvangstilbageholdelse*), hvis den behandelende læge på sygehuset finder, at patienten er sindssyg, og udskrivning vil være uforvarlig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller andre, eller fordi udsligterne for helbredelse vil blive væsentlig forringet, hvis udskrivning finder sted. Herudover kan lægen nægte at udskrive en patient, der er sindssyg, hvis udskrivning må forventes at medføre væsentlige ulemper for patienten selv (ulempendikation), og Justitsministeriet tiltræder nægtelsen.

Ved tvangsindlæggelse skal der beskikkes en *tilsynsværge* for patienten. Det påhviler politiet at give den fornødne meddelelse til skifteretten, der beskikker tilsynsværger. Hvis patienten tvangstilbageholdes, har den pågældende ret til efter begæring at få beskikket en tilsynsværge.

Spørgsmålet om adgangen til at anvende *anden tvang end frihedsberøvelse* 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 psykiske lidelser fastsat administrative bestemmelser om adgangen til tvangsbehandling, og i cirkulære nr. 63 af 28. juni 1985 er der fastsat nærmere retningslinjer for anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger over for patienter på psykiatriske sygehuse og afdelinger m.v.

Den gældende *klageordning* er udformet således, at afgørelser om frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling administrativt kan påklages til Justitsministeriet med adgang til efterfølgende domstolsprøvelse i henhold til reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Klager over den lægelige behandling, herunder eventuel tvangsbehandling og anden tvangsansøgning, henhører under Sundhedsvesenets Patientklagenævns klager over forholdene i øvrigt henhører under den myndighed, der er ansvarlig for drift-

fang undgår, at situationer, hvor der er behov for at anvende tvang, opstår, og hvorledes den tvang, der i så fald bliver aktuell, kan begrænses til det absolut nødvendige.

2.2.1. Udvalget fremhæver som et af de forhold, der har en ikke uvæsentlig betydning for omfanget af tvangsansværelse, de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehusvæsen fungerer, og de øvrige ressourcer, som tilføres denne del af sygehusvæsenet, se betænkning nr. 1068/1986, s. 313 ff, og betænkning nr. 1109/1987, s. 12 ff.

Det fremgår heraf, at der i udvalget er enighed om det ønskelige i at pege på denne sammenhæng og samtidig at fremhæve det synspunkt, at forbedrede forhold for psykiatriske patienter ikke alene skabes ved fastsættelse af en række formelle retsgarantier, men måske i endnu højere grad afhænger af, at der afsættes de fornødne midler til at sikre patienterne sygehushold under tidsvarende forhold og fysiske rammer, herunder med hensyn til udstyr, lokaler og bygninger, personale, beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder m.v.

Udvalget har på den baggrund i § 2 i lovudkastet (betænkning nr. 1109/1987, s. 19) foreslået en generel bestemmelse, der fastslår, at sygehusholdningerne skal tilbyde sygehushold, der er i overensstemmelse med god psykiatriske sygehusholdningsstandard med henblik på at begrænse og forebygge anvendelse af tvang. Et flertal i udvalget foreslår endvidere, at der i selve lovteksten optages et udtrykkeligt katalog over visse goder, som *frihedsberøvede* patienter skal have ret til, såsom enestue, når dette er lægeligt indikeret, passende værelsesstandard, tilbud om beskæftigelse og undervisning, mindst 1 times ophold i frisk luft dagligt, samt ledsaget udgang efter behov.

Et mindretal i udvalget er enig i den målsætning, som flertallet opstiller. Mindretallet finder imidlertid ikke, at en udtrykkelig lovfæstelse af de særlige regler om de fysiske og behandlingsmæssige rammer, som de har fundet udtryk i flertallets forslag, er et egnet middel til at sikre, at rammerne for *alle* psykiatriske patienter generelt forbedres.

Mindretallet peger på, at lovbestemmelser, der fastsætter mere præcise standarder og normer, der skal regulere sygehusvæsenets ydelser over for en bestemt patientgruppe, griber ind i sygehusholdningens kompetence til efter sygeloven at foretage den nærmere sygehusplanlægning og prioritering af ressourceforbruget inden for den samlede sygehussektor. Den lovregering, som flertallet har foreslået, vil således være et brud på de lovgivningsprincipper, som lovgivningsmagten har lagt til grund i for-

begrebet og dets anvendelse i retlig sammenhæng s. 187 ff.

Heri har udvalget bl.a. foretaget en gennemgang af argumenterne for at afskaffe henholdsvis for at bevare en særlovgivning og har i den forbindelse bl.a. opregnet en række eksempler på lovbestemmelser om administrativt bestemt frihedsberøvelse i dansk lovgivning. Udvalget udtaler (s. 184 ff), at det efter udvalgets opfattelse ikke vil være muligt på en retsteknisk forsvarlig måde at opstille ét fælles sæt af materielle betingelser for alle former for administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Udvalget tager afsand fra tanken om at opgive sindssygdom som et centralt kriterium til afgrænsning af den personkreds, der kan frihedsberøves på psykiatrisk afdeling. Udvalget henviser herved til, at de materielle betingelser for frihedsberøvelse af retssikkerhedsmæssige grunde bør være specifikke og sættes i relation til de præcise formål eller bestemte hensyn, som den enkelte lov forfølger. Overordnede generelle kriterier bliver let ubestemte og indholdsløse, hvis de skal dække over de forskelligartede områder, hvor frihedsberøvelse som nødvendige- eller retsforanstaltning kan komme på tale, ligesom det i sidste instans som følge af kriteriernes vaghed vil være vanskeligt for domstolene at påse, om betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt. Udvalget konkluderer på den baggrund, at hensynet til retssikkerheden gør det fælles regelsæt særdeles betænkeligt. Justitsministeriet er enig i udvalgets opfattelse, hvorefter en særlig lovgivning på dette område er såvel retssikkerhedsmæssigt mest betryggende som retsteknisk mest hensigtsmæssig.

Der kan i den forbindelse være grund til at fremhæve, at det ikke kun er selve den frihedsberøvelse tvang, der er behov for at regulere. Der må også udformes bestemmelser, der fastlægger betingelserne for og fremgangsmåden i forbindelse med tvangsbehandling, bemyndigelse m.v. Det må derfor også af den grund anses for rigtigst, at der udarbejdes en særlig lov til regulering af tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

2.2. Ud over at skabe den fornødne hjemmel til en vis begrænset adgang til tvangsansværelse og at opstille et sæt af retsgarantier til kontrol og efterprøvelse heraf indeholder lovforslaget som en vigtig bestanddel en række bestemmelser, der – ud over den begrænsning, som følger af selve tvangskriterierne, jf. nedenfor pkt. 3–5 – har til formål at *begrænse eller om muligt forebygge tvangsansværelse*.

Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har indgående drøftet, hvorledes man i videst muligt om-

ten af sygehuset, i almindelighed vedkommende amtskommune.

Endvidere fører Sundhedsstyrelsen – også efter ikrafttrædelsen pr. 1. januar 1988 af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (lov nr. 397 af 10. juni 1987) – *tilsyn* med landets sygehusvæsen. Styrelsen skal således følge forholdene på de amtskommunale sygehuse, herunder de psykiatriske afdelinger, ligesom styrelsen fører et særligt tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af sundhedsvæsenets personale. Lokalt varetages tilsynet i vidt omfang af de statslige embedsinstitutioner. Endelig er der af Folketinget i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nedsat et tilsyn, som består af 9 medlemmer, og som har til opgave at føre tilsyn med handlingen af administrativt frihedsberøvede personer, herunder tvangslidende og tvangstilbageholdte patienter.

2. Generelle synspunkter

2.1. Lovforslaget bygger i overensstemmelse med indstillingen fra udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling på det grundsynspunkt, at anvendelse af tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling skal forebygges og undgås i det omfang, det af hensyn til patientens eget eller andres liv, helbred og velvære overhovedet er muligt, men at tvang på den anden side ikke helt kan undværes på dette område. Ved tvang forstås i denne sammenhæng tvangslidelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering samt anvendelse af visse former for fysisk magt.

Om de etiske synspunkter, der ligger til grund for, at der findes acceptabelt i visse tilfælde at anvende tvang inden for psykiatrien, kan der henvises til side 205 ff og side 279 i betænkning nr. 1068/1986.

Udvalget har indgående overvejet, om den nødvendige lovregering af en sådan tvang bør ske i form af en særlig lov, der helt eller delvis bygger på sindssygdomsbegrebet, eller om der er mulighed for en anden løsning, herunder en samlet lovregering af alle former for administrativ frihedsberøvelse.

Et forslag til folketingsbeslutning om dette spørgsmål blev fremsat og drøftet i Folketinget i foråret 1983. Der henvises til forslaget til folketingsbeslutning (B 71) om forberedelsen af en revision af sindssygdomsloven, Folketingssiden 1982/83. Folketingets forhandlinger sp. 8435 ff og tillæg A, sp. 3255 ff.

Udvalget har gjort rede for sine overvejelser i kapitel 5 i principbetænkningen om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986), s. 150 ff, der skal ses i sammenhæng med udvalgets behandling af psykose-

bindelse med udlægningen af ansvaret for sygehusvæsenet til landets amtskommuner.

Mindretallet henviser endvidere til, at gennemførelse af flertallets forslag konkret vil indebære en risiko for, at oplyselsen af de materielle forhold for frihedsberøvede patienter, hvis indlæggelsestid i øvrigt ofte vil være af kortere varighed end andre patienters, vil ske på bekostning af en tilsvarende forbedring af forholdene for de frivilligt indlagte psykiatriske patienter, der udgør mere end 95 pct. af alle indlagte.

De forbedringer, som der også efter mindretallets opfattelse kan være behov for ikke blot til gavn for frihedsberøvede patienter, men til fordel for alle psykiatriske patienter, bør ligesom på det somatiske område fremkomme som resultat af de kommunale myndigheders prioritering og fastlæggelse af udviklingen inden for sundhedsområdet.

Justitsministeriet er enig med mindretallet i, at en sådan lovfæstelse af en række minimumsgoder for en meget lille gruppe af de psykiatriske patienter på en uheldig måde vil gribe ind i amtskommunernes mulighed for at foretage en samlet sygehusplanlægning, der sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse til gavn for alle psykiatriske patienter. Justitsministeriet finder, at den mest hensigtsmæssige måde – gennem lovgivning – at sikre psykiatriske patienters forhold på vil være, at der i lovforslaget medtages en bestemmelse, der udtrykkeligt pålægger den enkelte sygehusholdning at sørge for, at de psykiatriske afdelinger opfylder god psykiatrisk sygehusholdningsstandard, således som et enkelt udvalg har foreslået det i § 2.

2.2.2. I det omfang en patient frivilligt medvirker til den nødvendige behandling, opstår der ikke behov for at anvende tvang.

Da frivillig medvirken er det bedste grundlag for al behandling og det mål, som man allerede i dag søger at nå, har udvalget i forbindelse med en revision af lovgivningen på det psykiatriske område fundet det naturligt at overveje, hvilke foranstaltninger der er egnede til at forbedre mulighederne for at opnå patientens frivillige medvirken.

Udvalget har på en række punkter overvejet, hvorledes der gennem lovbestemmelser vil kunne opnås en styrkelse af mulighederne for patientens frivillige medvirken til gennemførelse af den nødvendige behandling.

Med henblik herpå foreslår udvalget bl.a., at der lovfæstes en almindelig regel om pligt for lægen til på eget initiativ at informere psykiatriske patienter om behandlingens mål og midler i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling, jf. § 3, stk. 2, i udvalgets lovudkast. En sådan vejlednings-

pligt vil sikre, at patienten får det fornødne grundlag for at tage stilling og herefter eventuelt afgive *informeret samtykke*. Der henvises herom til betænkning nr. 1068/1986, s. 355 ff og til betænkning nr. 1109/1987, s. 42 f.

Udvalget foreslår endvidere, at der indføres pligt for overlægen til at opstille en *behandlingsplan* for alle psykiatriske patienter, hvad enten de er frihedsberøvede eller opholder sig frivilligt på psykiatrisk afdeling, jf. § 3, stk. 3. i udvalgets lovudkast. Efter udvalgets opfattelse vil en behandlingsplan, som opstilles snarest muligt efter indlæggelsen og som løbende justeres, i sig selv være et velegnet middel til at opnå en *informeret samtykke*. Uden en behandlingsplan kan patienten ikke vide, hvad der skal ske, og hvad han samtykker i eller eventuelt modsætter sig. Der henvises til betænkning nr. 1068/1986, s. 36 og s. 363 samt til betænkning nr. 1109/1987, s. 42 f.

Også andre bestemmelser i udvalgets lovudkast, herunder reglerne om patientråd og patientmøder, tager mere eller mindre direkte sigte på at fremme mulighederne for patienternes frivillige medvirken.

Justitsministeriet kan tiltræde, at der med henblik på at sikre, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt finder sted med patientens samtykke, udformes regler om lægelig vejledning som grundlag for at indhente informeret samtykke fra patienten og om opstilling af en behandlingsplan for hver enkelt patient. Bestemmelser af denne art, der inddrager patienten aktivt i behandlingsforløbet, vil også efter Justitsministeriets opfattelse kunne medvirke til, at spørgsmålet om anvendelse af tvang kun opstår i et begrænset antal tilfælde.

2.2.3. I de tilfælde, hvor det – eventuelt efter en passende betænkningstid – ikke lykkes at opnå patientens frivillige medvirken, jf. ovenfor under pkt. 2.2.2., skal patientens holdning i almindelighed respekteres med den virkning, at man afstår fra at iværksætte indlæggelse og behandling. Hvis betingelserne for at anvende tvang er til stede, jf. nedenfor pkt. 3–5, må det efter udvalgets opfattelse sikres, at tvangen i så fald begrænses til det absolut nødvendige.

Dette spørgsmål om *det såkaldte mindste midtels princip* har udvalget behandlet i betænkning nr. 1068/1986, s. 320 ff og betænkning nr. 1109/1987, s. 44 f. Udvalget anbefaler, at der lovfæstes fælles regler for alle former for tvangsudøvelse, at der ikke må anvendes mere tvang end formålet tilsiger, og at tvangen i sig selv skal stå i et rimeligt forhold til det, der søges opnået ved tvangen. Der henvises til § 4 i udvalgets lovudkast.

Som en særegel, der bygger på »der mindste midtels princip«, foreslår udvalget endvidere i lovudkastet

rets § 21 regler om obligatorisk efterprøvelse med henblik på at sikre, at tvang ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Der henvises til udvalgets lovudkast og bemærkningerne her til.

Justitsministeriet kan tiltræde udvalgets forslag om en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet om i den givne situation altid at anvende den mindst muligt indgribende foranstaltning og at begrænse den tidsmæssige udskrænkning af foranstaltningen til det absolut nødvendige. Det foreliggende lovforslags §§ 4 og 21 er affattet i overensstemmelse med udvalgets lovudkast.

3. Frihedsberøvelse

3.1. For at *tvangsindlægge* en person skal en læge efter de gældende regler i sindssygelovens § 2 efter en foretagen undersøgelse finde, at den pågældende er sindssyg, og at det vil være uforvarligt at undlade indlæggelse, enten fordi den syge er til fare for sig selv eller andre, eller fordi udslignerne for den syges helbredelse væsentligt vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted.

Efter § 8 i sindssygeloven skal en patient, uanset om den pågældende er tvangsindlagt eller frivilligt har ladet sig indlægge, nægtes udskrivning (*tvangsstilbeholdelse*), hvis den behandlede læge på sygehuset finder, at patienten er sindssyg, og udskrivning vil være uforvarligt, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller for andre, eller fordi udslignerne for helbredelse vil blive væsentligt forringet, hvis udskrivning finder sted. Herudover kan lægen kun nægte at udskrive en patient, der er sindssyg, hvis udskrivning må forventes at medføre væsentlige ulemper for patienten selv (ulempendikation), og Justitsministeriet godkender udskrivningsnægtelsen.

De materielle betingelser for frihedsberøvelse i form af tvangsindlæggelse og i form af tvangsstilbeholdelse er i vidt omfang identiske. Det er en nødvendighed, men ikke i sig selv tilstrækkelig betingelse, at den pågældende opfylder det psykiatriske sygdomskriterium sindssygdom. Herudover skal der enten foreligge farlighedsindikation – farlig for sig selv eller farlig for andre, eller eventuelt begge dele – eller helbredelsesindikation (også betegnet behandlingsindikation). Endelig skal uforvarlighedsindikation også være opfyldt.

Ved tvangsstilbeholdelse findes der ud over farligheds- og behandlingsindikationen et tredje kriterium, ulempeindikationen, der kan danne grundlag for frihedsberøvelse. Adgangen til at tvangsstilbeholde går således på dette punkt videre end adgangen til at tvangsindlægge.

Fra 1973/74 til 1986 er antallet af tvangsindlæggelser faldet fra omkring 2000 til ca. 1300, hvilket svarer

til ca. 3 pct. af samtlige psykiatriske indlæggelser pr. år – internationalt set en lav procent. Af i alt 1255 tvangsindlæggelser i 1987 blev 753 (60 pct.) foretaget på farlighedsindikation (»røde papirer«) og 502 (40 pct.) på behandlingsindikation (»gule papirer«). Ud over den faldende tendens i det samlede antal tvangsindlæggelser har udviklingen siden 1973/74 været præget af et fald i antallet af indlæggelser på farlighedsindikation, medens andelen af indlæggelser på behandlingsindikation har udvist en stigende tendens. Der føres ikke en tilsvarende landsdækkende statistik med hensyn til antallet af tvangsstilbeholdelser. Om tvangsindlæggelsesstatistik henvises til betænkning nr. 1068/1986, s. 72 ff.

3.2. Spørgsmålet om, hvilke materielle betingelser der skal være opfyldt som forudsætning for, at en person kan frihedsberøves på en psykiatrisk afdeling, er behandlet af udvalget vedrørende sindslidendes reistilling i betænkning nr. 1068/1986, s. 214 ff og i betænkning nr. 1109/1987, s. 9 f og s. 46 ff. Udvalgets forslag til lovregel findes i lovudkastets § 5.

Det fremgår, at udvalget ved sine drøftelser har fundet, at adgangen til at tvangsindlægge og tvangsstilbeholde ikke helt kan undværes, og at der ikke ønskes en udvidelse af den personkreds, der skal kunne frihedsberøves efter de nye regler, i forhold til nu gældende praksis efter sindssygeloven. Derimod peger udvalget på behovet for at bringe lovgivningen i overensstemmelse med den gældende praksis, som udvalget i øvrigt ikke har fundet grundlag for at kritisere, og på behovet for at præcisere og skærpe betingelserne for frihedsberøvelse.

3.2.1. I betænkning nr. 1068/1986, s. 214 har udvalget omtalt den kritik, der er blevet fremført mod den gældende indlæggelsespraksis, hvor det i ca. 20 pct. af tilfældene forekommer, at det ikke efterfølgende er muligt at konstatere, at den tvangsindlagte var sindssyg, hverken ved indlæggelsen eller under opholdet på den psykiatriske afdeling. Udvalget anfører, at denne retstilstand er uholdbar, og peger på nødvendigheden af at fastlægge det *psykiatriske sygdomskriterium* på en sådan måde, at der skabes den fornødne hjemmel til at opretholde gældende praksis, som udvalget finder rigtig. Side 226 ff. gøres der nærmere rede for udvalgets overvejelser om, hvorledes lovgivningen kan bringes i overensstemmelse med den foreliggende indlæggelsespraksis.

I betænkning nr. 1109/1987, s. 9 f og s. 48 ff har udvalget fortsat sine overvejelser om dette spørgsmål. Udvalget fremhæver, at det på den ene side er ønskeligt at fremkomme med et løsningsforslag til legeriseringen af de 20 pct. såkaldte ulovmedholdelige tvangsindlæggelser, men at det på den anden side er

udvalgets opfattelse, at man bør afstå herfra, såfremt det vil medføre risiko for ugdning og dermed en ændring af nugældende indlæggelsespraksis med en stigning i antallet af tvangsindlæggelser til følge.

Udvalget konkluderer, at sindssygdom må anses for at være det snævrere mulige kriterium til afgrænsning af den personkreds, som i forbindelse med opfyldelse af farligheds- eller behandlingskriteriet bør kunne frihedsberøves på en psykiatrisk afdeling.

Udvalget anbefaler derfor, at sindssygdom fastholdes som den centrale grundbetegnelse for tvangsindlæggelse og tvangsstilbeholdelse. Udvalget er i den forbindelse opmærksom på, at det ikke er muligt at give en fuldstændig eksakt og entydig definition af sindssygdom, der er en samlebetegnelse for en række forskelligartede psykiatriske sygdomme, men at begrebet dog lader sig beskrive. Der henvises herved til betænkning nr. 1068/1986, kapitel 6, hvori Retslægerådet s. 197 er citeret for følgende beskrivelse af sindssygdomsbegrebet:

»Sindssygdom (synonymt med psykose) er 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 handlinger i overensstemmelse med »virkeligheden«, dvs. i overensstemmelse med hans egen tidligere oplevelse af sammenhæng, respektive med omgivelsernes vurdering heraf. Der hersker efter Retslægerådets opfattelse udbredt faglig enighed om, hvad sindssygdom (psykose) er: 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 f.eks. »alvorlig sindslidelse« vil efter Retslægerådets mening kunne afstedkomme uønsket uklarhed, specielt i relation til neurosebegrebet.«

Udvalget foreslår yderligere, at det psykiatriske sygdomskriterium ved tvangsindlæggelse og tvangsstilbeholdelse udvides til ud over sindssygdom også at omfatte tilstande, der kvalitativt og/eller kvantitativt ganske kan *lignes* med sindssygdom, og som i undersøgelsesøjeblikket ikke lader sig skelne fra sindssygdom, og som derfor også med rette bør behandles på samme måde, hvis tillæggskriterierne kræver ifølge behandlings- eller farlighedsindikation samtidig er opfyldt.

Det fremhæves af udvalget, at det ikke med en sådan regel er hensigten at udvide den kreds af personer, som kan tvangsindlægges eller tvangsstilbeholdes,

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.

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.

Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har behandlet de særlige spørgsmål, der knytter sig til indlæggelsesproceduren, i betænkning nr. 1068/1986, s. 475 ff og i betænkning nr. 1109/1987, s. 52 ff. Udvalget stiller en række forslag til forbedring af indlæggelsesproceduren. Det foreslås bl.a., at fristen mellem lægeundersøgelsen og tvangsindlæggelsen, der i dag kan være på op til 4 uger, forkortes til 1 døgn ved indlæggelser på farlighedsindikation og til 7 dage ved indlæggelser på behandlingsindikation, ligesom embedslægens medvirken ved indlæggelser på behandlingsindikation foreslås afskaffet. Det anbefales, at patientens læge så vidt muligt skal være til stede, når tvangsindlæggelsen gennemføres. Dette gælder ikke kun ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation, men også ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Udvalget henviser til, at lægens tilstedeværelse dels vil give patienten mulighed for at rådføre sig med lægen, dels sikre at lægen i det øjeblik, hvor tvangsindlæggelsen effektueres, påser, at betingelserne stadig er opfyldt.

Der henvises til udvalgets lovudkast §§ 6-9.

3.3. Justitsministeriet kan i det hele tiltræde de forslag, som udvalget har stillet både for så vidt angår de materielle betingelser for frihedsberøvelse som med hensyn til de regler, der er foreslået til forbedring af indlæggelsesproceduren.

Justitsministeriets lovforslag er udformet i overensstemmelse hermed jf. lovforslagets kapitel 3. Specielt for så vidt angår begrebet »tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom« i forslags § 5 er der grund til at fremhæve, at denne formulering navnlig skal ses på baggrund af de praktiske vanskeligheder, der kan være forbundet med at stille en psykiatrisk diagnose i forbindelse med en tvangsindlæggelse, der ofte vil foregå akut og under dramatiske omstændigheder. Justitsministeriet lægger ligeledes vægt på, at der ikke med den udvalgte formulering sker en udvidelse af den person-

behandlingsindikationen – bliver fælles for både tvangsindlæggelse og for tvangstilbageholdelse. Den eksisterende særlige adgang til at tvangstilbageholde på *ulempeskriterium* foreslås afskaffet. Om ulempekriteriet og de synspunkter, der ligger til grund for en ophævelse af ulempekriteriet som tvangstilbageholdelsesgrund, og om de betænkeligheder, der kan være forbundet med en sådan ophævelse, henvises til betænkning nr. 1068/1986, s. 231 ff.

Udvalget foreslår ingen ændring i adgangen til at tvangstilbageholde frivilligt indlagte patienter. En nærmere redegørelse for udvalgets synspunkter om dette spørgsmål findes i betænkning nr. 1068/1986, s. 248 ff.

Udvalget fremhæver bl.a., at muligheden for at tvangstilbageholde også frivilligt indlagte patienter 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 tvangsindlæggelser, hvor en læge eventuelt uden forudgående eller dybere kendskab til patienten her og nu skal afgøre, om tvangsindlæggelse er nødvendig. Det ville endvidere være upraktisk og en ren formalitet, hvis man lader en tvangstilbageholdelig patient forlade afdelingen, for derefter at lade patienten blive modtaget af politiet og eventuelt en anden læge umiddelbart uden for sygehuset, hvorfra tvangsindlæggelse da vil finde sted.

Udvalget henviser også til, at de foreslåede fælles kriterier for tvangstilbageholdelse og for tvangsindlæggelse vil indebære, at der kun vil kunne ske tvangstilbageholdelse på indikationer, der også ville kunne føre til tvangsindlæggelse.

3.2.5. Specielt for så vidt angår *fremgangsmåden* i forbindelse med den frihedsberøvelse, der består i tvangsindlæggelse, foreslår udvalget en række ændringer i forhold til de gældende regler.

Efter den gældende ordning påhvinder det den syges nærmeste at tilkalde læge. Hvis betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, udfærdiges en erklæring herom. Ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation udfærdiges erklæringen på røde papirer, medens erklæringen ved indlæggelse på behandlingsindikation udfærdiges på gule papirer, der inden indlæggelsen skal være godkendt af embedslægen. I København af stadslægen i forening med Justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklínik. Den læge, der udsteder den nævnte erklæring efter foretaget undersøgelse, må ikke være ansat på det psykiatriske sygehus, hvorpå den sindssyge tvangsindlægges.

Udvalgsflertallet foreslår endvidere, at den særlige adgang, som Justitsministeriet er tillagt i medfør af sindssygeovens § 10 og § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland til at træffe bestemmelser om anbringelse af ekstraordinært farlige sindssyge på sikringsanstalten, opretholdes med en sproglig præcisering, dog således at der indføres obligatorisk efterfølgende domstolsprøvelse. Udvalgets forslag til lovregler findes i kapitel 1 i udvalgets lovudkast, se betænkning nr. 1109/1987, s. 31-32 med tilknyttede bemærkninger s. 104-107 og betænkning nr. 1068/1986, s. 258 ff.

Et mindretal på 2 medlemmer, der er enig med flertallet for så vidt angår den del af farlighedskriteriet, der vedrører »farlig for sig selv«, tager afstand fra kriteriet »farlig for andre« under henvisning til, at afværgelse af fare for andre er en politimæssig opgave, der ikke skal søges løst gennem en lovgivning, der bygger på en behandlingsideologi.

3.2.3. *Behandlingsindikationen* har udvalget behandlet i betænkning nr. 1068/1986, s. 216 ff og i betænkning nr. 1109/1987, s. 47. Der er i udvalget enighed om, at en adgang til at frihedsberøve sindssyge med henblik på behandling ikke kan undværes, dels fordi en række sindssyge, som utvivlsomt har et stærkt behov for psykiatrisk behandling, ikke selv kan forvantes at ville anmode om indlæggelse og ej heller at ville affinde sig frivilligt med at blive indlagt på psykiatriske afdeling, dels fordi den behandling, de har behov for, ikke kan gives i deres hjem eller andet sted end netop på en psykiatrisk sygehusafdeling.

Udvalget foreslår derfor, at adgangen til at tvangsindlægge og tvangstilbageholde på behandlingsindikation opretholdes. Efter udvalgets forslag skal frihedsberøvelse på behandlingsindikation finde sted, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers vil blive væsentligt forringet. Det kan ikke kræves, at der skal være udsigt til en egentlig helbredelse af sindssygdommen som sådan således forudsat, at patienten efter sygehusbehandling må forventes at blive varigt rask, men der skal være et klart grundlag for, at behandling vil give en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig akut forringelse af tilstanden. En mærkbar lindring vil også være tilstrækkelig til, at kraven til behandlingsindikation kan anses for opfyldt. Der skal være konkret udsigt til at antage, at patientens tilstand som følge af sygehusbehandling vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning.

3.2.4. Udvalgets forslag til regler om frihedsberøvelse indebærer, at de materielle betingelser – det psykiatriske sygdomskriterium, farlighedsindikationen og

des, men at skabe bedre lovhygiejne for at opretholde hidtidig praksis på dette område.

Ved et krav om, at der skal foreligge »en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom« angives, at der er tale om et meget snævert område. En analogi med et krav om, at der skal være berettiget opfylde kravene til en fuldstændig analogi. Dette må anses for at være tilfældet f.eks. med visse affektive tilstande, abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af bevægelsesændringer, patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka, visse biologisk betingede tilstande, tågetilstand i forbindelse med epileptiske anfald og anorexia nervosa – nervøs spisevægring – med svær afkræftelse og livsfare til følge.

3.2.2. Sindssygdom eller en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse for at iværksætte tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Personen skal efter udvalgets lovudkast herudover enten opfylde behandlingskriteriet eller farlighedskriteriet, ligesom der stilles krav om, at indlæggelse eller tilbageholdelse sker med henblik på behandling. Dette krav gælder ikke kun ved frihedsberøvelse på behandlingsindikation, men også ved frihedsberøvelse på farlighedsindikation.

Udvalget har redegjort for sine overvejelser vedrørende *farlighedsindikationen* i betænkning nr. 1068/1986, s. 220 ff og betænkning nr. 1109/1987, s. 10 og s. 47 f.

Et flertal på 15 medlemmer foreslår, at farlighedskriteriet bevares både for så vidt angår »farlig for andre« som med hensyn til »farlig for sig selv« – fare for selvmord og selvtilfærdelse – men at udformningen af indikationen præciseres, således at der stilles nærmere krav til farens art og grad.

Til støtte for sit forslag vedrørende indikationen »farlig for andre« anfører udvalgsflertallet bl.a., at denne indikation giver mulighed for at gribe forebyggende ind ikke alene af hensyn til at beskytte andre mennesker, men også af hensyn til den sindssyge selv, som ved tvangsindlæggelse beskyttes imod at begå lovovertrædelser, der kan medføre alvorlige strafretlige følger og herunder eventuelt varetægtsfængsling.

Udvalgsflertallet peger også på, at alternativet til frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling ikke nødvendigvis vil blive, at der ikke gribes ind over for den pågældende, hvis kriteriet »farlig for andre« opgives. Der vil i stedet ofte blive tale om en politimæssig foranstaltning, hvilket næppe vil være en ønskelig tionsanbringelse, hvilket næppe vil være en ønskelig løsning over for visse sindssyge personer.

kreds, der efter gældende retspraksis tvangsindelegges og tvangstilbageholdes.

For så vidt angår spørgsmålet om anbringelse af ekstraordinært farlige personer på sikringsanstalten henvises til lovforslagets §§ 40 og 41.

4. Tvangsbehandling

4.1. I den nugældende lovgivning er kun adgangen til tvangsindeleggelse og tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling direkte lovreguleret, hvorimod adgangen til tvangsbehandling og anvendelse af tvangsmidler m.v. ikke er omtalt i loven. Det betyder dog ikke, at der ikke i dag findes retlige grænser og normer for tvangsudøvelse på dette område.

Det forhold, at grænserne for adgangen til tvangsbehandling og anden tvangsudøvelse kun fremgår mere indirekte af lovgivningen, må imidlertid ud fra et retssikkerhedsmæssigt synspunkt anses for utilfredsstillende både af hensyn til patienterne og af hensyn til læger og sygeplejepersonalet. Folketingets ombudsmand har da også igennem det seneste årti flere gange givet udtryk for det ønskelige i en klargøring af retstilstanden.

I det følgende behandles spørgsmålet om *tvangsbehandling*. Under pkt. 5 omtales spørgsmålet om anvendelse af tvangsmidler m.v. i fareafværgende og beskyttende øjemed.

4.2. Under den gældende retstilstand antages reglerne om tvangsindeleggelse og tvangstilbageholdelse indirekte at give lovhjemmel for tvangsbehandling ud fra den betragtning, at en frihedsberøvelse med henblik på psykiatrisk behandling ville savne mening, hvis der ikke samtidig var mulighed for at iværksætte den nødvendige behandling om fornødent med magt.

Heraf kan udledes, at kun personer, der er frihedsberøvet, eller som opfylder betingelserne herfor, kan undergives tvangsbehandling på psykiatrisk afdeling.

Sundhedsstyrelsen har i et cirkulære af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser fastsat, at hovedreglen er, at psykiatrisk og somatisk behandling ikke kan finde sted mod de psykisk syge personers vilje.

Tvangsbehandling af en *psykisk lidelse* hos en indlagt patient kan dog undtagelsesvis 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.

For så vidt angår spørgsmålet om tvangsbehandling af *legemlige lidelser* hos tvangsindelegte indvandrede patienter har Sundhedsstyrelsen opstillet den regel, at der ved livstruende tilstande, eller hvor der foreligger alvorlig risiko for helbred, kan foretages den nødvendige behandling med tvang.

Uden for disse særligt kvalificerede krisetilstande må der ifølge Sundhedsstyrelsens regler i givet fald foretages en personlig umyndiggørelse, således at bestemmelse om tvangsbehandling herefter kan træffes af den beskikkede væge.

4.3. Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har behandlet spørgsmålet om tvangsbehandling i betænkning nr. 1068/1986, kapitel 9, navnlig s. 323-326 og kapitel 11, s. 355 ff samt i betænkning nr. 1109/1987, s. 10 f og s. 60 ff. Udvalgets forslag til lovregler findes i lovudkastets §§ 12 og 13.

Udvalget opstiller som grundbetingelse for al lægelig tvangsbehandling, at kun indlagte patienter kan undergives tvangsbehandling og kun i det omfang, de opfylder betingelserne for at kunne tvangstilbageholdes.

Psykiatriske indgreb og forsøgsbehandling må dog aldrig kunne gennemføres med tvang, uanset om betingelserne for tvangstilbageholdelse måtte være opfyldt, se udvalgets lovudkast §§ 22 og 23.

Udvalget har overvejet, om der skal gælde en særlig begrænsning med hensyn til adgangen til at anvende elektrostimulation (»elektro-chok«) som led i tvangsbehandling, således at det ikke er tilstrækkeligt, at betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, men at der herudover skal foreligge en livstruende tilstand.

Et flertal i udvalget finder ikke, at der bør gælde en sådan særlig begrænsning i adgangen til at anvende elektrostimulation som led i en tvangsbehandling. Flertallet henviser navnlig til, at elektrostimulation er en skånsom behandlingsform, og at en særlig begrænsning vil kunne bevirke, at denne behandlingsform med urette kommer i miskredit hos patienter og pårørende.

Et mindretal foreslår, at adgangen til at anvende elektrostimulation som led i en tvangsbehandling begrænses til livstruende tilstande. Mindretallet har til støtte herfor gjort gældende, at der ikke er elektrostimulationsbehandling som sådan, reglen regulerer, men kun de i praksis forholdsvis sjældne tilfælde, hvor tvangsbehandling kan komme på tale, og henviser til, at der efter den praksis, der allerede følges i dag, ikke synes at være behov for en adgang til tvangsbehandling med elektrostimulation, der rækker videre end til livstruende tilstande.

såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

5. Fiksering m.v.

5.1. Som anført under pkt. 4 indeholder sindsygeloven ingen regulering af de tvangsmidler m.v., som det kan være berettiget at anvende på en psykiatrisk afdeling.

Sundhedsstyrelsen har i cirkulære nr. 63 af 28. juni 1985 fastsat regler til regulering af anvendelsen af såvel tvangsmidler som af de såkaldte beskyttelsesforanstaltninger. I cirkulæret anføres, at det er midlertidigt, og at det forudsættes afløst af de regler, der vil blive fastsat som et resultat af revisionen af sindsygelovgivningen.

5.2. Udvalget har i betænkning nr. 1068/1986, s. 279 ff redegjort for sine principielle overvejelser med hensyn til spørgsmålet om fiksering m.v. I betænkning nr. 1109/1987, s. 23 f findes udvalgets udkast til lovbestemmelser (§§ 14-19) og side 64 ff er oprykt bemærkninger til lovudkastet.

Udvalget foreslår, at der foretages en inddeling af den tvang, der består i fastspænding eller fæstholden, i tre hovedgrupper: Tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering. Med hensyn til sondringen mellem tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering anfører udvalget, at det som udgangspunkt er *formålet* med at anvende den givne foranstaltning, der er afgørende for, om et bestemt middel, som bringes i anvendelse mod patientens vilje, skal anses som et tvangsmiddel eller et beskyttelsesmiddel. Hvis formålet er at afværge en fare, som patienten tilsigter udsett sig selv eller sine omgivelser for, er der tale om et tvangsmiddel. Omvendt er der tale om et beskyttelsesmiddel, hvis formålet er at beskytte patienten selv imod, at denne utilsigtet udsætter sit eget legeme for væsentlig fare typisk ved at forsøge at foretage dagligdags handlinger eller udvise en helt almindelig adfærd, som den pågældende blot ikke længere er i stand til at udføre uden at løbe en væsentlig risiko for at komme til skade, navnlig ved at falde.

Ud over formålet tillægges *midlets art* også betydning ved afgørelsen af, om der er tale om tvangsfiksering eller beskyttelsesfiksering, idet udvalget opstiller den regel, at midler, der anvendes til tvangsfiksering -- det vil sige bælte, fod- og håndremme eller handsker -- ikke må anvendes til beskyttelsesfiksering, se betænkning nr. 1109/1987, s. 75 f.

Specielt for så vidt angår *tvangsfiksering* foreslår udvalget, at kun bælte, håndremme, fodremme og handsker må anvendes som midler til tvangsfiksering.

De materielle betingelser for at anvende tvangsfiksering findes i udvalgets lovudkast § 14, stk. 2. Heraf fremgår, at tvangsfiksering kun må anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eler på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller over hærverk af ikke ubetydeligt omfang. Det kræves derimod ikke, at den pågældende skal være sindssyg eller i en hermed ligestillet tilstand.

Udvalget foreslår særlige regler med hensyn til, hvem der har kompetencen til at træffe beslutning om tvangsfiksering, jf. lovudkastets § 15, og i § 16 foreslås en regel om fast vagt til de patienter, der er tvangsfikseret med bælte. Reglen om fast vagt er omtalt nærmere nedenfor under pkt. 6.

Under samme materielle betingelser, som gælder for tvangsfiksering, foreslås en adgang til fysisk at fastholde den pågældende patient og eventuelt føre vedkommende til et andet opholdssted, jf. lovudkastets § 17. Spørgsmålet om, hvorvidt der i det enkelte tilfælde skal anvendes tvangsfiksering eller alene fysisk magt, må afgøres under tagttagelse af det mindste nødvendige princip. Udvalget tilføjer, at man i øvrigt næppe kan bortse fra, at der ved fortolkningen af kriterierne for tvangsfiksering henholdsvis anvendelse af fysisk magt også må anlægges en proportionalitetsbetragtning, således at kravene skærpes, jo mere indgribende en foranstaltning, der er tale om.

Udvalget foreslår endvidere en bestemmelse, der skal sikre, at frihedsberøvede personer kan forhindres i at forlade sygehuset, uanset at de almindelige betingelser for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede. Bestemmelsen giver bl.a. mulighed for aflåsning af yderdøre. Endelig foreslås det i § 17, stk. 2, at der skabes hjemmel til om fornødent med magt at gribe en urolig patient et beroligende middel. I bemærkningerne til bestemmelsen anføres udvalget, at dette dels kan være påkrævet af helbredsmæssige grunde, idet en bedring af patientens tilstand i visse tilfælde forudsætter, at den pågældende falder i søvn, dels kan det være en mindre indgribende foranstaltning end f.eks. at bæltefikse den pågældende.

I lovudkastets § 18 har udvalget foreslået en regel om *beskyttelsesfiksering*, hvorved forstås en tvangsforsanstaltning, der bringes i anvendelse for at beskytte patienten imod utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare, jf. ovenfor vedrørende sondringen mellem tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering.

5.3. Justitsministeriet kan i det hele tilslutte sig udvalgets forslag til regulering af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Lovfor-

slagets §§ 14-19 er affattet i overensstemmelse hermed.

6. Patientrettigheder m.v.

6.1. Udvalget har flere steder i betænkning nr. 1068/1986 overvejet, hvorledes det er muligt at tilbyde patienter, der undergives tvang, den fornødne støtte og kompensation med henblik på at styrke såvel deres retlige som deres faktiske stilling. I denne forbindelse skal fremhæves udvalgets overvejelser om en forbedring af den nugældende tilsynsværgeordning, om fast vagt til bæltefikserede patienter og om patientråd og patientmøder.

6.2. Efter sindssygelovens § 6 skal der ved tvangsfiksering beskikkes en tilsynsværge for den tvangsfikserede. I andre tilfælde skal der beskikkes tilsynsværge for en sindssyg patient, hvis den pågældende patient fremsætter ønske herom. 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. Det er skifteretten, der foretager beskikkelsen af tilsynsværgeren. Som regel beskikkes en af patientens nærmeste pårørende.

Udvalget har behandlet tilsynsværgespørgsmålet i betænkning nr. 1068/1986, s. 340 ff., og i betænkning nr. 1109/1987 findes udvalgets udkast til love og § 25-30, og bemærkningerne hertil er optrykt s. 87 ff.

Udvalget foreslår, at der til afløsning af den eksisterende tilsynsværgeordning etableres en ordning med lønnede *patientrådgivere*, der antages af amtmænd efter ansøgning blandt personer, som må anses for egnede fagligt og personligt til på deltid at udføre det arbejde, der er forbundet med patientrådgiverfunktionen. Amtmanden udarbejder en fortegnelse over de antagne patientrådgivere. Som patientrådgivere tænkes navnlig anvendt personer inden for social- og sundhedssektoren i vid forstand.

Ved tvangsfiksering, tvangsfikseringsforanstaltning og tvangsforsanstaltning skal der efter udvalgets forslag obligatorisk ske patientrådgiverbeskikkelse. I tilfælde af tvangsfiksering, magtanvendelse og beskyttelsesfiksering skal der beskikkes patientrådgiver, hvis patienten fremsætter begæring herom. Udvalget har ikke fundet behov for beskikkelse af patientrådgiver til patienter, der behandles frivilligt. I disse tilfælde påhviler det personale at yde patienten den fornødne vejledning og bistand.

Besikkelse sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske underretter en patientrådgiver om tvangsfiksering og den heraf følgende beskikkelse. Patienten har efter særlige regler mulighed

for at få beskikkelse f.eks. et familiemedlem til at udføre patientrådgiverarbejdet.

Patientrådgiveren har til opgave at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Der opstilles et krav om, at patientrådgiveren skal aflægge patienten et første besøg inden 24 timer efter beskikkelsen, og derefter mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov, indtil beskikkelsen bortfalder.

Justitsministeriet er enig med udvalget i, at der er behov for en væsentlig forbedring af den støtte og bistand af såvel menneskelig som retlig karakter, som psykiatriske patienter, der undergives tvang, bør kunne få fra kvalificerede og uafhængige personer. Justitsministeriet kan tiltræde den patientrådgiverordning, som udvalget har foreslået til afløsning af den gældende ordning efter sindssygeloven med tilsynsværger.

6.3. Specielt for så vidt angår patienter, der tvangsfikseres med bælte, stiller udvalget forslag om, at der stilles krav om fast vagt. Udvalgets redegørelse for dette spørgsmål findes i betænkning nr. 1068/1986, s. 430 f. Udkast til lovbestemmelse findes i § 16 i udvalgets lovudkast. I bemærkningerne til udvalgets forslag anføres udvalget bl.a. (betænkning nr. 1109/1987, s. 71), at reglen dels har til formål at betynde bæltefiksering noget af den traumatiske effekt, som kan være forbundet med at blive fikseret og ladet alene, dels at beskytte patienten mod eventuelle overgreb eller gener fra medpatienter. Udvalget peger endvidere på, at brug af fast vagt utvivlsomt vil kunne begrænse brugen af bæltefiksering, navnlig således at den tidsmæssige udstrekningsformindskes.

Justitsministeriet kan tilslutte sig udvalgets forslag til en regel om fast vagt ved bæltefikserede patienter. Bestemmelsen udelukker ikke, at den faste vagt efter omstændighederne kan overvåge flere patienter, der er tvangsfikseret med bælte.

6.4. Patienternes mulighed for at øve indflydelse og medbestemmelse på egne forhold må antages at spille en ikke uvæsentlig rolle for, hvordan patienterne oplever opholdet på psykiatrisk afdeling, og dermed i sidste instans også for behovet for tvangsanvendelse.

Udvalget har behandlet spørgsmålet om patienternes medindflydelse i betænkning nr. 1068/1986, s. 404 ff. og i betænkning nr. 1109/1987, s. 94.

Udvalget anfører bl.a., at den medindflydelse, som patienterne tillægges, har betydning både for patienternes følelse af eget værd og for personalets holdning til patienterne, ligesom patienternes medindflyd-

delse endvidere må tillægges vægt som en kontrolforanstaltning, der kan medvirke til at forebygge eventuelt misbrug.

Udvalget foreslår på den baggrund, at der på hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder. Ordningen skal gælde for alle indlagte psykiatriske patienter og ikke kun for de patienter, der undergives tvang.

Udvalget er opmærksom på, at det vil være lettere at få en ordning med regelmæssig afholdelse af patientmøder og oprettelse af et patientråd til at fungere for de grupper af patienter, der er indlagt igennem nogen tid, end for korttidsindlagte.

Justitsministeriet deler udvalgets opfattelse af betydningen af, at patienterne så vidt muligt søges inddraget i og tillagt indflydelse på egne forhold, også selv om der ikke helt kan bortses fra de praktiske problemer, der kan være forbundet med at få den af udvalget foreslåede ordning til at fungere i forhold til visse grupper af patienter, navnlig korttidsindlagte og meget syge. Justitsministeriet kan derfor tiltræde udvalgets forslag. Lovforslagets § 30 er affattet i overensstemmelse hermed.

7. Domstolsprøvelse og klageadgang

7.1. Efter sindssygelovens § 9 kan afgørelser om tvangsfiksering og tvangsforsanstaltning på psykiatrisk afdeling administrativt påklages til Justitsministeriet, der inden i måned skal tage stilling til klagen. I praksis indhentes der en udtalelse fra Retslægerådet, inden Justitsministeriet træffer afgørelse i sagen. Tilsvarende gælder med hensyn til klager over tvangsfiksering.

Hvis Justitsministeriet godkender overlægens afgørelse om frihedsberøvelse, kan patienten begære spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed forelagt for retten i overensstemmelse med reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Heraf følger bl.a., at sagen inden 5 søgnedage efter den administrative afgørelse skal indbringes for retten på patientens hjemsted. Under en sådan sag kan også spørgsmål om erstatning i anledning af den stedfunde frihedsberøvelse pådommes. Byrettens afgørelse kan i givet fald ankes til landsretten.

Klager over rent lægelige spørgsmål, såsom valg af behandlingsform eller metode, bivirkninger og lægefejl samt over eventuel tvangsbehandling og brug af tvangsmidler har hidtil i henhold til reglerne i lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse henført under Sundhedsstyrelsen. Pr. 1. januar 1988 er lov nr. 182 af 23. juni 1932 blevet afløst af en ny centralstyrelseslov, lov nr. 397 af 10. juni 1987. I henhold til denne lov er oprettet Sundhedsrådsstyrelsen Patientklagenævn, for hvilket klager over den faglige virksomhed, der udføres af personer inden for sund-

hovedsæset, skal indbringes, medmindre der i lovgivningen måtte være foreskrevet en særlig klageadgang. Eventuelle erstatningskrav må rettes mod den ansvarlige sygehusmyndighed, normalt vedkommende amtskommune, der som ansvarlig for driften hører for eventuelle fejl begået af ansatte, herunder læger.

Klager over andre forhold end selve frihedsberøvelsen og de rent lægelige forhold som f.eks. personalets optræden, maden, adgang til beskæftigelse, motionsmuligheder, de bygningsmæssige og de øvrige forhold, hvorunder patienter må opholde sig på et sygehus, henhører under vedkommende amtskommune (Københavns og Frederiksberg kommuner og Sundhedsministeriet for så vidt angår Rigshospitalet), som er den ansvarlige sygehusmyndighed.

7.2. Udvalget har indgående overvejet spørgsmålet om udformningen af den fremtidige klageordning. Der henvises til betænkning nr. 1068/1986, s. 439 ff. og betænkning nr. 1109/1987, s. 11 f. og s. 97 ff. Udvalget har delt sig i spørgsmålet om klageordningens nærmere udformning.

Et flertal foreslår, at der oprettes lokale patientklagenævner, mindst ét i hver amtskommune, der i første instans skal behandle klager over alle former for tvangsanvendelse – frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, magtanvendelse og beskyttelsesfiksering – samt klager over forsøgsbehandling. Ud over at behandle konkrete klagesager tillægges nævnet en kompetence til bl.a. gennem uanmeldte besøg på de psykiatriske afdelinger at føre tilsyn med visse forhold, der har forbindelse med de sager, som nævnet har kompetence til at behandle.

Hvert nævnet skal ved behandlingen af en sag bestå af en dommer som formand og to andre medlemmer beskikket efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer.

Det lokale nævns afgørelse vedrørende frihedsberøvelse skal efter flertallets forslag kunne indbringes for domstolene i overensstemmelse med reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Nævnets andre afgørelser skal kunne indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet.

Et mindretal foreslår, at klager over afgørelse om tvangsinddæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes direkte for domstolene i overensstemmelse med reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a uden nogen forudgående administrativ klagebehandling. Klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, magtanvendelse og beskyttelsesfiksering skal efter mindretallets forslag indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet.

genævnt på samme måde som alle andre patienters klager over behandlingen i sygehusvæsenet.

Justitsministeriet finder, at frihedsberøvelse er et så alvorligt indgreb, at det af retssikkerhedsmæssige grunde må foretrækkes, at sager om tvangsinddæggelse og tvangstilbageholdelse efter begæring så hurtigt som muligt indbringes direkte for en domstol. Det kan efter Justitsministeriets opfattelse ikke undgås, at en forudgående administrativ lokal behandling af en sådan sag vil medføre en forsinkelset af den retlige prøvelse, uanset hvor smidigt og effektiv den administrative behandling tilrettelægges. Justitsministeriet kan derfor tiltræde mindretallets synspunkter på dette punkt.

For så vidt angår klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, magtanvendelse og beskyttelsesfiksering stilles der i overensstemmelse med indstillingen fra udvalgets flertal forslag om, at sådanne klager i første instans afgøres af lokale patientklagenævner. Dette synes generelt at være i overensstemmelse med den nyere tendens i lovgivningen, hvorefter administrative sager, herunder klagesager, bør behandles så lokalt som muligt. Med hensyn til klager over behandlingen på sygehuse har lovgivningsmagten ganske vist ikke fundet, at dette synspunkt har kunnet opveje de fordele, der også opstår ved en centraliseret klagebehandling som fastlagt i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

For så vidt angår klager over tvang inden for psykiatrien må det imidlertid tillægges særlig betydning, at klageren og patientrådgiveren har mulighed for personligt at møde for klageinstansen og gøre deres synspunkter gældende, hvilket kun vil være praktisk muligt ved en lokal klageordning. Herudover må en lokal klagesagsbehandling antages at kunne foregå hurtigere end en central behandling. Endelig må den mulighed, som en lokal ordning indebærer for, at klagenævnet i forbindelse med behandlingen af en konkret klagesag kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling, tillægges væsentlig betydning for kontrollen med anvendelse af tvang.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til §§ 35-39, idet det vedrørende sammensætningen af det lokale patientklagenævnt bemærkes, at der stilles forslag om, at vedkommende statsmand skal være formand for nævnet i stedet for en dommer.

8. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser.

Det psykiatriske sygehusvæsen er henlagt til amtskommunerne m.fl., og det påhviler derfor efter Justitsministeriets opfattelse allerede i dag amtskommunerne at sikre, at de psykiatriske sygehuse er ind-

rettet således, at de bestandig er i overensstemmelse med god psykiatrisk sygehusstandard.

Bestemmelsen i lovforslagets § 2 om indretningen m.v. af psykiatriske sygehusafdelinger indebærer derfor ikke nogen udvidelse af de forpligtelser, der allerede idag påhviler amtskommunerne.

Efter lovforslagets § 16 skal patienter, der er tvangsfikseret med bælte, have fast vagt. Forslaget er en nyordning, der vil kunne nedværggøres, at de berørte sygehuse fortager en ændret disponering af sygehusenes personalemæssige ressourcer.

Da de psykiatriske sygehuse imidlertid allerede i dag er forpligtet til at føre et rimeligt tilsyn med tvangsfikserede patienter, har Justitsministeriet forudsat, at den fornødne omdisponering kan ske inden for de eksisterende bevillingsmæssige rammer for sygehusene.

I lovforslagets kapitel 8 foreslås indført en ordning med faste patientrådgivere til at vejlede og rådgive personer, som undergives tvang. Patientrådgiverne udpeges i de enkelte tilfælde af sygehuspersonalet på grundlag af en af statsamtet udarbejdet fortegnelse over egnede og villige personer.

Honoreringen af patientrådgiverne, blandt andet med henblik på kompensation for eventuelt tab af arbejdsfortjeneste, vil indelæses en merudgift, der kan anslås til ca. 1-2 mill. kr. årligt. Honorarerne forudsættes afholdt af sygehusmyndighederne. Disse merudgifter vil blive overført fra Justitsministeriets lovreserve til Indenrigsministeriets bloktilskudspulje.

Lovforslagets kapitel 10 indebærer, at klager over tvangsbehandling m.v. kan indbringes for lokale patientklagenævner, medens alle sager om frihedsberøvelse, herunder tvangstilbageholdelse, skal indbringes for domstolene. Klager over den lægelige behandling behandles i dag af Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet.

Vurderingen af, hvilket antal klager der kan forventes indbragt for patientklagenævnene og domstolene er forbundet med nogen usikkerhed. Justitsministeriet skønner imidlertid, at antallet af indbragte klagesager må antages at blive forholdsvis begrænset. På denne baggrund finder Justitsministeriet, at forslagens regler om domstolsprøvelse af visse klager ikke kan antages at påføre domstolene merarbejde af væsentlig omfang. Den lokale klagenævnshandling ved patientklagenævnene vil medføre visse merudgifter, herunder honorarer til nævnenes almindelige medlemmer. Justitsministeriet vil til dækning heraf overføre et beløb i størrelsesordenen 0,5 mill. kr. til Indenrigsministeriet.

9. Hørte myndigheder m. v.

Betænkning nr. 1068/1986, principbetænkning om tvang i psykiatrien, og betænkning nr. 1109/1987 vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien har været sendt til høring hos Præsidenterne for Østre og Vestre Landsret, samtlige amtskommuner, Københavns og Frederiksberg kommuner, Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Socialministeriet, Landsforeningen Sindssyendes Vel, De Samvirkende Invalideorganisationer, Det centrale Handicapråd, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Kommunalarbejderforbund, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Dansk Socialrådgiverforening, Ergoterapeutforeningen, Patientforeningen, Galebevægelsen, Den danske Dommerforening, Advokatrådet, Retslægerådet, Justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik, Embedslægeforeningen, Amtsrådsforeningen i Danmark, Kommunernes Landsforening, Foreningen af politimestre i Danmark, Politidirektøren i København, Rigsadvokaten, Rigspolitichefen, Politifuldbyrdningen og Dommerfuldmægtigforeningen.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til kapitel 1

Lovens anvendelsesområde

Til lovforslagets titel og til § 1

Det centrale område i den foreslåede lov er en regulering af adgangen til i visse tilfælde at anvende tvang i forbindelse med psykiatrisk behandling.

Som altovervejende hovedregel omfatter bestemmelserne i lovforslaget kun personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling. Heraf følger modsætningsvis, at reglerne om f.eks. tvangsbehandling ikke kan anvendes på personer, der opholder sig uden for psykiatrisk afdeling. Disse personer kan – så længe de ikke er indlagt – kun behandles frivilligt, uanset om de måtte opfylde de materielle betingelser for at kunne tvangsbehandles.

Lovforslaget omfatter ikke personer, der opholder sig på institutioner uden for det psykiatriske sygehusvæsen, selv om disse personers tilstand som sådan måtte være omfattet af lovforslaget. Bestemmelserne gælder derfor ikke for personer, der opholder sig på plejehjem under bistandsloven, herunder de tidligere H-plejehjem, som ved lov nr. 349 af 4. juni 1986 fra 1. januar 1987 er overført fra Indenrigsministeriet til Socialministeriets område, eller på institutioner for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, hvor Socialministeriets bekendtgørelser nr. 568 og 569 af henholdsvis 21. og 22. december 1979 om magtanvendelse finder anvendelse.

Hovedreglen om, at lovens anvendelsesområde i stedet henseende kun er psykiatrisk afdeling, er fraveget på to punkter. For det første regulerer loven den tvang, der kan være nødvendigt at anvende uden for psykiatrisk afdeling i forbindelse med selve tvangslæggelsen. For det andet gælder bestemmelserne i lovforslaget for tvangstilbageholdte personer, der midlertidigt overføres fra psykiatrisk afdeling til somatisk afdeling med henblik på behandling af en legemlig lidelse. Dette gælder ikke blot i tilfælde, hvor der bliver tale om tvangsbehandling af en legemlig lidelse, jf. § 13, men også i tilfælde hvor en frivillig patient frivilligt overgiver sig til behandling af en legemlig lidelse og med henblik herpå overføres til somatisk afdeling, hvis tvangsbehandling senere viser sig nødvendig.

Nathospitalspatienter, som kun sover på en psykiatrisk afdeling, anses for indlagt, og er dermed omfattet af loven, hvortil daghospitalspatienter, som kun kommer i dagtimerne på sygehuset til behandling og eventuelt for at arbejde i terapi og på væksted, er udklævet, hvorfor de som andre ambulante patienter falder uden for reglerne. Det betyder i praksis, at de ikke kan tvangstilbageholdes eller tvangsbehandles, og at proceduren for tvangslæggelse i givet fald skal følges, hvis iværksættelse af frihedsberøvelse anses for nødvendig.

Hvis en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, forlader afdelingen og ikke frivilligt vender tilbage til denne eller udebliver efter udgang, opstår der ligeledes spørgsmål om lovens rækkevidde.

Hvis der er tale om en tvangslidende eller tvangstilbageholdt patient, og overlægen i forbindelse med, at man har konstateret, at patienten er bortgået eller er udeblevet efter kortvarende udgang, anmoder om politiets bistand til at føre patienten tilbage, må patienten uden iagttagelse af proceduren for tvangslæggelse i almindelighed kunne tilbageføres med henblik på fortsat tvangstilbageholdelse. Dette gælder dog ikke, hvis der går længere tid, før politiet finder frem til den pågældende.

I sådanne tilfælde og i tilfælde, hvor overlægens anmodning om politiets bistand ikke fremsættes umiddelbart efter konstateret bortgang eller udeblivelse, eller der er givet udgang med tilladelse til mere end en enkelt overnatning, bør tilbageførelse i givet fald ske i overensstemmelse med reglerne om tvangslæggelse.

Hvis en frivilligt indlagt patient, der ikke efterfølgende er blevet tvangstilbageholdt, forlader sygehuset, vil tilbageførelse mod patientens protest kun kunne ske efter reglerne om tvangslæggelse.

For så vidt angår den personkreds, der er omfattet af lovforslagets bestemmelser, henvises til de enkelte

bestemmelser. Det bemærkes, at visse bestemmelser, f.eks. § 3 om opstilling af en behandlingsplan og § 30 om patientråd m.v., gælder for alle, der indlægges på psykiatrisk afdeling, hvortil andre bestemmelser, f.eks. bestemmelserne om frihedsberøvelse og tvangsbehandling, er begrænset til patienter, der er sindssyge eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles med sindssygdom.

I § 1, stk. 1, fastslås, at frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling kun må finde sted efter reglerne i loven, medmindre der findes anden lovhjemmel herfor. Bestemmelserne skal således forstås med det forbehold, der bl.a. følger af adgangen til at anbringe personer på psykiatrisk sygehus eller afdeling i henhold til strafferelev afgørelse, jf. § 42 og bemærkningerne til denne bestemmelse, ligesom der i § 6 i lov nr. 498 af 23. december 1970 om udlevering til andet nordisk land i anledning af visse beslutninger om forsorg eller behandling findes en særlig hjemmel til frihedsberøvelse. Også bestemmelserne i straffelovens §§ 13 og 14 om nødværge og nødret gælder ved siden af reglerne i den foreslåede lov.

Det følger af bestemmelsen i § 1, stk. 2, at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger og midler – være sig indlæggelse, fortsat ophold, behandling, fiksering m.v. – som den pågældende patient modsætter sig. Hvis en patient hverken med ord eller i sin adfærd protesterer mod foranstaltninger, anses den som frivillig, selv om der ikke foreligger udtrykkeligt samtykke eller accept. Det må i hvert enkelt tilfælde afgøres, om en patient, der ikke protesterer verbalt, alligevel i kraft af en afvisende adfærd må anses for at modsætte sig indlæggelse, fortsat ophold, behandling m.v. Store krav til tilkendegivelsens klarhed kan der ikke stilles, for en protest fra patientens side må antages at foreligge med den virkning, at man må afstå fra at gennemføre den påtænkte foranstaltning, medmindre betingelserne for tvangsmæssig gennemførelse er til stede.

Der henvises i øvrigt til betænkning nr. 1109/1987, side 35–40.

Til kapitel 2

Almindelige bestemmelser

Til § 2

Der henvises til betænkning nr. 1109/1987, side 40–42 og de almindelige bemærkninger under pkt. 2.2.1.

Til § 3

Selv om der efter den foreslåede bestemmelse i § 1,

stk. 2, kun foreligger tvang, hvis patienten modsætter sig en given foranstaltning, har vedkommende læge efter forslaget § 3, stk. 1 og 2, pligt til at søge at opnå patientens samtykke efter behørig vejledning om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigten til en bedring af tilstanden.

Denne pligt til at indhente informeret samtykke hos patienten gælder i forhold til alle psykiatriske patienter i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling, og ikke kun i forhold til de patienter, hvor anvendelse af tvang kan komme på tale, hvis de pågældende modsætter sig den påtænkte foranstaltning. Pligten påhviler både den indlæggende læge og lægerne på den psykiatriske afdeling. Den indlæggende læge skal navnlig vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, og sygehusets læger navnlig om selve sygehusopholdet og den behandling, der agtes iværksat. Udsigten til en bedring af patientens helbredstilstand skal indgå som det grundlæggende tema i vejledningen såvel for den indlæggende læge som for sygehuslægerne vedkommende. For så vidt der bliver tale om tvangslæggelse eller tvangsbehandling, fremgår vejledningspligten tillige af § 31.

Efter den foreslåede bestemmelse i § 3, stk. 3, har overlægen pligt til at opstille en behandlingsplan for alle, der indlægges på psykiatrisk afdeling. I behandlingsplanen angives behandlingens nærmere form og indhold, herunder hvorvidt behandlingen bedre skønnes at kunne opnås f.eks. ved samtaler frem for ved medicinering.

Kravene til behandlingsplanen 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. Kravene til behandlingsplanen øges, efter at den indledende observation af patienten, eventuelt i medicinfri tilstand, er foretaget. Behandlingsplanen skal justeres løbende og skal til enhver tid afspejle, hvilke handlinger der er igang, og det mål, der i hvert fald på kortere sigt søges realiseret ved de aktuelle handlinger. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 2.2.2. og til betænkning nr. 1109/1987 side 42–44.

Til § 4

I § 4 foreslås en lovfæstelse af det såkaldte »mindste middels princip« som et generelt princip, der gælder ved enhver form for tvangsanvendelse.

Der henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 2.2., herunder navnlig pkt. 2.2.3., og til betænkning nr. 1109/1987, side 44–46.

Til kapitel 3

Frihedsberøvelse

Til § 5

Den foreslåede bestemmelse indeholder fælles materielle betingelser for tvangslæggelse og tvangstilbageholdelse, se § 6, stk. 3, og § 10, stk. 1.

Den grundlæggende betingelse er, at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom. For så vidt angår sindssygdomsbegrebet og betegnelsen »tilstande, der ganske kan ligestilles hermed«, henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 3.2.1. Det skal fremhæves, at anvendelsesområdet for begrebet »tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom« må fastlægges under hensyn til de overvejende behandlingsmæssige formål, som denne lov forfølger, og således uafhængigt af forståelsen af lignende begreber i anden lovgivning. Beskrivelsen af den patientgruppe, der omfattes af § 5, bliver således ikke nødvendigvis sammenfaldende med afgrænsningen af den personkreds, der i praksis henhører under straffelovens § 16, stk. 1, om tilstande, der må ligestilles med sindssygdom.

Ud over tilstedeværelsen af sindssygdom eller en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, kræves som betingelse for tvangslæggelse eller tvangstilbageholdelse opfyldelse af enten farlighedskriteriet eller behandlingskriteriet.

Farlighedskriteriet
For personen selv, typisk i form af risiko for selvmord eller alvorlig selvskadelse, eller som fare for andre. Der stilles krav om, at faren skal være nærliggende og væsentlig.

Farlighedsbegrebet omfatter en vis kvalificeret og aktuel fare for person, herunder også trusler om vold eller selvskadelse, brandstiftelse og lignende farlige handlinger. En blot mulig og mere fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig, er ikke tilstrækkelig. Verbale forulempelser, der ikke indeholder trusler om vold eller selvskadelse, falder ligeledes uden for det foreslåede farlighedsbegreb.

Tvangslæggelse og tvangstilbageholdelse på *behandlingsindikation* kan kun finde sted, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers vil blive væsentligt forringet. Det kan ikke kræves, at der skal være udsigt til en egentlig helbredelse af sindssygdommen som sådan således forstærket, at patienten efter sygehusbehandling må forventes at blive varigt rask, men der skal være et klart grundlag for, at behandling vil medføre en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig og akut forringelse af tilstanden. En mærkbar lindring vil også være tilstrækkeligt til, at kravene til behandlingsind-

kation kan anses for opfyldt. Der skal være konkret udsigt til, at patientens tilstand som følge af sygehusbehandling vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning.

Endelig stilles der krav om, at det skal være *uforsvarligt at undlade af frihedsberøve* den pågældende *med henblik på behandling*. Med denne betingelse fremhæves, at frihedsberøvelse efter denne lov sker med henblik på behandling.

I de tilfælde, hvor patienten er til fare for sig selv eller andre, må det anses for tilstrækkeligt til at opfylde den nævnte betingelse, at der ved behandling skønnes at være udsigt til at afhjælpe farligheden, selv om der ikke samtidig består en rimelig udsigt til at helbrede eller lindre selve den psykiske abnormitet.

De foreslåede bestemmelser om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse gælder også for umyndige personer – umyndiggjorte og mindreårige – i det omfang, de er omfattet af de opstillede kriterier. Hvis en mindreårig ikke er sindssyg eller i en hermed ligestillet tilstand, er det reglerne i myndighedsloven om foreldremyndighed – og de begrænsninger i foreldremyndigheden, som må antages at gælde ved mindreårige, der har opnået en vis alder og modenhed – der er bestemmende for reestillingen vedrørende indlæggelse og ophold på psykiatrisk afdeling.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 3 og til betænkning nr. 1109/1987, side 46-52.

Til §§ 6-9

Bestemmelserne i lovforslagets §§ 6-9 regulerer fremgangsmåden ved tvangsendlæggelse.

De nærmeste, det vil navnlig siges ægtefælle, samlever, forældre, voksne børn og personer, der hører til husstanden, har pligt til at tilkalde læge, typisk en praktiserende læge eller en vagtlæge, hvis en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv sørger for formoden lægehjælp. Opfylder de nærmeste ikke denne pligt, eller har den syge ingen pårørende, påhviler det politiet at tilkalde en læge.

Hvis den tilkaldte læge efter at have undersøgt patienten finder, at indlæggelse er nødvendig, skal han i overensstemmelse med bestemmelsen i lovforslagets § 3 søge at opnå patientens samtykke til indlæggelse. Modsatte patienten sig indlæggelse, må patientens protest i almindelighed respekteres med den virkning, at indlæggelse undlades. Men hvis betingelserne for tvangsendlæggelse, jf. forslaget § 5, er til stede, skal tvangsendlæggelse ske. I så fald udfærdiger lægen en erklæring med angivelse af bl.a. den formodede diagnose, patientens sindstilstand og de oplysninger, som lægen støtter opfyldelsen af enten farlig-

Den foreslåede bestemmelse regulerer adgangen til at tvangstilbageholde, det vil sige nægte udskrivning af en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Tvangstilbageholdelse kan kun ske, hvis de materielle betingelser i § 5 er opfyldt, herunder navnlig at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der gænske må ligestilles hermed, ligesom enten farligheds- eller behandlingskriteriet samtidig skal være opfyldt. Hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, har overlægen pligt til at nægte udskrivning.

Ikke kun tvangsendlagte patienter, men også patienter, der frivilligt har ladet sig indlægge, vil kunne tilbageholdes mod deres vilje, hvis betingelserne herfor er til stede.

Overførsel af en psykiatrisk patient til en lukket afdeling sidestilles med en tvangstilbageholdelse, hvis patienten protesterer mod overførslen. Dette indebærer, at en sådan tvangsmæssig overførsel kun kan finde sted, hvis betingelserne i § 5 er opfyldt.

Lovforslagets § 10, stk. 3, 1. punktum indeholder en regel om, at overlægen skal tage stilling til en anmodning om udskrivning og meddele patienten sin afgørelse snarest muligt og senest inden 24 timer efter begæringens fremsættelse. Reglen gælder ikke kun for patientens første udskrivningsbegæring, men også i tilfælde, hvor patienten tidligere har fået afslag på en anmodning om udskrivning og på ny fremsætter anmodning herom, hvilket patienten har fri adgang til.

Hvis overlægen afslår at imødekomme udskrivningsbegæringen, foreligger der en tvangstilbageholdelse. En patientrådgiver skal derfor beskikkes, hvis patienten ikke allerede har fået beskikket en sådan, f.eks. i kraft af forudgående tvangsendlæggelse eller tidligere etableret tvangstilbageholdelse.

I § 10, stk. 3, 2. punktum, foreslås en særrregel, der alene tager sigte på den situation, at en tvangsendlag patient begærer sig udskrevet inden for det første døgn efter tvangsendlæggelsen. I den situation vil det være nødvendigt at indrømme overlægen en vis observationstid, der er længere end 24 timer, for at tage stilling til, om den tvangsendlagte skal tilbageholdes. Fristen foreslås fastsat til 48 timer regnet fra tvangsendlæggelsen. Er det forsvaret at udvise skønnet indlæggelsen. Er det forsvaret at udvise skønnet hurtigere, f.eks. i tilfælde hvor overlægen kender patienten i forvejen, skal dette dog gøres, således at indlæggelsen længere end nødvendigt.

Der henvises i øvrigt til betænkning nr. 1109/1987, side 56-60.

131

Fremstillede lovforslag (undt. finans- og tillægsbev. lovforslag)

Efter lovforslagets § 11 skal en frihedsberøvelse straks bringes til ophør, når de materielle betingelser for frihedsberøvelse efter § 5 ikke længere er opfyldt. Dette skal ske, uanset om patienten har fremkaldt afgørelsen ved at fremsætte begæring om udskrivning efter § 10, stk. 1, hvorefter overlægen af egen drift sat, jf. § 21, stk. 1, efter overlægen af egen drift løbende skal tage stilling til spørgsmålet. En opløbende skal fremsætte begæring om udskrivning af frihedsberøvelse er ikke nødvendigvis ensbetydende med udskrivning, idet patienten kan vælge at forblive indlagt på frivilligt grundlag.

Til kapitel 4

Tvangsbehandling

Til § 12

Ved al lægelig behandling af psykiatriske patienter, der er omfattet af den foreslåede lov, har den behandlerende læge pligt til at søge at opnå patientens informerede samtykke, jf. forslaget § 3 og bemærkningerne her til. Hvis dette ikke lykkes, og patienten i stedet modsætter sig den foreslåede behandling, må man i almindelighed undlade at iværksætte den påtænkte behandling, medmindre den pågældende patient er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. I så fald vil der efter forslaget § 12, stk. 1, være mulighed for at gennemføre den psykiatriske behandling mod patientens vilje.

Afgørelse om tvangsbehandling træffes i det enkelte tilfælde af overlægen, der også træffer bestemmelser om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med § 4 om det mindste middels princip. Ved tvangsmedicinering indebærer dette, at der skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, jf. § 12, stk. 2.

Ved afprøvede lægemidler forstås præparater, der er velkendte, og som findes optaget i Sundhedsstyrelsens specialitetsregister, jf. Lægeforeningens medicinfartegelse og lægemiddelliste. Sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der er angivet i lægemiddelforregnelsen, samt det der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser – megadoser – vil således være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen overlægen ikke kender. Ved tvangsmedicinering bør der altid være en læge til stede. Medicinering må ikke foregå skjult for patienten ved medic-

cintilsætning til mad og drikke eller sammen med andre præparater, som patienten er vant til at tage. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 4 og til betænkning nr. 1109/1987, side 60-63.

Til § 13

Medens § 12 regulerer adgangen til at tvangsbehandle psykiske lidelser hos psykiatrike patienter, indeholder § 13 en regulering af adgangen til i visse tilfælde at tvangsbehandle eventuelle *legemlige lidelser* hos psykiatrike patienter.

Sådan somatisk tvangsbehandling må kun finde sted, såfremt patienten for det første opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Patienten skal således være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed, samt opfylde enten behandlingskriteriet eller farlighedskriteriet.

For det andet skal den legemlige lidelse være så alvorlig, at den udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Endelig skal overlæggen på psykiatrisk afdeling og overlæggen på den pågældende somatiske afdeling være enige om, at betingelserne for at tvangsbehandle den legemlige lidelse er opfyldt.

Patienten kan om fornødent overføres til somatisk afdeling med henblik på behandlingens gennemførelse. Viser det sig under opholdet på somatisk afdeling nødvendigt at anvende tvang, finder dette sted i overensstemmelse med reglerne i denne lov.

Der henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 4 og til betænkning nr. 1109/1987, side 63 f.

Til kapitel 5

Fiksering m.v.

Tvangsfiksering

Til § 14

Lovforslagets § 14 vedrører anvendelsen af tvangsfiksering i modsætning til beskyttelsesfiksering, hvis anvendelse er reguleret i § 18. Om sondringen mellem tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 5.2.

§ 14, stk. 1, indeholder en udtømmende opregning af de midler, som det er tilladt at anvende til tvangsfiksering, når de i stk. 2 anførte betingelser er opfyldt. Ingen andre tvangsmidler – end bælte, hånd- og fodremme samt handsker – må benyttes.

Hvis det af de i § 14, stk. 2, nævnte grunde anses for nødvendigt at benytte bælte være sig af læder eller stof, skal fremgangsmåden i § 15 med forudgående lægeordination i hvert enkelt tilfælde følges. Dette gælder for alle patienter, der er indlagt på psykiatrisk

afdeling, herunder også gerontopsykiatriske patienter. Reglerne om tvangsmidler omfatter også ikke-sindssyge, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, herunder misbrugere.

§ 14, stk. 2, angiver de materielle betingelser, hvorunder tvangsfiksering med rette kan bringes i anvendelse.

I stk. 2, nr. 1, findes de alvorligste tilfælde, hvor der er tale om nærliggende fare for skade på legeme eller helbred. Her er gruppen af beskyttede personer den vidreste. Reglen omfatter ikke kun fiksering for at beskytte medpatienter, men også for at beskytte personale, besøgende, og alle andre, der kommer på afdelingen, samt vedkommende selv. Reglen yder dermed også foruden hjemmel for indgreb i tilfælde af selvbeskadigende adfærd.

Der er tale om et farekriterium. For at faren kan anses som nærliggende, skal der være tale om en konkret, aktual og påviselig fare. Det kræves derfor ikke, at faren allerede skal have manifesteret sig i en skadevoldende handling, før der kan gribes ind.

I stk. 2, nr. 2, er der tale om mindre alvorlige overgreb også rettet mod personer, men den beskyttede personkreds er her begrænset til kredsen af medpatienter.

Tvangsfiksering kan i medfør af nr. 2 anvendes over for den, der forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, men ikke personale og besøgende.

Er forulempelsen af særdeles grov karakter, vil den dog efter omstændighederne kunne indebære en fare, som er omfattet af nr. 1 og dermed gøre anvendelse af tvangsmidler efter denne bestemmelse berettiget.

Forfølgelse eller grov forulempelse kan bl.a. bestå i seksuelt prægede tilnærmelser, kraftigt råbende eller stærkt drillende adfærd eller gennemroden og tilgængelse af andres ting. I mange tilfælde vil det dog være nærliggende at overveje, om en midlertidig flytning af den patient, der groft forulemper medpatienter, eventuelt kan løse problemet, jf. § 4, der også skal iagttages ved tvangsfiksering.

Endelig er der i stk. 2, nr. 3, hjemmel til tvangsfiksering, når det er nødvendigt for at afværge, at en patient over hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Ved bedømmelsen af, om der er tale om ikke ubetydeligt hærværk, bør der ikke alene tages hensyn til tingenes værdi, men også til hærværkets omfang og tidsmæssige udstrækning.

Er andre og mindre indgribende foranstaltninger end tvangsfiksering tilstrækkelige til at bringe hærværket til ophør, skal disse anvendes, jf. § 4.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 5 og til betænkning nr. 1109/1987, side 64-69.

Til § 15

Den foreslåede bestemmelse indeholder en angivelse af, hvem der har kompetencen til at træffe bestemmelse om tvangsfiksering.

Der henvises til betænkning nr. 1109/1987, side 69 f.

Til § 16

I lovforslagets § 16 stilles der krav om, at en patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt.

En fast vagt er en hertil udpeget plejer, sygeplejerske eller andet kvalificeret personale, som ikke samtidig har andre arbejdsopgaver end at tage sig af den eller de bæltekfæstede patienter, som han er fast vagt for. Tilsynet bør selv sagt udføres tillige med hensyntagen til patientens egne ønsker og respekt af dennes værdighed og selvfølelse, herunder også retten til et vist privatliv, når dette ikke er uforeneligt med hensynet til patientens sikkerhed.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 6.3. og til betænkning nr. 1109/1987, side 70 f.

Anvendelse af fysisk magt

Til § 17

De materielle betingelser for anvendelse af den fysiske magt, der består i at fasholde og eventuelt føre patienten til et andet opholdssted, er de samme som gælder for tvangsfiksering efter § 14, stk. 2.

Er der behov for at anvende fysisk magt i forbindelse med tvangsbehandling, findes hjemmelen herfor i § 12, stk. 3.

Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, må afgøres under iagttagelse af det mindste middels princip, jf. § 4. Man kan i øvrigt næppe bortse fra, at der ved fortolkningen af kriterierne i § 14, stk. 2 og § 17 også må anlægges en proportionalitetsbetragtning, således at kravene skræpes, jo mere indgribende en foranstaltning, der er tale om.

Bestemmelsens stk. 1, 2. punktum indeholder adgang til at anvende den magt, der er nødvendig for at sikre, at frihedsberøvede patienter ikke forlader afdelingen. Reglen, der bl.a. giver overlæggen ret til at bestemme, at afdelingens yderdøre skal holdes aflåste, gælder, selv om betingelserne i 1. punktum, jf. § 14, stk. 2, ikke er opfyldt.

I stk. 2 findes en regel om adgangen til at anvende en beroligende indspøjning som et egnet middel til at få en meget urolig patient til at falde til ro. Dette kan dels være påkrævet af helbredsgrunde, idet en bedring af patientens tilstand i visse tilfælde forud-

sætter, at han falder i søvn, dels kan det efter omstændighederne være et mindre vidtgående indgreb at give et beroligende middel om fornødent med kort end at fasholde en patient igennem et ikke helt kort tidsrum eller at bæltekfæstere patienten. Det må bero på en helt konkret vurdering, hvilket middel der i den givne situation er det mindst indgribende.

Tvangsmedicinering, hvor indspøjninger gives som et led i behandlingsplanen, kan kun ske i henhold til § 12 efter overlæggenes ordination, hvortilmod det, den vagthavende læge har hjemmel til at gøre i henhold til § 17, stk. 2, alene er helt akut i enkeltstående tilfælde at benytte en beroligende indspøjning som det mindst indgribende middel, der er egnet til at løse det foreliggende problem. Lægen bør være til stede, medens en sådan indspøjning gives.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 5. og til betænkning nr. 1109/1987, side 71-74.

Beskyttelsesfiksering

Til § 18

Vedrørende sondringen mellem beskyttelsesfiksering og tvangsfiksering henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 5.2.

Fiksering af en patient mod dennes vilje i beskyttende øjemed kan ske, når det er nødvendigt for at hindre, at den pågældende utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Foranstaltningen anses for tvungen, ikke blot når patienten direkte formulerer en protest, men også når vedkommende ved sin adfærd viser, at han eller hun søger at frigøre sig for det beskyttelsesmiddel, der anvendes. Hvis patienten selv kan frigøre sig og ikke søges hindret heri, foreligger der ikke beskyttelsesfiksering, men et hjælpemiddel.

De i praksis vigtigste eksempler på beskyttelsesfiksering er at placere patienten i en stol med et bord foran, således at patienten ikke selv kan rejse sig, eventuelt ved benyttelse af et særligt fikseringsbord, lægen eller stoffrem over dyne, når patienten ligger i sin seng, samt brug af bælte i bad, på toilet eller i stol alt med det formål at sikre, at patienten ikke rejser sig og falder med risiko for herved at komme til skade.

Aflåsning af afdelingens yderdøre eller brug af en lås, som gerontopsykiatriske patienter ikke kan finde ud af at anvende, kan også anses som en tvungen form for beskyttelse. Aflåsningen benyttes navnlig, når døren ikke kan lades ualåst, fordi en eller flere patienter må befrygtes at ville forlade afdelingen og herved vil udsætte sig for betydelig risiko for tilskadekomst i trafikken eller for eventuelt at forkomme, fordi de ikke selv kan finde tilbage til afdelingen. Formålet med aflåsning som beskyttelsesforanstalt-

ning er således forskelligt fra det formål, der kan begrundes afløsning i medfør af § 17, stk. 1, 2. punktum, der alene vedrører frihedsberøvede patienter.

Når afløsning sker, må den eller de patienter, der herved søges forhindret i at forlade afdelingen, anses for frihedsberøvede, forudsat deres adfærd kan siges at indebære en klar og urvedydig begæring om udskrivning.

Efter § 18, stk. 2, kræver beskyttelsesfiksering lægeordination med angivelse af, i hvilket omfang og i hvilke situationer en vist middel til beskyttelsesfiksering må benyttes. Der skal samtidig træffes bestemmelse om, hvornår ordinationen skal tages op til fornyet vurdering, hvilket efter de første fire ordinationer dog mindst skal ske hver 4 uge, jf. § 21, stk. 3.

Ansvar for og tilsyn med, at der ikke anvendes beskyttelsesfiksering i videre omfang end strengt påkrævet under behørig hensyntagen til patienternes sikkerhed, er overlægens, jf. § 21, stk. 1.

Der henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 5. og til betænkning nr. 1109/1987, side 74-79.

Bemyndigelsesbestemmelse

Til § 19

Sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering og herunder om adgangen til at foretage afløsning af yderligere. Der kan dels blive behov for at udfærdige mere detaljerede forskrifter om disse former for tvangsansendelse, dels at fastsætte mere instruktive forskrifter til personalet.

Til kapitel 6

Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse

Til § 20

Den faktiske anvendelse af tvang, være sig tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse eller afløsning af en ellers åben afdeling, skal i hvert enkelt tilfælde registreres og indføres i en tvangsprotokol.

For så vidt angår beskyttelsesfiksering bortset fra afløsning er det tilstrækkeligt, at selve lægeordinationen indføres i tvangsprotokol. Ordinationsnotatet skal indeholde specifikation af de situationer, hvor beskyttelsesfiksering må bringes i anvendelse, og af de midler, der må benyttes. Derimod er der ved beskyttelsesfiksering ikke pligt til at tilføje tvangsprotokol oplysning om de enkelte tilfælde, hvor beskyttelsesfikseringen faktisk bringes i anvendelse i henhold til den forudgående ordination.

vet, foreslås det, at der skal ske en fornyet vurdering henholdsvis 3. 10, 20 og 30 dage efter den første ordination og herefter mindst hver 4. uge. Sker der ikke fornyet lægeordination på disse tidspunkter, falder beslutningen og dermed hjemmel til at benytte det pågældende beskyttelsesmiddel bort.

Der henvises til betænkning nr. 1109/1987, side 81-82.

Til kapitel 7

Særlige regler om psykiatriske indgreb og om forsøgsbehandling

Til § 22

Et psykiatrisk indgreb medfører en varig ændring af hjernens funktion og må betegnes som den mest indgribende psykiatriske behandlingsform.

Sundhedsstyrelsen har siden 1983 centraliseret udførelse af psykiatriske indgreb, således at de kun må foretages på Rigshospitalet. Psykiatrisk indgreb foretages i stadig færre og færre tilfælde og er siden 1983 efter det oplyste ikke blevet foretaget her i landet.

Som følge af det særdeles vidtgående indgreb, som den psykiatriske behandlingsform indebærer, må denne behandlingsform aldrig anvendes som tvangsbehandling. En protest fra patienten skal altid respekteres, uanset hvilken psykisk tilstand den pågældende befinder sig i.

I lovforslagets § 22 stilles der herudover for det første krav om, at patienten afgiver et informeret, skriftligt samtykke. Samtykker patienten, men er den pågældende ude af stand til at afgive et gyldigt samtykke, kan et psykiatrisk indgreb kun gennemføres, såfremt patienten umyndiggøres i personlig henseende, og den beskikkede værge giver skriftligt samtykke.

Et skriftligt samtykke fra patienten – eller, efter umyndiggørelse, af dennes værge – er ikke tilstrækkeligt. Der kræves endvidere en forudgående godkendelse fra et lægeråd, der nedsættes af Sundhedsstyrelsen.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 4. og til betænkning nr. 1109/1987, side 83 f.

Til § 23

I lovforslagets § 23 findes en regel om forsøgsbehandling. Ved forsøg forstås afprøvning af lægemidler og indgreb eller anden legemlig eller psykisk påvirkning eller undersøgelse, der foretages i forskningsmæssigt øjemed uden samtidig behandling. Såvel klinisk som ikke klinisk afprøvning og forskning er omfattet af reglen.

Efter § 23, stk. 1, må forsøgsbehandling ikke gennemføres over for frihedsberøvede patienter. Dette gælder, uanset om de pågældende patienter samtykker i at medvirke til forsøgsbehandlingens gennemførelse. I givet fald må frihedsberøvelsen bringes til ophør, før patienten kan medvirke.

I § 23, stk. 2, opstilles den regel, at forsøgsbehandling heller ikke må gennemføres med tvang over for frivilligt indlagte patienter. Tvang skal her forstås i overensstemmelse med definitionen i § 1, stk. 2, men det forudsættes, at der i almindelighed indhentes et egentligt samtykke fra patienten.

Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger under pkt. 4.

Til kapitel 8

Patientrådgivere og patientråd

Til §§ 24-29

Til afløsning af den eksisterende tilsynsværgeordning foreslås etableret en ordning med lønede patientrådgivere.

Efter lovforslagets § 24, stk. 1, skal der automatisk og obligatorisk ske beskikkelse af patientrådgiver i alle tilfælde af tvangstilbageholdelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, uanset om patienten har anmodet om en sådan beskikkelse. Ved anden form for tvangsansendelse, dvs. tvangsfiksering, jf. § 14, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering, jf. §§ 17 og 18, skal der kun beskikkes en patientrådgiver, hvis patienten selv fremsætter begæring herom. Beskikkelsen er ikke fakultativ i den forstand, at det kommer den vagthavende sygeplejerske eller andre at skønne over, om begæringen er mere eller mindre velbegrunder. Når en begæring er fremsat af patienten selv, skal beskikkelse straks finde sted.

Forslagets § 24, stk. 2, og § 26, stk. 1, indeholder en beskrivelse af patientrådgiverens opgaver, der i almindelighed forudsættes at kunne løses inden for 4-6 timer pr. uge.

Patientrådgivere antages efter ansøgning af statsamtmanden (i Københavns Kommune overpræsidenten), som udarbejder en fortegnelse over de antagne patientrådgivere, der fordeles mellem de enkelte psykiatriske afdelinger i statsamtet.

Patientrådgiverne tænkes navnlig rekrutteret fra personale med ansættelse i sundheds- og socialsektoren i vid forstand. Også andre interesserede bør dog kunne komme i betragtning f.eks. præster, psykologer, lærere og andre, der må anses for særligt egnede. Er der flere ansøgere end der er behov for, må statsamtmanden antage de af ansøgerne, der må anses for bedst kvalificerede. Ved afgørelsen heraf er der ikke nogen personsgrupper, der på forhånd har fortrin

samt afholde udgifterne til honorarer til nævnets almindelige medlemmer.

Til kapitel 11

Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer

Til §§ 40 og 41

Efter de gældende bestemmelser i sindssygelovens § 10, sammenholdt med § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland, har Justitsministeriet en adgang til at træffe bestemmelse om anbringelse af ekstraordinært farlige sindssyge mænd på sikringsanstalten. Denne særlige adgang til i helt ekstraordinære tilfælde at udfærdige de såkaldte farlighedsdekreter, der i perioden 1974-1984 ikke har været anvendt i mere end højst 8 tilfælde om året, foretages opretholdt med en sproglig præcisering og således, at der som en yderligere retsgaranti indføres obligatorisk efterfølgende domstolsprøvelse af Justitsministeriets afgørelse om anbringelse.

I praksis anvendes farlighedsdekreter navnlig over for personer, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig foranstaltning efter straffelovens § 68. Bestemmelse om anbringelse på sikringsanstalten kan dog også træffes over for andre personer, der opholder sig på psykiatrisk afdeling, uanset om de er frihedsberøvede eller frivilligt indlagte. Det forekommer i sjældne tilfælde, at farlighedsdekreter afsiges over for personer, der er anbragt i kriminalforsorgens institutioner f.eks. på grundlag af en dom til forvaring.

Den grundlæggende betingelse for at træffe en sådan administrativ bestemmelse om anbringelse på den sikringsanstalt, der er knyttet til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, er, at den pågældende person er sindssyg.

Endvidere kræves det, at den sindssyge vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Der er tale om et kvalificeret farlighedsbegreb, der ikke omfatter selvmordsfare.

Der skal foreligge en vedvarende mere kvalificeret og konkret farlighed rettet mod andres liv eller legeme. Det er endvidere en betingelse, at denne farlighed ikke kan imødegås eller afværges ved andre mindre indgribende foranstaltninger end anbringelse i sikringsanstalten.

Omfattet vil navnlig være personer, som under deres ophold på psykiatrisk afdeling har gjort sig skyldig i manddab, voldtægt eller legemsbeskadigelse eller i forsøg herpå, jf. straffelovens §§ 237, 216, 245, 246, eller som truer med at begå sådanne handlinger, således at der fremkaldes alvorlig og velbegrunnet

sen som sådan, men også er rettet imod de involverede medicinalpersoner, vil disse også have stilling som parter i klagesagen. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. Patienten kan kun udelukkes, helt eller delvis, fra at deltage i nævnets behandling, hvis hensynet til patientens helbred eller til sagens praktiske behandling i nævnet taler afgørende herfor, hvilket kun sjældent vil være tilfældet.

Overlægen og eventuelt tillige andre repræsentanter for sygehusmyndigheden har ligeledes ret til at overvære og deltage i forhandlingerne i patientklagenævnet, men ikke til at overvære nævnets votering. Der kan dog i særlige tilfælde forekomme situationer, hvor det navnlig af hensyn til patienten kan være hensigtsmæssigt, at nævnets formand beder vedkommende overlægge om ikke at være til stede, mens patienten forelægger sagen.

Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Det bør i praksis betyde inden 14 dage efter klagens modtagelse. Hvis 14-dages-fristen undtages, sesvis ikke kan overholdes, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren, normalt skriftligt, om grunden hertil og om, hvornår afgørelsen kan forventes truffet. Især klager over forestående tvangsbehandling, som efter forslags § 32, stk. 3, normalt er tillagt opsættende virkning, forudsættes behandlet og afgjort særlig hurtigt.

Efter § 38 kan det decentrale patientklagenævns afgørelser påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ikke kun patienten og patientrådgiveren har adgang til at påklage afgørelsen, men også sygehusmyndigheden og evt. vedkommende medicinalperson har mulighed for at påklage patientklagenævns afgørelse.

Når det i § 38, stk. 2, anføres, at disse sager behandles i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn efter reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, skal det forstås med de forbehold, der følger af, at sygehusmyndigheden optræder som part, og at Nævnet i denne type sager som 2. instans har samme saglige kompetence som de lokale patientklagenævne. Dette indebærer bl.a., at Nævnets kompetence ikke er begrænset til en individuel bedømmelse af de involverede medicinalpersoners faglige virksomhed. Nævnets centrale opgave i denne type sager vil ligesom ved sagnens behandling i de lokale patientklagenævne bestå i at foretage en samlet vurdering af de omstændigheder, hvorunder tvangsansværelsen har fundet sted, med henblik på at afgøre, om tvangsansværelsen har været berettiget eller ej.

Reglen i § 39 foreskriver, at det er vedkommende statsamt (Københavns Overpræsidium), som skal sørge for sekretariatsbistand til patientklagenævnet

nævns kompetence. Sådanne klager behandles efter reglerne i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

Bestemmelsen i § 37 indeholder de forskrifter, der skal gælde om *sagsbehandlingen* i patientklagenævnet. Det er sygehusmyndigheden, der indbringer sagen for patientklagenævnet, jf. § 36. Det samme gælder der med hensyn til indbringelse af klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten, jf. § 34, stk. 1. Dette betyder imidlertid ikke, at patienten eller patientrådgiveren nødvendigvis skal fremsætte eventuelle klager direkte over for sygehusmyndigheden med henblik på sagns indbringelse for retten eller patientklagenævnet. Patienten eller patientrådgiveren kan fremsætte klagen over for afdelingens læger, sygeplejersker, plejere og andre, der deltager i patientbehandlingen. Afdelingens læger og sygeplejersker vil herefter have pligt til snarest muligt at viderbringe den til sygehusmyndigheden. Patienten eller patientrådgiveren vil naturligvis også have mulighed for at indgive en klage f.eks. vedrørende tvangsbehandling direkte til patientklagenævnet.

Når sygehusmyndigheden bliver bekendt med, at der er indgivet en klage, der henholder under det lokale nævns kompetence, skal sagns akter, herunder en udskrift af det, der klages over, og en erklæring fra overlægen straks fremsendes eller overbringes til patientklagenævnet. Hvis nævnet ønsker yderligere oplysninger, træffer nævnet selv foranstaltning hertil. Det kan f.eks. dreje sig om supplerende lægglige oplysninger eller en udtalelse fra afdelingens sygeplejerspersonale. Nævnet kan endvidere i forbindelse med behandlingen af en konkret sag aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling, bl.a. med henblik på på stedet at undersøge de faktiske omstændigheder, hvorunder det påklagede tvangsindgreb har fundet sted.

I de tilfælde, hvor der er tale om klage over tvangsbehandling vil patienten altid have en patientrådgiver, jf. lovforslagets § 24, stk. 1. Ved tvangsfiksering m.v. beskikkes der alene patientrådgiver, hvis patienten anmoder om det. Der kan derfor forekomme tilfælde, hvor en patient, der f.eks. klager over tvangsindlæggelse, ikke har en patientrådgiver. Ved sagns modtagelse bør nævnet derfor altid være opmærksom på, om den pågældende patient har en patientrådgiver. Er dette ikke tilfældet, bør patienten snarest muligt orienteres om adgangen til efter § 24, stk. 1, 2. punktum, at få beskikket en patientrådgiver til at bistå sig under sagns behandling i nævnet, således at beskikelse i givet fald kan ske inden sagns realitetsbehandling i nævnet.

Parter i sagen er sygehusmyndigheden og patienten. Hvis klagen ikke kun omfatter tvangsansværel-

fra patienter indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, der drives af staten, behandles af patientklagenævnet i Københavns kommune.

Vedrørende nævnets sammensætning foreslås det, at nævnet skal bestå af 3 medlemmer: statsamtmanden (i Københavns kommune overpræsidenten), der er formand, et medlem udpeget efter indstilling fra Den almindelige Danske Lægeforening samt et medlem udpeget efter indstilling fra De Samvirkende Invalidorganisationer. Justitsministeriet anser det for væsentligt, at der bliver kvindelig repræsentation i de lokale klagenævne, og vil derfor anmode de indstillet organisationer om også at indstille kvinder, således at Justitsministeriet kan få reel mulighed for at udpege kvinder. For så vidt angår klagenævnets almindelige medlemmer beskikkes der stedfortrædere for disse, mens nævnets formand i tilfælde af at statsamtmanden undtagesvis er forhindret, vil være den, der er stedfortræder for statsamtmanden.

Klagenævnets saglige kompetence er reguleret i § 36. Klagenævnets kompetence omfatter klager over tvangsbehandling efter forslags § 12-13, tvangsfiksering, jf. §§ 14-16, anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, samt beskyttelsesfiksering efter § 18. Nævnets afgørelse kan gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at indgrebet findes at være foretaget med urette, f.eks. fordi lovens betingelser for dets foretagelse ikke er opfyldt. Hvis klagen ikke kun omfatter indgrebet som sådant, men også er rettet mod den eller de medicinalpersoner, der har deltaget i den påklagede tvangsudøvelse, vil nævnet samtidig kunne tage stilling til, om der f.eks. er grundlag for at udtale kritik over for de(n) pågældende.

Specielt for så vidt angår tvangsbehandling efter § 12 bemærkes, at nævnets kompetence ikke er begrænset til en efterprøvelse af, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, jf. § 12, stk. 1, og en bedømmelse af den tvang, der i givet fald er anvendt, jf. § 12, stk. 3, 2. punktum. Nævnet er også beføjet til at tage stilling til selve det lægglige indhold af behandlingen, herunder valg af præparat og dosering, jf. § 12, stk. 2, og § 4. I øvrigt henledes opmærksomheden på forslags § 32, stk. 3, hvorefter en klage, der fremsættes inden tvangsbehandling er påbegyndt, bevirker, at indgrebet må udsættes, indtil patientklagenævnet har truffet afgørelse, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Uden for nævnets kompetence falder klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, der efter § 34 skal indbringes direkte for domstolene. Ligeledes falder klager over lægelig behandling, der ikke har været forbundet med tvang, uden for de lokale

frugt for andres liv eller velfærd, jf. straffelovens § 266. Forvolder en sindssyg lignende fare for andres liv eller legeme ved almentfarlige handlinger, som f.eks. brandsiftelse, jf. straffelovens §§ 180 og 181, vil dette også kunne begrunde anbringelse i sikringsanstalten.

Den farlighed, der udløser farlighedsdekretet, vil undertiden, men ikke altid, medføre, at der rejses en selvstændig straffesag eller – hvis den pågældende i forvejen er undergivet en strafferetlig foranstaltning – sag om foranstaltningsændring. I så fald vil farlighedsdekretet ofte blive afløst af en strafferetlig foranstaltning, indledningsvis typisk i form af et varetagessurrogat og senere i form af en foranstaltning efter straffelovens § 68.

Ligesom hidtil bør det ved valget mellem farlighedsdekret og strafferetlig forfølgning foretrækkes, at der gennemføres en strafferetlig forfølgning, hvor dette efter den udviste adfærd findes påkrævet. Der er imidlertid urivisomt et behov for i et begrænset antal tilfælde på grundlag af et farlighedsdekret meget hurtigt at kunne overføre virkelig farlige sindssyge fra psykiatrisk sygehusafdeling eller fra en af kriminalforsorgens institutioner til sikringsanstalten.

Kompetencen til at afsige sådanne farlighedsdekreter tilkommer justitsministeren.

Under hensyn til en sådan foranstaltnings særdeles indgribende karakter foreslås der indført en ordning med efterfølgende obligatorisk domstolsprøvelse af disse indgreb efter reglerne i retsplejens kapitel 43 a, jf. § 40, stk. 2. En sådan domstolsprøvelse skal ske, selv om farlighedsdekretet i mellemtiden måtte være blevet afløst af en straffeprocessuel foranstaltning.

For opholdet og behandlingen i sikringsanstalten gælder i øvrigt reglerne i dette lovforslag bortset fra §§ 5–11, § 21, stk. 2, og § 34, §§ 3 og 4 finder dog ikke fuldt ud anvendelse på sindssyge, der skal anbringes i sikringsanstalten. Idet farlighedsdekretet må afsiges, når betingelserne herfor er opfyldt, uanset om patienten måtte samtykke i anbringelsen, ligesom Justitsministeriet kan ophæve et farlighedsdekret, selv om patienten måtte ønske at forblive på sikringsanstalten. Derimod gælder §§ 3 og 4 fuldt ud for behandlingen af patienterne på sikringsanstalten, jf. §§ 12–19.

Den administrative kompetence til at ophæve et farlighedsdekret er henlagt til justitsministeren. Heraf følger, at overlægen ved sikringsanstalten ikke selv kan træffe bestemmelse om ophævelse, men skal, når fortsat ophold i sikringsanstalten ikke længere findes påkrævet, rette henvendelse til Justitsministeriet med indstilling om, at farlighedsdekretet ophæves. En sådan pligt følger af § 21, stk. 1.

Nægrer Justitsministeriet at ophæve en af retten i medfør af forslagens § 40, stk. 2, godkendt anbringel-

se, kan Justitsministeriets afslag begæres indbragt for retten efter den for patienten lette adgang til domstolsprøvelse efter reglerne i retsplejens kapitel 43 a, jf. forslagens § 41, stk. 1, 4. punktum.

På baggrund af de samme hensyn, der ligger bag bestemmelsen i § 34, stk. 2, foreslås der også for farlighedsdekretets vedkommende fastsat frister, der skal forløbe, før spørgsmålet om fornyet efterprøvelse kan rejses, jf. forslagens § 41, stk. 1, 3. punktum, og § 41, stk. 2.

De nævnte frister gælder imidlertid ikke for overlægen ved sikringsanstalten, der på et hvilket som helst tidspunkt kan fremsætte anmodning over for Justitsministeriet om, at spørgsmålet om foranstaltningens ophævelse tages op til fornyet overvejelse.

Der henvises til de almindelige bemærkninger under pkt. 3.2.2. og 3.3. og til betænkning nr. 1109/1987, side 104–107.

Til kapitel 12

Patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse

Til § 42

Der henvises til betænkning nr. 1109/1987, side 107–109 (bemærkninger til § 43 i udvalgets lovudkast).

Til kapitel 13

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

Til § 43

I § 43 angives ikrafttrædelsesdato, og som overgangsbestemmelse foreslås, at de nye regler finder anvendelse på alle afgørelser, der træffes efter ikrafttrædelsesdatoen, hvorimod ældre afgørelser skal bedømmes efter den nugældende lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personer hospitalsophold, jf. dog nedenfor om beskikkede tilsynsværger.

For så vidt angår frihedsberøvede patienter, der har fået beskikket tilsynsværge efter de hidtil gældende regler, og som er undergivet frihedsberøvelse også efter lovens ikrafttræden, skal der snarest efter lovens ikrafttræden beskikkes en patientrådgiver. Dette vil navnlig have betydning for – de ganske vist forholdsvis få – frihedsberøvelser af længere varighed. De sager, der ved lovens ikrafttræden verserer hos skifteretten om tilsynsværgebeskikkelse, skal straks tilsendes vedkommende psykiatriske sygehus med henblik på beskikkelse af patientrådgiver i henhold til lovforslagets § 25, stk. 2.

Til § 44

Bestemmelsen ophæver med virkning fra lovens ikrafttræden pligten til i henhold til lov nr. 123 af 29.

ret og spare tid for parter og vidner, som normalt alle vil have kortere afstand til byretten i den retskreds, hvor sygehuset ligger, end til patientens hjemting. Justitsministeriet kan tiltræde udvalgets forslag herom. Denne ændring af retsplejens lov træder i kraft i overensstemmelse med bestemmelsen i § 43, stk. 1.

Til § 46

Det følger af bestemmelsen, at loven ikke umiddelbart skal gælde for Færøerne og Grønland, men den kan ved kongelig anordning sættes i kraft, helt eller delvis for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske eller grønlandske forhold tilsiger. Indtil det sker, vil 1938-loven fortsat være gældende på Færøerne, og for Grønlands vedkommende gælder lov nr. 259 af 27. maj 1981, der sætter 1938-loven i kraft for Grønland med nærmere angivne afvigelser.

april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland at indhente en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen. Denne høringsforskrift fra 1913 må efter oprettelsen af Retslægerådet anses for overflødig. Ophævelse af høringspligten vil ikke kun have betydning ved behandlingen af farlighedsdekreter, men også ved behandlingen af straffesager, hvor der opstår spørgsmål om anbringelse i sikringsanstalten.

Til § 45

Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har i betænkning nr. 1109/1987, s. 103 foreslået retsplejens § 469 ændret, således at disse sager, så længe patienten ikke er udskrevet, behandles ved byretten i den retskreds, hvor sygehuset ligger, og ikke ved byretten der, hvor patienten har bopæl. En sådan regel vil sikre umiddelbar bevisførelse ved den dømmende

Bilag I

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

som ændret ved lov nr. 175 af 11. juni 1954, jf. lov nr. 182 af 7. juni 1958 og lov nr. 225 af 7. juni 1972

§ 1. Denne lovs bestemmelser angår behandling af sindssyge personer på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredsanstalter, som er autoriserede til at modtage sindssyge til behandling. Autorisationen meddeles af justitsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen og skal søges fornyet, når anstalten skifter ledende læge. En meddelt autorisation kan til enhver tid tilbagekaldes.

Stk. 2. Indlæggelse og tilbageholdelse af en sindssyg mod dennes vilje må kun finde sted på de i stk. 1 nævnte hospitaler og helbredsanstalter.

§ 2. Uden for de tilfælde, hvor en sindssyg person selv undergiver sig fornøden lægebehandling, påhviler det hans nærmeste, når de skønner, at han er så sindslidende, at behandling er påkrævet, at tilkalde en læge. På grundlag af de ham givne eller af ham indhentede yderligere oplysninger skønner lægen efter foretagen undersøgelse af patienten, om denne må anses for at være sindssyg, og afgør i så fald, om han bør indlægges på et sindssygehospital eller en autoriseret helbredsanstalt. Sådanne foranstaltninger er de nærmeste da berettigede til at iværksætte.

Stk. 2. Såfremt den tilkaldte læge finder, at det vil være uforvarsligt, at den syge ikke indlægges til behandling på et sindssygehospital eller en helbredsanstalt, fordi den syge er farlig for sig selv eller for andre, er de nærmeste pligtige at foretage det videre fornødne til indlæggelsens gennemførelse. Tilsvarende pligt påhviler ligeledes de nærmeste, når den tilkaldte læge finder det uforvarsligt at undlade indlæggelse, fordi udsligterne for den syges helbre-

delse væsentlig vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted, og lægens skøn godkendes af amtslægen på den syges hjemsted, i København af stadslægen.

Stk. 3. Ved en persons nærmeste forstås de, hvem forsorgen for personen retlig eller faktisk påhviler, såsom indehaver af forældremyndighed, værge, lavværge, ægtefælle, myndige børn, forældre, andre nære slægtninge eller de, hos hvem personen har til huse, eller hvem det ifølge de foreliggende omstændigheder påhviler at drage omsorg for personen.

Stk. 4. Bestemmelsen i lov nr. 181 af 20. maj 1933 om offentlig forsorg § 252, stk. 1, forbliver ved magt, således at de nærmeste forstås som foran i stk. 3 angivet.

Stk. 5. For så vidt ikke andre drager omsorg for den syge, påhviler det politiet at træde til.

§ 3. Indlæggelse til behandling af sindssyge kan kun ske på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på en indend for de sidste fire uger før indlæggelsen foretagen undersøgelse. Bortset fra de tilfælde, hvor den pågældende indlægges i henhold til sin egen begæring, skal lægeerklæringen være udstedt af en læge, der ikke er ansat ved sindssygehospitalet eller helbredsanstalten. I særlig påtrængende tilfælde kan indlæggelse dog finde sted, uden at lægeerklæring foreligger, men sådan erklæring skal da så vidt muligt fremskaffes i løbet af tre dage efter indlæggelsen.

§ 4. Vedkommende overlæge træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt, og hvorvidt patienten bør modtages til behandling for sin sygdom.

§ 5. I de i § 2, stk. 2, jf. stk. 4, omhandlede tilfælde påhviler det politiet på begæring af de i § 2, stk. 3 og 4, nævnte personer eller myndigheder at yde bistand til indlæggelsens iværksættelse, når de for indlæggelsen fastsatte betingelser er opfyldt. Nærmere regler om politiets medvirken til indlæggelsen gives af justitsministeren.

Stk. 2. Sindssyge, som ved politiets foranstaltning begæres indlagt som farlige for sig selv eller for andre, skal straks modtages på statens eller kommunens sindssygehospitaler.

§ 6. I de tilfælde, hvor en sindssyg er tvangsindlagt ved politiets bistand, påhviler det politiet straks for indlæggelsen at give skifteretten på den sindssyges hjemsted meddelelse herom for at der kan blive beskikket ham en dertil egnet og villig tilsynsværge, om muligt en person af hans nærmeste pårørende, dog ikke den, der har foranlediget ham tvangsindlagt; hvor forholdene ikke taler derimod, bør endvidere den sindssyges eget ønske tages i betragtning ved beskikkelsen. Tilsynsværgen skal holde sig underrettet om den sindssyges tilstand og drage omsorg for, at opholdet i hospitalet eller helbredsanstalten ikke udstrekkes længere end nødvendigt. Den sindssyge har ret til at afsende lukkede breve til tilsynsværgen.

Stk. 2. I andre tilfælde af behandling på hospital eller anstalt end de i stk. 1 nævnte påhviler det på tilsvarende måde den behandlende læge at foranledige en tilsynsværge beskikket, hvis den sindssyge selv fremsætter ønske derom.

§ 7. Er en patient helbredet, skal den behandlende læge udskrive ham eller, hvis han er indlagt ifølge dom eller i henhold til § 10, stk. 1, snarest gøre indstilling til vedkommende ret eller myndighed om hans udskrivning.

§ 8. Når den behandlende læge skønner, at udskrivning er uforvarslig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller for andre, eller fordi udskrivning væsentlig vil forringe udsligterne for patientens helbredelse, skal udskrivning nægtes.

Stk. 2. Uden for de i stk. 1 nævnte tilfælde må den behandlende læge ikke nægte at efterkomme en anmodning om udskrivning, medmindre den må antages at ville medføre væsentlige ulemper for patienten selv, og justitsministeren tiltræder nægtelsen.

§ 9. Udskrivning kan begæres af patienten selv eller af følgende personer: Indehaver af forældremyndighed, værge, lavværge, tilsynsværge, ægtefælle, myndige børn, forældre eller andre nære slægtninge.

Stk. 2. For så vidt en sådan begæring afslås, skal den behandlende læge på forlangende af den, der har fremsat begæring om udskrivning, forelægge sagen for justitsministeren, der inden 1 måned afgør, om udskrivning skal finde sted.

Stk. 3. Når justitsministeren har bestemt, at udskrivning skal nægtes, skal der gives den, der har begæret udskrivning, meddelelse derom. Samtidig skal vedkommende gøres bekendt med, at spørgsmålet om lovligheden af tilbageholdelsen kan forelægges retten i overensstemmelse med retsplejelovens kap. 43 a.

Stk. 4. Er en fremsat begæring afslået af justitsministeren, kan spørgsmålet om udskrivning ikke med virkning efter denne paragraf rejses, forinden der er forløbet fire måneder efter justitsministerens afgørelse. Forelægges spørgsmålet om tilbageholdelsens lovlighed retten, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

§ 10. Over for sindssyge personer, hvis sygdom ifølge lægeerklæring rummer fare for retssikkerheden, skal overvåringen, 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 opheves eller forandres af vedkommende overvåring.

Stk. 3. Spørgsmålet om anbringelsens eller tilbageholdelsens lovlighed kan dog af den pågældende selv eller af den, der handler på hans

vegne, jf. § 9, stk. 1, kræves forelagt retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejlovens kapitel 43 a.

§ 11. Det har sit forblivende ved de hidtil gældende regler om indlæggelse af sindssyge personer i henhold til dom og om indlæggelse til observation ifølge retskendelse.

§ 12. De i §§ 2-11 indeholdte regler finder tilsvarende anvendelse på behandlingen af særlig abnorme epileptikere på statsanerkendte anstalter, således at indlæggelse og tilbagehol-

delse af sådanne personer mod deres vilje kun må finde sted på de nævnte anstalter.

§ 13. Denne lov træder i kraft den 1. juli 1938.

§ 14. Fra dennes lovs ikrafttræden ophæves, for så vidt angår sindssyge og epileptikere, Christian den Femtes Danske Lov 1ste bog, 19de kap., art. 7, for Færrernes vedkommende samme konges Norske Lov 1ste bog, 17de kap., art. 7.

Bestuingsforslag nr. B 9. Fremsat den 26. oktober 1988 af Leif Hermann (SF), Margrete Auken (SF), Gade (SF), Hanne Thanning Jacobsen (SF) og Ebba Strange (SF)

Forslag til folketingsbeslutning

om begrænsning af forbruget af chlorfluorcarboner (CFC)

Folketinget pålægger regeringen at iværksætte en begrænsning af forbruget af chlorfluorcarboner (CFC), således at dette forbrug i 1995 er reduceret med 85 pct. af 1986-niveauet.

Begrænsningen sker i overensstemmelse med nedenstående retningslinier:

1. Begrænsningen sker kontinuerligt, idet tempoet i forbrugsbegrænsningen sættes op i takt med fremkomsten af miljøvenlige erstatningsstoffer.
2. Anvendelse af CFC til køleformål ophører pr. 1. januar 1995. Forbrug af CFC til sådanne formål i den mellemliggende periode sker ved genindvinding, for så vidt der ikke kan anvendes erstatningsstoffer.
3. Anvendelse af haloner som brandslukningsmiddel afvikles inden 1. januar 1995.

4. Spraydåser mærkes med angivelse af drivgas. Brugen af freon som drivgas i spraydåser, der er undtaget fra det gældende forbud, ophører senest pr. 1. januar 1995.

5. Regeringen udskriver en konkurrence med henblik på at fremme udviklingen af alternativer til CFC.

6. Regeringen forstærker indsatsen i Wienkonventionen, i EF og i Nordisk Råd med henblik på iværksættelse af initiativer, der går videre end Montreal-protokollen af 16. september 1987.

7. Ved udgangen af folketingsåret 1990-91 fremsender regeringen en redegørelse til Folketinget vedrørende de iværksatte foranstaltninger samt disses virkning.

Til lovforslag nr. L 76. Betænkning afgivet af Retsudvalget den 3. maj 1989

FT. Tilvæg B 1988-89
Betænkning
over

Forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Udvalget har behandlet lovforslaget i en lang række møder og har herunder stillet spørgsmål til justitsministeren, som denne har besvaret skriftligt.

Lovforslagene svarer i det væsentlige til det lovforslag med samme titel, som blev fremsat den 28. oktober 1987 (L 45), og som bortfaldt i forbindelse med nyvalg til Folketinget i maj 1988.

Lovforslaget er i indværende folketingsår i udvalget behandlet sammen med forslag til lov om psykiatrisk behandling (L 82) (af Carsten Andersen (SF) m.fl.).

Udvalget har endvidere modtaget mundtlige og/eller skriftlige henvendelser fra:

Amisrådsforeningen i Danmark,
Dansk Psykiatrisk Selskab,
Den Alm. Danske Lægeforening,
Medborgernes Menneskerettighedskommission og

Søndergaard, Bente, Billum.

Der er af et flertal og af et mindretal stillet ændringsforslag, hvorom henvises til de ledsagende bemærkninger.

Som bilag til betænkningen er optrykt en række spørgsmål til justitsministeren, dels til L 45 og dels til nærværende lovforslag, sammen med ministerens besvarelser heraf. Endvidere er optrykt en henvendelse vedrørende L 45.

Et flertal (Socialdemokratiets, Det Konser-

vative Folkepartis, Venstres og Det Radikale Venstres medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til vedtagelse med det af flertallet stillede ændringsforslag.

Flertallet bemærker, at man særligt har drøftet de spørgsmål, der knytter sig til lovforslagets § 12, stk. 2, om tvangsmedicinering. Flertallet lægger i den forbindelse afgørende vægt på at fremhæve betydningen af iagttagelsen af »det mindste middels princip« i § 4. Dette indebærer bl.a., at man, forinden der skrides til tvangsmedicinering, nøje skal overveje, om andre behandlingstilbud, herunder samtalerapi eller anden frivillig behandling, vil være en mulighed. Kun hvis dette ikke er tilfældet og betingelserne for tvangsbehandling med medicin i øvrigt er til stede, vil tvangsmedicinering kunne komme på tale. Behandlingen skal i så fald ske i overensstemmelse med lovforslagets § 12, stk. 2, og de begrænsninger, der er fastsat heri, jf. også bemærkningerne til bestemmelsen. Det bør i den forbindelse nøje påses, at der i det enkelte tilfælde ikke gives medicin i en større dosis end påkrævet. Man har særligt drøftet, at der befinder sig en del ældre konfuse mennesker på de psykiatriske afdelinger, som ifølge det oplyste angives at være fejlanbragte.

Som anført i Justitsministeriets besvarelse af spørgsmål 46 til L 45 (optrykt som bilag) vil ældre, senile eller konfuse mennesker ikke alene på grund af denne tilstand kunne tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes. Det kræves

-LFS

således, for at betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt, at der foreligger en egentlig demenstilstand, og at patienten opfylder behandlings- eller farlighedskriteriet, samt at der fortsat foreligger et behandlingssigte.

Flertallet lægger afgørende vægt herpå og finder det særdeles uheldigt, at ældre mennesker, der er færdigbehandlede, ikke kan komme fra psykiatriske afdelinger. Flertallet anser det derfor for væsentligt, at det sikres, at der tilvejebringes de fornødne plejehjemspladser eller andre egnede bolig- og pasningsmuligheder, således at disse personer kan udskrives.

Det er oplyst over for udvalget, at justitsministeren den 20. april 1989 har nedsat et udvalg, der bl.a. skal vurdere, om de gældende bestemmelser i myndighedsloven er hensigtsmæssige bl.a. i relation til ældre konfuse medborgere (kommissoriet for udvalget er optrykt som bilag).

Man har endvidere særligt drøftet de spørgsmål, der knytter sig til lovforslagets § 22 om psykokirurgiske indgreb. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at de i dag kendte psykokirurgiske indgreb dels er de gennem årtier kendte lobotomier, som består i overskæring af ledningsbaner i pandelapperne til de basale hjerneafsnit, og dels de moderne psykokirurgiske indgreb, som består af nøjagtigt placerede indgreb i hjernen på små, lokaliserede områder, og som på grund af deres præcision giver lidt udtalte bivirkninger. Sundhedsstyrelsen har siden 1983 centraliseret udførelsen af psykokirurgiske indgreb til Rigshospitalet, og patienterne skal undersøges og vurderes meget grundigt før et indgreb, dvs. at alle muligheder for spontan bedring skal være udelukket og alle andre relevante behandlingsmuligheder gennemprøvet.

I 10-års-perioden 1965 til 1974 er der her i landet opereret ca. 70 patienter på psykiatrisk indikation. I perioden 1978 til 1981 er der højst opereret 2-3 patienter årligt, og siden 1982 er der ikke udført psykokirurgiske indgreb her i landet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at psykokirurgiske indgreb i de kommende år udelukkende vil blive anvendt i ganske få, helt specielle tilfælde.

Flertallet vil imidlertid følge udviklingen på dette område med henblik på at vurdere, hvorvidt der skulle opstå behov for yderligere reisationsgarantier for patienterne.

Et mindretal (Socialistisk Folkepartis og Centrum-Demokraternes medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til vedtagelse med de af mindretallet stillede ændringsforslag.

Et flertal inden for mindretallet (Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget) ønsker at udtale følgende:

Socialistisk Folkeparti har samtidig med justitsministeren fremsat sit eget forslag til lov om psykiatrisk behandling, L 82.

Helt havde vi set dette lovforslag vedtaget, da det tilgodeser en lang række af de kritikpunkter, som blev fremført ved Folketingets behandling af justitsministerens forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, L 45, i folketingsåret 1987-88, 1. samling.

Mindretallet som helhed bemærker:

Socialistisk Folkepartis og Centrum-Demokraternes medlemmer af Retsudvalget har stillet en række ændringsforslag til justitsministerens lovforslag. Ændringsforslagene er udarbejdet i overensstemmelse med de bemærkninger, der blev fremført ved 1. behandling af et flertal i Folketinget bestående af Centrum-Demokraterne, Socialistisk Folkeparti, Kristeligt Folkeparti og Socialdemokratiet. Disse partiers ordførere lagde særlig vægt på patienternes medbestemmelse, på tværfaglighed og retssikkerhed samt på forbedring af de psykiatriske sygehuses standard og en effektiv indsats imod anvendelse af tvang i psykiatrien.

I principbetænkning om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986) er det påpeget, at der er en sammenhæng mellem på den ene side de fysiske forhold, personalets normering og uddannelsesmæssige baggrund samt patienternes mulighed for indflydelse på behandlingen og på den anden side hyppigheden af anvendelsen af tvangsbehandling og fiksering.

Ved udarbejdelsen af ændringsforslagene har mindretallet haft et stærkt ønske om, at det

psykiatriske hospitalsarbejde blev opprioriteret til fordel for den svageste gruppe, nemlig de tvangsindlagte. Det er under udvalgsarbejdet oplyst, at forbedringerne i forbindelse med etablering af enestuer til tvangsindlagte og andre bygningsmæssige forbedringer vil koste ca. 100 mio. kr. udregnet i 1989-priser, men på baggrund af oplysninger fra 1985.

Ekstraudgifter ved etablering af fast vagt og indsatelse af personale for at undgå anvendelse af fiksering og tvangsbehandling må på baggrund af besvarelsen om omkostningerne til fast vagt anslås at ligge på omkring 60 mio. kr. (Det henvises til spørgsmål 24-25 til nærværende lovforslag og svarene herpå med bilag, som er optrykt som bilag til betænkningen).

På baggrund af de oplysninger, Retsudvalget har fået til sin rådighed, skønnes det, at forbedringerne for de tvangsansatte psykiatriske patienter og personalet på de lukkede afdelinger vil beløbe sig til en førstegangsomkostning på 100 mio. og løbende ekstraudgifter på 60 mio. kr. årligt for hele landet.

Det har været mindretallets ønske at begrænse anvendelsen af fikseringer. Under udvalgsarbejdet har det været søgt at fastslå grænsen mellem varigheden og hyppigheden af fiksering, der ikke opfattes som frihedsberøvelse, og fiksering, der betragtes som frihedsberøvelse. På grund af meget sent indkomne svar fra Justitsministeriet har det ikke været muligt at få tilvejebragt et materiale, der kan belyse denne problemstilling. Efter mindretallets opfattelse er fiksering principielt en frihedsberøvelse, som udløser en frihedsberøvelses rettigheder. Spørgsmålet om fiksering i forbindelse med psykiatrik behandling har i øvrigt været gjort til genstand for en henstilling til Justitsministeriet, jf. ombudsmandens beretning 1977, s. 53. Mindretallet finder det uklart, hvorvidt lovforslaget inddækker denne henstilling.

En række organisationer påpegede i forbindelse med behandlingen af L 45 i folketingsåret 1987-88, 1. samling, at det foreliggende lovforslag - uden sikkerhed for forbedrede forhold for patienterne og den psykiatriske behandling - reelt ikke er nogen forbedring i forhold til sindssygeloven af 1938.

Ændringsforslagene er overvejende stillet ud fra et menneskesyn på og en holdning til den psykiatriske behandling og de forhold, vi byder de psykiatriske patienter. De fleste partier i Folketinget giver udtryk for stor respekt for det enkelte individs frihedsret og retsgarantier, når samfundet indtræder i den enkeltes ret til selvbestemmelse. Ved vedtagelse af mindretallets ændringsforslag og ved at udsætte de økonomiske kravende forslag vil Folketinget vise respekt for de fine ord om individets ret.

Mindretallet har i øvrigt følgende bemærkninger til flertallets betænkningsskizze:

Mindretallet har ved at stille en række ændringsforslag dokumenteret, at mindretallet på en række punkter er enig med flertallet. Mindretallets uenighed med flertallet består i, at vi ønsker at virkeliggøre forbedringsønskerne. Hvis flertallet støttede mindretallets ændringsforslag nr. 5, 6 og 16, ville der komme realitet bag flertallets ønske om sikring af »det mindste middels princip« og sikring af tilbud om anden frivillig behandling.

Mindretallet er enig i problematikken omkring ældre senile ikke-behandlingsmulige på de lukkede psykiatriske afdelinger.

Flertallets udtalelser om tilvejebringelse af de fornødne plejehjemspladser eller andre egne bolig- og pasningsmuligheder er i direkte strid med regeringens og flertallets politik og derfor vildledende. Bemærkningerne er omkostningsfrie for flertallet og vil i bedste fald virke forværende for en række hjælpeløse gamle, idet hospitalerne tvinges til at udskrive dem til noget, som er endnu værre end ophold i psykiatrisk afdeling. Vil flertallet det, som det skriver, burde det indsatte en bestemmelse, som forpligter kommunerne til at oprette plejehjem eller intensivere hjemmehjælp og oprettelse af bofællesskaber for ældre.

Mindretallets ændringsforslag nr. 3, 25 og 31 vil i en lang række tilfælde lette vilkårene for denne gruppe på de psykiatriske hospitaler og kunne medvirke til en hurtigere placering af ældre uden for hospitalerne.

Ved at støtte mindretallets ændringsforslag nr. 32 vil flertallets formål om at følge udviklingen inden for det psykiatriske område blive

tilgodeset. Herudover har mindretallet ønsket, at al tvangsanvendelse bliver underkastet en nærmere analyse med det formål at reducere anvendelse af tvang.

Mindretallet kan på den baggrund ikke tilslutte sig flertallets betænkningsskizze.

Et andet mindretal (Fremskridtspartiets medlem af udvalget) vil ved 2. behandling redigere for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag.

Et tredje mindretal (Kristeligt Folkepartis medlem af udvalget) kan støtte lovforslaget og indstiller det af flertallet stillede ændringsforslag til vedtagelse ved 2. behandling, men vil i øvrigt ved denne redigere for sin stilling til de af et mindretal stillede ændringsforslag.

Mindretallet tilslutter sig flertallets betænkningsskizze.

Ændringsforslag

Til § 2

Af et flertal (S, KF, V, RV og KRF), tiltrådt af justitsministeren:

1) Ordet »psykiatrisk« udgår.

Af et mindretal (SF og CD):

2) Som nyt stykke indsættes efter stk. 1:

»Stk. 2. Ved indretning og drift af psykiatriske hospitaler skal der lægges afgørende vægt på at skabe sådanne forhold, at behov for anvendelse af tvang ikke opstår.«

Til § 3

3) Stk. 3 affattes således:

»Stk. 3. Overlægen er ansvarlig for, at der i samarbejde med patienten og patientrådgiveren opstilles en tværfaglig behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling.«

Til § 4

4) I stk. 1 indsættes som nyt punktum før 1. pkt.:

»Anvendelse af tvang i psykiatrisk behandling skal som hovedregel undgås.«

5) Stk. 3 affattes således:

»Stk. 3. Anvendelse af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.«

6) Stk. 4 affattes således:

»Stk. 4. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødige krænkelse eller ulempe. Ydmygende, hånende eller anden nedværdigende behandling må ikke finde sted. Anvendelse af tvangsforanstaltninger og fysisk magt må ikke have karakter af afstraffelse eller iværksættes som reaktion på adfærd.«

7) Som nyt stykke indsættes efter stk. 4:

»Stk. 01. Sygehusejerne skal sikre passende uddannelse og løbende efteruddannelse af det psykiatriske behandlingspersonale.«

8) Som nyt stykke indsættes efter stk. 4:

»Stk. 02. Brevensur må ikke finde sted, medmindre det er hjemlet i retsplejelovens kapitel 71.«

Til § 5

9) Paragraffen affattes således:

»§ 5. Tvangsindlæggelse, jf. §§ 6-9, må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være direkte uforvarsigt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller
 - 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.
- Stk. 2. Tvangstilbageholdelse, jf. § 10, må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg og

det vil være direkte uforsvarligt at udskrive den pågældende, fordi:

- 1) udsigten til en afgørende bedring af tilstanden ellers ville fortabes, eller
- 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.«

Til § 7

10) *Sik. 3* affattes således:

»*Sik. 3.* Ved tvangsendlæggelse efter § 5, stk. 1, nr. 2, skal lægens undersøgelse være foretaget inden for det seneste døgn og ved tvangsendlæggelse efter § 5, stk. 1, nr. 1, inden for de seneste 7 dage forud for indlæggelsen.«

Til § 8

11) Paragraffen affattes således:

»§ 8. Den indlæggende læge skal så vidt muligt være til stede, indtil politiet forlader stedet sammen med den, der skal tvangsendlægges. Ved tvangsendlæggelse efter § 5, stk. 1, nr. 1, underretter politiet lægen om tidspunktet for gennemførelse af tvangsendlæggelsen.«

Til § 9

12) Paragraffen affattes således:

»§ 9. Sker tvangsendlæggelse efter § 5, stk. 1, nr. 2, skal patienten straks modtages. Sker tvangsendlæggelse efter § 5, stk. 1, nr. 1, skal patienten modtages snarest muligt inden for den frist på 7 dage, som er nævnt i § 7, stk. 3.

Sik. 2. Overlægen på den afdeling, hvor indlæggelsen finder sted, træffer inden 36 timer efter modtagelsen af den tvangsendlagte afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.

Sik. 3. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med justitsministeren nærmere regler om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsendlæggelser, herunder om politiets medvirken hertil.«

Til § 10

13) *Sik. 1* affattes således:

»Tvangstilbageholdelse af en person, der er

indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5, stk. 2, er opfyldt.«

14) Efter stk. 1 indsættes som nyt stykke:

»*Sik. 2.* Beslutning om tvangstilbageholdelse skal omgående meddeles patienten, og der skal samtidig beskikkes en patientrådgiver, jf. § 24.«
Sik. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

Til § 11

15) Paragraffen affattes således:

»§ 11. Når betingelserne i § 5, stk. 2, ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør. Patienten og patientrådgiveren underrettes straks herom.«

Til § 12

16) Paragraffen affattes således:

»§ 12. Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10. Tvangsbehandling kan først besluttes efter, at patienten har været under tilstrækkelig langvarig observation i hospitalsafdelingen til, at observationen kan danne grundlag for en bedømmelse af tilstanden og behovet for behandling. Tvangsbehandling må ikke iværksættes, før andre typer af frivillig behandling har været forsøgt og vist sig uigennemførlige eller åbenbart nytteløse.

Sik. 2. Tvangsbehandling må kun ske af behandlingsmæssige årsager. Ved tvangsbehandling med lægemidler skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Sik. 3. Ved tvangsbehandling bør der ikke anvendes depotmedicin. Elektrostimulation må ikke benyttes som led i tvangsbehandling, medmindre der foreligger en livstruende tilstand.

Sik. 4. Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. Denne træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. I akutte tilfælde kan den vagthavende

vende læge træffe midlertidig beslutning om tvangsbehandling.

Sik. 5. Tvangsbehandling bør ikke finde sted inden for 24 timer før, patienten skal deltage i møde om sin egen sag.

Sik. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling.«

Til § 13

17) *Sik. 1* affattes således:

»En person, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og som modsætter sig behandling af en akut og livstruende somatisk sygdom, kan undergives tvangsbehandling af denne sygdom, såfremt sygdommen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.«

Til § 14

18) *Sik. 1* affattes således:

»Tvangsfiksering må efter denne lov kun anvendes over for personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.«

19) *Sik. 2* affattes således:

»*Sik. 2.* Forud for anvendelsen af tvangsfiksering bør situationen være søgt afhjulpet ved tilførsel af ekstra personale.«

20) Som nye stykker indsættes efter stk. 2:

»*Sik. 3.* Som middel til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Til gennemførelse af tvangsforanstaltninger må kun anvendes personale, der har gennemgået psykiatrisk plejruddannelse.

Sik. 4. Tvangsfiksering må kun anvendes i det omfang, der er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide alvorlig skade på lemme eller helbred.«

Til § 15

21) *Sik. 1* affattes således:

»Beslutning om tilførsel af ekstra personale til forebyggelse af tvangsfiksering samt beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.«

22) *Sik. 3* affattes således:

»*Sik. 3.* Ville det i et tilfælde som nævnt i § 14, stk. 4, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkalde og træffe afgørelse vedrørende eventuel tvangstilbageholdelse og anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.«

Til § 16

23) Som nyt stykke indsættes før stk. 1:

»En støtteperson kan ordineres til en patient som forebyggelse af tvangsfiksering. Støttepersonen skal så vidt muligt være en medarbejder med forudgående erfaring fra arbejde med psykiatriske patienter.«

Sik. 1 bliver herefter stk. 2.

Til § 17

24) Paragraffen affattes således:

»§ 17. En person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt den pågældende udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på lemme eller helbred.

Sik. 2. Forinden fysisk magt bringes i anvendelse, bør situationen være søgt afhjulpet ved tilførsel af ekstra personale eller anden foranstaltning.

Sik. 3. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten skal have fast vagt, jf. § 16, stk. 1.«

Til § 18

25) Som nyt stykke indsættes efter stk. 2:

»*Sik. 3.* Beskyttelsesfiksering må ikke erstatte personale eller behandlingsinitiativer.«

Til § 21

26) *Sik. 1* affattes således:

»Det påhviler til stadighed overlægen i sam-

arbejde med afdelingens personale at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering i så vidt udstækning som muligt undgås og kun anvendes, hvor det er absolut nødvendigt. Afdelingspersonalet på afdelinger, som har anvendt tvang, udarbejder en halvårlig redegørelse til Patientklagenævnet om omfanget af tvang og de mere generelle årsager hertil.»

27) Stk. 2 affattes således:

»Stk. 2. Overlægen skal af egen drift til staidighed efterprøve, om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 2, 5, 10, 20 og 30 dage efter, at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes. Patientrådgiveren og patienten underrettes om beslutning om opretholdt tvangstilbageholdelse.«

Til § 23

28) Stk. 2 affattes således:

»Stk. 2. Forsøgsbehandling på psykiatrisk hospital må kun gennemføres med patientens informerede samtykke. Såfremt patienten påføres skade som følge af forsøg, er sygehusejeren erstatningsansvarlig.«

Ny paragraf

29) I kapitel 8 indsættes før § 24 som ny paragraf:

»§ 01. Sygehusejerne skal sikre, at enhver, der er frihedsberøvet efter reglerne i denne lov, har adgang til:

- 1) ophold på enestue,
- 2) ophold under tidssvarende bygningsmæssige forhold,
- 3) passende tilbud om beskæftigelse, undervisning og aktivitet,
- 4) ophold i frisk luft daglig efter behov og
- 5) ledsaget udgang.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler til gennemførelse af bestemmelserne i stk. 1.«

Til § 27

- 30) Som nyt stykke indsættes efter stk. 1:
»Stk. 2. Patientrådgiveren skal orienteres om, at der er oplysninger, som af de i stk. 1 nævnte grunde ikke meddeles patientrådgiveren.«

Til § 28

31) Paragraffen affattes således:

»§ 28. Beskikkelsen som patientrådgiver ophører 30 dage efter, at tvangsindgrebet er bragt til ophør. Patienten skal have ret til bistand fra patientrådgiveren ud over dette tidsrum i forbindelse med gennemførelse af klager over tvangsforanstaltningerne, klager over behandlingen eller vedrørende gennemførelse af den opstillede behandlingsplan. Den udvidede bistand ophører, når der er truffet endelig afgørelse i klagesagen.«

Nye paragraffer

32) Efter § 46 indsættes som nye paragraffer:

»§ 02. Sundhedsministeren iværksætter forsknings- og forsøgsarbejde med det formål at analysere og reducere anvendelse af tvang.

Stk. 2. Forslag om revision af loven fremsættes for Folketinget senest ved begyndelsen af folketingsåret 1994-95.

§ 03. Sundhedsministeren bemyndiges til for så vidt angår § 14, stk. 2, § 15, stk. 1, § 16, stk. 1, § 17, stk. 2 og 3, samt § 01 at fastsætte tidspunkt for disse bestemmelsers ikrafttræden og eventuelle overgangsbestemmelser.«

Bemærkninger

Til nr. 1

Ifølge § 2 i det fremsatte forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (L 76) skal sygehushygehyge med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang tilbyde sygehushold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehushushold. Bestemmelsen peger på sammen-

hængen mellem på den ene side de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehushushold fungerer, og de øvrige ressourcer, som tilføres denne del af sygehushusholdet, og på den anden side behovet for at anvende tvang. Bestemmelserne griber ikke ind i sygehushusholdets kompetence til efter sygehushusholdet at foretage den nærmere sygehushusholdplanlægning og prioritering af ressourceforbruget inden for den samlede sygehushushold.

Den foreslåede ændring af »god psykiatrisk sygehushushold« til »god sygehushushold« har til formål at fremhæve, at psykiatriske afdelinger er en del af det almindelige sygehushushold, og at en stillingtagen til de standarder og normer, der bør gælde på det psykiatriske område, derfor ikke kan ske uden sammenhæng med de forhold, der stilles til rådighed inden for det øvrige sygehushushold i forbindelse med somatisk sygehushusholdbehandling.

Efter den nye formulering ligger den nærmere prioritering af ressourceforbruget, herunder også spørgsmålet om fordelingen af ressourcer mellem de somatiske og de psykiatriske afdelinger, fortsat hos sygehushusholdene (amtskommunerne, Københavns og Frederiksberg Kommuner samt for så vidt angår Rigshospitalet Sundhedsministeriet). Ændringen af bestemmelsen indebærer imidlertid, at sygehushusholdene ved den nærmere sygehushusholdplanlægning som en generel målsætning skal tilstræbe – eventuelt inden for en nærmere angiven årrække – at tilvejebringe fysiske rammer og forhold for de psykiatriske patienter, der under hensyn til områdernes forskellighed i hvert fald ikke er ringere end forholdene inden for det øvrige sygehushushold i den pågældende sygehushushold. Det skal i denne sammenhæng fremhæves, at forskellen mellem somatiske og psykiatriske sygehushushold gør det ønskeligt, at der indrettes opholdsrum og senestuer på en sådan måde, at patienterne ikke tvinges til konstant fysisk nærhed. Sammen med hensyntagen til personalets holdning og uddannelse kan dette modvirke, at miljøet bliver angst- og aggressionskabende. Endvidere må der lægges vægt på muligheden for meningsfulde aktiviteter, herunder også mulig-

den for at kunne komme ud i fri luft/skifte opholdssted i løbet af dagen. Det bemærkes i den forbindelse, at denne målsætning for visse psykiatriske afdelingers vedkommende ikke i øjeblikket kan anses for opfyldt.

Til nr. 2, 5, 6, 7, 20, 26 og 29

God psykiatrisk sygehushusholdstandard er i justitsministerens lovforslag L 76 ikke nærmere defineret. Ændringsforslagene konkretiserer kravet med hensyn til de fysiske rammer og stiller krav om uddannelse af det personale, der skal arbejde med anvendelse af tvang i de psykiatriske sygehuse.

Indlæggelse, ophold og behandling på psykiatriske sygehuse skal i så vidt udstækning som muligt ske med patienternes samtykke. Alle muligheder bør være forsøgt for at undgå anvendelse af tvang. Opmærksomheden bør særligt rettes mod de fysiske rammer, så patienterne både har plads omkring sig og mulighed for at være alene.

Der bør ikke være nogen tvivl om, at alle, der arbejder med psykisk syge, er opmærksom på, at tvang i psykiatrisk behandling kan virke krænkende, ydmygende eller hånende. Men mindretallet mener, at patienterne har krav på en klar tilkendegivelse fra lovgiverens side om, at anvendelse af tvang alene kan ske til gavn for patienten.

Det er nødvendigt, at hele personalet i de afdelinger, der anvender tvangsmidler, er involveret i, hvordan man undgår anvendelse af tvang. Udarbejdelse af en halvårlig redegørelse om omfanget af anvendelsen af tvang og de mere generelle årsager hertil har sin vigtigste opgave ved at sikre, at der mindst hvert halve år gøres status over den pågældende afdelings funktion og omfang af magtanvendelse.

Det er vigtigt, at det i loven fastslås, at frihedsberøvelse er sikret en række minimumsretninger og ophold under tidssvarende forhold under opholdet på et psykiatrisk sygehushushold. Der tages hensyn til, at de forskellige rettigheder, som er nævnt i ændringsforslag nr. 29 om indsættelse af en ny § 01, må tilpasses den enkelte patients behov, og hvad der er forsvarligt.

Til nr. 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 25, 27, 28, 30 og 31

Forudsætningen for den optimale psykiatriske behandling er, at den foregår i samarbejde med patienten, og at behandlingen er rettet imod den sygdom og de problemer, som patienten har. Derfor er det vigtigt, at behandlingsplanen er tværfaglig og opstilles i samarbejde med patienten.

Ændringsforslagene har endvidere til hensigt at minimere den såkaldte musefælde, nemlig at frivilligt indlagte på psykiatriske sygehusholdninger uden særlige formaliteter kan udsættes for tvangsforanstaltninger og tvangsbehandling.

Grundlaget for tvangsendlæggelse kan være sygdom og en tilstand, der ganske må ligestilles hermed. Det er ved ændringsforslagene tilkendegivet, at der ved selve tvangsendlæggelsessituationen kan være få tilfælde, hvor de indlæggende myndigheder ikke kan fastslå, om den pågældende er sindssyg, eller hvor myndighederne blot skønner, at den pågældende har sådanne psykiske problemer, at han eller hun har mistet evnen til at vurdere sin tilstand og omverdenen på en realistisk måde. En tvangsendlæggelse behøver således ikke nødvendigvis at betyde, at den tvangsendlagte er sindssyg, men at vedkommende har behov for behandling eller frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Denne bestemmelse må afvejes op imod et meget stramt regelsæt om tilstedeværelsen af sygdom og resultatet af en sådan stram bestemmelse vil være, at de grænsetilfælde, som i dag bliver indlagt på psykiatriske afdeling på grund af forholdets natur, vil blive indsat i politiets detention. Et andet ændringsforslag indebærer, at de psykiatriske afdelinger skal være tværfaglige i deres behandlingstilbud. Derfor vil de psykiatriske afdelinger være bedre i stand til at tilbyde denne gruppe patienter støtte, råd og vejledning.

Det skal fremhæves, at anvendelsesområdet for begrebet »tilstand, der ganske må ligestilles med sygdom«, må fastlægges under hensyn til de formål, som dette lovforslag for-

følger og således uafhængigt af forståelsen af lignende begreber i anden lovgivning.

Tvangsendlæggelsessituationen kan kun udstrækkes til 48 timer, jf. lovforslagets § 10, stk. 3, hvor overlægen skal tage stilling til, om patienten opfylder kravene for tilbageholdelse, idet en tvangsendlæggelse forudsætter patientens modstand mod opholdet og derved indirekte indebærer et krav om udskrivning.

Et af ændringsforslagene opdeler § 5 i to stykker, hvilket indebærer, at tvangstilbageholdelse har et snævrere kriterium for tilstedeværelsen af sygdom og end tvangsendlæggelse. Ligeledes er udtrykket »udsigten til en afgørende bedring af tilstanden ellers ville fortabes« strammere. Der er hermed fastlagt et stramme kriterium for tvangstilbageholdelse end for tvangsendlæggelse. 48 timer efter tvangsendlæggelse eller ophold i psykiatrisk hospital må det som mindstemål være afklaret, om patienten lider af sygdom i sådan en grad, at betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt.

Ved ændringsforslag nr. 12 præciseres det, at overlægen inden for et fastsat tidsrum skal afgøre, om betingelserne for tvangsendlæggelsen er opfyldt.

Når betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. det foreslåede § 5, stk. 2, er opfyldt, skal overlægen meddele patienten, at vedkommende er tvangstilbageholdt, og der skal beskikkes en patientrådgiver. Sigtet er at undgå den situation, at en patient først ved en eventuel begæring om udskrivning bliver opmærksom på, at vedkommende faktisk har været opfattet som tvangstilbageholdt i længere tid, men at det kun er den pågældendes manglende krav om udskrivning, der er skyld i, at han eller hun ikke er blevet bekendt med tvangstilbageholdelsen. Samtidig undgås også den situation, at patienten er forholdt muligheden af at få en patientrådgiver beskikket.

Sigtet med ændringsforslag nr. 16 er at begrænse anvendelsen af tvangsbehandling og gennem lovgivningen give et incitament til at søge andre typer af behandling, før tvangsbehandling iværksættes. Med andre typer af frivillig behandling tænkes f.eks. på samtalerterapi, psykoterapi eller anden medicinsk behand-

ling, som patienten accepterer.

Depotpræparater bør efter ændringsforslaget undgås. Skal der nødvendigvis anvendes depotpræparat af hensyn til patienten, bør der anvendes »kortvarig depotmedicin«, dvs. depotmedicin, hvis virkning ophører inden for 72 timer. På grund af fremkomsten af nye præparater bør Sundhedsstyrelsen fastlægge nærmere retningslinier for anvendelse af depotmedicin.

Ændringsforslaget præciserer endvidere, at den vagthavende læge i akutte situationer kan træffe midlertidig beslutning om tvangsbehandling, hvilket er en kodificering af praksis.

Af hensyn til patienter, der skal møde i deres egen sag, er det vigtigt, at de ikke oplever sig hæmmet af medicin. Bestemmelsen i det foreslåede § 12, stk. 5, kan betyde, at eventuelle møder af hensyn til forsvarligheden må afholdes i hospitalet.

Bestemmelsen om tvangsbehandling af somatiske sygdomme er i ændringsforslag nr. 17 strammet op til kun at omfatte akutte og livstruende sygdomme.

Anvendelse af beskyttelsesfiksering bør ikke erstattes personale eller behandlingsinitiativer. Der må i det daglige ske en afvejning imellem indsatsen af personale og beskyttelsesfiksering. Det er spørgsmålet om, hvordan beskyttelsesfikseringen indgår i en samlet behandlingsplan, der er afgørende.

Patienter, der deltager i forsøgsbehandling, bør være fuldt orienteret om deres deltagelse og give deres positive tilsgagn. Der bør ikke herske usikkerhed om patientens retilstand ved et eventuelt erstatningsspørgsmål.

Patientrådgiverens funktion udvides, så den får mulighed for at følge en eventuel klagesag op. Samtidig skal patientrådgiveren beskæftige sig med behandlingsplanens indhold

set i relation til patientens ønsker.

Til nr. 4, 19, 21, 23 og 24

Forbyggelse af anvendelse af tvang er en naturlig følge af lovforslagets intentioner om større retssikkerhed, når tvang anvendes. Derfor stilles en række ændringsforslag, som giver sygehusejerne og sygehusmyndighederne en forpligtelse til at forebygge anvendelse af tvang, eventuelt ved anvendelse af øgede personaleressourcer. Det er ikke et spørgsmål om procedureregler. I langt den overvejende del af tilfældene af anvendelse af tvang ville tvangen kunne undgås, såfremt personalet på den pågældende afdeling havde tid til at aflede en urolig patient, f.eks. ved at gå en tur med patienten eller ved samtale i enrum. Bestemmelserne skal ikke være til hinder for, at personalet kan handle i akutte situationer, og for at sikre forsvarlige forhold for de øvrige patienter på afdelingen.

Til nr. 32

Det psykiatriske hospitalsområde har udviklet sig en hel del, siden justitsministeren første gang fremsatte forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien den 28. oktober 1987. Der er sket en stor overflytning fra de store hospitaler til distriktspsykiatriske behandlings- og behovet for indlæggelser er faldende. Der er derved sket en vis lettelse af presset på de fysiske rammer på hospitalsområdet uden for Københavnsområdet.

Denne udvikling vil givet fortsætte, hvorfor det kan være rimeligt at gennemføre de fysiske ændringer og personalenormeringerne i takt med de ændrede behov og sprede den økonomiske belastning over en årrække.

Grethe Fenger Møller (KF) fmd. Fischer (KF) Helge Adam Møller (KF) Bjørn Elmqvist (V)

Niels Anker Kjøfod (V) Kirsten Jacobsen (FP) Kirsten Lee (RV) Nør Christensen (CD)

Inger Stilling Pedersen (KKF) Erling Christensen (S) Ole Espersen (S) Søren Hansen (S)

Nogle af udvalgets spørgsmål til L 45 til justitsministeren og dennes svar herpå

Spørgsmål nr. 2:

Ad § 16.

Skal en patient, der er beskyttet med bælte, hånd- og fodremme samt handsker også have en fast vagt?

Svar:

De midler, der efter forslaget § 14, stk. 1, anvendes til tvangsfiksering (bælte, hånd- og fodremme samt handsker), og som i henhold til lovforslagets § 16 indebærer, at patienten skal have fast vagt, må ikke anvendes til beskyttelsesfiksering, se de almindelige bemærkninger til lovforslaget under pkt. 5 og betænkning nr. 1109/1987, side 75 f.

Hvis der sker beskyttelsesfiksering med en stoffrem i en seng, skal der efter lovforslaget ikke udpeges en fast vagt. Forslagets § 16 om fast vagt gælder kun for tvangsfikseringer. Derimod følger det af de krav, der må stilles til god psykiatrisk pleje, og som gælder uden nærmere lovbestemmelser herom, at der skal føres et rimeligt tilsyn med patienter, der er beskyttelsesfikseret.

Spørgsmål nr. 3:

Er det efter lovforslaget muligt at give en patient et ubegrænset antal elektrochock?

Svar:

Ved besvarelsen forudsættes det, at der med spørgsmålet sigtes til *tvangsmæssig* behandling med elektrostimulation.

Lovforslaget indeholder ikke en udtrykkelig antalsmæssig grænse for anvendelsen af elektrochock, idet det ikke i en lovtekst er muligt at fastsætte en præcis grænse herfor.

Lovforslaget indeholder imidlertid en række begrænsninger i adgangen til at anvende elektrostimulation som led i en tvangsbehandling. Efter § 12, stk. 1, kan der kun anvendes tvangs-

behandling over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.

Tvangsbehandling skal endvidere ske under iagttagelse af »det mindste middels princip«, jf. § 4. Dette indebærer bl.a., at anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, der søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Efter forslaget § 21, stk. 1, skal overlægen til stadighed påse, at bl.a. tvangsbehandling ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Spørgsmål nr. 4:

Hvilke konsekvenser vil det få, hvis bestemmelsen om psykokirurgisk indgreb udelades af loven? Hvis bestemmelsen ikke kan udgå, vil ministeren da overveje, om man i stedet for et lægeråd får et råd med deltagelse af andre end læger – eventuelt personer med en juridisk uddannelse?

Svar:

Efter forslaget § 12, stk. 1, må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.

Hvis den særlige regel i § 22 om psykokirurgiske indgreb udgår, vil det kunne give anledning til tvivl om, hvorvidt der herved åbnes mulighed for, at psykokirurgi på linie med andre behandlingsformer kan anvendes som led i en tvangsbehandling, når betingelserne efter § 12, stk. 1, er opfyldt. Da patientens frivillige medvirken må være en grundlæggende betingelse for, at et psykokirurgisk indgreb kan foretages, vil der være afgørende betænkkeligheder forbundet med at lade § 22 udgå.

I § 22, stk. 2, opstilles yderligere den betingelse, at indgrebet forudgående skal være godkendt af et lægeråd nedsat af sundhedsstyrelsen.

Et sådant lægeråd skal bl.a. foretage en nær-

mere vurdering af de lægelige indikationer for indgrebet, herunder overveje spørgsmålet om mindre indgribende alternative behandlingsmuligheder og om udsigterne til at opnå en bedring af tilstanden gennem et psykiatrisk indgreb.

Da denne vurdering af, om psykiatrisk behandling i det enkelte tilfælde er velindiceret, er af lægelig art, er der efter Justitsministeriets opfatelse ikke umiddelbart nogen grund til at lade f.eks. juridisk sagkundskab indgå i et sådant råd.

Spørgsmål nr. 8:

Ad § 5.

Hvilke konsekvenser vil det få, hvis udtrykket »eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed« udgår?

Svar:

Som et kritikpunkt mod den gældende tvangstilægelsespraksis har det været fremført, at det i ca. 20 pct. af tilfældene ikke er muligt efterfølgende at konstatere, at den tvangsindlagte var sindssyg ved indlæggelsen. Disse indlæggelser må derfor formelt set siges at være i strid med de gældende regler, hvorefter kun sindssyge personer kan tvangstilægges.

Den i § 5 foreslåede udvidelse af det psykiatriske sygdomskriterium til ud over sindssygdom også at omfatte tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom, har i overensstemmelse med indstillingen fra udvalget vedrørende de sindslidendes retsstilling til formål at skabe klarere lovgrundlag for at opretholde den indlæggelsespraksis, som udvalget finder rigtig. Det er således ikke hensigten at udvide den kreds af personer, der kan tvangstilægges.

Hvis de ligestillede tilstande udgår, således at det psykiatriske sygdomskriterium kun omfatter egentlige sindssygdomme, hvilket svarer til den gældende formulering, vil problemet med de ca. 20 pct. såkaldt ulovmedholdelige tvangstilæggesluser være uløst.

Det ville imidlertid ikke betyde, at de pågældende personer ikke blev tvangstillagt. Det ville de formentlig blive i samme omfang som i dag, fordi den undersøgende læge ved den forudgående undersøgelse ville skønne, at patienten er sindssyg, og at de øvrige betingelser i § 5 er til stede. Først ved de nærmere observationer i forbindelse med indlæggelse kan det mere

præcist konstateres, om den pågældende er sindssyg.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.2.1. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget, hvor der er nærmere redegjort for spørgsmålet.

Spørgsmål nr. 9:

Ad § 5.

Vil ministeren overveje en ændring af § 5, således at bestemmelsen omfatter patienter, der er sindssyge eller befinder sig i en tilstand, som ikke lader sig skelne fra sindssygdom?

Svar:

I betænkning nr. 1109/1987: »Afsluttede udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien« anfører udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling side 50 f.ø.a.:

»Kriteriet sindssygdom foreslås dog suppleret af tilstande, der kvalitativt og/eller kvantitativt kan ligestilles med sindssygdom, og som i undersøgelsesøjeblikket ikke lader sig skelne fra sindssygdom (understreget her), og som derfor også med rette bør behandles på samme måde, hvis tillægskriterierne krav ifølge behandlings- og/eller farlighedsindikation samtidig er opfyldt. Det er med en sådan regel ikke tanken at udvide den kreds af personer, som kan tvangstillægges eller tvangstilbægholdes, men at skabe bedre lovgrundlag for at opretholde den hidtidige praksis.

Ved et krav om, at der skal foreligge »en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom« angives, at der er tale om et meget snævert område. En analogiutuning skal for at være berettiget opfylde kravene til en fuldstændig analogi. Dette må anses for at være tilfældet f.eks. med visse affektsplosive tilstande, abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af bevægelighedsændringer, patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka, visse biologisk betingede tilstande, tågetilstand i forbindelse med epileptiske anfald og anorexia nervosa - nervøs spisevægring - med svær afkræftelse og livsfare til følge.«

I høringsvarene fra Dansk Psykiatrisk Selskab, Justitsministeriets Psykiatriske Undersøgelsesklinik og Retstængerådet er det blevet fremhævet, at udtrykket »tilstand, der kan ligestilles med sindssygdom« kan give anledning til en vis tvivl, men at der i udvalgets bemærk-

ninger er sket en tydeliggørelse af, hvilke tilstande der siges til.

Dansk Psykiatrisk Selskab har peget på formuleringen »tilstande, som ikke med sikkerhed kan skelnes fra sindssygdom« som et muligt alternativ.

Justitsministeriet har i lovforslaget valgt at følge udvalgets udkast til formulering af § 5. Udtrykket »ganske må ligestilles med« svarer til det krav om fuldstændig lovanalogi, der stilles i straffelovens § 1, og med udtrykket markeres det, at der er tale om et meget snævert område. Efter Justitsministeriets opfattelse vil formuleringen »tilstande, som ikke lader sig skelne fra sindssygdom« sprogligt omfatte en lidt videre personkreds end den, der vil være omfattet af den i § 5 foreslåede formulering. Justitsministeriet har dog ingen afgørende indvendinger imod at ændre formuleringen som angivet i spørgsmålet, men vil alene pege på risikoen for, at den personkreds, der kan tvangstillægges og tvangstilbægholdes, herved bliver udvidet.

Spørgsmål nr. 17:

Sikrer det foreliggende lovforslag efter ministerens opfattelse, at den patient, der efter lovforslagets §§ 24-29 skal have beskikket en patientrådgiver, udtrykkeligt gøres bekendt med sin adgang til at anmode om beskikkelse af et familiemedlem eller en pårørende som patientrådgiver?

Svar:

Efter forslags § 25, stk. 1-3, er det hovedreglen, at patientrådgiveren i det enkelte tilfælde skal tages fra listen over faste patientrådgivere. § 25, stk. 4, åbner dog mulighed for, at en person, der ikke er optaget på listen, f.eks. et familiemedlem, kan beskikkes som patientrådgiver, hvis patienten anmoder herom. Afgørelsen af, om patientens anmodning skal imødekommes, træffes af statsamtmanden. Patientens anmodning skal imødekommes, medmindre det er utilrådeligt.

Patienten skal altid have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte patientrådgiverbeskikkelse, jf. § 25, stk. 3, 1. pkt.

Justitsministeriet vil i den patientvejledning, der udsendes til landet psykiatriske afdelinger i forbindelse med lovens ikrafttræden, henlede opmærksomheden på bestemmelsen i § 25, stk. 4.

Spørgsmål nr. 19:

Ser ministeren en risiko for, at der kunne opstå habilitetsproblemer for de patientrådgivere, der er rekrutteret fra sundheds- og socialsektoren, og som i forbindelse med deres arbejde i øvrigt har et forhold af en særlig karakter til enten patienten eller den institution, hvor patienten indlægges, eller de personer, der har medvirket ved beslutningen om indlæggelse?

Svar:

Udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har i de to betænkninger, som lovforslaget bygger på, indgående behandlet spørgsmålet om rekrutteringen af patientrådgivere og i den forbindelse navnlig overvejet, hvorledes det sikres, at den patientrådgiver, der beskikkes, er så uafhængig, at der i det enkelte tilfælde er tilfald til, at den pågældende på effektiv måde vil kunne varetage hvervet som patientrådgiver.

Spørgsmålet er behandlet i principbetænkning nr. 1068/1986 om tvang i psykiatrien, side 344-349. I betænkning nr. 1109/1987 vedrørende en afsluttende udtalelse om udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er om spørgsmålet side 88 anført:

»Personer, der er ansatte i den del af socialforvaltningen eller sygehusvæsenet, som har med en bestemt patients forhold at gøre som sagsbehandler eller som ansat på det psykiatriske sygehus, hvor vedkommende er indlagt, bør af hensyn til faren for, at der opstår inhabilitet, ikke beskikkes. Den blotte ansættelse i patientens hjemstedskommune eller i amtets sygehusvæsen som sådan, f.eks. ved et andet sygehus, kan normalt ikke anses for en inhabilitetsgrund.«

Ved udformningen af patientrådgiverordningen har man således været opmærksom på, at der kan tænkes at forekomme tilfælde, hvor den person, der bliver tale om at beskikke som patientrådgiver, kan være i en sådan interessekonflikt, at det vil være betænkeligt at beskikke den pågældende. I så fald skal der naturligvis beskikkes en anden, medmindre patienten desuagtet udtrykkeligt ønsker den pågældende beskikket.

Spørgsmål nr. 20:

Såfremt en indsat i fængsel bliver sindssyg og indlægges på lukket psykiatrisk afdeling, er

vedkommende da omfattet af sindssygeloven/lovforslaget?

Svar:

Hvis en indsat i et fængsel under opholdet bliver sindssyg, kan den pågældende overføres til en psykiatrisk sygehusafdeling for kortere eller længere tid afhængig af sygdommens karakter. Er der behov for en længerevarende psykiatrisk behandling, kan overførslen ske i henhold til en beslutning truffet i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, jf. cirkulære nr. 98 af 9. juni 1978. Overførsel efter § 49, stk. 2, forudsættes i almindelighed at ske med den indsatssamtykke. Protesterer den indsatte mod overførslen, og opfylder den pågældende betingelserne for tvangsendlæggelse, kan indlæggelsen kun ske i overensstemmelse med sindssygelovens regler om tvangsendlæggelse.

Hvad enten overførslen er sket frivilligt, eller den indsatte er blevet tvangsendlagt, vil den pågældende i almindelighed fortsætte udstælsen af straffen, men med den modifikation, der følger af, at den indsatte er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Dette indebærer bl.a., at den pågældende er undergivet reglerne om tvangsendlæggelse og fiksering, hvis betingelserne for anvendelse heraf i øvrigt er til stede, ligesom de øvrige regler, der gælder for ophold på det pågældende sygehus, i almindelighed vil finde anvendelse, jf. cirkulære nr. 98 af 9. juni 1978, §§ 5 og 6.

Ønsker den pågældende ikke længere at være på afdelingen, må der i almindelighed ske tilbageførsel til fortsat straffuldbyrdelse i fængslet. Er betingelserne for tvangsendlæggelse opfyldt, vil fortsat ophold på den psykiatriske afdeling mod den pågældendes vilje kunne ske i overensstemmelse med reglerne om tvangsendlæggelse.

Med det foreliggende lovforslag tilsigtes der ingen ændring af den beskrevne retstilstand.

Spørgsmål nr. 21:

Såfremt en indsat i et fængsel bliver indlagt som sindssyg på den psykiatriske afdeling i Herstedvester og under tvangsforanstaltninger, som hvis vedkommende skulle indlægges på en lukket psykiatrisk afdeling, er vedkommende så omfattet af sindssygeloven/lovforslaget?

Svar:

Som nævnt i besvarelsen af spørgsmål 20 vil en indsat, der bliver sindssyg, kunne tvangsendlægges på en psykiatrisk afdeling, såfremt vedkommende opfylder betingelserne herfor. Anbringelse i Anstalten i Herstedvester sker i tilfælde, hvor domfældte fra starten eller under afsoningen har behov for psykiatrisk bistand. Tvangsmæssig behandling af vedkommendes psykiske lidelser sker her i overensstemmelse med principperne i den gældende sindssygelovs § 8, stk. 1, og § 9, stk. 2, om tvangstilbageholdelse.

Med lovforslaget tilsigtes der ingen ændring af den beskrevne retstilstand. Da Anstalten i Herstedvester er en institution under kriminalforsorgen og således ikke direkte er omfattet af den foreslåede lovs stedlige anvendelsesområde, er der behov for, at spørgsmålet om fremgangsmåden ved tvangsbehandling på Anstalten i Herstedvester overvejes nærmere. Dette spørgsmål vil derfor blive overvejet nærmere i Straffelovrådets arbejdsgruppe vedrørende udformningen af en særlig straffuldbyrdslovslov.

Spørgsmål nr. 27:

Hvilket indhold forestiller ministeren sig at § 4 vil få sammenholdt med, at man kan forvente følgende udtryk afgivet i forbindelse med eventuel anvendelse af § 14: »Hvis du ikke holder op med det dér, kommer du i bøjle!«?

Svar:

Tvangsfiksering må efter forslaget kun finde sted, når betingelserne i § 14, stk. 2, er opfyldt, og det skal i så fald ske under iagttagelse af den i § 15 beskrevne fremgangsmåde.

Selv om betingelserne i § 14, stk. 2, er opfyldt, vil der imidlertid kunne tænkes tilfælde, hvor tvangsfiksering ikke – eller ikke straks – bør ske, f.eks. hvis mindre indgribende foranstaltninger må antages at være tilstrækkelige, herunder at fastholde patienten og føre den pågældende til et andet sted på sygehuset.

Er alle andre muligheder for at få patienten til at afstå fra en adfærd, der er omfattet af § 14, stk. 2, imidlertid udtømte, kan tvangsfiksering blive aktuel. I så fald vil der i almindelighed forinden skulle gives patienten underretning om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål i overensstemmelse med reglerne i § 31.

Det vil ikke være i overensstemmelse med § 5

31, hvis personalet truer med anvendelse af et tvangsmiddel som f.eks. bæltefiksering, hvis betingelserne for anvendelsen heraf efter § 14, stk. 2, ikke er opfyldt. Derimod kan det ikke udelukkes, at der kan forekomme situationer, hvor betingelserne allerede er opfyldt, f.eks. hvis en patient groft forulemper medpatienter, men hvor personalet frem for straks at iværksætte tvangsfiksering søger at undgå denne ved at forklare patienten, hvad konsekvensen af en fortsættelse af den pågældendes adfærd vil være.

Spørgsmål nr. 31:

Ministerens kommentarer udbedes til henvendelsen fra advokat Tage Gøtttsche, jf. L 45 – bilag 11.

Svar:

I bemærkningerne til det foreliggende forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der i bemærkningerne til § 1 nærmere redegjort for lovens anvendelsesområde.

Det fremgår heraf, at loven kun gælder for indlagte patienter. Nathospitalpatienter, som kun sover på en psykiatrisk afdeling, anses for indlagt og er dermed omfattet af loven, hvori mod daghospitalspatienter, som kun kommer i dagtimerne på sygehuset til behandling og eventuelt for at arbejde i terapi og på værksteder, er udklævet, hvorfor de som andre ambulante patienter falder uden for reglerne. Det betyder i praksis, at de ikke kan tvangstilbageholdes eller tvangsbehandles, og at proceduren for tvangsendlæggelse i givet fald skal følges, hvis iværksættelse af frihedsberøvelse anses for nødvendig.

Videre er der i lovforslagets bemærkninger taget stilling til spørgsmålet om tilbageførsel af patienter, der efter det foran anførte har status som indlagte, men som har forladt afdelingen eller er udeblevet efter udgang. Om tilbageførselsspørgsmålet er anført (bemærkningerne s. 21):

»Hvis en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, forlader afdelingen og ikke frivilligt vender tilbage til denne eller udebliver efter udgang, opstår der ligeledes spørgsmål om lovens rækkevidde.

Hvis der er tale om en tvangsendlagt eller tvangstilbageholdt patient og overlægen i for-

bindelse med, at man har konstateret, at patienten er bortgået eller udeblevet efter korterevarende udgang, anmoder om politiets bistand til at føre patienten tilbage, må patienten uden iagttagelse af proceduren for tvangsendlæggelse i almindelighed kunne tilbageføres med henblik på fortsat tvangstilbageholdelse.

Dette gælder dog ikke, hvis der går længere tid, før politiet finder frem til den pågældende.

I sådanne tilfælde og i tilfælde, hvor overlægens anmodning om politiets bistand ikke fremsættes umiddelbart efter konstateret bortgang eller udeblivelse eller der er givet udgang med tilladelse til mere end en enkelt overnatning, bør tilbageførsel i givet fald ske i overensstemmelse med reglerne om tvangsendlæggelse.

Hvis en frivilligt indlagt patient, der ikke efterfølgende er blevet tvangstilbageholdt, forlader sygehuset, vil tilbageførsel mod patientens protest kun kunne ske efter reglerne om tvangsendlæggelse.

Efter lovforslaget vil der således i et tilfælde som beskrevet i henvendelsen fra advokat Gøtttsche – uanset om patienten fortsat betragtes som indlagt – ikke kunne ske tvangsmæssig tilbageførsel, medmindre det sker i overensstemmelse med reglerne om tvangsendlæggelse.

Spørgsmål nr. 34:

Ad svaret på spørgsmål 2.

Hvorledes defineres »god psykiatrisk pleje«, og hvilke kilder har man til en sådan definition?

Svar:

Justitsministeriet har i anledning af det stillede spørgsmål indhentet følgende udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, der er tiltrådt af Sundhedsministeriet:

»Ved god psykiatrisk pleje forstås den samlede undersøgelses-, behandlingsmæssige og plejemæssige indsats, som udøves over for en psykiatrisk patient, afhængig af den enkelte patients behov i den konkrete situation. Det er den lægelige og sygeplejemæssige ledelses ansvar at drage omsorg for, at patienten får den nødvendige og forsvarende behandling, afhængig af den pågældende patients behov, og den lægelige og sygeplejemæssige ledelse skal endvidere være i stand til at udnytte de fremskridt, der sker inden for det samlede psykiatriske undersøgelses-, behandlings- og plejeområde.

Der kan således ikke opstilles en generelt gældende definition af, hvad god psykiatrisk pleje er, men god psykiatrisk pleje afspejler de normer for god lægelig og plejemæssig indsats, som udøves af det pågældende personale, og som Sundhedsstyrelsen fører det faglige tilsyn med. Det kan tilføjes, at det er amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg Kommuner og staten for Rigshospitalets vedkommende, som har det driftsmæssige ansvar for såvel det somatiske som det psykiatriske sygehusvæsen, og som derved er med til at fastlægge de ressourcemæssige rammer for også det psykiatriske sygehusvæsen.

Justitsministeriet kan henholde sig til Sundhedsstyrelsens udtalelse.

Spørgsmål nr. 38:

Ad § 32, stk. 3.

Er der ikke en modstrid mellem ordlyden i stk. 3: udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare» og lovforslagets bemærkning side 16, 2. sp., »for at afværge livstruende tilstande«?

Svar:

Der er med de to formuleringer ikke tilsigtet nogen indholdsmæssig forskel. Mindretallets forslag om at begrænse tvangsmæssig anvendelse af elektrostimulation til livstruende tilstande ville således indebære, at sådan elektrostimulationsbehandling kun kunne anvendes i tilsvarende situationer som dem, hvor en klage ikke vil have opsættende virkning.

Mere generelt om anvendelse af forslagens § 32, stk. 3, kan bemærkes, at en klage over beslutning om tvangsbehandling for det første ikke har opsættende virkning, hvis tilstanden allerede er livstruende. Opsættende virkning indtræder endvidere ikke, hvis omgående behandling er nødvendig for at forhindre, at tilstanden udvikler sig til en livstruende tilstand, eller hvis manglende behandling vil indebære en risiko for alvorlige helbredsskader.

Der tænkes ikke alene på tilfælde, hvor selve den psykiske lidelse kan medføre døden eller alvorlige helbredsskader (f.eks. delirium), men også tilfælde, hvor patienten som følge af sin psykiske lidelse er alvorligt selvmordstruet, vil være omfattet. I sådanne tilfælde vil det ikke være forsvarligt at afvente udfaldet af en klage-

sagsbehandling.

Der vil i øvrigt også kunne forekomme tilfælde, hvor klagen er tillagt opsættende virkning, men hvor tilstanden udvikler sig, således at tvangsbehandling må iværksættes, inden afgørelsen fra klageinstansen (Sundhedsstyrelsen Patientklagenævnet) foreligger.

Reglen om, at klage over beslutning om tvangsbehandling i de nævnte tilfælde ikke har opsættende virkning, skal også ses på baggrund af, at manglende behandling i disse tilfælde efter omstændighederne ville kunne pådrage lægen ansvar efter lægeloven eller eventuelt efter straffelovens bestemmelser om hjælpepligt.

Spørgsmål nr. 39:

Kan betingelsen om fast vagt til tvangsfikserede opfyldes ved terminalovervågning, således at i person overvåger flere via en terminal?

Svar:

Ordningen med fast vagt efter § 16 forudsætter, at den faste vagt er fysisk til stede hos den eller de bæltesikrede patienter. De krav, der stilles til en fast vagt, kan derfor ikke opfyldes ved terminalovervågning.

Spørgsmål nr. 41:

Ministerens kommentarer udbedes til henvendelsen fra professor, dr. med. Mogens Møllergård, jf. L 45 - bilag 18.

Svar:

Som det fremgår, har professor, dr. med. Mogens Møllergård inden henvendelsen til Retsudvalget skrevet til Justitsministeriet vedrørende den sproglige udformning af lovforslaget. Kopi af Mogens Møllergårds henvendelse af 7. december 1987 samt kopi af mit svar af 8. januar 1988 vedlægges.

Når Mogens Møllergård i sin henvendelse til Retsudvalget foretager en sammenligning mellem antallet af gange, udtrykket »tvang« forekommer i henholdsvis den gældende lov fra 1938 og det foreliggende lovforslag, bør det bemærkes, at lovforslaget til forskel fra den gældende lov, der alene regulerer spørgsmålet om tvangsindeholdelse og tvangstilbageholdelse, indeholder en udtrykkelig regulering af alle former for tvangsanvendelse i forbindelse med psykiatrisk behandling.

KØBENHAVNS AMTS SYGEHUS

Nordvang
afdeling R

Den 7. december 1987

Hr. justitsminister Erik Ninn-Hansen

Kære hr. justitsminister

Som Sundhedsstyrelsens psykiatriske konsulent har jeg været præsenteret for lovforslaget vedrørende anvendelsen af tvang i psykiatrien, og jeg har på lokalt plan haft lejlighed til at kommentere såvel betænkning som forslag. Jeg føler mig imidlertid usikker på, om alle fremsendte kommentarer nu også er videregivet til de relevante modtagere, og jeg tillader mig derfor at skrive direkte til Dem for at gøre opmærksom på et specielt problem, der kræver lovkontorets overvejelser.

Det handler om den sproglige udformning af loven, hvor ordet tvang forekommer i utallige sammenhænge og paragraffer. Efter de flestes opfattelse har dette ord udelukkende negative associationer knyttet til sig, og det bliver nu i lovforslaget tæt sammenhævet med det psykiatriske arbejde - selv om tvangsforanstaltninger kun udgør en meget ringe del af de psykiatriske aktiviteter.

Vi har erfaring for, at lovens ånd og bogstav får stor betydning for den almindelige holdning til psykiatrien og de psykiatriske patienter. Det er derfor en meget nærliggende risiko, at udviklingen i de kommende år fører frem til den op-

fattelse, som professor Niels Reisby beskrev så præcist i sin overskrift: »Al tvang til psykiatrien«. Vort speciale bliver det område, hvortil en række svært behandelige problemer, også af samfundsmæssig art, henvises, og alle lovens tvangsbegreber vil stå som overskrifter på porten til det psykiatriske sygehus.

Det må være i altes interesse, at der skabes regler for indgreb i den personlige frihed, men efter min opfattelse kunne loven lige så godt udformes i et andet sprog, der begrænsede anvendelsen af ordet tvang. Man kan formulere sig om »uønsket behandling«, »ufrivillig indlæggelse«, »afslag på begæring om udskrivning« - og en række andre synonymmer, der utvetydigt beskriver regelsættet uden at diskriminere psykiatrien.

Jeg vil derfor bede Justitsministeriet foranledige, at der i denne høringsrunde foretages en sproglig revision af lovforslaget, således at tvangspræget udtynnes ved sproglige korrekationer. Jeg mener at vide, at ministeriet råder over speciel sagskundskab på netop dette område, men jeg er i øvrigt villig til at komme til en drøftelse, hvis der skulle være behov herfor. Jeg håber meget, at justitsministeren vil overveje dette forslag.

Med venlig hilsen
Mogens Møllergård
professor, dr. med.

Professor, dr. med. Mogens Møllergård

Tak for Deres brev af 7. december 1987 vedrørende den sproglige udformning af forslaget til en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

I Deres brev anfører De, at det er uheldigt, at der i lovforslaget forekommer en udbredt anvendelse af ordet tvang, og peger på risikoen for, at dette kan have en afsmittende negativ virkning på den almindelige holdning til psykiatrien og psykiatriske patienter. De foreslår på den baggrund, at anvendelsen af ordet tvang begrænses og erstattes af omskrivninger som f.eks. »uønsket behandling«, »ufrivillig indlæggelse«, »afslag på begæring om udskrivning« og lignende.

Lad mig om baggrunden for lovforslaget fremhæve, at det som bekendt bygger på det lovudkast, som udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling har udarbejdet i betænkning nr. 1109/1987 om udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, og som har været sendt til høring hos en lang række myndigheder m.v.

Med venlig hilsen
Erik Ninn-Hansen

Spørgsmål nr. 42:

Ministeren bedes indhente en udtalelse om lovforslaget fra Det Danske Center for Menneskerettigheder.

Svar:

Der vedlægges en udtalelse af 22. februar 1988 afgivet af Det Danske Center for Menneskerettigheder.

København, den 8. januar 1988

DET DANSKE CENTER FOR MENNESKERETTIGHEDER

Justitsministeriet

Udtalelse vedrørende Lovforslag L 45 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

1. Ved skrivelse af 26.01.1988, j.nr. L.A. 1987-36002-15, har Justitsministeriet, på foranledning af Folketingets Retsudvalg, anmodet Det Danske Center for Menneskerettigheder om en udtalelse vedrørende lovforslag nr. L 45 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, der i vidt omfang bygger på Bet. 1109/1987.
2. Menneskerettighedscentret har udelukkende set det som sin opgave at kommentere lovforslaget ud fra menneskerettighedsorienterede synspunkter, navnlig på baggrund af de bindende (konventioner m.v.) og vejledende (rekommendationer m.v.) internationale regler, der har betydning for Danmarks interne retstilstand.

Internationale standarder

3. Danmark har ved ratifikationen af De Forenede Nations konvention om borgerlige og politiske rettigheder fra 1966 og Europarådets konvention om menneskerettigheder fra 1950 (den europæiske menneskerettighedskonvention) forpligtet sig til at sikre enhver ret til frihed og personlig sikkerhed, således at frihedsberøvelse kun må ske i h.t. lov i en række nærmere angivne tilfælde og i overensstemmelse med en ved lov foreskrevet fremgangsmåde. Frihedsberøvelsens lovlighed skal endvidere kunne efterprøves ved domstolene. Herudover foreligger en forpligtelse til at behandle den frihedsberøvede human og med respekt for menneskets naturlige værdighed. I FN-konventionen fra 1966 er endvidere indeholdt en særlig bestemmelse (art. 7, 2. pkt.), hvorefter ingen kan gøres til genstand for medicinske eller videnskabelige eksperimenter uden vedkommendes eget forudgående frivillige samtykke,

hvilket betyder, at pårørende eller en værge ikke kan afgive samtykket.

Det skal fremhæves, at Europarådets Konvention af 26. november 1987 om forebyggelse af tortur, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf medfører, at der skal oprettes en forebyggelseskommite, der uholdret skal have adgang til inspektion på steder, hvor personer er frihedsberøvet af offentlige myndigheder. Denne inspektionsadgang vil også omfatte afdelinger for tvangsindlagte psykiatriske patienter. Danmark har undertegnet, men endnu ikke ratificeret konventionen; dette forventes at kunne ske i løbet af 1988. Konventionen træder først i kraft, 3 måneder efter at mindst 7 stater har foretaget ratifikation.

4. FNs Generalforsamling vedtog i 1982 en række principper for behandling af personer, der udstår frihedsstraf, og andre frihedsberøvede, herunder tvangsindlagte (Principles of Medical Ethics, GA res. 37/194 af 18. december 1982). I princip 1 fastsættes, at sundhedspersonalet har en »pligt til at yde [frihedsberøvede] beskyttelse af deres fysiske og mentale sundhed og behandling af sygdomme af samme kvalitet og standard, som gives til personer, der ikke er frihedsberøvede«.

Der foreligger endvidere nogle udkast til retningslinjer vedrørende beskyttelse af mennesker med en psykisk sygdom eller en psykisk lidelse udarbejdet af FN. Således har en arbejdsgruppe vedrørende forebyggelse af diskrimination og beskyttelse af minoriteter under FNs Menneskerettighedskommission i 1983 udsendt en rapport om »Principles, guidelines and guarantees for the protection of persons detained on grounds of mental ill-health or suffe-

I de ledsagende bemærkninger (explanatory memorandum) til Europarådets rekommandation nr. R (83) 2 af 22. februar 1983 vedrørende retten til religiøs beskyttelse af sindslidende personer, der mod deres vilje indlægges eller tilbageholdes på psykiatrisk institution, nævnes det i medlemsstaterne, at der i medlemsstaterne er en tendens til at tiltage ønske om at revurdere behandlingsfaciliteter, som stilles til rådighed for de behandlende læger, samt hospitalsforholdene, med henblik på at gennemføre for-

»sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard«. Der kan i den forbindelse henvises til højesteretsdommen i Ugeskrift for Retsvæsen 1985 s. 368 (»Odder-dommen«), jf. kommentaren i U 1985 B sp. 248 ff sammenholdt med artiklen i U 1986 B s. 139 ff om domstolsprøvelse af det offentlige serviceniveau vedrørende lægebehandling. Højesteretsdommen hviler øjensynligt på et minimumsprincip, hvorefter det ikke kan være domstolens opgave (gennem tilkendelse af erstatning) at gribe korrigerende ind over for det serviceniveau, som er et resultat af de politiske organers (amtskommunale m.v.) beslutninger, for så vidt standarden ikke er direkte lægeligt uforvarsigt (minimumsprincipets krav).

Dette betyder med andre ord, at domstolene i vidt omfang ikke har mulighed for at bidrage til opretholdelsen og udvildelsen af en mindstandard af betydning. I denne situation vil standarden være afhængig af de enkelte regionale (amtsråd m.fl.) myndigheders ressourcetilrettelse, hvilket kan føre til en ganske forskyldt standard i de enkelte dele af landet.

Centret finder, at adgangen til god psykiatrisk sygehusstandard ikke bør være afhængig af den geografiske lokalitet, hvor tvangsinlæggelsen finder sted.

10. Som konklusion kan på baggrund af det under pkt. 7-9, omtalte anføres, at fastsættelse af mindstandarder i lovgivningen kan være et virksomt middel til afhjælpning af nogle af de problemer, som præger stærkt belastede eller handicappede grupper, der være sig personer, der udsættes for frihedsstraf, eller sindslidende. Fastsættelse af sådanne mindstandarder er velkendt i menneskeretlig sammenhæng og vil formentlig tiltage i betydning i de kommende år.

Det eksakte indhold af den givne mindstandard er naturligvis – inden for visse grænser – et økonomisk-politiske spørgsmål. Centret har derfor ikke fundet at burde gå ind på spørgsmålet om mindstandardens udformning.

Nogle retssikkerhedsmæssige spørgsmål

11. I bemærkningerne til lovforslaget § 5 (s. 22) anføres, at bestemmelserne i forslaget også gælder børn (mindreårige), der er sindssyge eller i en lignet tilstand. Hvis der er tale om

mindreårige, som ikke er sindssyge eller i en lignet tilstand, skal myndighedslovens regler gælde, dog modificeret af et alders- og modenhedskriterium.

Centret skal herom bemærke, at de anførte synspunkter om mindreårige ikke-sindslidende muligvis ikke kan opretholdes, såfremt den europæiske menneskeretshøjesteretsdomstol måtte konstatere en krænkelse i den såkaldte »Jon-sag« (application no. 10929/84). Menneskeretshøjesteretskommissionen har lagt til grund, at mindreårige er omfattet af den europæiske menneskeretshøjesteretskonventions art. 5, hvorefter (stk. 1) mindreåriges ophold på lukket psykiatrisk afdeling efter omstændighederne kan betragtes som frihedsberøvelse, uanset foreldremyndighedsindehaverens samtykke, og at den mindreårige efter art. 5, stk. 4, har adgang til efterprøvelse af frihedsberøvelsens lovlighed.

På den baggrund finder Centret at burde bemærke, at sondringen mellem mindreårige sindssyge og mindreårige ikke-sindssyge næppe bør opretholdes. Det bemærkes også, at Dares-rapportens art. 41 (i den reviderede version art. 42) indeholder en bestemmelse, hvorefter mindreårige skal have samme ret til at modsætte sig hospitalisindlæggelse af samme grunde og samme vilkår som voksne.

12. Lovforslaget tillader i § 17, at frivillige ikke-sindssyge patienter tvangsmæssigt kan overføres til andet sted på afdelingen/hospitalet, og at denne patientkategori – såfremt der er tale om en meget urolig patient og det er af afgørende betydning for bedringen af tilstanden – tvangsmæssigt kan indgives beroligende midler.

Centret finder det principielt betænkeligt at tillade anvendelse af tvang over for frivilligt indlagte patienter, der ikke opfylder kriterierne i lovforslagets § 5 og derfor ikke kan frihedsberøves (i længere tidsrum) eller tvangsbehandles. Der består endvidere efter Centrets opfattelse en risiko for, at tvangsmæssig indlæggelse af beroligende midler kan blive brugt som disciplineringsmiddel eller som en nødslutning i situationer, hvor der f.eks. er personalemangel.

13. I lovforslagets §§ 13, stk. 1, og 22 er indeholdt bestemmelser om tvangsbehandling af psykiatriske patienter i henseende til behandling af alvorlige somatiske sygdomme og så-

kaldte psykiatriske indgreb. Lovforslaget indeholder derimod ikke bestemmelser om en nærmere regulering af elektrochok- (også kaldet elektulations-) behandling.

Det er i dag et centralt – men beklageligtvis ikke lovfæstet – patientrettligt princip, at patienten kan nægte at lade sig behandle for selv dødeligt forløbende somatiske sygdomme. Dette princip brydes traditionelt i et vist omfang, når patienten samtidig er psykiatrisk patient. Efter lovforslaget skal en psykiatrisk patient, der opfylder forslagens § 5, således kunne tvangsbehandles. Det forekommer betænkeligt i så vidt omfang at reducere en alvorligt sindslidende persons muligheder for at få indflydelse på et så personligt forhold, som ikke-sindssyge har fuld råderet over. Dette bestyrkes af den samfundsmæssige udvikling, hvor der i stigende omfang er en erkendelse af, at retten til ikke at blive behandlet (en »værdig død« etc.) er en beskyttelsesværdig ret. Bestemmelsen bør derfor reformuleres, således at der som udgangspunkt kræves samtykke, hvilket undtagelsesvis kan erstattes af et samtykke fra værger.

I § 22 er der åbnet mulighed for foretagelse af psykiatriske indgreb. Erfaringerne med disse irreversible indgreb, som ofte bevirker en radikal forandring af pågældendes psykiske og hele personlighed, er efter det oplyste særdeles

dårlige og må formentlig i vidt omfang betragtes som skadelige. Der kan derfor være grund til at rejse spørgsmål om, hvorvidt disse indgreb burde kategoriseres som forsøg med de retsvirkninger, som er nævnt i forslagens § 23.

Generelt bør der efter Centrets opfattelse ikke bestå en adgang til at foretage radikale irreversible ændringer af personers psykiske og hele personlighed uden deres eget informerede samtykke. Da det må antages, at et sådant samtykke ikke gyldigt kan indhentes fra pågældende patientgruppe, bør sådanne indgreb formentlig ikke tillades.

14. Centret finder herudover at burde tilføje, at udvalgets forslag om oprettelse af patientklagenævn, som dels skal fungere som første klageinstans, dels som tilsynsmyndighed (jf. udvalgsudkastets §§ 35-40) efter Centerets me- kerhedsmæssig henseende. De almindelige domstole forekommer pga. deres sammensætning og procesmåde samt pga. deres reaktionsmuligheder ikke at være det bedst egnede forum for en umiddelbar bedømmelse af tvangs- anvendelsen, og grundlovens § 71, stk. 7-udvalget synes heller ikke i den henseende at kunne udgøre en effektiv retssikkerhedsgaranti.

Det Danske Center for Menneskerettigheder

22. februar 1988

Spørgsmål nr. 46:

På baggrund af vedlagte avisartikler fra Jyllands-Posten den 31. januar 1998 (ikke optrykt her) bedes ministeren oplyse, om der med lovforslaget er taget højde for at forhindre fejlbefindelse af ældre, forvirrede mennesker ved tvangsendlæggelse på psykiatriske hospitaler, og om det er sikret, at der gives disse ældre en særlig vejledning om, hvilke klagemuligheder der er ved tvangsendlæggelse på psykiatriske hospitaler.

Svar:

Efter lovforslagets § 5 må tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

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

Ældre personer vil således kun lovligt kunne tvangsendlægges og tvangstilbageholdes, hvis de er sindssyge eller i hermed ligestillede tilstande. Sindssygdomsbegrebet er en samlebetegnelse, der omfatter en lang række meget forskellige diagnoser, hvoraf nogle forårsages af ændrede fysiologiske funktionsbetingelser for hjernevævet, herunder demens i svær grad. Er en på grund af alder indtrådt svækkelse af de psykiske funktioner ikke af så svær grad, at der er tale om en egentlig demensstilstand, foreligger der ikke nogen sindssygdom. Det følger endvidere af den nærmere afgrænsning, der i de almindelige bemærkninger til lovforslaget under pkt. 3.2.1. er foretaget af begrebet »tilstande, der ganske må ligestilles hermed« (sindssygdom), at en sådan aldersdomsvækkelse heller ikke vil være en tilstand, der ganske kan ligestilles med en sindssygdom. Langt de fleste ældre mennesker med nedsatte psykiske funktioner vil således ikke lovligt kunne tvangsendlægges eller tvangstilbageholdes, allerede fordi de ikke er omfattet af lovens psykiatriske sygdomskriterium.

Hvis patienten er egentlig dement og dermed sindssyg, kræves det herudover, at patienten

fordi der ikke er plejehjemspladser eller andre egnede bolig- og pasningsmuligheder at udskrive dem til. De beskrevne forhold for disse ældre patienter er således ikke et resultat af reglerne om tvang i psykiatrien.

Spørgsmål nr. 47:

Ministerens kommentar udbedes til henvendelsen fra Dansk Kommunal Arbejderforbund, jf. L 45 – bilag 27.

Svar:

Med hensyn til Dansk Kommunal Arbejderforbunds bemærkninger om materielle patientrettigheder henvises til besvarelsen af spørgsmål nr. 23.

Det bør i den forbindelse fremhæves, at udeladelsen af bestemmelsen om nærmere opregnede rettigheder for frihedsberøvede patienter (§ 24 i lovudkastet i betænkning nr. 1109/87) ikke er ensbetydende med, at der intet gælder i så henseende. Amtskommunerne m.fl. har som ansvarlige sygehusmyndigheder pligt til at sikre, at de psykiatriske sygehuse og afdelinger er indrettet således, at de steder er i overensstemmelse med god psykiatrisk sygehusstandard, ikke kun til gavn for frihedsberøvede patienter, men til gavn for alle psykiatriske patienter. Denne pligt foreslås nu udtrykkeligt lovfæstet i forslaget § 2.

For så vidt angår Dansk Kommunal Arbejderforbunds bemærkninger vedrørende den foreslåede klageordning henvises til besvarelsen af spørgsmål nr. 24.

Spørgsmål nr. 57:

Ad §§ 24 og 25.

Hvordan skal plejepersonalet forholde sig, såfremt patienten ikke er i stand til at udtrykke sig klart og præcist med hensyn til ønske/valg af patientrådgiver?

Svar:

Efter forslaget § 25, stk. 3, skal patienten altid have lejlighed til at udtale sig om den påtænkte patientrådgiverbeskikkelse, ligesom der i den patientvejledning, der vil blive udsendt, vil blive gjort opmærksom på, hvilke muligheder patienten har for eventuelt at få beskikket en anden patientrådgiver end den, der står for tur på fortegnelsen over patientrådgivere. Der

henvises herved til besvarelsen af spørgsmål nr. 17.

Hvis patienten ikke er i stand til at udtrykke sin indstilling til valget af patientrådgiver på en tilstrækkelig klar og utvetydig måde, må sygeplejepersonalet gennem spørgsmål til patienten og eventuelt indrømmelse af en vis betænkningstid søge at afklare patientens holdning.

Hvis patientens indstilling herefter fortsat er uklart, må hovedreglen, hvorefter der sker besikkkelse af den patientrådgiver, der står for fuld efterfølgende – f.eks. når tilstanden er forbedret så meget, at den pågældende er i stand til at give udtryk for sin indstilling – vil kunne rejse spørgsmål om udskiftning af den beskikkede patientrådgiver. Der henvises til lovforslagets bemærkninger til §§ 24–29.

Spørgsmål nr. 61:

Ministerens kommentar udbedes til de retssikkerhedsmæssige aspekter i udtalelsen fra Det Danske Center for Menneskerettigheder, jf. bilag 43.

Svar:

1. Det fremgår af udtalelsen, at det sammfattende af centrets opfattelse, »at der ikke i de for øjeblikket eksisterende internationale regler og gældende retspraksis stilles krav med hensyn til procedurer og formelle retssikkerhedsgarantier i øvrigt, som lovforslaget ikke kan opfylde« (pkt. 6 i centrets udtalelse).

2. Centret har endvidere side 3 ff fundet anledning til at fremkomme med nogle bemærkninger om nogle af de foreslåede regler ud fra »menneskeretlighedsorienterede« synspunkter. Centret finder bl.a., at en lovfæstelse af en mindstandard for patienters opholdsvilkår – som centret i øvrigt afstår fra at angive det nærmere indhold af – vil være i overensstemmelse med de seneste års udvikling. Centret anfører i den forbindelse, at det ikke er stemmende med dansk lovgivningspolitisk tradition, hvis et afgrænset spørgsmål om lovgivningsmæssig sikring af minimumsrettigheder for frihedsberøvede personer opgives på grund af overordnede kompetencefordelingsregler og erindret side 5 om, at mindretalsgarantier normalt forudsættes fastsat ved lov.

Justitsministeriet er ikke bekendt med, hvilken dansk lovgivningspolitisk tradition udtal-

lensens forfatter henviser til.

Hele fængselsområdet, herunder de forhold, hvorunder afsoning foregår, har således - bortset fra enkelte generelle regler i straffeloven - hidtil ikke været lovreguleret. Først i 1983 har Straffelovrådet på anmodning fra Justitsministeriet nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde en lovgivning om indsattes forhold. Tilsvarende gælder med hensyn til ophold for personer, der i medfør af straffelovens § 68 dommes til anbringelse på psykiatrisk afdeling eller til anbringelse i en institution for personer med vidtående fysiske eller psykiske handicap. Der findes ingen lovregler, der nærmere regulerer den fysiske indretning af de faciliteter, der stilles til rådighed for sådanne personer. Heller ikke i de lovregler, der indeholder hjemmel til frihedsberøvelse uden for straffetilsynet, herunder den gældende sindssygdoms og lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme, er der fastsat regler om materielle patientrettigheder af den her omhandlede art.

I hidtidig lovgivningspraksis kan der således ikke påvises en tradition for, at materielle minimumsstandarder med hensyn til bygningsmæssige forhold m.v. for frihedsberøvede personer sikres ved lov. Justitsministeriet har i det fremtidige lovforbund fundet det væsentligt at fastsætte regler, der på en smidig måde kan sikre for svarlige fysiske rammer og andre forhold for psykiatriske patienter. Der er således i lovforbundets § 2 medtaget en bestemmelse, der udtrykkeligt pålægger den enkelte sygehusmyndighed at sørge for, at de psykiatriske afdelinger opfylder god psykiatrisk sygehusstandard.

3. Endelig indeholder centrets udtalelse nogle bemærkninger til enkelte bestemmelser i lovforbundet. Justitsministeriet skal i den forbindelse

delse begrænse sig til at bemærke følgende:

For så vidt angår § 17 anfører centret, at det principielt findes betænkeligt at tillade anvendelse af tvang over for frivilligt indlagte patienter, der ikke opfylder kriterierne i lovforbundets § 5 og derfor ikke kan frihedsberøves eller tvangsbehandles.

Forslagets bestemmelser i kapitel 5 om friksering m.v., der er i overensstemmelse med indstillingen fra udvalget vedrørende sindslidende retsstillinger, omfatter alle indlagte patienter, der opfylder de kriterier, der er angivet i de enkelte bestemmelser. Hvert i § 14 om tvangsfriskering, i § 17 om anvendelse af fysisk magt, eller i § 18 om beskyttelsesfiksering stilles der krav om, at den pågældende er sindssyg eller opfylder betingelserne for at kunne frihedsberøves. Ikke kun § 17, men også §§ 14 og 18 kan således finde anvendelse over for ikke-sindssyge frivilligt indlagte, herunder misbrugere, forudsat de angivne kriterier er opfyldt, jf. bl.a. lovforbundets bemærkninger til § 14. Da de materielle betingelser i § 17, stk. 1, 1. pkt., for at fastholde og om nødvendigt med magt føre en person til et andet opholdssted på sygehuset er de samme som de kriterier, der kan udløse belfiksering efter § 14, vil anvendelse af § 17 ofte fremtræde som et mindre indgribende alternativ til § 14.

Det er i øvrigt ikke ukendt i dansk lovgivning, at der kan være adgang til at anvende tvang over for personer, der ikke kan frihedsberøves. Som eksempel kan nævnes reglerne inden for det sociale område om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtående fysiske eller psykiske handicap, hvor der bl.a. er hjemmel til fiksering, selv om der ikke er adgang til at tvangsindlægge eller tvangstilbageholde denne personsgruppe.

Bilag til bet. o. lovf. vedr. tvang i psykiatrien

Bilag II

En henvendelse fra Den Almindelige Danske Lægeforening vedrørende L 45:

DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING

Folketingets Retsudvalg

11. januar 1988

I anledning af Den Almindelige Danske Lægeforenings fortræde for udvalget den 14. januar 1988 fremsendes hermed en leder, der har været optaget i Ugeskrift for Læger i forbindelse med fremkomsten af den afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, afgivet af det af Justitsministeriet nedsatte udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling (Bemærkning nr. 1109).

Lægeforeningen vil ved sit fortræde lægge særlig vægt på omtale af:

Den beklagelige mangel på en paragraf om patientrettigheder, i udtalelsen kaldet § 24.

Det beklagelige i, at der i lovforbundet ikke er taget hensyn til udvalgsflertallets forslag vedrørende klageordninger.

Herunder finder Lægeforeningen det utilfredsstillende, at en klage har opsættende virkning, uden at der samtidig er sat nogen tidsfrist for klagens afgørelse. Når psykiatere mener, at der i et konkret tilfælde bør indledes tvangsbehandling, er årsagen oftest, at psykiateren kan se patienten lide, ja måske gå til grunde.

Med venlig hilsen

Hans Iver Enemark

/ Michael Hart Hansen

Lægeforeningen tillader sig endvidere at gøre opmærksom på det forhold, at der i det forslag, som blev fremsat af udvalgsflertallet i udtalelsen, ikke er tale om, at læger på nogen måde får en lettere tilværelse, snarere tværtimod, men at patienterne sikres en bedre tilværelse og en større rejsesikkerhed.

Det er bemærkelsesværdigt, at flertallet bestod af alle de medlemmer, som i hverdagen beskæftiger sig personligt med sindslidende, hvorimod det mindretal, Justitsministeriet har fulgt i sit forslag, alle er administrativt beskæftiget. Så længe Sundhedsstyrelsen var repræsenteret ved en psykiatrisk overlæge, tilsluttede denne sig også flertallets synspunkter.

Lægeforeningens delegation vil bestå af:

- Hans Iver Enemark, Lægeforeningens næstformand, alment praktiserende læge.
- Eskil Hohwy, overlæge, psykiatrisk afdeling, Horsens Sygehus.
- Bente Hjelmar, alment praktiserende læge, redaktør, Ugeskrift for Læger.
- Nils Michelsen, cand. jur., fuldmægtig i Lægeforeningen.

UGESKRIFT FOR LÆGER

Udgivet af Den almindelige danske lægeforening
28. september 1987. 149. årg. Nr. 40

REDAKTIONELT

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Et samfunds kvalitet kan bl.a. måles på, hvorledes det behandler sine marginale grupper, især når disse er små og består af svage individer.

En lov om anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er ikke blot en lov om dette emne, men også et af de meget vigtige elementer i karakteristikken af vort samfund.

Selv om tvang i psykiatrien talmæssigt set er et lille problem - f.eks. foregår mindre end 3 pct. af alle indlæggelser på psykiatriske afdelinger ved tvang - er det derfor ikke urimeligt, at udvalget vedrørende sindslidendes retstilling med landsdommer *Holger Kallehave* som formand har brugt næsten 4 år til at forberede sit forslag til en ny lov.

Den 25.5.1982 vedtog Folketinget en beslutning om at opfordre regeringen til at undersøge behovet for en revision af Lov nr. 118 af 13.4.1938 med senere ændringer om sindssyge personers hospitalophold. Justitsministerens undersøgelse viste, at der var behov for en revision af loven.

Lægeforeningen gav udtryk for, at der blandt læger var tilfredshed med den praksis, der havde udviklet sig i forbindelse med sindssygeloven, men at denne praksis ikke entydigt kunne udlæses af lovens formulering (1).

I forbindelse med denne høringsrunde var der en livlig debat om emnet, bl.a. i Ugeskriftet (2).

Fra lægelig side fremhævedes især, at lovens vigtigste formål er at sikre, at de sindssyge, over for hvem loven bringes i anvendelse, har optimale vilkår for behandling og omsorg.

En stærkere tilsynsværfunktion, et bedre klagesystem, fastsættelse af patientrettigheder, centrale retningslinjer for anvendelse af tvangsmidler og tvangsbehandlinger og bedre oplysning til patienterne, bl.a. om behandling, rettigheder og klagemuligheder, stod også højt på li-

sten over lægernes forventninger til en ny lov. Den 31.5.1983 nedsatte justitsministeren udvalget vedrørende sindslidendes retstilling.

I folketingsdebatten gav spørgsmålet om registrering af tvangsendlæggelser i Det Centrale Kriminalregister anledning til en særlig drøftelse. Udvalget fik som første opgave at undersøge dette. Udvalget afgav i november 1983 en delbetænkning om dette emne. Se uddrag af betænkningen og en leder i Ugeskriftet (3, 4).

Registreringen ophørte den 30.5.1985. Udvalget afgav principbetænkningen om tvang i psykiatrien den 14.2.1986 (betænkning nr. 1068). Resumeet, herunder også udvalgets udkast til et lovforslag, er bragt i Ugeskriftet (5).

Sammenhæng mellem ressourcer og tvang

Principbetænkningen er et vægtigt værk, som på 540 sider omhyggeligt behandler næsten alle tænkelige aspekter af emnet. Den er den hidtil bedste lærebog derom.

Det er grundtanken i betænkningen, at tvang i vidt omfang kan undgås, når de rette omstændigheder er til stede. Det er vist, at der er en sammenhæng mellem art og omfang af tvang på den ene side og den standard, som psykiatrien kan tilbyde på den anden.

Betænkningen fastslår, at der skal skabes den størst mulige retssikkerhed for de patienter, som man, når alt andet er forsøgt, må udsette for tvangsbehandling. Denne retssikkerhed skaber man ved at stille krav om god stand, om patientrettigheder, om information til patienten, om klageinstanser der tilgodeser krav om nærhed, hurtighed, retfærdighed, indsigt, og som også tillægges tilsynsopgaver. Retssikkerheden skabes også ved, at indikationerne for, hvornår tvang må anvendes, defineres bedre, og at den tvang, der anvendes, også defineres og registreres, således at muligheden for

efterprøvelse skabes.

Der foreslås en professionaliseret patientrådgiverordning i stedet for den hidtil kendte tilsynsværfunktion. Denne nyskabelse vil betyde en væsentlig forbedring af retssikkerheden.

Principbetænkningen har været udsendt til høring. Lægeforeningen fremhæver i sit høringssvar (6), at eksistensen af en lov, der regulerer tvangsbehandling i psykiatrien, ikke i sig selv er en diskrimination af sindssyge, men tværtimod vil være med til at give sindssyge samme adgang som andre til sundhedsvæsenets bedste hjælp.

Udvalget har gennemgået høringsvarene og har den 24.7.1987 afleveret sit endelige udkast til lov om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien. Lovudkastet bringes i dette nummer af Ugeskriftet (side 2736).

Lovudkastet er udformet således, at det kan blive en fin del af den danske sundhedslovgivning.

Loven bør derfor som anden sundhedslovgivning administreres af Indenrigsministeriet. Dette er vigtigt og i overensstemmelse med forarbejdets konstatering af, at den største retssikkerhed og den mindste tvangsbehandling langt mere ligger i forvaltningen af sundhedsvæsenets opgave end i forvaltningen af retsreglerne.

Lovudkastet regulerer ikke blot tvangsansvar, men angiver i § 2:

»Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som opfylder kravene til god psykiatrisk sygehusstandard«.

Er dette blot en floskel? Er der nogen sanktion knyttet til dette krav? Hvad er nu god psykiatrisk sygehusstandard? Det er nyt, men meget vigtigt, at der i lovtæksten er en sådan formålsparagraf. Enhver sygehusmyndighed må se det som sin opgave at opfylde en sådan målsætning, der forhåbentlig vil blive vedtaget af en enig Folketing. Paragraffens ordlyd svarer nøje til den sammenhæng mellem sygehusstandard og tvangsbehandling, som udvalget har gjort rede for. Kravet om en formuleret målsætning netop for den psykiatriske del af sygehusvæsenet er historisk særdeles velbegrunder. Der er ingen tvivl om, at den psykiatriske del af sundhedsvæsenet har været uhyggelig agterud-

sejlet af somatikken. De sygehusmyndigheder, som har skullet varetage udviklingen, kan måske med rette - have antaget, at samfundets forventninger ikke var særlig store på dette område. Udtrykkes forventningerne som i § 2, er de kendt og må opfyldes.

Lovudkastets kapitel 8 beskriver nøjere, hvilke særlige muligheder sygehusmyndighederne skal sørge for at stille til rådighed for frihedsberøvede patienter. Dette må ikke opfattes som en udfordring af § 2, som jo er en væsentlig videre målsætning.

Øget retssikkerhed

En grund til udvalgets nedsættelse var den utryghed ved retssikkerheden, som de såkaldte »ulovlige« tvangsendlæggelser fremkaldte. Det er de tvangsendlæggelser, der overgår patienter, som frembyder en sådan adfærd, at den tilkaldte læge anser dem for sindssyge (psykotiske), men som efterfølgende viser sig ikke at være og måske heller ikke at have været psykotiske. Ved en gennemgang af disse sager (7) viser det sig at have været særdeles rimeligt og af alle accepteret, at tvangsendlæggelse fandt sted. Det var altså ikke praksis, men dens juridiske grundlag, der var kritisabelt. Dette forsøgte udvalget at råde bod på i det lovudkast, der er omtalt i betænkningen, og hvor § 5 lød:

»Tvangsendlæggelse 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 uforvarsligt ikke at foretage indlæggelse, fordi den pågældende udsætter sit eget eller andres liv eller legeme for overhængende fare, hvis indlæggelse på psykiatrisk afdeling ikke straks finder sted«.

I debatten og i høringsvarene var der betydelig uro for, at den foreslåede formulering ville føre til et øget antal tvangsendlæggelser. Ved formyet drøftelse i udvalget er der enighed om i stedet at løse problemet ved at samle alle de mulige indikationer i én paragraf, herunder også »en tilstand, der ganske må ligestilles hermed«:

§ 5. Tvangsendlæggelse, jf. §§ 6-9, eller tvangstibageholdelse, jf. § 10, må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarsligt ikke at fri-

hedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi:

- 1) Udsigten til halbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller
- 2) den pågældende frembyder en nærtliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Behandlings- og farlighedsindikation

Patienternes repræsentanter og læger har kunnet trække på samme hammel det meste af vejen, men lægerne har ikke kunnet følge *Rigmor Berg* og *Knud Jensen*, udpeget efter indstilling fra henholdsvis Sindsidens Vel og Det Centrale Handicapråd, i deres afstandtagen fra de sidste 2 ord »eller andre« i § 5. *Rigmor Berg* og *Knud Jensen* mener heraf at kunne læse, at lovgiverne anser sindssyge for at være mere farlige end andre mennesker. De mener, at sindssyge, hvis sygdom alene viser sig ved »farlighed for andre«, skal behandles ligesom alle andre farlige personer, nemlig efter straffelovsbestemmelser m.v.

Der er ikke noget postulat om, at sindssyge i almindelighed er farligere end andre. En sindssyg person, hvis sindssyge for en tid viser sig ved »farlighed for andre«, skal have samme vilkår for adgang til sundhedsvæsenets hjælp som andre sindssyge. Den syge skal ikke unødigt slæbes gennem retsvæsenet. Det vil hverken han selv eller hans pårørende have forståelse for.

Den indlæggende læge kan have svært ved at forstå, at indikationen for tvangsendlæggelse skal angives om *enten* farlighed *eller* udsigt til bedring, thi selv den farlige forventes jo at få det bedre under indlæggelsen. Det er derfor værd at bemærke, at loven angiver behandlings hensigten ved begge indikationer. Hovedsagen er, at det drejer sig om et sygt menneske, der skal have hjælp.

Da kapaciteten i sygehusvæsenet efterhånden er således, at alle tvangsendlæggelser uanset indikation kan ske akut, og da det forsinkede led med embedslægenes kontrol forsvinder, vil der fremover sjældent være noget, der taler for at anvende opfattelsen af farlighed fremfor udsigten til forbedring som indikation for indlæggelsen. Så godt som alle, der kan tvangsendlægges på grund af formoder farlighed, vil også kunne indlægges efter § 5, pkt. 1, såfremt ind-

læggelse kan ske akut.

Lovudkastet stiller krav om akut indlæggelse, når indikationen er farligheden, men er ingen hindring for, at også andre indlæggelser kan foregå akut. Udkastet fastholder adskillelsen mellem de to indikationer, for at kunne registrere den fremtidige udvikling.

I den udstækning praksis bliver, at alle tvangsendlæggelser foregår akut, vil antallet af indlæggelser med angivelse af farlighed som indikation formentlig blive minimalt.

Det forholder sig noget anderledes, når det drejer sig om tvangstilbageholdelsesmuligheden, hvor situationen vel i få tilfælde kan være den, at en patient er så svært og kronisk syg, at der ikke er nogen udsigt til, at tilgængelige behandlingsmuligheder vil bringe en sådan forbedring, at udskrivelse er rimelig. Her vil udsigten til forbedring af helbredet ikke være anvendelig som tilbageholdelsesgrund.

Et nyt klagesystem

I betænkningen var udvalget delt i opfattelsen af, hvorledes et kommende klagesystem skulle se ud. Dette er fortsat tilfældet. Et flertal foreslår en lov, som sikrer oprettelse af små lokale, velkvalificerede klagenævne, der hurtigt skal kunne træffe afgørelser i klager over frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse. Herudover skal disse nævne af egen drift kunne tage sager op til undersøgelse, kunne indhente oplysninger om den praksis der følges på afdelingerne, og kunne aflægge uanmeldte besøg. Nævnenes afgørelser over frihedsberøvelse skal kunne ankes til domstolene, andre afgørelser til en central ankeinstans som ikke nærmere er beskrevet, men som kunne være som et særligt kontor i forbindelse med det nye centrale patientklagenævn.

Lægeforeningen er en varm fortaler for flertallets forslag. Det er ikke specielt lægevenligt, men det tilvejebringer den absolut maksimale retssikkerhed for patienterne. En retssikkerhed som også lægerne er interesserede i. En retssikkerhed som ikke blot består i enkeltsagsafgørelser, men også i et løbende tilsyn fra et organ, som er udrustet ikke blot med ekspertise, men også med magt og efter al sandsynlighed også med engagement. En retssikkerhed der består i hurtighed og nærhed i sagsbehandlingen, og som giver mulighed for personlig kontakt mellem patient/patientrådgiver og klageorgan.

Navnlign hurtighed er altafgørende i sager, hvor det drejer sig om en frihedsberøvet patient, der ønsker berettigelsen af frihedsberøvelsen efterprøvet.

Det er meget væsentligt for både patienten og psykiatrien, at man kan få prøvet berettigelsen af frihedsberøvelsen uden straks – som efter mindretallets forslag – at skulle stilles øje til øje med en domstol. Man må frygte, at en del vil afholde sig fra eller blive frarådet at klage, såfremt første klageinstans er en domstol. Det vil være værre at have fået en domstols stadfæstelse af en frihedsberøvelse end at have fået samme afgørelse af et lidt mere diskret klagenævn. Man aner klagerens omdømme fremover: »Ikke nok med at han blev tvangsendlagt; han blev osse dømt til at forblive derinde«. Det vil belaste forholdet mellem patient og psykiatri, og det vil forværre klimaet omkring den udskrevne patient. Det vil øge diskriminationen. Naturligvis vil det være en bedre hævn for den uretmæssige frihedsberøvelse at få en domstols end et klagenævn ord for, at psykiatrien er uretfærdig, men det er min tro og mit håb, at

Hans Iver Enemark

D.A.D.L.'s næstformand og medlem af udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling

Der henvises til D.A.D.L.'s skrivelse til Justitsministeriet s. 2752.

Litteratur

1. Lægeforeningen. Sindssyggeoven. Ugeskrift for Læger 1982; 144: 3707-8.
2. Holway E. Skal sindssyggeoven ændres – eller helt afskaffes? Ugeskrift for Læger 1982; 144: 3692.
3. Betænkning om registrering af tvangsendlæggelse i Det centrale kriminalregister. Ugeskrift for Læger 1984; 146: 907-16.

psykiatrien vil blive udøvet på en sådan måde, at afgørelser til patientens fordel forbliver uhyre sjældne.

Lægeforeningen er i øvrigt imod oprettelse af små lokale klagenævne til afgørelse af klagesager over lægebehandling, men vedrørende klager over tvang i psykiatrien forholder det sig anderledes. Disse sager har et helt andet indhold end andre klager over lægebehandling. Ja, det er tvivlsomt, om man overhovedet i sædvanlig forstand kan karakterisere disse sager som »klager m.v. over lægelig behandling og virksomhed«. Klager drejer sig om berettigelse af tvang og evt. magtanvendelse, hvilket ikke er tilfældet i andre klagesager vedrørende behandlingen. Da det desuden drejer sig om sager inden for et snævert gebet, vil der hurtigt etableres en ekspertise i de foreslåede nævn. Det er således meget bevidst, at lægeforeningen går ind for ét system vedrørende klager over lægers anvendelse af tvang i henhold til den her omhandlede lov og et andet system vedrørende klager over lægers virksomhed i øvrigt.

4. Enemark H.I. Registrering af tvangsendlæggelser i Det centrale kriminalregister. Ugeskrift for Læger 1984; 146: 900.
5. Principbetænkning om tvang i psykiatrien. Ugeskrift for Læger 1986; 148: 2795-803.
6. Lægeforeningen. Principbetænkning om tvang i psykiatrien. Ugeskrift for Læger 1986; 148: 2805.
7. Adserballe H. Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien. København: F.A.D.L.'s forlag, 1977. Disp.

Bilag III

Nogle af udvalgte spørgsmål til L 76 til justitsministeren og dennes besvarelse heraf

Spørgsmål nr. 8:

Opfattes svært senil-demente som en tilstand af sindssyge, eller er det en tilstand som »ganske må sidestilles hermed«?

Svar:

Justitsministeriet har i anledning af det stillede spørgsmål indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, der har udtalt, at svær senil-demens efter Retslægerådets opfattelse er en tilstand af sindssyge.

Spørgsmål nr. 9:

Efter lovforslagets §§ 14-18 kan tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering og tvangsmedicinering (f.eks. med depotmedicin) anvendes, selv om den pågældende patient ikke opfylder betingelserne for at kunne tvangstilbagesholdes. Under henvisning hertil bedes ministeren gøre rede for, om de nævnte tvangsindgreb ikke har karakter af frihedsberøvelse, der må kræve, at betingelserne efter lovforslagets § 5 er til stede, og som må kunne efterprøves af domstolene efter retsplejelovens kapitel 43 a.

Svar:

I forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (L 76) er betingelserne for tvangsbehandling forskellige fra de betingelser, der gælder med hensyn til tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering.

1. Tvangsbehandling

Efter lovforslagets § 12, stk. 1, må tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbagesholdelse, jf. § 10 sammenholdt med § 5. I § 12, stk. 3, er der hjemmel til, at overlægen kan træffe bestemmelse om, at der om fornødent kan anvendes magt til

tvangsbehandlingens gennemførelse. I almindelighed vil en sådan magtanvendelse i forbindelse med en tvangsbehandling være begrænset til en kortvarig fastholdelse, der ikke har karakter af en frihedsberøvelse. Der kan dog tænkes tilfælde, hvor behandlingens gennemførelse nødvendiggør et lidt længerevarende indgreb i patientens mulighed for at bevæge sig frit omkring på afdelingen. Som eksempel kan nævnes fastspænding af en patient med det formål at forhindre den pågældende i at spise og drikke forud for en elektrostimulationsbehandling. I sådanne tilfælde vil der efter omstændighederne kunne foreligge en frihedsberøvelse. Afgørelsen heraf må bero på de konkrete omstændigheder. Hvis frihedsindgrebet efter dets nærmere karakter, formål og tidsmæssige udstrækning ikke kan betegnes som et underordnet, accessorisk led i tvangsbehandlingen, må indgrebet mod den pågældendes vilje antages at udgøre en frihedsberøvelse i form af en tvangstilbagesholdelse.

Klage over tvangsbehandling indgives til patientklagenævnet, hvis afgørelse vil kunne indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Har der i forbindelse med tvangsbehandling fundet en frihedsberøvelse (tvangstilbagesholdelse) sted, vil spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed kunne indbringes for retten i overensstemmelse med lovforslagets § 34.

2. Fiksering m.v.

Efter lovforslagets kapitel 5 kan der under nærmere angivne betingelser anvendes bæltefiksering (§§ 14-16), fysisk magt (§ 17) og beskyttelsesfiksering (§ 18) over for patienter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Det fremgår af ordlyden af bestemmelserne og af bemærkningerne hertil (lovforslagets side 17, venstre spalte, og side 25, højre spalte), at de nævnte tvangsindgreb ikke blot kan anvendes

over for sindssyge eller patienter i en hermed li-gestillet tilstand, men også over for ikke-sindssyge patienter. I modsætning til, hvad der gælder med hensyn til tvangsbehandling, vil fiksering m.v. efter lovforslaget således kunne anvendes, selv om patienten ikke opfylder betingelserne for at kunne tvangstilbagesholdes efter § 10.

Lovforslaget er på dette punkt fuldt ud i overensstemmelse med en enig indstilling fra udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling. Der henvises til betænkning nr. 1109/87, side 65, hvor udvalget anfører, at reglerne om tvangsmidler også omfatter ikke-sindssyge, der er indlagt på psykiatrisk afdeling.

Det bemærkes, at der heller ikke i de hovedprincipper for bæltefiksering, som Folketingets Ombudsmand har opstillet i FOB 1974.224 f, eller i de gældende retningslinier om anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger, som Sundhedsstyrelsen har fastsat i cirkulære nr. 63 af 28. juni 1985, gælder en betingelse om, at fiksering m.v. kun kan anvendes i tilfælde, hvor patienten opfylder betingelserne for at kunne tvangstilbagesholdes.

Fra et beslægtet retsområde kan nævnes adgangen til at anvende tvangsmidler, herunder fiksering, på institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, jf. Socialministeriets bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979. Idet der ikke er hjemmel til administrativt bestemt frihedsberøvelse af voksne på sådanne institutioner, er det forudsat, at de indgreb, der er hjemlet i bekendtgørelsen, ikke har karakter af frihedsberøvelse, formentlig ud fra den betragtning, at hjemgivelse (udskrivning) ikke kan nægtes, hvis den pågældende modsætter sig fiksering og kræver at blive udskrevet.

Lovforslagets regler om fiksering m.v. bygger således i overensstemmelse med den gældende retstilstand på det synspunkt, at de frihedsindgreb, der sker i forbindelse med fiksering m.v., ikke nødvendigvis samtidig indebærer en frihedsberøvelse.

Inidlertid er det i lovforslaget forudsat, at visse af de indgreb, der er hjemlet i §§ 14-18, efter omstændighederne kan indebære en frihedsberøvelse på samme måde som anført ovenfor vedrørende spørgsmålet om fastspænding i forbindelse med tvangsbehandling efter § 12. En sådan forudsætning er udtrykkeligt nævnt i bemærkningerne til § 18 om beskyttel-

sesfiksering, hvor det om aflåsning bl.a. er anført: »Når aflåsning sker, må den eller de patienter, der herved søges forhindret i at forlade afdelingen, anses for frihedsberøvede, forudsat deres adfærd kan siges at indebære en klar og utvivldig begæring om udskrivning«.

Noget tilsvarende vil kunne gøre sig gældende ved tvangsfiksering efter § 14 og beskyttelsesfiksering efter § 18, men derimod ikke ved fysisk magtanvendelse efter § 17, der efter indgrebs karakter ikke vil kunne betegnes som en frihedsberøvelse.

Protesterer patienten mod f.eks. bæltefiksering, må det søges afklaret, om den pågældende ønsker sig udskrevet. Er dette tilfældet, vil gennemførelse af bæltefikseringen samtidig indebære en tvangstilbagesholdelse, hvorfor betingelserne herfor i så fald skal være opfyldt, jf. § 10 sammenholdt med § 5.

Selv om patienten ikke ønsker sig udskrevet, men alene protesterer mod fastspændingen, må det antages, at en tvangsfiksering i henhold til § 14, der udstrekkes længere end nogle få timer, vil udgøre en frihedsberøvelse, der kræver, at betingelserne for tvangstilbagesholdelse skal være opfyldt.

Klager over tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering behandles på samme måde som klager over tvangsbehandling, dvs. af patientklagenævnet i 1. instans med mulighed for at påklage patientklagenævnets afgørelse til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Genstanden for patientklagenævnets prøvelse er, om de angivne betingelser i §§ 14-18 bl.a. sammenholdt med § 4 om det mindste middels princip har været opfyldt.

Indebærer foranstaltningen samtidig en frihedsberøvelse, vil der endvidere være mulighed for at begære en retlig prøvelse af spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed, jf. forslags § 34. Rettens behandling angår spørgsmålet om, hvorvidt betingelserne for frihedsberøvelse efter § 10 sammenholdt med § 5 har været til stede.

Spørgsmål nr. 10:

Rummer bestemmelse i justitsministerens forslag vedrørende anvendelse af tvangsbehandling en videre/bredere fortolkningsmulighed, hvilket vil sige en lettere adgang til anvendelse af tvangsbehandling, end Sundhedsstyrelsens cirkulære om »information og samtyk-

ke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser» (bilag nr. 6 i betænkning nr. 1068/1986)?

Svar:

1. For så vidt angår behandling af psykiske lidelser kan behandling mod patientens vilje ifølge Sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1983 undtages således 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 end ellers
- end en fysisk restriktion (farlighedskriterium), samt

- ved psykotiske tilstande hos patienter, hvor undladelse af behandling alvorligt vil forringe udsigterne til helbredelse (behandlingskriterium).

Efter bestemmelsen i § 12, stk. 1, i lovforslaget (L 76) må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Tvangsbehandling kan således kun komme på tale over for patienter, der er sindssyge eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og hvor udskrivning ville være uforvarslet, enten fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (behandlingskriteriet), eller fordi den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farlighedskriteriet).

Ved sammenligning mellem Sundhedsstyrelsens cirkulære og lovforslaget (L 76) kan der peges på følgende ligheder og forskelle:

Efter Sundhedsstyrelsens cirkulære kan tvangsbehandling i almindelighed kun anvendes over for psykotiske tilstande. Dog stilles der ikke krav om psykotiske tilstande, når tilstanden er livstruende. Imidlertid vil der i de tilfælde, hvor den psykiske lidelse indebærer en livstruende tilstand, f.eks. delirium eller svær afkræftelse som følge af nerves spisevægring, normalt også foreligge en psykotisk tilstand. Efter straffelovens § 250 og § 253 må der endvidere i sådanne tilfælde, hvor den psykiske lidelse har udviklet sig til en livstruende tilstand, antages at bestå ikke blot en ret, men også en pligt til at foretage livsreddende behandling.

Efter lovforslagets § 12 sammenholdt med §§ 10 og 5 kan tvangsbehandling finde sted over for sindssyge personer og personer, der befinder sig i en tilstand, der ganske kan ligestilles med sindssygdom, forudsat at betingelserne efter behandlings- eller farlighedskriteriet i øvrigt er opfyldt.

Det farlighedskriterium, der er angivet i Sundhedsstyrelsens cirkulære (fare for patienten selv og omgivelserne . . .), rækker efter sin ordlyd videre end farlighedskriteriet i lovforslaget, hvor der stilles krav om en nærliggende og væsentlig fare for patienten selv eller andre. Det kan endvidere give anledning til tvivl, hvad der i Sundhedsstyrelsens cirkulære menes med udtrykket »omgivelserne«.

Også behandlingskriteriet er beskrevet forskelligt. I cirkulæret tales om »udsigterne til helbredelse«, medens der i lovforslaget tales om »udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden«. Nogen reelt aldersforskel foreligger dog næppe på dette punkt, idet helbredelse i Sundhedsstyrelsens cirkulære i lighed med det samme kriterium i sindssygeloven fra 1938 formentlig skal forstås som også omfattende en betydelig og afgørende bedring af tilstanden. I modsat fald ville tvangsbehandling af uheldredelige tilstande være udelukket efter Sundhedsstyrelsens cirkulære, selv om man gennem behandling f.eks. væsentligt ville kunne lindre en patients forpinte tilstand.

Endvidere knyttes behandlingskriteriet i cirkulæret til en bedømmelse af, hvad der vil ske, hvis behandling undlades. Efter lovforslaget skal spørgsmålet om behandlingskriteriets opfyldelse bedømmes i forhold til behandlingsmulighederne, hvis udskrivning finder sted. På dette punkt er lovforslagets behandlingskriterium efter sin ordlyd snævrere end cirkulærets, idet lovforslagets behandlingskriterium hverken i relation til frihedsberøvelse eller i relation til spørgsmålet om tvangsbehandling vil være opfyldt, hvis den nødvendige behandling kan ske ambulant og patienten er indstillet herpå. Sammenfatende er det Justitsministeriets opfattelse, at kriterierne for tvangsbehandling efter lovforslagets § 12 i det væsentlige vil føre til den samme afgrænsning som i Sundhedsstyrelsens cirkulære af de tilfælde, hvor tvangsbehandling af en indlagt patients psykiske lidelse kan ske, henholdsvis ikke kan ske. Som det

fremgår, er lovforslagets psykiatriske sygdomskriterium efter sin formulering (sindssygdom og tilstande, der ganske kan ligestilles hermed) bredere end cirkulærets, men til gengæld må tillægskriterierne om farligheds- og behandlingsindikation i lovforslaget antages at være snævrere end de tilsvarende kriterier i Sundhedsstyrelsens cirkulære.

2. Med hensyn til spørgsmålet om behandling af en psykiatrisk patients somatiske lidelser er det i Sundhedsstyrelsens cirkulære bestemt, at behandling uden eller mod patientens vilje for somatiske lidelser hos tvangssindlagte indhalebte patienter, som ikke er i stand til at vurdere og handle fornuftsmæssigt med hensyn til egen sygdomstilstand, kan iværksættes ved livstruende tilstande eller i situationer, hvor der foreligger alvorlig risiko for helbred.

Efter lovforslagets § 13 kan en person, som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

Medens de tilstande, der kan tvangsbehandles (livstruende tilstande og tilstande med alvorlig helbredsfare), er de samme efter de to sæt regler, synes den personkreds, der kan undergives tvangsbehandling for sådanne alvorlige tilstande, at være afgrænset forskelligt. I cirkulæret er gruppen beskrevet som »tvangssindlagte indhalebte patienter . . .«. Efter lovforslagets § 13 kræves det ikke, at den pågældende patient er tvangssindlagt. Tvangsbehandling af alvorlige somatiske lidelser kan ske, hvis den pågældende opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, hvilket svarer til den grundbetingelse, der gælder med hensyn til tvangsbehandling af psykiske lidelser, jf. ovenfor under 1.

Spørgsmål nr. 13:

Der bedes nærmere redegjort for retstilstanden, der begrunder, at frihedsindgreb, der sker i forbindelse med fiksering, ikke nødvendigvis indebærer frihedsberøvelse som beskrevet i besvarelse af spørgsmål nr. 9, side 4, 2. afsnit.

Svar:

I besvarelse af 20. februar 1989 af spørgsmål nr. 9 er det side 4, 2. afsnit, anført:

»Lovforslagets regler om fiksering m.v. bygger således i overensstemmelse med den gæl-

dende retstilstand på det synspunkt, at de frihedsindgreb, der sker i forbindelse med fiksering m.v., ikke nødvendigvis samtidig indebærer en frihedsberøvelse.«

Udsagnet om overensstemmelsen med den gældende retstilstand viser tilbage til det, der på besvarelsens side 3 er anført om Sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juli 1985 vedrørende kriterierne for fiksering m.v. og om Socialministeriets bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979 om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap. Der kan endvidere henvises til den gældende klageordning, hvorefter klager over fiksering m.v. i praksis behandles af Sundhedsstyrelsens Patientklagenævns og ikke efter de regler, der gælder med hensyn til klager over frihedsberøvelse med adgang til efterfølgende domstolsprøvelse efter retsplejelovens kapitel 43 a.

Justitsministeriet er ikke bekendt med sager – hverken i administrativ praksis eller i retspraksis – hvor der har været taget stilling til spørgsmålet om, i hvilket omfang en fiksering i sig selv kan antages at indebære en frihedsberøvelse. Spørgsmålet må derfor indtil videre anses for uafklaret.

Den endelige besvarelse af spørgsmålet henhører under domstolene.

Spørgsmål nr. 14:

Hvad er årsagen til, at patienter skal begære sig udskrevet for at få fastslået frihedsberøvelse, og på hvilken måde skal forslaget være udformet, for at et udtrykkeligt ønske om at forlade afdelingen er tilstrækkeligt til at afgøre, om der er grundlag for at fastslå frihedsberøvelse, og hvilke konsekvenser vil en sådan formulering få?

Svar:

Justitsministeriet har forstået spørgsmålet som stillet i anledning af det, der er anført side 4 i besvarelsen af spørgsmål nr. 9, hvor der fra lovforslagets bemærkninger er citeret følgende vedrørende spørgsmålet om aflåsning:

»Når aflåsning sker, må den eller de patienter, der herved søges forhindret i at forlade afdelingen, anses for frihedsberøvede, forudsat deres adfærd kan siges at indebære en klar og utvetydig begæring om udskrivning.«

Der er ikke med dette citat tilsigtes nogen for-

skel mellem et ønske om at forlade afdelingen (og dermed sygehuset) og en begæring om udskrivning.

Et udtrykkeligt ønske om at forlade afdelingen skal derfor behandles på samme måde som en egentlig udskrivningsbegæring. Forhindres den pågældende patient i sådanne tilfælde i at forlade afdelingen, vil der således foreligge en frihedsberøvelse (tvangstilbageholdelse).

Det problem, der siges til i citatet, er spørgsmålet om, hvornår der kan antages at foreligge et sådant udskrivningsønske. Der kan således tænkes tilfælde, hvor f.eks. en senil konfus patients dørsøgende adfærd ikke uden videre kan fortolkes som et ønske om at forlade afdelingen.

I så fald må det – så vidt det under hensyn til patientens psykiske tilstand er muligt – søges afklaret, om den pågældende ønsker at forlade afdelingen. Hvis der foreligger et sådant ønske, vil en nægtelse af at imødekomme det, indebære en beslutning om frihedsberøvelse.

Spørgsmål nr. 15:

Kan en elektrochokbehandling, der gennemføres efter en tvangsmæssig fiksering for at forhindre patienten i at spise og drikke forud for elektrochokbehandling, kaldes frivillig, eller indebærer en fastspænding af en patient med det formål at forhindre den pågældende i at spise og drikke ikke, at der er tale om tvangsmæssig elektrochokbehandling, som nævnt i ombudsmandens rapport fra undersøgelsen på Rigshospitalet efteråret 1988?

Svar:

Fastspænding af en patient med det formål at forhindre den pågældende i at spise og drikke forud for en elektrostimulationsbehandling kan efter lovforslaget kun ske i overensstemmelse med reglerne i § 12 om tvangsbehandling. En sådan fastspænding mod patientens vilje er således betinget af, at patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 12, stk. 1. Beslutningen om fastspænding træffes af overlægen i medfør af § 12, stk. 3.

En eventuel klage over en sådan fastspænding, der sker som led i en konkret behandling, behandles i første instans af det lokale patientklagenævn, hvis afgørelse kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. lovforslagets §§ 35 ff.

Det spørgsmål, der er behandlet under pkt. 1 om tvangsbehandling i besvarelsen af spørgsmål nr. 9, er spørgsmålet om, hvorvidt en fastspænding af den her omhandlede karakter – ud over isoleret set at udgøre en tvangsbehandling efter lovforslagets § 12 – også efter omstændighederne kan antages at indebære en frihedsberøvelse (tvangstilbageholdelse), der kan begæres indbragt for domstolene efter lovforslagets § 34.

Spørgsmål nr. 16–18:

16. Det bedes nærmere uddybet, hvilke indgreb, hjemlet i §§ 14–18, der efter omstændighederne kan indebære en frihedsberøvelse (besvarelsen af spørgsmål 9, side 4, 3. afsnit).

17. Årsagen til, at patienten skal protestere imod tvangsfiksering, når der er tale om tvang, for at få bedømt fikseringen i forhold til betingelserne for tvangstilbageholdelse, bedes uddybet.

18. Hvad dækker udtrykket »længere end nogle få timer« præcist over, og hvad er begrundelsen for at anvende et sådant upræcist udtryk?

Svar:

Lovforslagets bestemmelser om fiksering m.v. bygger i overensstemmelse med den gældende retstilstand på den opfattelse, at fiksering m.v. bl.a. under hensyn til tidsmæssig udstrækning og formål normalt ikke vil have karakter af en frihedsberøvelse (tvangstilbageholdelse).

Samtidig er det dog forudsat, at et sådant indgreb efter omstændighederne tillige vil kunne indebære en frihedsberøvelse bl.a. med den virkning, at betingelserne for frihedsberøvelse skal være opfyldt, og at indgrebet vil kunne begæres prøvet ved domstolene efter retsplejovens kapitel 43 a, jf. lovforslagets § 34.

I besvarelsen af spørgsmål nr. 9 er der på side 4 i de sidste afsnit (4., 5. og 6. afsnit) gjort et forsøg på at beskrive de indgreb med hjemmel i lovforslagets §§ 14–18, der – ud over det vedrørende aflåsning udtrykkeligt anførte – efter omstændighederne tillige vil kunne indebære en frihedsberøvelse (tvangstilbageholdelse).

Det er bl.a. anført, at tvangsfiksering efter § 14 og beskyttelsesfiksering efter § 18 udgør fri-

lag 25).

24. Idet der henvises til side 2, sidste afsnit, bedes det oplyst, hvornår Amtsrådsforeningens repræsentant i udvalget afgav de nævnte oplysninger, og fra hvilken amtskommune oplysningerne stammer.

Oplysningerne bedes indhentet fra Amtsrådsforeningen i Danmark.

25. Idet der henvises til side 3, første afsnit, vedrørende udvalgets repræsentants skøn, bedes ministeren indhente en *aktuel* vurdering fra Amtsrådsforeningen i Danmark vedrørende spørgsmålet.

Svar:

Der henvises til vedlagte kopi af skrivelse af 24. april 1989, som Justitsministeriet har modtaget fra Amtsrådsforeningen i Danmark.

Det kan i øvrigt oplyses, at spørgsmålet om kompensation af sygehusmyndighedernes merudgifter i forbindelse med indførelse af krav om fast vagt til bæltefikserede patienter har været genstand for drøftelse mellem Justitsministeriet og Amtsrådsforeningen samt Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Justitsministeriet har i den forbindelse senest tilbudt at overtage et beløb på 3 mio. kr. årligt til de kommunale blodtilskud. Forhandlingerne med de kommunale myndigheder er endnu ikke afsluttet.

Herudover er Justitsministeriet indstillet på at kompensere de kommunale merudgifter i forbindelse med ordningen med patienttrædgivere.

hedsindgreb, der efter omstændighederne vil kunne indebære en frihedsberøvelse.

Protesterer en patient mod f.eks. bæltefiksering, må det søges afklaret, om den pågældende ønsker sig udskrevet. Er dette tilfældet, vil gennemførelse af bæltefiksering samtidig indebære en tvangstilbageholdelse, hvorfor betingelserne herfor i så fald skal være opfyldt, jf. § 10 sammenholdt med § 5.

I besvarelsen af spørgsmål nr. 9 er det videre antaget, at en tvangsfiksering i henhold til § 14, der udrækker længere end nogle få timer, vil udgøre en frihedsberøvelse, der kræver, at betingelserne for tvangstilbageholdelse skal være opfyldt, selv om patienten ikke ønsker sig udskrevet, men alene protesterer mod fastspændingen.

Som anført i besvarelsen af spørgsmål nr. 13 har Justitsministeriet ikke kendskab til afgørelser, hvori der er taget stilling til spørgsmålet om, i hvilket omfang en fiksering i sig selv kan antages tillige at udgøre en frihedsberøvelse. I mangel af sådanne afgørelser er det vanskeligt at sige noget mere præcist om afgrænsninger mellem på den ene side ikke-frihedsberøvende fikseringer og på den anden side fikseringer, der samtidig indebærer en frihedsberøvelse. Det bemærkes, at der for så vidt ikke er noget nyt i denne problemstilling, idet den har foreligget siden 1953, hvor der med grundloven bl.a. blev indført en særlig adgang til domstolsprøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Spørgsmål nr. 24–25:

Ad besvarelsen af spørgsmål 2–3 (L 76/82 – bi-

AMTSRÅDSFORENINGEN I DANMARK

JUSTITTSMINISTERIET

Lovafdelingen

Sendes pr. telefaks

Justitsministeriet har med skrivelse af 12. april 1989 anmodet Amtsrådsforeningen om en udtalelse under henvisning til spørgsmål nr. 24 og 25 af 7. april 1989 fra Folketingets Retsudvalg vedrørende forslag til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og forslag til lov om psykiatrisk behandling.

Justitsministeriet har ved telefonisk henvendelse den 20. april 1989 anmodet om svar fra Amtsrådsforeningen senest mandag den 24. april 1989.

I den anledning skal Amtsrådsforeningen, ad Retsudvalgets spørgsmål nr. 24, udtale, at Amtsrådsforeningens repræsentant i udvalget afgav de nævnte oplysninger ved notat af 26. januar 1987, sendt til udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling. En kopi af notatet vedlægges til orientering. Notatet bygger på oplysninger indhentet fra Viborg amtskommune.

Ad Retsudvalgets spørgsmål nr. 25 skal Amtsrådsforeningen under forbehold af den korte svarfrist udtale følgende:

For at imødekomme lovforslagets krav skal der foretages bygnings- og installationsændringer svarende til 220.000 kr. pr. sengeplads. Det skønnes, at 400 sengepladser skal ombygges for i alt 88 mio. kr.

Lovforslagets krav om fast vagt ved tvangsfiksering, daglig frisk luft samt at der oprettes nye sengeafsnit medfører, at det er nødvendigt at nynnornere et antal stillinger, der indebærer øgede lønudgifter på i gennemsnit 190.000 kr. pr. nynnorneret stilling. Idet der regnes med 200

P.F.V.

E.B.

Marianne Wiese

AMTSRÅDSFORENINGEN I DANMARK

Den 26. januar 1987

Økonomiske konsekvenser for amtskommunerne ved gennemførelse af §§ 16 og 24 i udkast af 18. december 1986 til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

1. I udkast af 18. december 1986 til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien fremgår det af § 16, at en patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt, samt af § 24, at frihedsberøvede efter reglerne i §§ 5-11 har adgang til enestue, tilbud om beskæftigelse, mindst én times ophold i frisk luft dagligt m.v. Forslaget har dermed betydning for amtskommunernes drifts- og anlægsbudgetter.

På baggrund af oplysninger fra en enkelt amtskommune skal det derfor i det følgende forsøges at opstille nogle konsekvensberegninger over lovdokumentets §§ 16 og 24 for så vidt angår øgede drifts- og anlægsudgifter, såfremt lovforslaget gennemføres. Da tallene for én amtskommune ikke nødvendigvis er dækkende for alle andre amtskommuner, er beregningerne naturligvis behæftet med en vis usikkerhed.

2. Gennemføres lovforslaget i amtskommunen, vil størrelsen af sengeafsnitene skulle reduceres for at opfylde de i lovdokumentet skitserede retningslinier - f.eks. vil to sengeafsnit med hver 20 sengepladser skulle ændres til 3 sengeafsnit på hver 14 sengepladser.

Ifølge amtskommunens oplysninger vil der således for at imødekomme lovforslagets krav til stuestørrelse, toilet/badeforhold, ventilationsforhold m.v. skulle foretages bygnings- og installationsændringer af en størrelsesorden svarende til ca. 200.000 kr. pr. sengeplads (ekskl. moms.).

Med udgangspunkt i antallet af tvangssindlagte på amtskommunale psykiatriske sygehuse/afdelinger i 1985 (ca. 1000) samt et beregnet antal amtskommunale sengepladser til tvangssindlagte kan merudgifterne til anlæg herefter beregnes. Det beregnede antal amtskommunale sengepladser til tvangssindlagte er naturligvis en usikker størrelse. Ifølge principbetænkningen om tvang i psykiatrien adskiller varigheden af tvangssindlagtes hospitalophold sig ikke væsentligt fra et samlet patientmateriale, når bort-

ses fra de mange, meget korte indlæggelser blandt de tvangssindlagte. Dertil kommer, at det er nødvendigt for et psykiatrisk sygehus/afdeling altid at have kapacitet til yderligere tvangssindlæggelser.

På den baggrund og ud fra oplysningerne fra en enkelt amtskommune synes det beregnede antal senge til tvangssindlagte at andrage mellem 1/2 og 1/3 af antallet af tvangssindlagte, afhængigt af, hvor i landet tvangssindlæggelsen finder sted. Det kan derfor skønnes, at ca. 400 sengepladser skal ombygges for i alt 80 mio. kr.

3. Lovforslagets krav om, at en patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt, samt kravet om mindst én times ophold i frisk luft dagligt, og endelig det forhold, at der skal oprettes nye sengeafsnit, medfører, at det er nødvendigt at nynnornere et antal stillinger, der indebærer øgede lønudgifter på i gennemsnit 170.000 kr. pr. nynnorneret stilling.

Det samlede antal nynnorneringer er ligeledes usikkert, men det er ikke urimeligt at regne med én nynnornering pr. to beregnede antal sengepladser, dvs. i alt 200 nynnorneringer til i alt 34 mio. kr.

De amtskommunale merudgifter bliver således ca. 114 mio. kr.

4. Tages i stedet blot udgangspunkt i, at det ifølge oplysningerne fra amtskommunen vil koste ca. 140.000 kr. pr. tvangssindlagt at følge kravene i lovdokumentets §§ 16 og 24, vil de samlede amtskommunale merudgifter beløbe sig til 140 mio. kr.

5. Det kan således skønnes, at de amtskommunale merudgifter, dvs. eksklusiv Københavns og Frederiksberg Kommuner, ved gennemførelse af udkastet af 18. december 1986 til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien for så vidt angår §§ 16 og 24 vil beløbe sig til et sted mellem 115 og 140 mio. kr. alene for

det første år. I de herefter følgende år må de amtskommunale merudgifter i forbindelse med opnormeringen af personalet forventes at blive yderligere 35-40 mio. kr. pr. år.

Det skal bemærkes, at ovennævnte tal kun dækker merudgifterne i forbindelse med tvangsindlæggelser, hvortil det ikke er foresøgt at skønne over merudgifterne vedrørende

tvangstilbageholdelse, hvilket naturligvis er medvirkende til at øge usikkerheden omkring beløbsstørrelsen.

Ligeledes skal det endelig bemærkes, at det ikke er foresøgt at skønne over, hvilke afledede (økonomiske) konsekvenser lovforslaget vil have, for så vidt angår forholdene for øvrige patienter på psykiatriske sygehuse/afdelinger.

Til lovforslag nr. L 132 og L 133. Betænkning afgivet af Kulturudvalget den 3. maj 1989

Betænkning

over

I. Forslag til lov om ændring af ophavsretsloven

II. Forslag til lov om ændring af fotografiloven

Udvalget har behandlet lovforslagene i en række møder og har herunder stillet spørgsmål til kulturministeren, som denne har besvaret dels skriftligt, dels i samråd.

Udvalget har modtaget mundtlige og/eller skriftlige henvendelser fra:

Akademikernes Centralorganisation,
Advokatfirmaet Berning & Schlüter,
Blume, Peter, lektor, lic. jur.,
Boligselskabernes Landsforening,
Dansk Antikvitetshandler Union,
Dansk Galleri Sammenslutning,
Foreningen af Auktionsledere i Danmark,
Foreningen af Danske Videogramdistributører,

Fællesforeningen af Danske Antennelaug/
Foreninger,

Fællesforeningen af Ejertøjhedsforeninger i Danmark,

Kassetteudvalget,

Kommunernes Landsforening,
Landsforeningen for Ejere af Udlejnings-
ejendomme,

Laserdisken,

Nordisk Teaterlederråd,

PROSA, Edb-fagets Fagforening og Arbejdsløshedskasse og

Sammenslutningen af Udbydere af Standardprogrammer (SUS).

Der er af forskellige mindretal stillet æn-

dringsforslag, hvorom henvises til de ledsagende bemærkninger.

Herefter indstiller et mindretal (Det Konservative Folkpartis, Venstres og Det Radikale Venstres medlemmer af udvalget) det under I anførte lovforslag til vedtagelse med det af et mindretal under nr. II stillede ændringsforslag. Det under II anførte lovforslag indstilles til vedtagelse uændret.

Mindretallet lægger stor vægt på, at ophavsretsforholdene omkring edb bliver afklaret, således at virksomhederne ikke får vanskeligheder med at overholde deres forpligtelser over for kunderne.

Da mindretallet er bekendt med, at der har været vanskeligheder med afgiftsberegning ved videresalg af kunstværker i udlandet, mener mindretallet, at der bør indføres en revisionsparagraf, således at de første år kan betragtes som en forsøgsperiode.

For at leve op til Bernerkonventionens krav om vederlag støtter mindretallet den praktiske gennemførelse, der kommer til udtryk i dette lovforslag.

Et andet mindretal (Socialdemokratiets medlemmer af udvalget) kan ikke medvirke til at gennemføre disse lovforslag, idet mindretallet på afgørende punkter dels finder enkeltpunkter såsom omsætningsafgift for salg af kunst util-