

Principbetænkning om tvang i psykiatrien

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

Bind 2



Betænkning nr. 1068

1986

JU 00-180 Bet.

Bind 1 ISBN 87-503-6044-2

Bind 2 ISBN 87-503-6046-9

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

JJ tryktechnik a-s, København - 10945

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

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

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

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

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

<u>Kapitel 10. Tilsynsværge eller patientrådgiver</u>	340
1. De nugældende regler	340
2. Kritik af den nugældende ordning	341
3. Udvalgets overvejelser	342
A. Betegnelsen	343
B. I hvilke situationer skal/kan beskikkelse ske?	343
C. Rekruttering	344
D. Opgaver	349
E. Tidsforbrug	351
4. Udvalgets konklusion	353
<u>Kapitel 11. Informeret samtykke</u>	355
1. Problemstilling	355
2. Redegørelse fra en af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe om samtykke og information	357
3. Sundhedsstyrelsens cirkulærer	361
4. Udvalgets overvejelser	365
5. Forhåndssamtykke	371
6. Udvalgets konklusion	374
<u>Kapitel 12. Forsøgsbehandling</u>	376
1. Gældende ret	376
2. Udvalgets overvejelser	379
<u>Kapitel 33. Sindssygelovens rækkevidde i forhold til mindreårige</u>	381
1. Indledning	381
2. Myndighedslovens regler om forældremyndighed	381
3. Bistandslovens § 123	383
4. Retsstillingen for mindreårige, der indlægges til behandling på psykiatrisk afdeling	385
5. Sammenfatning	396

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

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

Kapitel 17. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse og
tvangstilbageholdelse 475

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

Kapitel 18. Lovens område 493

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

Kapitel 19. Domstolsprøvelse - retsplejelovens kapi-
tel 43 a 516

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

Litteraturliste 537

BILAG

SIDE

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

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

BIND 2

Kapitel 10-19.

Litteraturfortegnelse.

Bilag.

Kapitel 10.

Tilsynsværge eller patientrådgiver.

I dette kapitel behandles tilsynsværgeordningen, som man kender den i dag og de forslag, udvalget har til ændringer, som kan føre til en tiltrængt forbedring. Først gennemgås de gældende regler og den kritik de har givet anledning til, derefter gengives de overvejelser, som udvalget har gjort sig navnlig vedrørende rekruttering, arbejdsopgaver, beskikkelse og aflønning. Der er endvidere foretaget en mindre opgørelse på udvalgte psykiatriske afdelinger for at få et omtrentligt indtryk af, hvor stort et tidsforbrug en ordning med honorarlønnede patientrådgivere vil medføre.

1. De nugældende regler.

Bestemmelserne om tilsynsværgebeskikkelse findes i § 6 i lov om sindssyge personers hospitalsophold. Når en person er tvangsindlagt ved politiets bistand, påhviler det straks politiet at underrette skifteretten herom, for at skifteretten kan beskikke den tvangsindlagte "en dertil egnet og villig tilsynsværge, om muligt en person af hans nærmeste pårørende, dog ikke den, der har foranlediget ham tvangsindlagt". I andre tilfælde, hvor der ikke er tale om tvangsindlæggelse, kan der efter begæring fra den sindssyge beskikkes ham en tilsynsværge. Efter lovens § 6, stk. 2 skal den behandlende overlæge foranledige, at sådan beskikkelse finder sted, hvis der fremsættes begæring herom af patienten. Ved tvangstilbageholdelse skal der ske tilsynsværgebeskikkelse, medmindre patienten udtrykkeligt frabeder sig dette, jfr. § 5, stk. 2, i justitsministeriets cirkulære af 9. juli 1982 om klageadgang og domstolsprøvelse ved administrativ frihedsberøvelse af psykiatriske patienter (bilag 3). Den sindssyges ønske skal, hvor forholdene ikke taler derimod, tages i betragtning ved valg af tilsynsværge.

Tilsynsværgen har til opgave at holde sig underrettet om den

sindssyges tilstand og påse, at hans ophold på hospitalet ikke udstrækkes længere end nødvendigt.

De nærmere regler om tilsynsværger findes i justitsministeriets vejledning nr. 353 af 21. juni 1977. Det fremgår af denne vejledning, at tilsynsværgeren kan fremsætte begæring om udskrivning på patientens vegne, ligesom selve proceduren i det nugældende klagesystem er beskrevet. Vejledningen er optrykt som bilag 14 til denne betænkning.

2. Kritik af den nugældende ordning.

Tilsynsværgeordningen er blevet stærkt kritiseret. Det varer for længe, inden selve værgebeskikkelsen finder sted, ofte så længe, at den tvangsindlagte patient nar at blive udskrevet, inden der er fundet en værge, og denne er blevet beskikket. Det har også vist sig meget vanskeligt at finde personer, som er egnede og villige til at påtage sig hvervet. De tvangsindlagte har ofte hverken familie eller pårørende, og de familiemedlemmer, som de måtte have, er ikke sjældent mindre egnede, og selv om de må anses som egnede, ønsker de ofte ikke at påtage sig hvervet.

Tilsynsværgerne er også blevet kritiseret for, at de i hvert fald ikke alle lever op til deres opgave. De kommer for sent i gang og yder ikke de frihedsberøvede den reelle støtte, de har behov for, bl.a. fordi de i hvert fald for en dels vedkommende hverken har forudsætninger for eller tid til at passe hvervet, hvortil kommer, at en del tilsynsværger er meget lidt glade for det ansvar, de føler, at tilsynsværgemålet pålægger dem. Det er ikke ualmindeligt, at tilsynsværgerne i dag kun har ringe direkte kontakt med den frihedsberøvede og hovedsagelig holder sig underrettet ved telefoniske henvendelser henholdsvis til afdelingens personale og til patienten.

Vanskelighederne med at finde egnede og villige tilsynsværger har i de senere år mange steder ført **til**, at man beskikker kommunalt ansatte socialrådgivere eller andre fra den sociale sektor som tilsynsværge for de af kommunens beboere,

der tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes på psykiatrisk sygehus eller afdeling.

3. Udvalgets overvejelser.

Det er udvalgets opfattelse, at tilsynsværgeordningen ikke kan fungere som hidtil forudsat på grundlag af en tilgang af frivillig arbejdskraft, fortrinsvis rekrutteret blandt patienternes pårørende og familie. Opgavernes art og betydning kræver mere, end man kan forvente at få honoreret uden en oprustning af hele tilsynsværgeordningen, og det er samtidig et område, som bør tillægges stor vægt både ud fra en retssikkerhedsmæssig og fra en rent menneskelig synsvinkel.

Der er i udvalget enighed om, at en tilsynsværgeordning på den ene side er ønskelig, men på den anden side ikke kan fungere uden en gennemgribende ændring. En tilsynsværgeordning, som den vi kender i dag i henhold til 1938-lovens regler, er tilsyneladende ideel, men problemet har i praksis vist sig ikke mindst at være det, man lidt paradoksalt har formuleret derhen, at de, der er egnede, vil ikke, og de der gerne vil, er ikke de mest egnede.

Kravene til en god tilsynsværge er unægtelig store.

Tilsynsværgeren skal,

- kende regler og praksis vedrørende frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse over for sindssyge,
- interessere sig for klienten,
- tage sig tid til at besøge ham jævnligt,
- følge behandlingen og tale med lægerne og det øvrige personale,
- forstå både patienten og hospitalet-,
- have mod og integritet til at handle og klage uden dog kritikløst at følge ethvert ønske fra patientens side, og
- gerne have kendskab til patienten i forvejen.

Disse krav til tilsynsværgeren kan næppe alle opfyldes. Det er de færreste familier, der kan mobilisere en sådan ressource-

rig og kvalificeret person. Mange psykiatriske patienter har iøvrigt kun ringe forbindelse med pårørende, hvorfor kravet om gode og egnede tilsynsværger ikke altid kan opfyldes, hvis de skal rekrutteres fra patienternes familie-, venne- og omgangskreds. Dette er til fulde bevist i praksis. Kan dette dog lade sig gøre, må man overveje, om sådanne pårørende i det hele taget bør beskikkes, se nærmere herom sidst i dette afsnit.

A. Betegnelsen.

Der er i udvalget enighed om, at betegnelsen tilsynsværge ikke er heldig. Udtrykket værge leder uvilkårligt tanken hen på umyndiggørelse, hvilket er direkte misvisende også efter nugældende ret. En person, der får beskikket en tilsynsværge i henhold til sindssygelovens regler, er lige så myndig og habil, som vedkommende var før beskikkelsen fandt sted. Tilsynsværgeren har intet med den tvangsindlagtes eller tvangstilbageholdtes økonomiske forhold at gøre og har ej heller de beføjelser, som værgeren for en personlig umyndiggjort har. Tilsynsværgerens opgave er som foran beskrevet koncentreret om selve frihedsberøvelsen på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling. Udvalget vil derfor foreslå, at man fremtidig anvender en anden betegnelse for tilsynsværgeren. Da hovedvægten i tilsynsværgerens virke er en rådgiverfunktion, har man fundet det naturligt at foreslå betegnelsen patientrådgiver eller patientens personlige rådgiver. Man undgår herved også den formynderiske klang det har at lade en person få en værge, der fører tilsyn. En patientrådgiver giver i stedet associationer i retning af et tilbud om at få stillet en kvalificeret person til rådighed, som man kan søge vejledning hos, når man befinder sig i den vanskelige situation, man kommer i ved at blive frihedsberøvet eller undergivet tvang under indlæggelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling.

B. I hvilke situationer skal/kan beskikkelse ske?

Der bør efter udvalgets opfattelse beskikkes en patientrådgiver for alle personer, der bliver tvangsindlagt eller som

tvangstilbageholdes samt for alle patienter, der undergives tvangsbehandling. Ved overførsel til sikringsanstalten i henhold til administrativ bestemmelse, jfr. kapitel 8, skal der beskikkes en patientrådgiver, hvis den pågældende patient ikke allerede har en patientrådgiver eller en bistandsværge efter straffelovens § 71. Der er derimod ikke noget behov for at beskikke patientrådgiver for patienter, der opholder sig frivilligt på psykiatrisk afdeling og som ikke undergives tvang. Det behov for rådgivning og bistand, som de frivilligt indlagte patienter har, bør opfyldes af afdelingens sygeplejepersonale og af de socialrådgivere, der er tilknyttet hospitalet. Patientrådgivernes funktion bør alene være at støtte sindssyge, som undergives tvangsmæssige foranstaltninger.

Medens beskikkelse af patientrådgiver bør være obligatorisk i alle tilfælde af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, bør beskikkelse i andre tilfælde af tvangs-anvendelse - som ved fiksering, fysisk magtanvendelse eller brug af beskyttelsesforanstaltninger - kun ske efter begæring, idet der i de sidstnævnte tilfælde ikke er behov for bistand fra en patientrådgiver, medmindre patienten ønsker at iværksætte en klage. Når en patient tilkendegiver, at han vil klage i disse situationer, bør han straks gøres bekendt med, at han kan få en patientrådgiver stillet til rådighed, hvis han ønsker det.

C. Rekruttering.

Der findes flere muligheder for rekruttering af patientrådgivere

- fra kredsen af familie og pårørende.

Denne ordning har været prøvet siden 1938 og må anses for uanvendelig, hvis patientrådgiverne skal fungere og løse deres opgaver forsvarligt.

- Borgerligt ombud.

Udpegning af patientrådgivere, f.eks. efter regler svarende til dem, der gælder for udtagelse af domsmænd og nævninger. En sådan ordning kan ikke forventes at ville fungere tilfredsstillende, navnlig ikke som følge af, at den, der udpeges

mod sin vilje, vil savne motivation samt vilje og evne til at løse opgaven på en forsvarlig måde.

- Et professionelt korps, der efter ansøgning mod et timevederlag for en vis rådighedstjeneste påtager sig opgaven frivilligt og med interesse for hvervet.

En sådan gruppe bør honoreres således, at der gennemsnitligt gives et timevederlag, der ikke betinger indtægtstab. Hvervet bør løses på deltid, da patientrådgiverens erfaringer fra dennes øvrige arbejde er en uundværlig del af patientrådgiverens baggrund.

Svaret på rekrutterings-spørgsmålet synes at måtte blive, at man må finde frem til kvalificerede personer, der mod vederlag kan påtage sig hvervet som et deltidsjob.

Der er i udvalget enighed om, at det er vigtigt at gøre patientrådgiverne så uafhængige af det psykiatriske sygehusvæsen som muligt for at undgå kritik af deres habilitet. Det bliver i den forbindelse nødvendigt at tage stilling til, hvilke ansættelsesforhold en tilsynsværge kan have uden derved at skabe tvivl om sin uafhængighed. Medens en direkte ansættelse i det psykiatriske sygehusvæsen formentlig af alle må anses som uforenelig med kravet til patientrådgiverens uafhængighed, er det mere tvivlsomt, om det samme også vil gælde kommunalt ansatte. Sygehusvæsenet henhører jo under amtskommunerne, og der ville for så vidt ikke være tale om egentlig inhabilitet, fordi en patientrådgiver var ansat i en primærkommune. Man må dog her tage i betragtning, at en kommunalt ansat ikke på en gang kan være patientrådgiver og kommunal sagsbehandler for samme klient, da dette meget let kan give interessemodsatninger. Hvis kommunalt ansatte skal kunne anvendes som patientrådgivere, vil det være nødvendigt at opstille nogle generelle krav, som skal honoreres, hvis en sådan ordning skal virke betryggende også set med lidt mere skeptiske øjne.

En patientrådgiver må i hvert fald ikke være ansat i det psykiatriske sygehusvæsen, men nok i det somatiske, ikke i den del af den amtskommunale administration, der har med sygehusvæsenet at gøre, og ikke i en primærkommunes bistandsafdeling,

hvor klientens sager behandles.

Patientrådgiverne bør være sikret uafhængighed og skal aflønnes af den styrelse, hvorunder sindssygelovgivningen kommer til at sortere, være sig justitsministeriet eller indenrigsministeriet, men derimod næppe af selve det klageorgan, der skal behandle klagesagerne i første instans, da dette også skal kunne tage stilling til eventuelle klager over patientrådgiveren.

Det er ikke ønskeligt at gøre hvervet som patientrådgiver til en egentlig heldagsstilling. Det vil tværtimod være værdifuldt at have patientrådgivere, som fra deres arbejde har erfaringer inden for sygehusvæsen, kriminalforsorg eller den sociale sektor i vid forstand, således at Hise mennesker kun på deltid, nogle timer om ugen, fungerer som patientrådgivere.

Patientrådgivere med denne baggrund vil fra deres eget arbejde have en stor del af den viden, de behøver for at bestride jobbet, ligesom de vil være i besiddelse af den integritet, det engagement og den evne til selvstændig stillingtagen, som er ønskelig.

Man kan derimod rejse det spørgsmål, om det vil være muligt i praksis at skaffe tilstrækkeligt med ansøgere til hvervet som patientrådgiver fra gruppen af personer med kendskab til forskellige former for socialt arbejde, som ikke er ansat i det psykiatriske sygehusvæsen.

Udvalget har også overvejet at benytte andre grupper.

Hvis man tænkte sig at beskikke advokater som patientrådgivere, får man nok optimal uafhængighed og juridisk ekspertise, og en vis psykiatrisk viden kunne advokater, der ville påtage sig dette hverv, også forventes at erhverve, men ønsningen bliver til gengæld meget dyr. Henset til at en stor del af arbejdet ikke kræver advokatkunnen, taler dette også imod at benytte advokater.

Uafhængighed og sagkundskab vil man også kunne få fra andre højt uddannede, som f.eks. læger og jurister, men også om disse grupper kan man anføre, at deres deltagelse vil medføre forholdsvis store omkostninger, hvis deres almindelige lønniveau skal være bestemmende for honorarordningen. Specielt vedrørende de praktiserende læger har udvalget ment at burde peges på, at disse i deres egenskab af indlæggende læger må anses som inhabile til hvervet som patientrådgiver.

Udvalget har overvejet, om patientrådgiverne eventuelt kunne rekrutteres direkte fra primærkommunerne blandt disses sagsbehandlere, således at hvervet gøres til en del af deres arbejde. Selv om personalet i kommunerne utvivlsomt rent sagligt ville være i stand til at løse opgaven på fuldt forsvarlig vis, må man nok påregne, at der i hvert fald blandt patienterne ville kunne opstå en vis mistillid til sådanne kommunalt ansatte patientrådgivere. Fordelen ved at benytte kommunens personale som patientrådgivere og gøre dette hverv til en del af personalets arbejde er navnlig, at man herved på en gang løser alle problemer med rekruttering og aflønning. Man får opgaven placeret som en del af primærkommunernes forvaltning sammen med en række andre sociale opgaver. Set fra en rent administrativ synsvinkel er dette en enkel og logisk løsning, men set fra brugerens side tegner billedet sig utvivlsomt noget anderledes. Det vil være vanskeligt at skabe den fornødne tillid til patientrådgiverne, og hvis opgaven løses som en del af de ansattes arbejde, vil denne mistillid for så vidt være velbegrundet som kommunalt ansatte patientrådgivere også ved løsning af deres opgave som patientrådgiver vil være en del af den kommunale forvaltning.

Udvalget finder ikke, at det vil være en acceptabel løsning at gøre hvervet som patientrådgiver til en tjenestepligt, som udføres som et led i det almindelige arbejde i primærkommunernes socialforvaltning. De patientrådgivere, der måtte komme ud af dette, vil, uanset personalets saglige kvalifikationer, ikke have let ved at vinde patientens tillid, og man må også befrygte, at opgaven ikke altid vil blive løst med samme motivation, indlevelse og engagement, som man snarere tør

håbe på, hvis man anvender personer, der frivilligt har påtaget sig hvervet som patientrådgiver. Hvis man uanset disse indvendinger alligevel vil benytte personale fra kommunerne, må man sikre dem en uafhængig status, og det er vel herefter et spørgsmål, om man så ikke risikerer at komplicere den kommunale forvaltning uden dog at få skabt den tillid til patientrådgiverne, uden hvilken de ikke vil kunne løse deres opgave på en for patienterne acceptabel måde.

Udvalget har overvejet, om familiemedlemmer og pårørende, der ikke er opført på listen over patientrådgivere, jfr. nedenfor, bør kunne beskikkes som patientrådgiver, såfremt der fremsættes begæring herom.

Til fordel for en sådan ordning kan man navnlig anføre, at der kan være god grund til at følge patientens ønske, da det jo netop er dennes tillidsperson og rådgiver, det drejer sig om at udpege. Hvis patienten har mistillid til hospitalet, lægerne og alle andre, der så at sige tilhører systemet, vil en sådan mistillid meget vel også kunne tænkes at omfatte patientrådgivere, der rekrutteres på forhånd af det offentlige, og som står opført på en liste, som ligger parat på den afdeling, på hvilken patienten undergives tvang. Den eneste, som en sådan patient kan have tillid til, må meget logisk være en udenforstående valgt af patienten selv. Det vil for så vidt være betænkeligt på forhånd generelt at bestemme, at patienten slet ikke har nogen valgmulighed.

Omvendt må man erkende, at den, som patienten vælger fra familiekredsen eller blandt sine pårørende, nok har patientens fulde tillid, men eventuelt uden grund, idet disse nærstående kan vise sig ganske uegnede til hvervet. Dette kan skyldes, at de ikke passer hvervet, hvilket er den mest almindeligt forekommende mangel ved den nugældende ordning, men selv om dette ikke skulle vise sig at være tilfældet, vil selv de bedst egnede familiemedlemmer kunne komme ud i nogle interessekonflikter, som er meget ulykkelige og belastende både for patienten og for dem. Hvad skal en velkvalificeret og engageret bror eller søster til en frihedsberøvet stille op som

patientrådgiver, hvis vedkommende ved, at en udskrivning efter patientens ønske til hjemmet hos den frihedsberøvedes forældre vil ske mod forældrenes velbegrundede ønske?

Familiemedlemmer kan som patientrådgivere komme ud i loyalitetskonflikter, som er næsten uløselige.

Udvalget har for at tilgodese både patientens ønske og det ovennævnte modhensyn tænkt sig at indføre en regel om, at alle i første omgang skal have beskikket en patientrådgiver fra listen over patientrådgivere, jfr. nedenfor. Hvis en patient insisterer på at få beskikket en rådgiver, der ikke står på listen, kan beskikkelsen påklages til klageorganet, som så må afgøre, om det konkret vil være betænkeligt at beskikke vedkommende. Afgørelsen må træffes efter høring af den, der ønskes beskikket, og dennes udtalelse bør eventuelt kunne afgives, uden at patienten gøres bekendt med svaret.

Det kan forekomme tvivlsomt, om et familiemedlem, som efter begæring beskikkes som patientrådgiver af klageorganet, skal have honorar efter samme regler som andre patientrådgivere. Hensynet til ligestilling taler herfor, men det er formentlig rigtigst for at undgå misbrug at fastholde, at pårørende, der beskikkes, ikke skal have vederlag fra det offentlige.

Pårørende og familiemedlemmer vil altid kunne henvende sig og opnå den indflydelse, som patienten selv ønsker, at de skal have. Hvis en patient er indforstået med, at et familiemedlem giver udtryk for hans ønsker eller klager, vil patientrådgiveren altid viderebringe disse. Beskikkelse af en patientrådgiver er heller ikke en umyndiggørelse af familie og pårørende, men en sikring af, at det er patientens egne synspunkter, der fremføres.

D. Opgaver.

Patientrådgivernes opgaver vedrører navnlig:

- frihedsberøvelse,
- tvangsbehandling og informeret samtykke,

- anden tvangsanvendelse.

En patientrådgiver skal som udgangspunkt ikke tage noget initiativ, hvis klienten selv magter at gøre dette, medmindre klienten anmoder sin rådgiver herom. Patientrådgiveren skal naturligvis ved jævnlige samtaler med klienten afklare, om klienten ønsker, at rådgiveren skal handle på hans vegne og i bekræftende fald gøre dette, dog først efter at have gennemdrøftet det ønskelige i at handle som foreslået. Hvis klienten ikke selv er i stand til at handle eller tage stilling til, hvad der eventuelt bør gøres, påhviler det patientrådgiveren på egen hånd at varetage klientens interesser bedst muligt og navnlig at sikre, at frihedsberøvelse og anden tvang ikke anvendes i videre omfang end strengt nødvendigt.

Patientrådgiveren er den direkte personlige rådgiver for den, der undergives tvang. Patientrådgiveren har til opgave at besøge den frihedsberøvede, tale med ham og føre tilsyn med, at patientens tvangsanbringelse ikke udstrækkes længere i tid end nødvendigt, og at patienten i det hele ikke undergives flere restriktioner end absolut påkrævet. Patientrådgiveren skal rådgive og vejlede om klageadgang og udforme eventuelle klageskrivelser, ligesom han skal stille spørgsmål til personalet og videregive begrundelse for tvangsbehandling, således at patienten og han i forening kan tage stilling til denne. Patientrådgiveren skal drøfte behandlingsplanen med den, for hvem han er beskikket, og være med til at formidle patientens informerede samtykke.

Patientrådgiveren har derimod ikke noget med patientens økonomiske eller øvrige personlige forhold at gøre.

En frihedsberøvet sindssyg person er ikke umyndiggjort hverken i økonomisk eller personlig henseende, men har blot så længe frihedsberøvelse eller anden tvangsanvendelse varer fået en særlig tillidsperson, som han kan rådføre sig med.

Patientrådgiverne bør findes opført på en liste, som ligger på hver enkelt afdeling, og hvorfra rådgiverne tages. Hvis

den, der undergives tvang, ønsker en bestemt rådgiver beskikket, tages dette ønske til følge, medmindre rådgiveren har en særlig grund til at frabede sig hvervet, navnlig som følge af at andre klienter optager den rådighedstid, som han har påtaget sig. Patientrådgiverne ringes op og får besked om, at de er beskikket, samtidig med at tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse finder sted, eller når overlægen træffer beslutning om tvangsbehandling. Patientrådgiverhvervet er dermed etableret og omgående trådt i kraft. Man bør etablere en vagtordning, der sikrer, at patienten straks får besøg af sin rådgiver, d.v.s. helst i løbet af nogle få timer, men i hvert fald inden for samme døgn, for at give patienten den omgående kontakt med rådgiveren, som der er behov for.

Patientrådgiveren skal således besøge klienten hurtigst muligt, efter at beskikkelse er sket, og altid inden for det første døgn. Patientrådgiveren skal herefter besøge sin klient mindst en gang hver uge og iøvrigt efter behov, ligesom afdelingens personale altid efter patientens begæring eller på eget initiativ telefonisk kan anmode patientrådgiveren om at komme til stede, f.eks. fordi der er opstået en krise, eller fordi patienten iøvrigt har brug for at tale med sin personlige rådgiver.

E. Tidsforbrug.

Udvalget har for at få et lidt mere realistisk skøn over, hvor mange timer der vil medgå til en sådan ny ordning med personlig rådgiver, ladet foretage en opgørelse over, hvor mange gange man ved nye tvangsindlæggelser og de i undersøgelsesperioden besluttede tvangstilbageholdelser ville have gjort brug af en sådan rådgiver ved Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling O, Ålborg Psykiatriske Sygehus, afdeling R og S i september måned samt på Psykiatrisk Hospital i Århus, afsnit B og C i august og september måneder 1985.

Ved optællingsperiodens begyndelse opholdt der sig på de pågældende afdelingers lukkede afsnit ialt 26 patienter, der var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Disse er ikke med-

taget i de nedenstående beregninger.

Opgørelsen viser, at der på de nævnte afdelinger i opgørelsesperioden blev indlagt ialt 27 patienter på røde tvangsindlæggelsespapirer og 7 på gule papirer. Ialt 16 patienter blev tilbageholdt i opgørelsesperioden, og heraf blev 4 indberettet til justitsministeriet.

Da hver person kun er medtalt en gang, omfatter undersøgelsen således ialt 50 personer. Af disse opholdt 28 sig over 7 dage på den lukkede afdeling.

En timeforbrugsberegning kan foretages, hvis patientrådgiveren forudsættes at have haft følgende besøg:

- et besøg af en times varighed inden for det første døgn efter tvangsindlæggelsen/-tilbageholdelsen.
- et besøg af 30 minutters varighed hver efterfølgende uge, heri inkluderet tid til samtale med den behandlende læge. (Dette skøn er bevidst lavt sat).
- et krisebesøg af 30 minutters varighed pr. patient.

Dette giver et samlet timeforbrug for de her registrerede patienter på ialt 105 timer eller i gennemsnit ca. 2 timer pr. patient. De 22 personer, der var indlagt under 7 dage, ville have fået 1 times besøg, de resterende 28 gennemsnitlig ca. 3 timers besøg af den personlige rådgiver.

Det årlige antal tvangsindlæggelser på landsplan udgør ca. 1.300. De af undersøgelsen omfattede tvangsindlæggelser (34) svarer således til 2,6%. Hvis man endvidere forudsætter, at de undersøgte afdelinger er repræsentative med hensyn til tvangstilbageholdelsespraksis - og at de registrerede tvangstilbageholdelser (16) udgør 2,6% af det samlede antal tilbageholdelser - kan man meget groft skønne, at der på årsbasis forekommer ca. 600 tvangstilbageholdelser for landet som helhed. Hvis man således forudsætter, at der årligt finder ialt ca. 1.900 tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser sted, kan det årlige timeforbrug for personlige rådgivere skøn-

mæssigt opgøres til omkring 4.000 timer, eksklusiv transporttid.

Der er i denne stikprøveopgørelse ikke taget hensyn til, at der også vil blive brug for patientrådgivere i de tilfælde, hvor beskikkelse sker efter begæring efter fiksering og anden magtanvendelse, eller som følge af at der benyttes beskyttelsesforanstaltninger. Tallene dækker heller ikke de omend relativt fåtallige tilfælde af tvangsbehandling. Når hensyn tages hertil og til spild- og transporttid ved udførelse af hvervet som patientrådgiver må tidsforbruget utvivlsomt blive en hel del større end denne opgørelse umiddelbart synes at vise.

4. Udvalgets konklusion.

Der er i udvalget enighed om at foreslå, at patientrådgiverne fremtidig skal have begrænset rådighedstjeneste, være aflønnede med et timevederlag, der i rimelig grad kompenserer for arbejdet og for indtægtstab i deres hovedstilling, og om fortrinsvis at søge at rekruttere tilsynsværger blandt personale i social- og sundhedssektoren uden at de dog må være direkte ansat på en psykiatrisk sygehusafdeling eller iøvrigt for tæt tilknyttet anden myndighed, som har med frihedsberøvelse eller anden tvangsanvendelse over for patienten at gøre.

Hvervet som patientrådgiver skal opslås og søges. Patientrådgiverne bør straks efter deres antagelse gennemgå et kort kursus, hvor de gældende lovregler og bekendtgørelser gennemgås, ligesom patientrådgiverne skal gøres nøje bekendt med deres opgaver og ansvar. Der bør med mellemrum afholdes kurser, hvor patientrådgiverne orienteres om nyere praksis ved behandling af klagesager.

Patientrådgiver skal beskikkes ved

- tvangsindlæggelse,
- tvangstilbageholdelse, og
- beslutning om tvangsbehandling.

Beskikkelse sker endvidere, men kun efter begæring fra patien-

ten ved
- anden tvangsanvendelse.

Det sidste får betydning f.eks. i tilfælde, hvor der er foretaget bæltefiksering eller benyttet anden form for magtanvendelse, og hvor dette ikke er sket som et led i tvangsbehandling, og hvor der er tale om en ikke-f r ihedsberøvet patient. Behovet for patientrådgiveren kan i sådanne tilfælde navnlig tænkes at bestå i et ønske hos patienten om bistand til gennemførelse af en klage over tvangsanvendelsen. Der er derfor ikke grund til at foretage en automatisk beskikkelse, men kun til at gøre dette, når patienten selv fremsætter begæring herom. Det er herved forudsat, at patienten gøres bekendt med sin ret til at få beskikket en patientrådgiver, når der i de her nævnte situationer har været benyttet anden tvangsanvendelse, jfr. lovudkastet §§ 14-17.

Kapitel 11.

Informeret samtykke.

1• Problemstilling.

Patienternes samtykke til den behandling, som iværksættes efter lægens råd, er en grundlæggende betingelse for retmæssigheden af de indgreb, som den lægelige behandling kan indebære. Er der ikke givet samtykke fra patientens side, kan iværksættelse af f.eks. en operation efter omstændighederne have karakter af en strafbar legemsbeskadigelse og eventuelt tillige udløse et erstatningskrav.

Forudsætningen for, at et samtykke har nogen mening og kan tillægges betydning såvel ud fra en retlig som en moralsk bedømmelse, er, at den, der afgiver samtykke, ved, hvad det er, der tiltrædes og dermed også kender virkninger og konsekvenser af samtykket. Meddeles samtykke på et område, hvor den pågældende ikke er fagmand eller dog kendt med forholdene, må den, der indhenter samtykket, forud gennem fyldestgørende information sikre sig, at den fornødne forståelse er til stede.

Denne elementære og ret enkle handleregel krydses i visse tilfælde af lægens pligt til altid at gøre det, der er bedst for patienten. De lægeetiske regler indeholder følgende bestemmelse, jfr. § 7:

"En læge bør i almindelighed give patienten oplysninger om hans tilstand, men må efter samvittighedsfuld vurdering være berettiget til at tilbageholde oplysninger, som efter lægens skøn kan skade den syge."

Efter omstændighederne skal lægen således ikke give patienten alle informationer, såfremt der er tale om lægelige oplysninger, som kan kompromittere behandlingen eller af andre grunde skade patienten. Hermed opstår konflikten mellem læ-

gens pligt til at informere og den lægelige forpligtelse til altid at varetage patientens interesser bedst muligt og undgå at skade patienten.

Der er intet nyt i denne problematik. Sådan har problemstillingen været lige så længe lægekunsten har været praktiseret, men det nye er, at man i den almindelige sundhedspolitiske debat er begyndt at stille spørgsmålstejn ved, om der altid bliver givet tilstrækkelig information til patienterne. Kravene til medbestemmelse er også på dette område stigende i store dele af befolkningen helt i takt med den almindeligt dalende tiltro til autoriteter. Det er som et led i denne løbende debat mellem læger og deres patienter, særlig de mere kritiske af dem, at kravet om informeret samtykke er dukket op som et nøgleord. Man kan selvsagt ikke udlede noget af et sådant begreb, som man ikke selv i forvejen har lagt i det. Rigtigheden af de tanker, der ligger bag ønsket om, at patient-samtykke skal bygge på forudgående reel information, er jo ikke i sig selv mere bærekraftigt end det generelle overordnede hensyn, som gælder for al lægelig behandling, hensynet til patientens tarv. I langt de fleste tilfælde opstår der heldigvis ikke nogen modsætning eller konflikt mellem disse to hensyn, fordi der ikke er noget modhensyn, som kan begrunde en begrænsning af de informationer, som lægen bør give sin patient, men i de særdeles alvorlige situationer, hvor konflikten melder sig, findes der ikke nogen let og enkel løsning, som kan anvendes på alle tilfælde. Man kan sige, at konflikten er en følge af, at det er én og samme person - lægen -, som både har ansvaret for valget af den rette behandling og pligt til at søge at sikre, at den også bliver iværksat i patientens egen velforståede interesse, med patientens samtykke, samtidig med, at han skal vejlede patienten om bivirkninger og evt. risici såvel ved behandlingen som ved at undlade at behandle. Lægens rolle som patientens rådgiver og hans lægelige ekspertrolle som beslutningstager er ikke altid let forenelig.

2. Redegørelse fra en af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe om samtykke og information.

Efter en debat i folketinget, jfr. Folketingstidende 1978-79 sp. 5512-15, om disse spørgsmål anmodede indenrigsministeriet sundhedstyrelsen om at overveje, om det var hensigtsmæssigt, at der blev udfærdiget retningslinier for læger, der klart fastslår patienters rettigheder i forbindelse med indgreb og behandling. Den 6. marts 1980 nedsatte sundhedsstyrelsen herefter en arbejdsgruppe om samtykke og information. Arbejdsgruppens redegørelse om lægers pligt til at informere deres patienter og disses samtykke til indgreb og behandling blev afgivet i december 1981 og er bl.a. gengivet i Ugeskrift for Læger 1982, vol. 144, p. 733-743.

Arbejdsgruppen fandt det "ikke muligt i lovgivning eller på anden måde at fastsætte regler for, hvorledes der bør indhentes samtykke fra patienter til lægers indgreb og behandling eller i hvilke konkrete situationer, der skal gives patienter information om påtænkt behandling m.v." Med udgangspunkt i lægeloven fandt man, at der eksisterer "en alment akcepteret norm for god og forsvarlig lægegerning omfattende disse forhold, og at denne norm skaber en rimelig balance, som bedst muligt tjener patientens interesser og herunder yder ham fornøden beskyttelse mod at blive behandlet mod sin vilje."

Arbejdsgruppen indskrænkede sig til at foreslå, at udvalgets redegørelse blev offentliggjort og tilføjede, "at informations- og samtykkeproblemerne har en snæver sammenhæng med en lang række forhold af menneskelig og faglig-teknisk art, som er under stadig udvikling, men at det afgørende moment - trods visse undtagelser herfra - fortsat er patientens selvbestemmelsesret og deraf følgende ret til information som grundlag herfor."

Fra redegørelsen kan der navnlig være grund til at fremdrage følgende hovedsynspunkter:

Forholdet mellem lægestanden og befolkningen har ikke mindst i de seneste årtier ændret sig fra et autoritært til et mere medievende og medvirkende forhold, hvor en højere grad af oplysning om sundhedsforhold og sygdomme og en mere kritisk holdning, undertiden som følge af overdrevne forventninger om behandlingsresultater, har spillet en væsentlig rolle.

Voksne, habile personer afgør selv, om de vil søge læge, om de vil behandles, og om de ønsker at blive behandlet på den måde, som lægen anser for den rigtige. Patienten kan på et hvilket som helst tidspunkt standse behandlingen ved at nægte yderligere medvirken eller ved at forlange sig udskrevet fra hospital. Denne selvbestemmelsesret beskrives i redegørelsen som en antagelse af, at der eksisterer "et ønske hos patienten om at blive behandlet, og at dette ønske fortsat er til stede, så længe han ikke giver udtryk for andet i ord eller gerning." Behandling foregår i samråd med patienten. Patienten oplyser lægen om sine symptomer, og om det, der i øvrigt er nødvendigt for, at lægen kan foretage sin undersøgelse og stille diagnosen. Lægen underretter patienten om dennes tilstand og om den behandling, lægen vil anbefale. Gennem de spørgsmål, som patienten i denne forbindelse stiller lægen, vil patienten og lægen i en løbende dialog finde frem til det informationsniveau, der er det rette for netop denne patient her og nu.

Selv om den generelle tendens går i retning af mere åbenhed og direkte information, vil det altid bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfælde hvorledes og hvormeget, der skal oplyses til patienten selv. Lægen må ifølge arbejdsgruppens opfattelse påtage sig ansvaret for den begrænsning af patientens ret til at blive informeret, som er resultatet af en afvejning af de modstridende hensyn. I Norge og Sverige er lægens informationspligt blevet lovfæstet. Informationspligten gælder i Sverige generelt dog med det forbehold, at information kun skal ydes i det omfang, det ikke kan antages at modvirke formålet med behandlingen.

Lægen har altid pligt til at holde patienten således infor-

meret, at patienten ikke risikerer at afbryde behandlingen uden at kende risikoen herved for derigennem at sikre patientens medvirken til behandlingens gennemførelse.

Selv om frivillighed i behandlingen er næsten alt dominerende, kan der dog nævnes enkeltstående eksempler på tvangsbehandling også uden for psykiatrien, f.eks. af kønssygdomme og almenfarlige smitsomme sygdomme, jfr. kapitel 5, afsnit 3 A, men det ændrer ikke, at den principielle og praktiske alt overvejende hovedregel er, at patienternes medvirken beror på frivillighed.

Den herskende opfattelse vedrørende lægens aktive informationspligt går ud på, at lægen af egen drift bør "informere patienten, i særdeleshed når der agtes foretaget operative indgreb eller behandlinger, herunder med lægemidler, som medfører nærliggende risiko for komplikationer eller bivirkninger, og at pligten til at informere stiger, jo mere nærliggende og/eller alvorlige komplikationerne/bivirkningerne kan være." Som risiko for alvorlige komplikationer anses uden enhver tvivl risiko for liv, førlighed, syn, hørelse og seksuel funktionsdygtighed. Vægten kan dog ikke alene lægges herpå, idet lægen også skal tage i betragtning, "at en vidtgående information kan forvolde unødigt ængstelse og utryghed hos patienten, hvilket i sig selv kan betragtes som en komplikation eller uønsket bivirkning, og det er næppe overdrevet at hævde, at mange patienter helst er fri for at få lagt denne yderligere byrde på sig."

Hvis der er nærliggende risiko for komplikationer og bivirkninger, som ikke er kendelige for patienten, og hvis der er tvivl om, hvilken betydning patienten tillægger dette, har patienten krav på at blive informeret herom, såfremt det ikke åbenbart strider mod hans tarv.

Hvis der er tale om forsøgsbehandling, som f.eks. klinisk afprøvning af lægemidler, gælder der en særlig aktiv informationspligt. Der foreligger forsøg "dels når der foretages indgreb eller lignende i forskningsøjemed uden samtidig behand-

ling, dels når forskning kombineres med nye behandlingsmetoder eller midler."

Informationspligten er i sådanne tilfælde videre end ellers som følge af det usikkerhedsmoment, der er knyttet til forsøg. Den adgang, der i visse tilfælde er til at lempe informationskravet af hensyn til patientens tarv, kan følgelig ikke finde anvendelse ved forsøgsbehandling.

I arbejdsgruppens redegørelse gennemgås herefter nogle af de grupper af patienter, der ikke er voksne og habile, dvs. sindssyge, åndssvage, mindreårige, personlig umyndiggjorte, voksne midlertidigt inhabile og døende.

Også om sindssyge gælder det, at tvang først kan anvendes, når patientens samtykke ikke kan opnås. Tvangsbehandling af den psykiske lidelse kan kun ske, hvis tilstanden er livstruende, eller hvis undladt behandling alvorligt vil forringe udsigten til helbredelse samt ved urotilstande, der er farlige for patienten selv eller andre, hvor anvendelse af et beroligende lægemiddel er mere human end fysisk restriktion (tvang). Tvangsbehandling af sindssyges somatiske lidelser kan som hovedregel ikke ske uden patientens samtykke, og kan dette ikke opnås eller gives på grund af manglende evne til at handle fornuftsmæssigt, må der foretages personlig umyndiggørelse, således at den beskikkede værge kan tage stilling til indgrebet. Ved livstruende tilstande fandt arbejdsgruppen, at der er en som følge af tilstandens art selvstændig nødretslignende adgang til tvangsbehandling.

Om åndssvage antages det, at de så langt deres evner rækker har ret til information og selvbestemmelse ganske som andre, men at man i øvrigt må foretage personlig umyndiggørelse og overlade afgørelsen til den beskikkede værge, når tilstanden og indgrebets art betinger dette, og samtykke ikke kan opnås.

Mindreårige, dvs. personer under 18 år, tager selv stilling efter konkret modenhed, men ellers er det forældremyndighedens indehaver, der har kompetencen til at meddele samtykke,

og som også er den, der skal have information af lægen.

Hvis voksne, midlertidigt inhabile, d.v.s. typisk personer, som er bevidstløse som følge af forgiftning, trafik- eller drukneulykker, er i livsfare ved indlæggelse, har lægen en ubetinget handlepligt, selv når det er åbenbart, at patienten har ønsket at berøve sig livet. Der gælder i alle andre tilfælde end selvmordssituationen, en formodning for, at den bevidstløse ønsker at blive reddet. Behandling af umiddelbart livsreddende art og behandling, som er uopsættelig for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse, skal iværksættes uden patientens vilje. Nære pårørende har ikke nogen ret til at træffe afgørelse eller til at bestemme, hvad lægen skal gøre eller undlade, men det er naturligt, at deres ønsker indgår i lægens overvejelse, særlig hvis de pårørende kan antages at give udtryk for, hvad patienten ville have ment, hvis man kunne have spurgt ham.

Døende patienter - i den terminale fase - er stillet som andre voksne, habile personer. Bliver en sådan person senere i forløbet inhabil og har vedkommende udfærdiget et skriftligt livstestamente og heri nægtet samtykke til kunstigt livsforlængende behandling, er det ikke i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som er udsigtsløse, fordi de blot vil forlænge en igangværende dødsproces ved at udskyde tidspunktet for dødens indtræden. Pårørendes ønsker er heller ikke her af afgørende betydning.

Arbejdsgruppens redegørelse behandler afslutningsvis spørgsmålet om samtykkets form og fastslår, at dette kan afgives mundtligt, idet der alene er grund til at foreskrive skriftlighed ved tilførsel til patientens journal, hvis der er tale om videregående information.

3. Sundhedsstyrelsens cirkulærer.

Sundhedsstyrelsen har på grundlag af den ovennævnte redegørelse udsendt to cirkulæreskrivelser af henholdsvis 21. oktober 1982

og 28. juni 1983 om information og samtykke vedrørende henholdsvis somatiske patienter og patienter med psykiske lidelser.

I cirkulæreskrivelse af 21. oktober 1982 - om somatiske patienter - har sundhedsstyrelsen bl.a. udtalt, at man ikke finder det "muligt eller hensigtsmæssigt i lovgivningen eller på anden måde at fastsætte formelle regler om, hvorledes en læge skal informere patienten, og om hvorledes patientens samtykke til undersøgelse og behandling skal indhentes...", da "der med udgangspunkt i lægeloven allerede findes en alment accepteret norm for god og forsvarlig lægegerning omfattende disse forhold."

Cirkulæret blev imidlertid udsendt, da man i sundhedsstyrelsen var blevet bekendt med en række sager, hvor den information, som patienterne havde fået, "synes at have været utilstrækkelig", "hvorfor der var anledning til at indskærpe, at voksne, habile personer har krav på information om deres sygdom, herunder om undersøgelser, behandlinger og indgreb samt om risiko for eventuelle komplikationer og bivirkninger i det omfang, de ønsker det. Der vil i enkelte tilfælde kunne gøres undtagelser herfra, når patientens tarv tilsiger det, f.eks. hvis lægen finder, at en vidtgående information vil skabe unødigt angstelse og utryghed hos patienten; lægen må her afbalancere sin informationspligt med, hvad han finder bedst tjener patienten."

Lægen har pligt til af egen drift at informere om forhold, som patienten må formodes ikke at være bekendt med, og som må anses for væsentlige for patientens stillingtagen. Der gælder også ifølge sundhedsstyrelsens cirkulæreskrivelse en skærpet informationspligt ved forsøg, ligesom der her kræves "et mere udtrykkeligt samtykke." Den sidstnævnte formulering forekommer mindre heldig, hvis den tages til indtægt for, at man i alle andre tilfælde kan nøjes med et stiltiende samtykke. Udgangspunktet bør være, at der i alle tilfælde indhentes et udtrykkeligt samtykke, idet stiltiende samtykke kun kan accepteres som en undtagelse, og kun hvor samtykkets afgivelse er hævet over enhver tvivl, men i så fald vil man normalt li-

ge så godt kunne indhente et udtrykkeligt samtykke fra patienten. Den fortolkningstvivil, som et stiltiende samtykke altid kan give anledning til, taler for at begrænse denne form for samtykke til rene undtagelsestilfælde.

Der bør ske optegnelse i journalen, når patienten har ønsket en videregående information, og/eller når der er informeret om nærliggende eller alvorlige komplikationer og bivirkninger. Det er i så fald efter sundhedsstyrelsens opfattelse hensigtsmæssigt, at patienten gøres bekendt med, hvad der anføres i journalen, da man herved tillige undgår tvivil om indhold af informationens og samtykkets rækkevidde.

I den senere cirkulæreskrivelse af 28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser (bilag 6) har man præciseret, at det er hovedreglen både for så vidt angår psykiatrisk og somatisk behandling af psykisk syge, at den ikke kan finde sted mod patientens vilje, og at der også til psykisk syge skal gives information i overensstemmelse med det, der er foreskrevet i den foran nævnte cirkulæreskrivelse af 21. oktober 1982.

Om tvangsindlagte (og tvangstilbageholdte) anfører sundhedsstyrelsen, at behandling af deres psykiske lidelse - men altså ikke af evt. somatiske lidelser - kan ske mod deres vilje som tvangsbehandling, hvis der er tale om livstruende tilstande, ved psykotiske tilstande, hvor der er 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, hvor unndladsen af behandling alvorligt vil forringe udsigterne til helbredelse. I disse tilfælde skal der heller ikke indhentes samtykke fra væge eller pårørende.

Om behandling af somatiske lidelser hos tvangsindlagte (og tvangstilbageholdte) inhabile patienter har sundhedsstyrelsen ment at kunne opstille den regel, at man ved livstruende tilstande, eller hvor der foreligger alvorlig risiko for helbred uden videre kan foretage tvangsbehandling, hvorimod

man uden for disse særligt kvalificerede nødstilstande må foretage personlig umyndiggørelse, hvorefter den beskikkede værge må tage stilling til, om der kan iværksættes tvangsbehandling.

Peter Kramp og Villars Lunn har i en artikel i Ugeskrift for Læger 1984, vol. 146, p. 991-999, om tvangsbehandling af psykotiske patienter navnlig analyseret spørgsmålet om ikke frivillig behandling af psykotiske patienter uden for psykiatrisk institution for deres somatiske lidelser.

For så vidt angår legitimering af behandling af patienternes psykotiske tilstand mod deres vilje, finder forfatterne den i selve adgangen til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, som den er hjemlet i sindssygeloven i dag omend ikke udtrykkelig udtalt. Det vil ifølge Kramp og Villars Lunn være hensigtsmæssigt at lade adgangen til tvangsbehandling komme mere tydeligt til udtryk i loven uden dog at lovregulere selve behandlingsformen.

For så vidt angår behandling af somatiske lidelser hos psykotiske patienter, som ikke vil give samtykke til behandling, må man, når der foreligger en livstruende lidelse, foretage personlig umyndiggørelse og indhente den beskikkede værges samtykke til den nødvendige behandling. Ved revision af sindssygelovgivningen anbefaler Peter Kramp og Villars Lunn, at man overvejer at tydeliggøre lovens indikation om fare for patientens eget liv og fare for væsentlig forringelse af udsigterne til helbredelse, således at disse indikationer også kommer til at omfatte eventuelle tilstødende lige så alvorlige somatiske lidelser. Selv om fremgangsmåden med personlig umyndiggørelse efter forfatternes mening er "ingenlunde tilfredsstillende", anser de den dog indtil videre for den bedste.

Gennem umyndiggørelse kommer værgen til at træde i stedet for den umyndiggjorte i visse relationer. En person, der på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller anden sjælelig forstyrrelse er uskikket til at varetage sine anliggender, kan i henhold

til myndighedslovens § 2 umyndiggøres i formueretlig henseende. Hvis den pågældende heller ikke er i stand til at drage tilbørlig omsorg for sin egen person, kan han i henhold til myndighedslovens § 46 tillige umyndiggøres i personlig henseende. Værgen træffer i så fald ikke blot bestemmelse om økonomiske forhold, men afgør også, hvor den umyndiggjorte skal bo og opholde sig. Værgens bemyndigelse indebærer også en forpligtelse til at tage vare på den umyndiggjorte, ikke ved selv at skulle udføre eventuelle plejeopgaver, men ved at træffe beslutninger, der sikrer den umyndiggjortes tilværelse, herunder ikke mindst hans liv og helbred. Værgen for en personlig umyndiggjort kan derfor træffe beslutning om, at den umyndiggjorte skal indlægges på hospital og der undergive sig behandling for en somatisk lidelse. Værgen kan derimod ikke ved blot at give samtykke til indlæggelse få en personlig umyndiggjort tvangsindlagt på psykiatrisk sygehus. Hertil kræves, at sindssygelovens betingelser for tvangsindlæggelse er opfyldt.

I relation til informeret samtykke må den værge, der er beskikket for en personlig umyndiggjort, i hvert fald i sidste instans træde i den umyndiggjortes sted, når denne ikke er i stand til at varetage sine interesser. Værgen er kompetent til at meddele samtykke til behandling, og værge må i så fald også med hensyn til modtagelse af information fra lægens side træde i den umyndiggjortes sted. I hvilket omfang patienten selv bør medinddrages i beslutningsprocessen, må bero på de konkrete omstændigheder, hvor patientens tilstand og den hast, hvormed det er nødvendigt at handle, er de vigtigste. Hensynet til det fortsatte samarbejde mellem den umyndiggjorte og værge taler dog altid for i videst muligt omfang at medinddrage den umyndiggjorte i overvejelserne, før beslutning om indlæggelse og behandling træffes.

4. Udvalgets overvejelser.

På det foran beskrevne grundlag har udvalget drøftet de særlige problemer, som information og samtykke giver anledning til for psykiatriske patienter. Som følge af den inhabilitet, mang-

lende evne til at handle fornuftsmæssigt eller det realitetstab, som er en del af eller ledsager mange psykoser, er det umiddelbart indlysende, at emnet bør tages op ved en revision af lovgivningen om sindslidendes retsstilling. Europarådet har da også henstillet, at der ved visse særligt alvorlige indgreb indføres regler herom for sindslidende, jfr. art. 5, stk. 2 i Europarådets rekommandation af 22. februar 1983 om retsbeskyttelse af sindslidende, bilag 10.

I Hawaii-deklarationen, jfr. bilag 8 , som er vedtaget i WPA (World Psychiatric Association) i dens nugældende udformning i Wien i 1983, findes i art. 4, jfr. art. 9, bestemmelser om informeret samtykke. Det påhviler ifølge disse bestemmelser enhver psykiater at informere patienten om behandlingens art, de enkelte terapeutiske midler, herunder om eventuelle alternative metoder og det forventede udfald eller resultat af behandlingen. Information skal gives på en hensynsfuld måde, og patienten skal have adgang til selv at vælge mellem egnede til rådighed værende metoder og behandlingsformer. Informeret samtykke bør indhentes forud for patientens eventuelle medvirken i undervisningssammenhæng og så vidt muligt også til gengivelse af patienteksempler i lægevidenskabelige fremstillinger.

Uanset om det må antages, at der ikke er behov for at lovgive om informeret samtykke ved somatiske lidelser hos voksne habile personer, eller om dette for tiden må anses for en så kompliceret og uafklaret problematik, at man af den grund vil afstå fra at søge at løse opgaven, har udvalget ment at burde tage selvstændig stilling til, om noget tilsvarende gør sig gældende for psykiatriske patienter.

En gennemgang af argumentationen om voksne, habiles informerede samtykke viser ikke overraskende, at der for de sindslidende gør sig en række særlige hensyn gældende, som afsvækker eller direkte ophæver grunde, der ellers må forekomme både tungtvejende og overbevisende for så vidt angår ikke-sindslidende patienter.

Det forekommer således tvivlsomt, om man hos alle psykiatriske patienter tør arbejde med en antagelse om, at der foreligger et stiltiende samtykke til behandling, så længe patienten ikke har givet udtryk for andet i ord eller handling. Man behøver blot at tænke på demente og alvorligt skizofrene for at indse, at en sådan antagelse savner mening. Det er urealistisk at forestille sig, at disse patienter og mange andre sindslidende skulle stille de relevante spørgsmål om behandling og undersøgelser og ad den vej gennem en dialog med lægen opnå de informationer, som er afgørende for en fornuftig stillingtagen til risiko ved bivirkninger afvejet over for udsigt til bedring af tilstanden. Den information, de fleste tindslidende skal have, må nødvendigvis gives i form af aktiv information fra lægens side. Selve det forhold, at en psykiatrisk patient ikke stiller spørgsmål, kan ikke uden videre tages til indtægt for, at patienten ikke ønsker at vide mere og trygt forlader sig på lægens afgørelse.

Informationen skal altid gives i det omfang, det er nødvendigt for at søge at sikre patientens positive medvirken til den nødvendige behandling. Opfyldelse af denne standard vil kræve mere information og åbenhed over for visse sindslidende end over for mange somatiske patienter. Når man således som en generel begrænsning har nævnt, at informationspligten kun kan suspenderes i det omfang, dens opfyldelse vil modvirke formålet med behandlingen, kan man forestille sig grupper af tilfælde, hvor fortielse over for visse sindslidende vil være mere kompromitterende for behandlingsforløbet end en vidtgående meddelelse af information.

En eventuel sammenligning mellem psykiatriske patienter og midlertigt inhabile, f.eks. bevidstløse ulykkesramte, er heller ikke holdbar, allerede som følge af, at tilstanden for bevidstløse normalt er relativt kortvarig og afløses af en opvågning, hvor så godt som alle uden undtagelse efterfølgende samtykker i de lægelige indgreb, der er blevet foretaget for at redde deres liv eller helbred. Der er netop her ikke tale om nogen fiktion, når lægestanden ud over den handlepligt, som allerede følger af straffelovens § 253 - om pligt til ef-

ter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare - og lægeloven, påberåber sig patienternes hypotetiske samtykke til de indgreb, der foretages på bevidstløse.

Den afvejning, som lægen altid er pligtig til at foretage mellem opfyldelse af informationspligten og hensynet til ikke at skade patientens tarv ved at skabe en evt. unødvendig frygt, behøver i øvrigt ikke at falde ud på samme måde ved somatiske og psykiatriske patienter, allerede fordi det kan være vanskeligt at vurdere, om det er værre for den psykiatriske patient at blive holdt hen i uvidenhed med deraf følgende evt. mistillid til lægen end at blive informeret med den virkning det evt. kan have på patientens lidelse.

Udvalget kan på den baggrund anbefale, at der lovfæstes en almindelig regel om pligt for lægen til på eget initiativ at informere ikke kun sindssyge men alle psykiatriske patienter i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling. I overensstemmelse hermed er der i lovudkastets § 2, stk. 1, optaget en bestemmelse, hvorefter indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling sker efter lægelig vejledning om formålet med indlæggelsen og udsigterne for en bedring af helbredstilstanden. Endvidere findes der i lovudkastets § 8, stk. 2, en regel, der ligeledes gælder for alle psykiatriske patienter, hvad enten de er frihedsberøvede eller opholder sig frivilligt på psykiatrisk afdeling, hvorefter det påhviler overlægen at opstille en behandlingsplan for alle, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og stedse at søge at opnå den indlagtes informerede samtykke til behandlingsplanens gennemførelse. Efter udvalgets opfattelse vil en behandlingsplan, som opstilles snarest muligt efter indlæggelsen, og som løbende justeres, i sig selv være et godt middel til opnåelse af informeret samtykke. Når patienten kender den plan, lægerne har udfærdiget, og når patienten har fået hensigten med denne forklaret, vil hans muligheder for at forstå og acceptere den være væsentlig bedre. Det vil herved blive lettere at opnå samtykke også til de enkelte behandlingsskridt.

I langt de fleste tilfælde vil patienten efter at have modta-

get den lægelige information give sit samtykke til den foreslåede behandling. Dette gælder ikke kun de frivilligt indlagte, men i almindelighed også for de frihedsberøvede. På alle psykiatriske afdelinger er udgangspunktet ved alle behandlinger, også af personer, der er frihedsberøvede eller som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, at man søger at opnå også disse patienters accept af behandlingen og dermed samtykke til al medicinindtagelse m.v. Der anvendes i praksis megen tid på dette. Denne praksis bør selvsagt fortsætte og snarere styrkes end svækkes.

Såfremt patienten er i tvivl om, hvorvidt han kan acceptere den foreslåede behandling, bør der i almindelighed indrømmes en vis betænkningstid, hvorunder patienten eventuelt kan drøfte spørgsmålet med patientrådgiveren, hvis en sådan er beskikket, jfr. kapitel 10.

Formålet med at indføre eller udbygge anvendelsen af informeret samtykke er at forbedre samarbejdet mellem patienten og lægen. Hovedvægten må her lægges på patientens interesser. Informeret samtykke har ikke til formål at begrænse lægens sædvanlige faglige og etiske ansvar for behandlingen. En læge bør ikke kunne påberåbe sig patientsamtykke som et middel til at befri sig for det tunge ansvar, lægen altid har over for patienten. Hertil kommer, at lægen også er ansvarlig for udformningen af den information om behandlingen, dens risiko og mulige bivirkninger, som han giver i forbindelse med indhentelse af informeret samtykke. Hvis grundlaget for afgivelse af et sådant samtykke ikke har været behørigt, er lægen ansvarlig allerede af denne grund, eller sagt på en anden måde, viser forudsætningerne for patientens samtykke sig at have været urigtige eller ikke fyldestgørende, taber samtykket sin virkning. Lægen kan og skal ikke kunne spekulere i ansvarsbegrænsning gennem indhentelse af et tvivlsomt samtykke. Der kan derfor være god grund til at anbefale, at samtykke så godt som undtagelsesfrit indhentes i form af udtrykkeligt samtykke, og at hovedpunkter - eller centrale elementer - i den information, der gives, også tilføres journalen. Hvis man indfører en skriftlig behandlingsplan, vil denne indeholde en del af

de elementer, der bør indgå i den lægelige information, og patienten vil gennem sit kendskab til behandlingsplanen være blevet forberedt på de enkelte behandlingsskridt.

Det bemærkes, at ved eventuelle psykokirurgiske indgreb er patientens frivillige medvirken ikke tilstrækkelig. Der kræves herudover godkendelse fra et centralt lægeråd, jfr. kapitel 9, afsnit 8 B, pkt. 7.

Patientens frivillige medvirken er således og bør fortsat være langt det mest almindelige. Dog vil det i et fåtal af tilfælde kunne forekomme, at det ikke lader sig gøre at opnå patientens samtykke. En sådan nægtelse af samtykke - protest mod behandling - skal respekteres med den virkning, at behandling i så fald kun kan iværksættes, hvis betingelserne for tvangsbehandling er til stede, jfr. kapitel 9, afsnit 8 B og lovudkastets § 8.

Hvis patienten ikke allerede har en rådgiver, skal der ved overlægens beslutning om at iværksætte tvangsbehandling beskikkes en patientrådgiver, jfr. kapitel 10 og § 19, stk. 1 i lovudkastet. Medmindre der foreligger en livstruende tilstand, hvor behandling her og nu er nødvendig, vil patientrådgiveren kunne drøfte behandlingsforslaget med patienten og eventuelt stille supplerende spørgsmål til overlægen. Hvis patienten herefter fortsat fastholder sin protest, kan behandling kun ske, hvis betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, og dette gælder uanset om det efter omstændighederne må stille sig som tvivlsomt, om patienten eventuelt fuldt ud forstår, hvad det er der siges nej til.

Under hensyn til at der efter udvalgets forsløig, jfr. § 1, stk. 2, i lovudkastet, kun foreligger tvangsbehandling, når patienten udtrykkeligt modsætter sig behandlingen, har udvalget overvejet, om der for den lille gruppe af frihedsberøvede, der måtte være ude af stand til at tage stilling til en foreslået behandling, skal indføres en særregel på dette område. Såfremt en patient ikke er i stand til at tage stilling og således f.eks. ikke kan give udtryk for en protest, forelig-

ger der principielt frivillig behandling. Idet en frihedsberøvet patient altid har en patientrådgiver, jfr. kapitel 10, vil det være nærliggende at lade rådgiveren træde i den frihedsberøvede patients sted med hensyn til information og samtykke, når denne undtagelsesvis måtte være ude af stand til at tage stilling til et behandlingsforslag. Udvalget er opmærksom på, at det formentlig kun vil være en lille gruppe blandt de frihedsberøvede, der vil være ude af stand til at tage stilling til et behandlingstilbud, men udvalget finder den skitserede ordning velbegrunderet.

Den informationspligt, som en læge har, bør i så fald fuldt ud og uden nogen form for indskrænkning opfyldes over for patientrådgiveren, således at denne ikke blot gøres bekendt med, hvad patienten allerede har fået at vide, men også med alt, hvad der i øvrigt rent sagligt kan anføres for og imod at vælge en given behandling, som agtes iværksat uden patientens forståelse. Patientrådgiveren kan herefter på det givne grundlag og eventuelt efter konsultation af andre læger enten meddele sit samtykke på patientens vegne eller protestere imod behandlingen. Hvis patientrådgiveren samtykker, anses behandlingen for frivillig, medens behandlingen ved protest fra patientrådgiveren kun kan gennemføres efter reglerne om tvangsbehandling.

Under hensyn til at der er tale om en undtagelsesregel, der alene vil blive aktuel i et begrænset antal tilfælde, finder udvalget ikke grundlag for at optage en udtrykkelig regel af dette indhold i selve lovudkastet.

5. Forhåndssamtykke.

I Norge har man i § 4 i lov om psykisk helseværn hjemmel for, at overlægen kan indgå aftale med en patient, som selv begærer sig indlagt, om at patienten på forhånd samtykker i at lade sig tilbageholde i indtil 3 uger og herunder om fornødent også underkaster sig tvangsbehandling. Aftaler af denne art skal være skriftlige. Sådanne aftaler indgås i praksis navnlig med narkomaner og andre rusmiddelmisbrugere. Lig-

nende regler har vi ikke her i landet, og der er efter udvalgets opfattelse heller ikke noget behov for at indføre sådanne regler af hensyn til behandlingen af psykotiske patienter. Om fremgangsmåden eventuelt kunne være nyttig ved arbejdet med behandling af narkomaner, alkoholikere og andre misbrugere ligger det uden for udvalgets opgave at vurdere.

I praksis forekommer det dog i et vist omend begrænset omfang, at psykiatriske patienter i perioder, hvor de har det godt, overfor læger, som de har tillid til, giver udtryk for, at de ønsker, at der iværksættes tvangsbehandling, hvis de påny bliver dårlige. Man kender også eksempler på, at sådant forhåndssamtykke er blevet afgivet skriftligt. På de fleste psykiatriske afdelinger vil man notere sådanne udtalelser i patientens journal.

Der kan efter udvalgets opfattelse ikke være tvivl om, at et af en patient på forhånd givet samtykke er uforbindende eller ugyldigt i den forstand, at et sådant samtykke ikke begrænser lægens ansvar for den behandling, der iværksættes, og ej heller betager den karakteren af tvangsbehandling, hvis patienten protesterer på det tidspunkt, hvor tvangsbehandlingen bliver aktuel.

Dette resultat følger af hvad man kan kalde det subjektive vurderingsprincip - det særdeles betænkelige i på forhånd at give afkald på retsgarantier og rettigheder på et tidspunkt, hvor det fortøner sig i en fjern og uvis fremtid om den situation, hvori det kan blive aktuelt at påberåbe sig dem, overhovedet vil opstå. Det er betragtninger af den art, der ligger bag reglen i retsplejelovens § 370, hvorefter en part ikke gyldigt kan give afkald på anke, inden dommen i den pågældende sag er afsagt.

Man må også til støtte for resultatets rigtighed anføre, at en anden regel ville give anledning til nogle helt uoverskuelige og i realiteten næsten uløselige sager, når man i praksis ville blive nødt til at tage stilling til, hvad der egentlig var givet samtykke **til**. Rækkevidden af og forudsætninger-

ne for et forhåndssamtykke ville være særdeles vanskelige at fastlægge. Domstolene ville utvivlsomt for at yde patienten en rimelig retsbeskyttelse fortolke et givet samtykke forsigtigt og i tvivlstilfælde indskrænkende for at undgå, at det blev opfattet som en blankof uldmagt til den eller de til enhver tid behandelende læger. Patientens samtykke kunne jo ikke med nogen rimelighed strække længere end til, hvad han på tidspunktet for afgivelsen selv indså som omfattet af dette. En efterfølgende bestemmelse - eventuelt længere tid efter - af de individuelle forudsætninger, som en lægmand måtte have haft for meddelelse af samtykke på et område som lægelig behandling, er et så tvivlsomt bevistema, at det i praksis næsten ikke lader sig fastslå, hvad netop denne person indså, da han gav sit forhåndssamtykke. På denne baggrund må forhåndssamtykke fra patienterne frakendes retlig virkning.

Når dette er sagt, er det efter udvalgets opfattelse lige så klart, at et sådant forhåndssamtykke meddelt til den behandelende læge i praksis ikke kan undgå at få en faktisk virkning for lægens vurdering af en senere situation, hvor tvangsbehandling kan blive aktuel.

Man har i debatten om dette emne undertiden drøftet spørgsmålet om, hvilken betydning man kan og eventuelt bør tillægge et retroaktivt patientsamtykke eller lægens begrundede forventning om efterfølgende at kunne opnå et sådant. I det omfang det kan være berettiget at lægge vægt på dette, er denne antagelse så meget mere berettiget, hvis lægen ligefrem kan henvise til et forhåndssamtykke, der dækker den foreliggende situation, f.eks. som forhåndssamtykke til elektrostimulationsbehandling i en eventuel senere alvorlig depressiv fase.

Forhåndssamtykke bør dog efter udvalgets opfattelse henvises til alene at spille en underordnet rolle som et vejledende moment for lægen ved dennes afgørelse af, om det vil være nødvendigt og rigtigt at iværksætte tvangsbehandling her og nu. Ansvar for denne afgørelse er i helt sædvanligt omfang lægens, ganske uanset om der måtte foreligge et forhåndssamtyk-

ke eller ej.

Det har således ingen mening at søge at opnå forhåndssamtykke fra patienterne. Initiativet til at fremkomme med forhåndssamtykke bør altid udgå fra patienten, og lægen bør ikke modtage dette uden at sikre sig rækkevidden af dette, og at patienten fuldt ud har forstået, hvad det er, han ønsker at samtykke i. Patienten bør også have besked om, at hans samtykke til enhver tid frit kan tilbagekaldes, og at det ikke har nogen form for retsvirkninger.

Forhåndssamtykke bør noteres i journalen i forbindelse med en tilførsel om, hvilke informationer lægen samtidig har givet patienten, som bør gøres bekendt med hele denne tilførsels indhold.

6. Udvalgets konklusion.

Det er udvalgets principielle opfattelse, at man ved revisionen bør lovfæste en regel om informeret samtykke for så vidt angår lægelig behandling af psykiatriske patienter.

Reglen herom må forstås som en pligt for overlaigen til i forbindelse med sin behandling at informere patienten om behandlingen, dens formål og midler, og herunder efter bedste evne og i overensstemmelse med god lægelig skik at forsøge at opnå patientens samtykke til alle behandlingstiltag, således at behandlingen i videst muligt omfang kan foregå på en måde, som patienten både forstår og accepterer. Kun på den måde kan tvangsbehandling begrænses mest mulig i overensstemmelse med princippet om til stadighed at søge at anvende det mindste middels princip.

Udvalget går også ind for pligtmæssig opstilling af en behandlingsplan for alle, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Behandlingsplanen skal opstilles hurtigst muligt. Kravene til behandlingsplanen må ifølge sagens natur være begrænsede i den allerførste tid efter indlæggelsen, hvor patienten skal observeres, inden der kan iværksættes nogen medicinsk eller

anden form for behandling.

Udvalget finder det rigtigt at søge at gøre brug af patientrådgiveren som et middel til at forbedre samarbejdet mellem patienter og læger, og herunder også i visse tilfælde om fornødent benytte patientrådgiveren som patientens repræsentant ved afgivelse af informeret samtykke.

Det er vigtigt at understrege, at det til stadighed påhviler lægerne og sygeplejepersonalet at søge at opnå samtykke fra patienterne, selv om frihedsberøvelse eller andre tvangsforanstaltninger er iværksat. Også tvangstilbageholdte patienter kan afgive et gyldigt informeret samtykke.

En patients forhåndssamtykke til behandling er retligt set ikke bindende og medfører således navnlig ikke, at en senere tvangsbehandling kan anses som frivillig, eller at lægens ansvar for behandlingen ændres.

Reglerne om information og samtykke findes i §§ 2, stk. 1, 3 og 8, stk. 2, i lovudkastet.

Kapitel 12.

Forsøgsbehandling.

1. Gældende ret.

Hverken i 1938-loven om sindssyge personers hospitalsophold eller i den øvrige lovgivning findes der i dag regler om forsøgsbehandling. På det punkt er somatiske og psykiatiske patienter ligestillede. Spørgsmålet om hvornår der er tale om et lægeligt forsøg, og under hvilke nærmere betingelser det er forsvarligt og velbegrundet at iværksætte forsøgsbehandling, er ikke lovreguleret, men undergivet de lægeetiske råds bedømmelse og den praksis, der har udviklet sig for god og forsvarlig lægeskik på dette område. Spørgsmål om berettigelse af forsøgsbehandling, de særlige krav til informeret samtykke, der stilles på dette felt og den fremgangsmåde, der iøvrigt bør følges, er, hvis der fremkommer klager, undergivet sundhedsstyrelsens bedømmelse og i tilfælde af retssag tillige retslægerådets udtalelse i form af svar på de spørgsmål, der måtte blive stillet til rådet.

Det er næppe nogen tilfældighed, at man hverken ved at slå op i et standardværk som H. Helweg, Den Retslige Psykiatri I Kort Omrids (1949) eller Erik Strömngren, Psykiatri (13. udgave 1979) finder noget om forsøgsbehandling, da dette spørgsmål først i de senere år har tildraget sig større opmærksomhed.

Der er enighed om, at det ligger uden for udvalgets kommissorium at beskæftige sig mere indgående med de mange vanskelige etiske og retlige problemer, som forsøgsbehandling generelt giver anledning til. Det har under drøftelserne i udvalget været nævnt, at der set fra en retssikkerhedsmæssig synsvinkel ikke er nogen grund til at gøre forskel på personer, der frivilligt undergiver sig lægelig behandling, hvad enten diagnose og behandlingen retter sig imod en somatisk eller psykiatrisk lidelse. Lægen skal i begge tilfælde sikre sig, at patienten er behørigt og indgående informeret om, hvilken behand-

ling det drejer sig om, og oplyse, om der er tale om en ikke generelt anerkendt lægelig behandling, hvilke bivirkninger, den kan have, og om der iøvrigt er risiko forbundet med den planlagte behandling. På alle disse punkter er det utvivlsomt rigtigt, at man bør følge samme fremgangsmåde og opfylde samme betingelser i forhold til personer med somatiske og psykiske lidelser, når der er tale om frivilligt indlagte patienter. Lægen skal også i forhold til begge disse grupper af patienter sikre sig, at han får et gyldigt samtykke til behandlingen. Habilitetsproblemer opstår ikke kun hos psykiatriske patienter. En patient med en somatisk lidelse kan meget vel være inhabil som følge af selve den bevidsthedsforstyrrede tilstand, som lidelsen, høj feber eller medicinpåvirkning hensætter vedkommende i, eller som følge af ung respektiv meget høj alder. Også her er der mange lighedspunkter både med hensyn til problemstilling og for så vidt angår de relevante hensyn eller faktorer, som skal tages i betragtning ved løsningen, om end fremtrædelsesformen kan være noget forskellig.

En væsensforskellig problematik opstår derimod, når der er tale om personer, der ikke er frivillig indlagt, men tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt som følge af deres lidelse. I sådanne tilfælde er det ikke uden videre tilstrækkeligt, at der er afgivet behørigt informeret samtykke fra en habil patient.

Spørgsmålet er berørt i Europarådets rekommandation nr. 2 af 22/2-1983 om den retlige beskyttelse af sindslidende personer, der mod deres vilje indlægges eller tilbageholdes på psykiatriske institution (bilag 10). I artikel 5, stk. 2 findes en regel, hvorefter 'behandling, som ikke er generelt anerkendt af lægevidenskaben - eller som udgør en alvorlig risiko for at tilføje patienten varig hjerneskade eller en uønsket personlighedsforandring - kun må gives, hvis lægen anser behandlingen for absolut nødvendig, og hvis patienten afgiver informeret samtykke.

Europarådets rekommandation giver endvidere udtryk for, at kliniske forsøg med medicin og andre behandlingsformer, som ikke

har et psykiatrisk-terapeutisk formål, ikke bør være tilladt over for tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter. Er der derimod tale om sådan behandling med et psykiatrisk-terapeutisk formål er det op til det enkelte land at bestemme, om sådan forsøgsbehandling skal kunne finde sted.

Da Danmark har ratificeret Europarådets rekommandation uden forbehold, er der i udvalget enighed om, at der skal tungtvæjende grunde til for ikke at følge denne, og sådanne grunde forekommer ikke her. Tværtimod må rekommandationens regelsæt anses for velbegrundet, og det er derfor helt uden betænkninger, at udvalget går ind for at lovfæste regler af et indhold, som ikke stiller mindre krav.

Også i Sverige synes man at være af den opfattelse, at forsøgsbehandling ikke bør kunne anvendes over for frihedsberøvede, hvilket i betænkningen, Psykiatrien, Tvånget och rättssäkerheten, SOU. 1984/64 kommer til udtryk side 250, hvor det bl.a. anføres, at den behandling, som ydes til tvangsindlagte, altid bør opfylde de krav, som stilles efter den herskende lægevidenskabelige opfattelse for, at der er tale om god og forsvarlig behandling, som ikke er af ringere standard end den, der ydes til andre patienter.

Der findes også i Hawaii-deklarationen, jfr. den reviderede udgave, som blev vedtaget af WPA's - World Psychiatric Association - eksekutivkomite og generalforsamling i Wien i 1983 (bilag 8), regler, der tangerer problemerne ved forsøgsbehandling. I disse internationale lægeetiske regler for god psykiaterskik bestemmes det bl.a. i artikel 7, at en psykiater ikke må benytte sin professions viden og midler, når der ikke er tale om en psykiatrisk lidelse, ligesom han ikke må handle i strid med videnskabelig viden. Patientens medvirken til et forskningsprojekt kræver informeret samtykke, og at der er et rimeligt forhold mellem den kalkulerende risiko, bivirkninger og ubehag for patienten og projektets forskningsmæssige værdi. I kliniske forsøg skal patienten frit kunne udøve alle sine rettigheder som patient, herunder i alle forskningsprojekter **have** fuldstændig frihed til at nægte at medvirke, uanset af

hvilken grund både før og under forsøget. Patientens udøvelse af denne ret må ikke influere negativt på psykiaterens anstrengelser for at hjælpe patienten. Ethvert terapeutisk, undervisnings- eller forskningsprogram, der kommer i strid med nogen bestemmelse i Hawaii-deklarationen, skal standses, jfr. artikel 9 og 10.

Den arbejdsgruppe, som i 1980 blev nedsat under sundhedsstyrelsen, og som har udarbejdet en redegørelse om lægers pligt til at informere deres patienter og disses samtykke til indgreb og behandlinger, har beskrevet forsøg som klinisk afprøvning af lægemidler, indgreb eller lignende, der foretages i forskningsøjemed uden samtidig behandling og forskning kombineret med nye behandlingsmetoder eller midler, se foran kapitel 11, afsnit 2. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 21. oktober 1982 om information og samtykke foreskriver "skærpet informationspligt i forbindelse med forsøg, ligesom der må foreligge et mere udtrykkeligt samtykke til behandling m.v."

2. Udvalgets overvejelser.

Der er i udvalget enighed om, at der må stilles særligt strenge krav til indhentelse af informeret samtykke ved forsøgsbehandling og forskningsprojekter. Selv om kravet om informeret samtykke bør stilles ved al lægelig behandling, er det vigtigt at understrege, at jo mere risikofyldt en vis behandling er, jo flere bivirkninger og jo mere indgribende og irreversible skader, der kan opstå ved behandlingen, jo strengere krav må der stilles ikke blot til den lægelige indikation for overhovedet at foreslå denne behandling, men også til den klarhed og utvetydighed, hvormed det informerede samtykke i sådanne tilfælde bør gives. Der kan da være god grund til at give både mundtlig og skriftlig information, betænkningstid, mulighed for at rådføre sig med andre, herunder egen læge og endelig sikre sig et klart og udtrykkeligt samtykke fra patienten. Der kræves således altid informeret samtykke fra patienten ved forsøgsbehandling, hvoraf følger, at forsøgsbehandling aldrig kan gives som tvangsbehandling.

Udvalget mener ikke, at man behøver at definere forsøgsbehandling helt eksakt. Det er i denne forbindelse tilstrækkeligt at foretage en praktisk beskrivelse af forsøgsbehandling. Ved forsøg forstås - lægeligt udtrykt - såvel klinisk forskning, herunder afprøvning af lægemidler, som ikke-klinisk biomedicinsk forskning eller med ordvalget fra arbejdsgruppen under sundhedsstyrelsen, klinisk afprøvning af lægemidler, indgreb eller lignende, der foretages i forskningsmæssigt øjemed uden samtidig behandling, eller forskning, der kombineres med nye behandlingsmetoder eller midler. Sådanne behandlingsformer er utvivlsomt nødvendige og ønskelige også set fra patienternes side, men de bør ikke gives til personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, hvorimod frivilligt indlagte psykiatriske patienter efter afgivelse af informeret samtykke godt kan medvirke til forsøgsbehandling. Det er herved forudsat, at de lægeetiske og de til enhver tid iøvrigt gældende forskrifter for forsøgsbehandling overholdes.

Tvangsindlagte og tilbageholdte psykiatriske patienter er undergivet frihedsberøvelse som følge af deres lidelse - enten på farligheds- eller på behandlingsindikation - og er dermed bragt i et sådant afhængighedsforhold til vedkommende overlæge, at det efterfølgende kan være særdeles vanskeligt at bedømme, om der har været tale om et reelt frivilligt meddelt samtykke til at medvirke til en forsøgsrække. Det er ikke hermed tanken at antyde frygt for, at overlægen ville lægge pres på den frihedsberøvede patient for at opnå dennes samtykke, men derimod en alvorlig bekymring for om nogle patienter med urette kunne få den opfattelse, at deres behandling iøvrigt, herunder udsigten til at opnå større frihed og tidligere udskrivning, afhænger af, om de accepterer at medvirke. Det ville være så svært at gardere sig herimod, at det efter udvalgets opfattelse er bedst at indføre et helt generelt forbud imod, at tvangsindlagte og tilbageholdte psykiatriske patienter medvirker til forsøgsbehandling, uanset behandlingens art og formål, og uanset om den frihedsberøvede patient har givet sit samtykke. En regel af dette indhold er optaget i § 9 i lovudkastet.

Kapitel 13.

Sindssygelovens rækkevidde i forhold til mindreårige.

1. Indledning.

Sindssygeloven af 1938 indeholder ikke særlige regler, der angiver, at børn er undtaget fra lovens anvendelsesområde. Tværtimod fremgår det forudsætningsvis af bestemmelserne i lovens § 2, stk. 3, og § 9, stk. 1, hvor forældremyndighedens indehaver er nævnt blandt de personer, der kan fremsætte begæring om henholdsvis tvangsindlæggelse og udskrivning, at loven også gælder for børn.

Når spørgsmålet om rækkevidden af den nugældende sindssygelovs reglers anvendelighed på børn alligevel kan give anledning til tvivl, hænger det sammen med det forhold, at der ved siden af sindssygeloven findes særlige retsregler til regulering af børns personlige forhold. Der tænkes i denne forbindelse navnlig på de familieretlige regler om forældremyndighed i myndighedsloven, ligesom der kan være grund til at omtale de socialretlige regler, der i relation til børn indeholder hjemmel til at fravige sindssygeloven.

Folketingets ombudsmand har i anledning af en konkret sag - den såkaldte Jon-sag, der omtales nærmere nedenfor - ved skrivelse af 10. maj 1984 henstillet til justitsministeriet, at spørgsmålet om sindssygelovens rækkevidde i forhold til mindreårige indgår i overvejelserne i nærværende udvalg, jfr. Folketingets ombudsmands beretning for året 1983, side 118 120. Justitsministeriet har orienteret udvalget om henvendelsen fra ombudsmanden, og nedenfor gøres der i overensstemmelse hermed nærmere rede for det omtalte spørgsmål.

2. Myndighedslovens regler om forældremyndighed.

Mindreårige, dvs. personer under 18 år, er undergivet forældremyndighed, medmindre de har indgået ægteskab, myndigheds-

lovens (ML) § 6, jfr. § 1/ jfr. lovbekendtgørelse nr. 443 af 3. oktober 1985. Forældremyndigheden tilkommer i almindelighed forældrene i forening, ved børn uden for ægteskab moderen alene.

Efter ML's § 7 medfører forældremyndigheden pligt til at drage omsorg for barnet og beføjelse til at træffe bestemmelse om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov. Forældremyndighedens indehaver har således pligt til at sørge for barnet i enhver personlig henseende, herunder bl.a. med hensyn til opdragelse, undervisning, bolig, beklædning, ernæring og i tilfælde af sygdom sørge for pleje og lægehjælp m.v.

Pligterne modsvares af en udstrakt adgang til at træffe bestemmelse om barnets personlige forhold, bl.a. om hvor det skal bo eller opholde sig, hvorledes det skal opdrages, hvilken undervisning og uddannelse det skal have m.v.

Som hovedregel har mindreårige retligt set ikke krav på medbestemmelse vedrørende deres personlige forhold. Dog gælder det, at jo nærmere de kommer deres 18. år, jo større bliver deres faktiske bestemmelsesret og jo mere tilbageholdende vil de offentlige myndigheder, herunder politi og domstole, da også være med at medvirke til en gennemtvungelse af forældremyndigheden mod den mindreåriges udtrykkelige pirottest, f.eks. hvis barnet insisterer på at blive hos den af forældrene, der ikke har forældremyndigheden, eller i øvrigt træffer selvstændig bestemmelse om opholdssted uden for hjemmet. Jo mere rimelig og forsvarlig en afgørelse den unge under 18 år træffer, jo mindre tilbøjelig vil myndighederne være til at støtte en gennemtvungelse af udøvelse af forældremyndighed.

Denne udvikling har fundet udtryk i de nye regler, der blev optaget i myndighedsloven ved lov nr. 230 af 6. juni 1985, jfr. bl.a. § 26 og § 33, stk. 3, hvorefter en mindreårig, der er fyldt 12 år, normalt skal spørges, før afgørelse om forældremyndighed, samværsret eller værgebeskikkelse træffes, ligesom det i lovens § 7, stk. 1 er fremhævet, at forældremyndig-

hedens udøvelse skal ske ud fra barnets interesse og behov.

Forældremyndigheden indebærer en art privat myndighedsudøvelse i det interne forhold mellem forældremyndighedens indehaver og barnet. De bestemmelser, som forældremyndighedens indehaver træffer i kraft af forældremyndigheden, kan barnet ikke anfægte ved at klage til offentlig myndighed. Forældremyndigheden giver imidlertid ikke en uindskrænket adgang til at råde over barnet og dets personlige forhold, men begrænses i vidt omfang af andre regler. Der skal i denne forbindelse navnlig peges på de begrænsninger, der følger af reglerne i straffeloven, sindssygeloven, jfr. nedenfor under pkt. 4, de socialretlige regler i bistandsloven, samt den nye regel i myndighedslovens § 7, stk. 2, hvorefter forældremyndigheden medfører pligt til at beskytte barnet mod fysisk og psykisk vold, og mod anden krænkende behandling. Med hensyn til straffeloven kan der være særlig grund til at fremhæve reglerne i § 213 om vanrøgt, § 244 om vold, magtanvendelse, der går videre end revselsesretten, og § 261 om frihedsberøvelse. Straffelovens regler får dog kun betydning i de heldigvis forholdsvis få sager, hvor forældre forsætligt misbruger deres faktiske magt på en så grov måde, at der bliver tale om en overtrædelse af straffeloven.

I den sociale lovgivning er der en række bestemmelser, der giver de sociale myndigheder mulighed for at gribe ind i udøvelsen af forældremyndigheden, f.eks. er der i bistandslovens §§ 32 - 36 regler om vejledning og hjælpeforanstaltninger og i §§ 123 f f. regler om anbringelse af barnet uden for hjemmet uden forældremyndighedsindehaverens samtykke.

3. Bistandslovens § 123.

I tilknytning til spørgsmålet om rækkevidden af sindssygeloven i forhold til børn kan der være anledning til at omtale den særlige regel i bistandslovens § 123, der udtrykkeligt hjemler en fravigelse fra sindssygelovens regler.

Efter denne bestemmelse, der bl.a. har afløst den tidligere

§ 43 i lov om børne- og ungdomsforsorg, kan det sociale udvalg, når det er absolut påkrævet af hensyn til barnets velfærd, indtil barnets 18. år uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver bl.a. træffe beslutning om at anbringe barnet i en psykiatrisk hospitalsafdeling eller et hospital for sindslidende med tilslutning fra hospitalets overlæge, selv om de almindelige betingelser i henhold til lovgivningen om sindslidende personers hospitalsophold ikke er opfyldt. Der er således tale om en selvstændig udvidet adgang til tvangsindlæggelse af unge under 18 år.

Bestemmelsen, der efter sin formulering er tiltænkt et snævert anvendelsesområde, muliggør dels et indgreb i forældremyndighedsindehaverens ret til at råde over barnets person bl.a. med hensyn til opholdssted, dels hjemler den en adgang til at se bort fra sindssygelovens regler.

Bestemmelsen giver således adgang til imod forældremyndighedsindehaverens (og barnets) protest at anbringe barnet på psykiatrisk afdeling, og dette uanset at barnet ikke er sindssygt og således ikke opfylder sindssygelovens grundbetingelse for tvangsmæssig indlæggelse og tilbageholdelse. Sindssygelovens regler, såvel de formelle og materielle som reglerne om klageadgang, viger i de tilfælde, hvor anbringelsen hviler på socialudvalgets beslutning efter § 123.

Under en sag om foranstaltninger efter § 123 skal forældremyndighedens indehaver bl.a. have tilbud om advokatbistand, jfr. § 125.

Det sociale udvalgs beslutning efter § 123 kan af forældremyndighedens indehaver, men ikke af barnet, indbringes for den sociale ankestyrelse, hvis afgørelse i givet fald kan begæres indbragt for landsretten, jfr. bistandslovens §§ 128 og 129.

Om den faktiske anvendelse af adgangen til tvangsmæssig indlæggelse af børn og unge med psykiske lidelser kan der henvises til en undersøgelse af Lise Israelson offentliggjort i

Nordisk psykiatrisk tidsskrift, 1980, vol 34, p 622-631: For-
ced Admittance to the Department of Adolescent Psychiatry,
Bispebjerg Hospital, Copenhagen, 1968-77.

4. Retsstillingen for mindreårige, der indlægges til behan- ling af psykiske lidelser på psykiatrisk afdeling.

Ovenfor er der kort redegjort for de regler, der ved siden af sindssygeloven har betydning for børns retsstilling ved indlæggelse til psykiatrisk behandling. I det følgende skal rækkevidden af sindssygelovens bestemmelsers anvendelighed på mindreårige nærmere fastlægges.

A. I de tilfælde, hvor indlæggelsen af barnet finder sted i henhold til en af socialudvalget i medfør af bistandslovens § 123 truffen beslutning, er der i selve formuleringen af § 123 taget stilling til forholdet til de familieretlige regler om forældremyndighed og sindssygelovens regler: Sindssygeloven og forældremyndigheden må vige, ligesom barnets protest ikke er til hinder for en beslutning efter § 123. Bistandslovens § 123 går med andre ord forud, og der vil ikke kunne opstå nogen lovkonflikt mellem de forskellige regelsæt, når § 123 anvendes. Såfremt barnet tillige opfylder sindssygelovens betingelser for indlæggelse (sindssyg og farlig eller behandlingstrængende), kan tvangsindlæggelse benyttes som alternativ fremgangsmåde i stedet for en beslutning efter § 123, hvorved bemærkes, at der ikke er nogen rangfølge mellem de persongrupper, der i medfør af sindssygelovens § 2 kan begære tvangsindlæggelse. Såvel det sociale udvalg, § 2, stk. 4, som politiet, § 2, stk. 5, kan mod forældremyndighedens indehavers protest begære en tvangsindlæggelse iværksat.

Sindssygelovens regler kan kun antages at få selvstændig betydning i de formentlig kun vanskeligt tænkelige tilfælde, hvor socialudvalget imod overlægens indstilling måtte ophæve en beslutning efter § 123. I den situation kan overlægen fortsat tilbageholde den mindreårige imod forældremyndighedsindehaverens protest, såfremt betingelserne for tvangstilbageholdelse i henhold til sindssygelovens § 8 er opfyldt.

Hvis unge mennesker selv ønsker at blive eller forblive indlagt på psykiatrisk afdeling, og hvis forældremyndighedens indehaver i denne situation modsætter sig indlæggelse eller kræver et sådant ungt menneske på f.eks. 16-17 år udskrevet, vil overlægen, hvis han er enig med den unge i, at denne bør indlægges henholdsvis forblive indlagt, næppe foretage tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse i henhold til sindssygelovens regler, hvilket også ville forekomme kunstigt, men derimod rette henvendelse til det sociale udvalg og anmode dette om at bringe § 123 i anvendelse. Da uoverensstemmelsen om ophold på psykiatrisk afdeling ikke består mellem den unge og overlægen, men imellem overlægen og indehaveren af forældremyndigheden, forekommer det rigtigst at anvende bistandslovens § 123, som jo netop er møntet på situationer af denne art. Anvendelse af sindssygelovens regler om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse må forudsætte, at det er patienten, her den mindreårige, der modsætter sig indlæggelse henholdsvis protesterer mod fortsat indlæggelse.

B. Lovgivningen har ikke på en tilsvarende klar måde fastlagt det indbyrdes forhold mellem sindssygeloven og forældremyndigheden, ligesom der ikke er taget stilling til, hvilken betydning der eventuelt skal tillægges barnets tilkendegivelse.

Det er i teori og praksis fast antaget, at sindssygelovens regler går forud for beføjelser udøvet i henhold til forældremyndigheden med den virkning, at sindssygelovens bestemmelser må iagttages ved indlæggelse og tilbageholdelse af sindssyge børn. Dette resultat har støtte i sindssygelovens formulering, jfr. ovenfor i indledningen. Der kan også henvises til Gjerulffs kommenterede sindssygelov (1942) note 16 til § 2: "Indlæggelse og tilbageholdelse på sindssygehospital af personer, der er undergivet forældremyndighed eller er umyndiggjort i personlig henseende i henhold til myndighedslovens § 46, kan kun finde sted under iagttagelse af lovens regler."

Borum anfører i Personretten, 3. udgave (1953) s. 154:

"En begrænsning i den beføjelse, som tilkommer forældremyndighedens indehaver til at træffe bestemmelser vedrørende barnets person, følger af lov nr. 118 af 13. april 1938, idet en tvangsindlæggelse af det sindssyge barn (understreget her) kun kan finde sted under de i lovens § 2 fastsatte betingelser.", og tilsvarende side 160, hvor det anføres, at forældremyndighedens indehaver er underkastet de i § 2 i loven af 1938 fastsatte betingelser for så vidt angår sindssyge under 18 år (understreget her).

I overensstemmelse hermed har justitsministeriet bl.a. i en skrivelse af 10. juli 1969 i anledning af en forespørgsel om, hvorvidt sindssygelovens bestemmelser om tvangsindlæggelse finder anvendelse også ved indlæggelse af mindreårige, når indehaveren af forældremyndigheden er indforstået med indlæggelse og patienten i øvrigt med føje anses for at være sindslidende, udtalt, at den omstændighed, at en person er mindreårig eller umyndiggjort i personlig henseende, ikke medfører, at forældremyndighedens indehaver eller værgen uden iagttagelse af sindssygelovens regler kan beslutte, at den pågældende skal indlægges på hospital for sindslidende imod sin vilje. Sindssygelovens regler om tvangsindlæggelse finder altså - hvis patienten modsætter sig indlæggelse - anvendelse bortset fra de tilfælde, der er omfattet af reglen i bistandslovens § 123.

Konsekvensen heraf er bl.a., at forældremyndighedsindehaverens beføjelse med hensyn til indlæggelse af et formodet sindssygt barn på psykiatrisk afdeling imod barnets vilje indskrænker sig til at fremsætte begæring herom, hvorefter lægerne i overensstemmelse med den i sindssygeloven angivne fremgangsmåde må afgøre, om de materielle betingelser er opfyldt.

Ligeledes har justitsministeriet i en skrivelse af 8. december 1939 udtalt, at reglerne om tilsynsværgebeskikkelse også gælder ved tvangsindlæggelse af børn og personligt umyndiggjorte, jfr. Gjerulff note 6 til § 6.

Som det er fremgået ved omtalen af de pågældende skrivelser, må sindssygelovens regler på tilsvarende måde iagttages ved indlæggelse og tilbageholdelse af en i medfør af ML § 46 personligt umyndiggjort person. Den personligt umyndiggjorte kan således modsætte sig værgens bestemmelse om indlæggelse med den virkning, at indlæggelsen må ske efter reglerne om tvangsindlæggelse, ligesom den umyndiggjorte selv kan begære sig udskrevet med virkning efter sindssygelovens § 9 og i givet fald påklage en udskrivningsnægtelse til justitsministeriet med adgang til efterfølgende domstolsprøvelse.

Man må herefter konkludere, at sindssygelovens regler udgør en begrænsning i forældremyndighedsbeføjelserne i de tilfælde, hvor et barn, der med føje anses for sindssygt, indlægges eller tilbageholdes på psykiatrisk sygehus imod sin vilje. Den beføjelse, som forældremyndighedens indehaver har til at træffe bestemmelse om, hvor barnet skal opholde sig, være sig i hjemmet eller udenfor dette, f.eks. på kostskole, rækker ikke så vidt som til at tvangsindlægge barnet på psykiatrisk afdeling, men kun til fremsættelse af begæring herom. Barnet har herefter som psykotisk samme beskyttelse, som alle andre sindssyge har i denne situation.

C. Sindssygelovens anvendelighed på psykotiske børn afføder navnlig to spørgsmål:

- 1) Skal der tages hensyn til en mindreårigs egen tilkendegivelse uanset barnets alder?
- 2) Hvad gælder i de tilfælde, hvor barnet indlægges på psykiatrisk afdeling til behandling af en psykisk lidelse af ikke psykotisk art, eller hvor et sindssygt barn indlægges eller tilbageholdes, uden at det opfylder sindssygelovens tillægskriterier om fare, behandlingsbehov eller (ved tilbageholdelse) ulempe?

Ad 1: Den mindreåriges egen tilkendegivelse.

Udgangspunktet er som nævnt, at sindssygeloven finder anven-

delse ved indlæggelse og tilbageholdelse af en formodet sindssyg person under 18 år imod dennes vilje. Heraf følger, at den unges protest mod en af forældremyndighedsindehaveren ønsket indlæggelse har den virkning, at der må gås frem efter sindssygelovens regler om tvangsindlæggelse, ligesom den unge selv med virkning efter sindssygelovens § 9 kan fremsætte udskrivningsbegæring, uanset forældremyndighedens indehaver ønsker, at den unge fortsat skal være indlagt.

Spørgsmålet er imidlertid, om der skal tages hensyn til barnets tilkendegivelse, uanset dets alder og modenhed.

I to skrivelser af henholdsvis 23. april 1941 og 10. oktober 1945 (omtalt hos Adserballe, Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, s. 279 f.) har justitsministeriet udtalt, at unge over 15 år selv kan begære sig udskrevet, dog at erklæring fra forældremyndighedens indehaver i så fald bør indhentes. Der henvises til Gjerulff note 1 til § 9. I den tidligere omtalte justitsministerielle skrivelse af 10. juli 1969 udtaltes det, at der ikke synes at kunne angives nogen aldersgrænse, under hvilken barnets protest mod indlæggelse ikke skal tillægges betydning.

Det fremgår, at det i den sag, der lå til grund for justitsministeriets skrivelse af 10. juli 1969 er forudsat, at den unge selv skal være i stand til klart at tilkendegive, at han/hun ikke ønsker indlæggelse på psykiatrisk afdeling, ligesom man navnlig har haft den ældste gruppe af mindreårige i tanke.

Selv om de nævnte skrivelser vedrørte to forskellige situationer: henholdsvis barnets udskrivningsbegæring og barnets klart tilkendegivne protest mod indlæggelse, forekommer skrivelserne for så vidt angår standpunktet vedrørende betydningen af barnets alder vanskeligt forenelige. Der ses ikke at være nogen saglig begrundelse for at operere med forskellige alderskriterier i de to relationer. Der er ikke i sindssygeloven, der som nævnt efter sin formulering principielt også gælder for børn, nogen støtte for at opstille en aldersgræn-

se på 15 år. Den 15-års-grænse, der findes i ML's § 35, stk. 2, hvorefter en mindreårig over 15 år i visse tilfælde på egen hånd kan ophæve arbejdsaftaler og indgå nye, kan ikke være afgørende ved vurderingen af den retlige betydning af en mindreårigs protest mod indlæggelse eller begæring om udskrivning. Det er endvidere fast antaget, at en tilkendegivelse fra en i medfør af ML's § 46 personligt umyndiggjort person uden videre skal tillægges retlig betydning efter sindssyge-loven, og da sindssyge børn over en vis minimumsalder desuden meget vel kan tænkes at være lige så godt i stand til at forholde sig til deres egen situation som voksne myndige sindssyge personer, synes det standpunkt, der er kommet til udtryk i justitsministeriets skrivelse af 10. juli 1969 at være bedst i overensstemmelse med den nugældende sindssygelov. Der kan ikke angives nogen fast aldersgrænse, under hvilken barnets tilkendegivelse er uden retlig betydning, og navnlig kan der ikke opstilles nogen aldersgrænse på 15 år. Når der bortses fra helt små børn, må der formentlig tages hensyn til barnets ønsker, når det på baggrund af en vis modenhed er i stand til klart at give udtryk for sin opfattelse. Resultatet må bero på en konkret vurdering af den enkelte mindreåriges modenhed, hvor det afgørende er, om den mindreårige er i stand til at forstå og tage stilling til det indgreb i den personlige frihed, som indlæggelse og ophold på psykiatrisk afdeling medfører.

Ad 2. Betingelserne for tvangsindlæggelse er ikke opfyldt.

Som redegjort for i afsnit 2 i dette kapitel skal forældremyndighedens indehaver bl.a. sørge for, at barnet får den nødvendige lægebehandling og kan i den forbindelse træffe bestemmelse om, hvor barnet skal opholde sig, om nødvendigt på hospital - naturligvis forudsat at hospitalet vil efterkomme en anmodning om indlæggelse. Ved indlæggelse til behandling af barnets somatiske lidelser giver dette ikke anledning til problemer. Forældremyndighedens indehaver kan med lægens tilslutning beslutte indlæggelse og ophold på hospitalet, uanset at barnet protesterer, og barnet har ingen mulighed for at få efterprøvet indlæggelsens og den efterfølgende tilbageholdel-

ses berettigelse, idet den alene hviler på forældremyndighedsindehaverens beslutning. At tale om at den indlæggende eller modtagende læge ved at imødekomme forældremyndighedens indehavers anmodning har truffet en afgørelse, som barnet selvstændigt kan begære prøvet, ville savne mening, eftersom dette indirekte ville indebære et indgreb i den lovbestemte adgang for forældremyndighedens indehaver til inden for lovgivningens rammer at træffe bestemmelse vedrørende barnets personlige forhold. Den nødvendige kontrol udøves her af indlæggende læge og af hospitalets læger, som nok skal modsætte sig overflødig hospitalsindlæggelse af børn. Der foreligger da heller ikke uheldige erfaringer i praksis, som kan begrunde en eventuel retlig regulering af forældres ret til at lade deres børn indlægges på hospital til behandling for somatiske lidelser.

Når det drejer sig om indlæggelse til behandling af barnets psykiske lidelser, er retsstillingen som ovenfor i afsnit afsnit 4 B beskrevet, når der er tale om et barn, hvis tilkendegivelse, der skal tages hensyn til, og som indlægges som sindssyg. Det betyder, at udøvelse af forældremyndighedsbeføjelse må vige for sindssygeloven med den virkning, at forældre ikke egenhændigt kan bestemme, at den mindreårige skal indlægges imod sin protest, ligesom forældre på den anden side heller ikke kan få den mindreårige udskrevet, hvis overlægen finder tvangstilbageholdelsesbetingelserne opfyldt.

Problemet opstår derimod i de tilfælde, hvor barnet indlægges til behandling af en psykisk lidelse af ikke psykotisk art. Da sindssygeloven kun omfatter sindssyge, kan den ikke antages at begrænse forældremyndighedens udøvelse i disse tilfælde. Det er derfor nærliggende retligt at sidestille andre psykiske lidelser end psykoser med somatiske lidelser med den konsekvens, at forældremyndighedens indehavers bestemmelse er eneafgørende, forudsat overlægen finder grundlag for at modtage barnet til behandling. Barnet eller andre nærtstående, f.eks. den af forældrene, der måtte være uden andel i forældremyndigheden, kan i disse tilfælde ikke påberåbe sig sindssygelovens beskyttelse. Det sidstnævnte spørgsmål var frem-

me i den i medierne meget omtalte Jon-sag, jfr. Ugeskrift for Retsvæsen 1984 side 665 0.

Den 12-årige Jon blev indlagt på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling angiveligt imod sin vilje på grundlag af bestemmelse truffet af forældremyndighedens indehaver, Jons moder.

Jons biologiske fader, der var uden andel i forældremyndigheden over Jon, rettede ved sin advokat henvendelse til justitsministeriet vedrørende Jons ophold på Rigshospitalet bl.a. med påstand om, at indlæggelsen af Jon på Rigshospitalet var ulovlig, idet reglerne i sindssygeloven om tvangsindlæggelse ikke var iagttaget. Justitsministeriet indhentede en udtalelse fra overlægen ved Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling, hvoraf bl.a. fremgik, at Jon ikke var anbragt på afdelingen i medfør af sindssygelovens regler, men efter bestemmelse truffet af forældremyndighedens indehaver, og at Jon på intet tidspunkt var blevet anset for sindssyg. Justitsministeriet afviste herefter at tage stilling til sagen.

Advokaten begærede herefter sagen indbragt for retten i medfør af retsplejelovens kap. 43 a. Under sagen påstod justitsministeriet afvisning under henvisning til, at Jon ikke var administrativt frihedsberøvet i medfør af sindssygeloven.

Ved dom af 6. januar 1984 fulgte Københavns byret justitsministeriets afvisningspåstand med følgende præmisser:

"Under hensyn til, at Jon (...) er indlagt på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling på grundlag af bestemmelse truffet af (moderen), der har forældremyndigheden, er Jons (...) ophold på Rigshospitalet ikke omfattet af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, og derfor ikke omfattet af domstolsprøvelsen i henhold til retsplejelovens kap. 43 a. Allerede af denne grund må begæringen afvises."

Ved Østre landsrets dom af 15. februar 1984 blev afvisningen

stadfæstet med følgende begrundelse:

"Spørgsmålet om en mindreårig skal underkastes hospitalsbehandling afgøres normalt af forældremyndighedens indehaver, og sådanne foranstaltninger kan ikke prøves i medfør af retsplejelovens kap. 43 a. For så vidt angår behandling af sindssygdomme på blandt andet offentlige hospitaler gælder de særlige regler i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, jfr. retsplejelovens kap. 43 a. Efter det, der er oplyst under sagen, lider Jon (...) ikke af nogen sindssygdom, og der har efter det anførte ikke været tale om en indlæggelse til behandling for en sindssygdom. Beslutningen om indlæggelse af Jon på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling efter de omvæltninger, han har været ude for, og beslutningen om hans foreløbige ophold der, er truffet af Jons moder (...), der har forældremyndigheden over ham. Appellantens påstand om domstolsprøvelse i medfør af retsplejelovens kap. 43 a kan derfor ikke tages til følge, og Københavns byrets dom om afvisning af sagen stadfæstes."

Det bemærkes, at landsrettens dom til forskel fra byrettens indeholder en bemærkning om, at Jon efter det oplyste ikke lider af nogen sindssygdom, og der efter det anførte ikke har været tale om indlæggelse til behandling for en sindssygdom.

Afgørelsen i Jon-sagen kunne måske umiddelbart forekomme vanskeligt forenelig med den fortolkning, der er anlagt i justitsministeriets skrivelse af 10. juli 1969, idet det i denne skrivelse bl.a. er antaget, sindssygelovens regler skal iagttages ved indlæggelse af mindreårige imod disses protest, når indehaveren af forældremyndigheden er indforstået med indlæggelse, og patienten i øvrigt med føje mistænkes for at være sindslidende. Det fremgår dog klart af sagen fra 1969, at der alene er tænkt på sindssyge, hvilket utvivlsomt også må være rigtigt, eftersom spørgsmålet kun kan få betydning for den personkategori, der i det hele taget er omfattet af sindssygeloven. Det ikke særligt omhyggeligt valgte udtryk "sindslidende" skal i den sammenhæng altså læses som "sindssyg". Der er således ingen uoverensstemmelse mellem justitsministeriets standpunkt

i skrivelse af 10. juli 1969 og i Jon-sagen, hvilket standpunkt nu også er tiltrådt af domstolene.

Konklusionen er herefter, at sindssygeloven ikke finder anvendelse ved indlæggelse af mindreårige imod disses protest til behandling af psykiske lidelser af ikke sindssygelig art, jvf. også Borum, Personret 1953, s. 154 og 160, sammenholdt med det ovenfor under punkt 4 B anførte.

Dette resultat rejser imidlertid det centrale spørgsmål, om forældremyndigheden i alle tilfælde slår igennem, når det er konstateret, at den mindreårige falder uden for sindssygeloven. Til belysning af spørgsmålet kan anføres følgende:

Eksempel 1:

En 15-årig tvangsindlægges som sindssyg og farlig for sig selv efter begæring fra forældremyndighedens indehaver, f.eks. i en fremskreden svækkelsestilstand efter spisevægring. Under indlæggelsen konstateres det, at den 15-årige ikke er sindssyg, men har en anden behandlingskrævende psykisk lidelse. Patienten kræver sig udskrevet, forældremyndighedens indehaver ønsker, at den mindreårige fortsat skal være indlagt til behandling. Skal den 15-årige i denne situation, hvor hun er indlagt som sindssyg, men hvor hun efterfølgende viser sig ikke at være psykotisk, udskrives, eller kan forældremyndighedens indehaver med tilslutning af overlægen bestemme, at den unge fortsat skal være indlagt under henvisning til, at forældrene kan bestemme dette, når den unge falder uden for sindssygeloven, bl.a. med den konsekvens, at den unge ikke kan påklage den nu foreliggende tilbageholdelse efter klage-reglerne i sindssygelovens § 9L? Svaret er efter de nugældende regler formentlig, at den unge må forblive på afdelingen i overensstemmelse med forældrenes beslutning.

Eksempel 2:

En 15-årig tilbageholdes mod sin vilje efter sindssygelovens § 8. Forældremyndighedens indehaver ønsker den pågældende fort-

sat tilbageholdt. Den unge påklager overlægens udskrivningsnægtelse til justitsministeriet (og evt. videre til domstolene), der finder, at betingelserne for i medfør af sindssygeloven at nægte udskrivning ikke er til stede.

Det er tvivlsomt, hvilken betydning det har, om det i den nævnte situation er psykosebetingelsen, der svigter, eller om det er fare-, behandlings- eller ulempekriteriet, der ikke er opfyldt. Hvis det er psykosebetingelsen, der ikke er opfyldt, er man klart uden for sindssygelovens område, hvorimod dette ikke er tilfældet, hvis en person er sindssyg, men eventuelt ikke kan anses som farlig for sig selv eller andre eller ikke så behandlingstrængende, at behandlingsindikation foreligger.

Medfører justitsministeriets eller rettens underkendelse af tvangstilbageholdelsen, at forældremyndighedens indehavers bestemmelse herefter bliver afgørende? I bekræftende fald har det tilsyneladende ingen betydning for den unge at kunne påberåbe sig sindssygelovens klagemuligheder: Hvis justitsministeriet eller domstolene finder betingelserne i sindssygelovens § 8 opfyldt, skal den unge fortsat være indlagt i henhold til § 8. Findes betingelserne derimod ikke at være til stede, skal den unge imidlertid også fortsat være indlagt, nu blot i kraft af forældremyndighedens indehavers bestemmelse, dog under forudsætning af tilslutning fra overlægen.

Det ville imidlertid også være vanskeligt forståeligt, om der ikke skulle gælde det samme ved de psykiske lidelser, der ikke er omfattet af sindssygeloven, som ved somatiske lidelser, hvor forældremyndighedens indehaver med tilslutning fra lægen kan bestemme indlæggelse mod barnets vilje. Her må barnets beskyttelse - ligesom det gælder ved somatiske lidelser - søges i, at lægen under fagligt ansvar skal vurdere, om forældremyndighedens indehavers ønske om indlæggelse kan imødekommes som berettiget.

5. Sammenfatning.

Spørgsmålet om rækkevidden af sindssygelovens regler i forhold til børn over for reglerne om forældremyndighed vil i visse formentlig kun sjældent forekommende situationer fortsat kunne give anledning til tvivl, idet de to regelsæt som ovenfor beskrevet ikke er afstemt efter hinanden. Dog må retsstillingen på området for de tilfældes vedkommende, der har størst praktisk betydning, siges at være rimeligt afklaret gennem administrativ praksis og en omend yderst begrænset retspraksis.

I det følgende gennemgås en række tilfælde, der uden at prætere at være udtømmende, er egnet til en sammenfattende belysning af retsstillingen, som den nærmere er kommet til udtryk i administrative afgørelser og retspraksis.

- Sindssygelovens bestemmelser om tvangsindlæggelse skal iagttages ved indlæggelse af en formodet sindssyg person under 18 år, når denne modsætter sig indlæggelse ved klart at udtrykke protest, selv om forældremyndighedens indehaver ønsker indlæggelsen foretaget, jfr. justitsministeriets skrivelse af 10. juli 1969.
- Reglerne om tilsynsværgebeskikkelse gælder også i relation til psykotiske børn, jfr. justitsministeriets skrivelse af 8. december 1939.
- En mindreårig, der har opnået en vis modenhed, kan selv begære sig udskrevet efter sindssygelovens § 9, og formentlig også påklage en evt. udskrivningsnægtelse, jfr. justitsministeriets skrivelse af 23. april 1941.
- Overlægen skal nægte at efterkomme forældremyndighedsindehaverens og barnets fælles ønske om udskrivning, når betingelserne for tvangstilbageholdelse efter sindssygelovens § 8, stk. 1, er opfyldt. Dette følger af en fortolkning af § 8 sammenholdt med § 9.
- Skulle det forekomme, at den mindreårige ønsker sig (fortsat) indlagt, medens forældremyndighedens indehaver modsæt-

ter sig dette, må der i givet fald gås frem efter bistandslovens § 123.

- Såfremt forældremyndighedens indehaver med tilslutning fra overlægen imod barnets klart udtrykte vilje beslutter at indlægge barnet til behandling af en ikke-psykotisk lidelse, falder forholdet udenfor sindssygeloven, og spørgsmålet om "lovligheden" kan ikke påklages efter sindssygelovens regler, jfr. Jon-sagen.

I administrativ praksis er der ikke taget principiel stilling til, hvad der gælder i de tilfælde, hvor en mindreårig er indlagt eller tilbageholdt mod sin vilje efter sindssygelovens regler, men hvor en efterfølgende prøvelse foretaget af overlægen, justitsministeriet, eller domstolene viser, at betingelserne for tvangsendlæggelse/ tvangstilbageholdelse ikke er opfyldt, enten fordi den mindreårige ikke er psykotisk, eller fordi tillægskriterierne om farlighed, behandlingsbehov eller (ved tilbageholdelse) ulempe ikke er til stede. Dette tvivlsomme spørgsmål må i sidste instans afgøres af domstolene.

Vælger man den løsning, at barnet uden videre må udskrives efter egen begæring, men imod forældrenes ønske, når det ved en nærmere prøvelse viser sig, at sindssygelovens materielle betingelser ikke er opfyldt, foreligger der en næppe velbegrundet forskelsbehandling sammenlignet med de tilfælde, hvor det hele tiden har været klart, at barnet ikke kunne indlægges/tilbageholdes efter sindssygeloven, og hvor forældremyndighedens indehavers bestemmelse med tilslutning af overlægen er eneafgørende, jfr. Jon-sagen. Ved at drage den fulde konsekvens af at gå frem efter sindssygeloven ville man således skulle udskrive disse mindreårige patienter, uagtet at deres psykiske lidelse måtte være mere behandlingskrævende end hos de mindreårige patienter, som hele tiden har været anset for ikke-sindssyge.

på den anden side vil man ved at vælge den modsatte løsning gøre den unge patients protest og klageadgang efter sindssy-

geloven illusorisk: Får klagesagen det af patienten ønskede udfald, nemlig at sindssygelovens betingelser for frihedsberøvelse ikke anses for opfyldt, medfører det ikke udskrivning, men blot at patientens fortsatte indlæggelse kommer til at hvile på forældremyndighedens indehavers bestemmelse med tilslutning af overlægen, i stedet for på sindssygelovens regler.

Selv om dette resultat må forekomme noget paradoksalt og inkonsekvent, når det antages, at der skal tages hensyn til den unge patients protest, synes resultatet dog foreneligt med en fortolkning af sindssygeloven ud fra følgende betragtninger: Sindssygeloven indeholder på den ene side adgang til administrativ frihedsberøvelse, og på den anden side indrømmer den særlige retsgarantier for de personer, der således alene i medfør af sindssygeloven frihedsberøves mod deres vilje. Der vil i almindelighed ikke i konkurrence med sindssygeloven være nogen alternativ hjemmel til at indlægge og tilbageholde den pågældende til behandling på hospital mod sin vilje. Er betingelserne efter sindssygeloven ikke opfyldt, kan

den pågældende slet ikke tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes. Når det drejer sig om mindreårige under forældremyndighed, er forholdet på dette punkt netop et andet. Forældremyndighedens indehaver kan i de tilfælde, hvor sindssygeloven ikke kommer på tale, med tilslutning af lægen bestemme, at barnet mod dets protest skal indlægges. I de tilfælde, hvor sindssygeloven er anvendelig over for børn, og således som beskrevet "fortrænger" forældremyndigheden, betyder det naturligvis ikke, at forældremyndigheden ophører med at eksistere. Den består latent og træder atter i kraft i alle dens relationer, så snart sindssygeloven ikke længere er til hinder derfor.

Såfremt denne fortolkning kan tiltrædes, må det erkendes, at sindssygelovens regler er uden reel betydning i de tilfælde, hvor forældremyndighedens indehaver med tilslutning af de lægelige instanser ønsker den mindreårige indlagt eller tilbageholdt mod dennes protest.

6. Udvalgets overvejelser.

Efter en gennemgang af de gældende regler og den praksis, der har udviklet sig, er der efter udvalgets opfattelse navnlig to spørgsmål, som kan give anledning til overvejelse af, om retstilstanden eventuelt bør ændres. Det er dels spørgsmålet om at knytte mindreåriges habilitet for så vidt angår retten til at modsætte sig tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i henhold til sindssygelovgivningen til en bestemt aldersgrænse i stedet for som nu at lade bestemmelsen bero på en konkret vurdering af den modenhed, den enkelte mindreårige måtte have, dels spørgsmålet om retsvirkningen af mindreåriges indsigelser, som måtte vise sig berettigede, herunder spørgsmålet om forældremyndighedens indehavers adgang til at træffe bestemmelse om fortsat ophold på psykiatrisk afdeling, også når den unge måtte vise sig ikke at være sindssyg.

A. Aldersgrænse.

Medens en konkret vurdering af den enkelte mindreåriges modenhed altid er vanskelig - ikke mindst, når der er tale om unge med psykiske lidelser - vil en bestemt aldersgrænse indsat i loven give en klar og enkel løsning på problemet, fra hvilket tidspunkt man skal tillægge den unges egen bestemmelse vægt og betragte ham som habil med hensyn til retten til at starte en formel klagesag.

Hvis man anvender en aldersgrænse fastsat i loven, vil man også undgå kritik af afgørelser, hvorved klageret er nægtet på grund af manglende modenhed, hvor kritikken let vil rette sig imod udøvelsen af dette restriktive skøn som en metode til undertrykkelse af klager, der angiveligt ville vise sig materielt berettigede, hvis de ellers blev behandlet.

Aldersgrænsen er dermed rent retsteknisk en god løsning, men selve fastsættelsen af aldersgrænsen vil være forbundet med nogen tvivl. Hvis man vælger en relativt høj aldersgrænse på f.eks. 15 år, vil man ikke kunne undgå den kritik, at en række personer, som er yngre, rent faktisk vil vise sig at være så modne, at man ud fra en modenhedsvurdering burde have til-

lagt dem handleevne. Hvis man for at imødegå dette, vælger at fastsætte aldersgrænsen relativt lavt til f.eks. 10 år, vil man uvægerligt få tillagt en række mindreårige en handleevne, som de næppe er i stand til at administrere med fornuft.

Da det at få tillagt klageret er en retsgaranti, som gerne skulle opfattes positivt, vil man formentlig være nødt til at vælge en så lav aldersgrænse, at der er almindelig enighed om, at så godt som ingen, der ligger under grænsen, vil være modne nok til at forstå betydningen af den beføjelse, som klageretten giver dem. Herved vil man antagelig også få så mange helt unge og umodne med, at der kan være fare for, at man i praksis ikke vil tage klager fra de helt unge alvorligt.

En eventuel aldersgrænse måtte formentlig fastsættes til 12 år, men herved er man antagelig også kommet tæt på den absolut set laveste aldersgrænse, som kan vinde tilslutning. Der kan i den forbindelse henvises til de nye regler i myndighedsloven, hvorefter en mindreårig over 12 år normalt skal spørges, før afgørelse om forældremyndighed m.v. træffes, jfr. ovenfor i afsnit 2.

Under hensyn til, at man ikke tidligere har haft nogen aldersgrænse, uden at dette har været oplevet som en væsentlig mangel, og da det heller ikke ses at have givet vanskeligheder i praksis at anlægge en konkret modenhedsvurdering i de relativt få sager, hvor spørgsmålet er opstået, finder udvalget ikke tilstrækkelig grundlag for at fremsætte forslag om at indføre en bestemt aldersgrænse.

Det er derimod udvalgets opfattelse, at man ved vurderingen af en mindreårig klagers modenhed må lægge vægt ikke blot på hans åndelige udvikling, intelligens, formuleringsevne, den konkrete begrundelse og hele hans klage, men tillige på hans alder. Medens det således nærmest har formodningen for sig, at personer på 15 år og derover må anses for habile, gælder det modsatte for mindreårige på 10 år og derunder. Det vil således i praksis navnlig blive i aldersgruppen mellem 11 og

indtil det fyldte 15 år, at der vil blive tale om at udøve et konkret skøn over den enkelte klagers modenhed for at afgøre om vedkommende må anses for habil i henseende til at modsætte sig indlæggelse respektive tilbageholdelse på psykiatrisk afdeling.

B. Skal forældremyndigheds-beføjelserne begrænses i relation til mindreårige med psykiske lidelser?

Udvalget har ved sine overvejelser lagt den retstilstand til grund, at den almindelige beføjelse for indehaveren af forældremyndigheden til med tilslutning fra de lægelige instanser at træffe bestemmelse om, at den mindreårige eventuelt skal indlægges til behandling, også gælder i forhold til mindreårige med psykiske lidelser, og at der kun gøres en begrænsning i denne beføjelse, når den mindreårige er omfattet af sindssygelovens regler.

Hvis man på grundlag af den ovenfor beskrevne retstilstand ikke vælger at indføre en særskilt begrænsning i forældrenes ret til at træffe bestemmelse om, at mindreårige skal indlægges og opholde sig på psykiatrisk afdeling, vil man opretholde det tilsyneladende paradoks, at den klage, som en mindreårig måtte anses for habil til at fremsætte, og som ovenikøbet måtte vise sig at være berettiget, f.eks. fordi den mindreårige ikke som først antaget kan anses som sindssyg, ikke med sikkerhed får den virkning, at den mindreårige også bliver udskrevet. Efter sindssygelovens regler skal der ske udskrivning i en sådan situation, men forældrene kan nu qua forældremyndigheden bestemme, at den mindreårige skal forblive indlagt på psykiatrisk afdeling.

Til fordel for dette resultat kan man dels anføre, at sådan har den formentlige retstilstand været så længe sindssygeloven af 1938 har været gældende, uden at dette har givet anledning til vanskeligheder i praksis, dels at dette svarer nøje til retstilstanden for mindreårige med somatiske lidelser.

Det var netop spørgsmålet om forældremyndighedens rækkevidde i forhold til ikke-sindssyge mindreårige, som blev belyst i Jon-sagen. Dels er problematikken ikke hyppigt forekommende, dels var der vel i den konkrete sag ret beset tale om, at den af forældrene, som ikke var indehaver af forældremyndigheden, søgte at benytte sindssygelovens regler offensivt over for den, der havde denne. En sådan sag kan næppe i sig selv begrunde lovændring, jfr. princippet om at "hard cases make bad law". For så vidt angår den mere normale situation er spørgsmålet, hvad forældremyndighedens indehaver bør kunne bestemme i forhold til børn med psykiatriske lidelser af ikke-psykotisk art. Dette er næppe et spørgsmål, der bør søges løst i sindssygelovgivningen, men må, hvis det skal løses ad lovgivningsvejen, ske som en speciel begrænsning i forældremyndighedsbeføjelserne. Det forekommer dog her mest nærliggende at anvende samme løsningsmodel som ved somatiske lidelser, dels fordi der netop ikke er tale om sindssygdom, dels fordi denne løsning ikke hidtil har givet anledning til vanskeligheder i praksis, hvorfor lovregulering ikke er velbegrundet.

Hvis man ser på den faktiske situation og ikke kun på reglerne er det velkendt, at forældremyndighed efterhånden som mindreårige bliver ældre ikke lader sig udøve, medmindre de unge selv akcepterer de afgørelser, som deres forældre træffer. Hvis forældre ønsker myndighedernes bistand til håndhævelse af forældremyndighedsbeføjelse over 14-16 årige unge, må de påregne, at hverken sociale myndigheder, politi eller domstole vil gå imod de unges eget bestemte ønske f.eks. om opholdssted uden for forældrenes hjem, hvis der er tale om velovervejede og fornuftige eller dog rimelige beslutninger. Der er tale om en glidende overgang, hvor de altomfattende og meget vidtgående beføjelser, forældremyndighed indebærer, efterhånden reelt ophører med at bestå som en magt, der lader sig håndhæve. Dette vil også gøre sig gældende på det område, som her er genstand for vurdering.

Hvis en 14-16 årig ikke-psykotisk ung, som er moden og fornuftig nok til selv at træffe bestemmelse med hensyn til sit behov for psykiatrisk behandling efter aftale med overlægen øn-

sker sig udskrevet, vil forældre, som måtte modsætte sig dette, næppe kunne formå nogen overlæge til at beholde den mindreårige på afdelingen, og politiet vil næppe heller kunne formås til at bistå forældrene hermed, særlig, ikke når det står klart, at overlægen ikke er sindet at tilbageholde den mindreårige.

Omvendt gælder det, at mindreårige i aldersgruppen 14-16 år også vil blive modtaget til frivillig indlæggelse, uanset evt. indsigelser fra forældrene, hvis overlægen finder indlæggelse nødvendig. Her har overlægen tillige den mulighed om fornødent at søge at bringe bistandslovens § 123 i anvendelse ved at anmode det sociale udvalg om at begære den mindreårige indlagt.

En evt. ændring af den ovenfor og i de foregående afsnit beskrevne retstilstand vil være et specielt indgreb i de almindelige forældremyndighedsbeføjelser, som kun kan begrundes med de særegne problemer, en lille gruppe af mindreårige med ikke-psykotiske psykiske lidelser kan have.

En lovregulering vil ikke være helt ukompliceret, da en evt. lovbestemmelse skal afpasses efter såvel bistandslovens § 123 som lovgivningen om sindslidende, således at der ikke opstår problemer i samspillet mellem disse. Da formålet med at indføre en begrænsning i de almindelige forældremyndighedsbeføjelser på dette isolerede område mere er et spørgsmål om at skaffe symmetri og en vis orden i reglerne end at løse et reelt og påtrængende praktisk problem, forekommer det ikke udvalget særlig velmotiveret endsige nødvendigt at indføre en særregel på dette område.

Kapitel 14.

Patienternes medindflydelse.

Der er god grund til at overveje, hvordan og i hvilken udstrækning både den enkelte bruger af det psykiatriske sygehussvæsen og patientsammenslutninger og handicaporganisationer som brugernes valgte repræsentanter skal kunne følge, påvirke og eventuelt også herudover være direkte medbestemmende i denne del af den offentlige sektor. Det er jo ikke alene tale om offentlig forvaltning i form af sygehusdrift og dermed arbejdspladser for personale i sundhedssektoren, men for en række patienter er de psykiatriske afdelinger igennem længere tidsrum deres eneste hjem. Af de ca. 9.500 psykiatriske sengepladser, som findes på landsplan, optages ca. halvdelen af sengepladserne af patienter, der er indlagt i mere end 1 år.

Den medindflydelse, den enkelte patient skal have, kommer allerede frem ved det grundlæggende spørgsmål om vedkommende modsætter sig selve indlæggelsen og eventuelt senere behandling, hvorved spørgsmålet om eventuel tvangsanvendelse kan blive aktuel. For så vidt angår klagesystemet bliver brugerrepræsentation i dette et spørgsmål om retsgaranti og måske navnlig om brugernes tillid til klagesystemet. Der nytter ikke og gavner i hvert fald ikke tilstrækkeligt, at træffe forskellige foranstaltninger for at skabe øget retsgaranti, hvis befolkningen ikke også stoler på, at den findes og føler sig trygge ved klagesystemet. Retsgarantier er ikke blot noget faktisk, et retssociologisk fænomen, som kan beskrives og i nogen grad måles, men tillige et psykologisk fænomen, en tillidsskabende foranstaltning, hvis værdi er afhængig af, at man også tror på, at den findes. Det er ikke mindst i denne forbindelse, at patienternes egen indflydelse spiller en rolle set med udvalgets øjne.

Patient- eller brugermedindflydelse kan forekomme i flere relationer og på forskellige planer, hvoraf de vigtigste efter udvalgets opfattelse skal omtales i dette kapitel. Det drejer

sig om den enkeltes eget samtykke, patientrådgiverens medvirken, patientråd og brugerrepræsentation i klageorganet, samt eventuelt om brug af bisidder. Sidst i dette kapitel findes et udkast til vejledende regler om patientråd.

1. Den enkelte patients samtykke.

Samtykke eller det forhold, at der ikke fremsættes protest eller indsigelse imod indlæggelse eller behandling, er afgørende for, om der er tale om frivillig indlæggelse og behandling, eller om det bliver nødvendigt at tage stilling til eventuel anvendelse af tvang.

Om grundlaget for samtykkeafgivelse henvises der til kapitel 11 om informeret samtykke.

Samtykke eller fremsættelse af indsigelse er bestemmende for, om tvangsanvendelse overhovedet kan komme på tale. Modstykket til tvangsanvendelse er patienternes frivillige medvirken til indlæggelse og behandling. De faktorer, der kan øge og forbedre samarbejdet og skabe forståelse og positiv motivation hos patienterne bør følgelig begunstiges, hvorimod de negativt virkende faktorer bør fjernes eller i hvert fald begrænses mest muligt.

Uden gode relationer til den enkelte patient øges risikoen for tvangsanvendelse til skade for behandlingsklimaet, hvilket i værste fald kan blive en ond cirkel, hvor tvang udløser aggression, og aggression udløser tvang, uden at der er nogen umiddelbar løsning på en sådan uheldig udvikling. Patientens frivillige medvirken er den optimale løsning og bliver dermed på een gang mål og middel som et led i efterlevelsen af det mindste middels princip.

2. Patientrådgiverens medvirken.

Den enkelte tvangsindlagte patient bør straks fra indlæggelsen have beskikket en personlig patientrådgiver at rådføre sig med og til bistand ved drøftelser med sygehusets læger

og andre behandlere. Om tilsynsværge eller patientrådgiver, se kapitel 10.

Der skal beskikkes en personlig patientrådgiver ved tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, og der kan herudover beskikkes en sådan rådgiver efter begæring fra patienten, når denne undergives andre tvangsforanstaltninger.

Patienten kan benytte patientrådgiveren som sit talerør, men den personlige rådgiver kan også formidle synspunkter og information fra behandlerne til patienten. Gennem patientrådgiveren får patienten om fornødent formuleret sine meninger og stillet de spørgsmål om opholdslængde, anbringelsessted og behandlingsplan og form, herunder om eventuelle bivirkninger ved en given behandling, som er afgørende for relevant stillingtagen til begæring om udskrivning og eventuelle klager over iværksat behandling. Patienten skal have lejlighed til at drøfte den behandlingsplan, der lægges for ham, med sin personlige rådgiver.

Patientrådgiverens rolle, der i vidt omfang må afhænge af den enkelte patients ønsker og behov, kan række fra at være en ren rådgiverfunktion og blot samtalepartner til opgaven som den, der må handle bedst muligt og i et vist omfang efter eget skøn på patientens vegne.

Gennem patientrådgiveren har den enkelte patient således også en vis medindflydelse på den del af den lægefaglige beslutningsproces, som direkte vedrører ham. Den personlige rådgiver er om fornødent patientens stedfortræder, i alle tilfælde hans rådgiver og samtidig tilsynsførende og som sådan den, der skal være sygehusets dårlige samvittighed, hvis der er grundlag herfor. Patientrådgiveren skal påse, at der gøres indsigelse og klages over de forhold, som med føje kan begrunde dette, også når patienten ikke selv er i stand til eller blot ikke magter at tage et sådant initiativ. Patientrådgiveren skal sætte sig i patientens sted og handle som patienten måtte antages at ville have gjort, når han som følge af sin sindssygdom undtagelsesvis måtte være forhindret i at va-

retage sine interesser.

3. Patientråd og beboermøder.

Der er en række hver for sig gode grunde til at overveje at indføre en formaliseret medindflydelse fra patienternes side ved etablering af et råd af repræsentanter valgt eller udpeget af patienterne på hver enkelt psykiatrisk afdeling:

- Medindflydelse gennem repræsentation giver medansvar for egne anliggender og modvirker dermed en passiv og opgivende holdning blandt patienterne til fordel for selvaktivering og engagement, hvilket er langt at foretrække. Arbejdet med patientråd kan virke igangsættende og dermed være direkte gavnligt for den enkelte.
- Medindflydelse gennem repræsentation kan benyttes til at påvirke udviklingen i en mere brugervenlig retning og dermed være et blandt flere mulige instrumenter, der kan fremme forbedring af forholdene på de psykiatriske afdelinger. Selvom personalet dagligt færdes ganske de samme steder og opholder sig i arbejdstiden under forhold, der svarer til dem, patienterne lever under, er der erfaringsmæssig en afgrundsdyb forskel imellem, hvordan forholdene opleves af patienter og personale. Selve den omstændighed, at patienterne er der hele døgnet, nogle i årevis eventuelt resten af livet og en mindre gruppe af patienterne endda er frihedsberøvet på hospitalet, taler i høj grad for, at det må være en menneskeret også at få medindflydelse på de forhold, hvorunder man på grund af sygdom er nødt til at leve igennem længere tid.
- Medindflydelse gennem repræsentation for brugerne, beboerne eller patienterne er efterhånden velkendt i en række andre institutioner, hvor sådanne ordninger har fungeret upåklageligt rent teknisk omend med noget skiftende effekt for så vidt angår den faktiske indflydelse. Det sidste afhænger måske mindre af hvem der vælges end af hvilken kompetence, man tillægger den gruppe, der vælges.
- Medindflydelse gennem beboermøder og patientråd giver patienterne en let adgang til at komme til orde over for sygehu-

sets personale og ledelse, hvilket ikke kan undgå at få en konfliktforebyggende virkning. Et formaliseret system sikrer, at eventuelle spørgsmål ikke forbliver ubesvarede. Rådets formelle status giver også en vis ligestilling over for ledelse og administration ved forhandlinger.

Der er efter udvalgets opfattelse god grund til at interessere sig for de forsøg, der allerede har været gjort med sådanne ordninger.

A. Hollandske erfaringer.

Udvalget har gjort sig bekendt med de erfaringer, man siden 1970 har gjort med patientråd i Holland. Her synes sådanne råd, som i begyndelsen af 1970'erne opstod spontant ved flere større sindssygehospitalet, at have vundet en vis almindelig anerkendelse, således at der nu er udfærdiget generelle regler om rådene og deres kompetence. Medens de oprindeligt kun kunne tage sig af husorden, fritidsarrangementer og forplejning, har de siden 1980 fået en egentlig rådgivende status med ret til at udtale sig om informationsmateriale til de indlagte, flytning af grupper af indlagte, nybyggeri og ombygninger, ændringer i hospitalets funktioner og nye behandlingsformer samt husorden og fritidsarrangementer. Ledelsen har pligt til at høre patientrådet og kan kun undlade at følge rådets forslag, hvis der foreligger gode og saglige grunde, som taler for dette. Patientrådene har fået et lille landsdækkende sekretariat, til hvis drift staten ligeledes siden 1980 har ydet tilskud. Der findes nu patientråd ved 38 af landets ialt 44 hospitaler for sindssyge. Patientrådene mødes en gang årligt til et landsmøde, hvor problemer af fælles interesse drøftes.

Man har i Holland bl.a. gjort den erfaring med beboerråd på psykiatriske hospitaler og institutioner, at giver man ikke beboerne indflydelse på mere væsentlige anliggender, vil selv de mest betydningsløse trivielle spørgsmål antage betydelige dimensioner og tildrage sig uforholdsmæssig megen opmærksomhed. Hvis hele din livsstil bestemmes af andre, bliver kaffens kva-

litet så væsentlig for dig, at man skulle tro, at dit liv var afhængig heraf, har Hans Wiegant bemærket. Hans Wiegant har siden 1981 været formand for sammenslutningen af de hollandske beboerråd, se Commitment And Civil Rights Of The Mentally 111 (1985) side 278-283, hvor Hans Wiegant har skrevet "Client Participation in Psychiatric Hospitals in the Netherlands."

B. Beboerindflydelse på institutioner for voksne personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap.

Socialstyrelsen har i cirkulæreskrivelse nr. 667 af 6. februar 1980 udfærdiget nærmere regler om beboerråd og beboermøder ved døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap. Der er tale om vejledende retningslinier for, hvordan beboerne kan få større medindflydelse. Cirkulæreskrivelsen, der blev udsendt samtidig med, at særforsorgen blev udlagt til amterne den 1. januar 1980, er optrykt som bilag 15.

Socialstyrelsen har i 1983-1984 foretaget en undersøgelse af, hvorledes disse regler er blevet anvendt. Undersøgelsen omfattede 470 institutionsenheder. Ved ialt 83% af institutionerne var der indført en af følgende tre ordninger:

- 235 institutioner eller 50% har indført rene beboerråd.
- 138 institutioner eller 29% har indført råd bestående af personer, der varetager beboernes interesser (forældre og andre pårørende).
- 21 institutioner eller 4 1/2% har indført blandede råd bestående af beboere og pårørende.

Ved de resterende 76 institutionsenheder eller 16 1/2% var der endnu ikke indført nogen ordning med beboerindflydelse. En række institutioner var nyoprettede, hvilket var grunden til, at man på disse endnu ikke havde fået etableret beboerråd. Socialstyrelsen er derfor af den opfattelse, at dækningsprocenten er større i dag, end da undersøgelsen blev afsluttet. Udbredelsen af rene beboerråd anses for vellykket. Tiden har nok arbejdet for ordningen, men det er ifølge socialstyrelsens opfattelse troen på, at beboerindflydelse har betydning for

beboernes udvikling, der er den væsentligste faktor.

Socialstyrelsen har i cirkulæreskrivelse af 26. november 1984 om denne undersøgelse videre udtalt:

"Erfaringerne viser, at selv om cirkulæreskrivelsen henvender sig til beboere med yderst forskellige funktionsniveauer, har det været muligt at give nogle beboere reel medindflydelse. Det er socialstyrelsens indtryk, at man på mange institutioner finder, at arbejdet i beboerrådet er et godt middel til at fremme beboernes selvstændighed.

I praksis fungerer det således - når det drejer sig om de bedst fungerende beboere - at beboerrådet høres, inden der træffes beslutning i en række spørgsmål af interesse for beboerne. Tilsvarende gælder i de beboerråd, hvor forældre/pårørende er med. I rene beboerråd for svagt fungerende beboere drejer beboerrådsmøderne sig især om administration af lommepege, indkøb af beklædning, udflugter m.v.

I de enkelte institutionsenheder gøres der i øvrigt et stort arbejde for at virkeliggøre de forskellige emner for beboerrådets medlemmer, således at de sættes i relation til dagligdagen og de ting, beboerne kender. Denne formidlingsopgave er således en fornem opgave for personalet. I praksis har det vist sig, at personalet også overfor de svagest fungerende beboere har fundet det muligt at aktivere dem omkring det daglige arbejde. Man skal derfor henlede opmærksomheden på mulighederne for, at beboerne i videre omfang søges inddraget i beboerrådsarbejdet.

Det fremgår også af praksis, at en del af beboerrådene i en række tilfælde fungerer på et niveau, således at beboerrådene ikke helt lever op til cirkulæreskrivelsens formål og indhold, medens beboerrådene efter undersøgelsen i andre tilfælde fungerer i overensstemmelse med cirkulæreskrivelsen.

Man skal derfor gøre opmærksom på, at forældre/pårørende i praksis kan inddrages til støtte for beboerrådsarbejdet, i givet fald i blandede råd. Denne mulighed bør overvejes - ikke mindst de steder, hvor beboernes tilstand ikke giver mulighed for en medindflydelse på linie med den, bedre fungerende beboere har.

Endelig skal man gøre opmærksom på, at amtsrådet efter cirku-

læreskrivelse nr. 667 kan beslutte - hvor det under hensyn til beboernes tilstand må skønnes udelukket, at et beboerråd kan fungere - at samarbejdet med de, der varetager beboernes interesser f.eks. forældre, værge, pårørende m.fl., formaliseres til et råd med funktioner svarende til et beboerråds."

Man kan herefter fastslå, at ordninger med beboerråd eller andre lignende former for medindflydelse i løbet af mindre end 5 år er blevet indført med held inden for den tidligere særforplejning i mere end 83% af alle institutioner, selvom indførelse har været frivillig. Der er næppe grund til at antage, at de mange problemer af praktisk art, der i den forbindelse har skullet overvindes på institutioner for personer med vidtgående fysisk eller psykiske handicap, har været mindre end de vil være på psykiatriske afdelinger. Når det dog er lykkedes, skyldes dette en positiv holdning til opgaven og et ønske om at aktivere og udvikle beboerne til større selvstændighed og mere ansvar for deres egen tilværelse.

C. Danske erfaringer med brugerindflydelse.

Tanken om at give brugerne/patienterne medindflydelse på deres egen tilværelse på sygehuset gennem patientråd og beboermøder er ikke ny. Det har været forsøgt flere steder her i landet. Den mest almindelige ordning, som fungerer i praksis, består i afholdelse af regelmæssige møder på hver enkelt afdeling mellem alle indlagte og personalet. Sådanne beboermøder afholdes mange steder hver uge eller hver 14. dag. Det er en ret uformel form for beboerindflydelse, som vel de fleste steder fungerer mere på ledelsens og personalets præmisser end på brugernes, men til gengæld fungerer den. Møderne bliver afholdt, og de brugere, der kan og vil, kommer også til orde.

Udvalget har kendskab til, at egentlige patientråd med valgte eller udpegede repræsentanter har været søgt etableret på Ris-skov og i Viborg, ligesom man på Set. Hans Hospital har prøvet at lade brugerne vælge et klubråd, der skulle have medindflydelse på klubhuset og dets aktiviteter.

Initiativet til etablering af patientråd blev på Risskov taget allerede i 70'erne, hvor ordningen fungerede i nogle år og senere igen i 1981. Ordningen kom også da igang, men blev efter kortere tids forløb splittet op i det oprindelige patientråd og et alternativt patientråd, hvorpå det ebbede ud i 1982, hvor rådene opløste sig selv som følge af svigtende interesse og begrænsede kræfter til at løse opgaverne.

I Viborg har ordningen derimod vist sig mere funktionsduelig. Lige siden 1975 har der eksisteret et patientråd, som dækker hele det psykiatriske sygehus. Der findes ikke formelle regler om patientrådets etablering og kompetence, ligesom rådet ikke har nogen form for vedtægter. Der synes således at være tale om en naturgroet ordning, som imidlertid har vist sig levedygtig takket være god vilje både fra hospitalets og personalets side og i kraft af patientrådets egen praktiske holdning til arbejdet.

Alle indlagte - også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte på lukkede afdelinger - har stemmeret og ret til at deltage i patientrådsmøder, som afholdes fast en gang om måneden og herudover efter behov. Indkaldelse sker skriftligt i form af en meddelelse, der uddeles til alle afdelinger og ved opslag på opslagstavler. Hvis en person på lukket afdeling ønsker at deltage tager afdelingen stilling til, om man har personale, der kan ledsage vedkommende til mødet, hvilket forekommer i praksis. Det sædvanlige antal deltagere i ordinære patientrådsmøder ligger mellem 15 og 30.

Hospitalet har stillet et kontor med inventar og telefon til rådighed for patientrådet. Kontoret er åbent hver dag fra kl. 9-11.30 for alle patienter. Hospitalet stiller også lokaler til rådighed for møder, herunder for de fællesmøder for personale og patienter, som rådet har arrangeret en række af. Ved sådanne fællesmøder har man drøftet et eller flere mere generelle problemer af særlig betydning for patienterne.

Repræsentanter for patientrådet mødes en gang hver 3. måned med den administrerende overlæge, forstanderinden og hospi-

talets administrative leder. Patientrådet har endvidere fået adgang til at deltage i samarbejdsudvalgets møder.

Patientrådet tager sig ikke kun af generelle spørgsmål, men går efter anmodning fra en patient også ind i dennes klagesag til støtte for patienten, når klagen findes at gøre dette berettiget. I en periode begyndte man i sådanne tilfælde, efter aftale med hospitalets ledelse, med en samtale mellem patienten, en repræsentant fra patientrådet og den person, der blev klaget over. Selv om denne ordning efter patientrådets opfattelse fungerede udmærket som første skridt i klageproceduren, er denne fremgangsmåde efter ønske fra hospitalets side blevet opgivet. Klagesager skal nu altid starte ved en henvendelse til forstanderinden, hvor klageren fremfører sine synspunkter med en repræsentant for patientrådet som bisidder.

Patientrådsarbejdet startede i 1975 i Viborg ved dannelse af en patientgruppe. Det var denne gruppe af indlagte, som tog initiativet, og som i de første år prægede arbejdet. En enkelt person, som har været med fra starten, er stadig den drivende kraft i arbejdet, idet det fortsat er hende, der passer kontoret og telefonen hver formiddag. Patientrådet vurderer sit hidtidige arbejde som værdifuldt navnlig for samarbejds klimaet og kommunikationen på hospitalet.

Patientrådet har udover de foran nævnte opgaver tillige virket som informator på sygeplejeskoler og i de ældste klasser i folkeskolen, når spørgsmålet om sindssyges forhold er taget op som et led i undervisningen.

Patientrådet i Viborg har naturligvis også haft problemer som følge af, at aktive deltagere i arbejdet både glider ud af dette, når de bliver raske, og når de bliver dårlige. Hidtil er det lykkedes at overvinde denne vanskelighed, men det anses for vigtigt, at der træffes foranstaltninger, som kan lette en fortsættelse af patientrådsarbejdet.

Fra Set. Hans Hospital har klublederen over for udvalget oplyst, at det i praksis har vist sig vanskeligt at få en ord-

ning med et valgt patientråd til at fungere, selv om personalet er positivt indstillet og villig til at yde støtte. Det er de mest velfungerende og aktive blandt de indlagte, der er villige til at påtage sig sådanne hverv, men de magter ikke altid at varetage alles interesser, herunder de svagestes som f.eks. de ældre kroniske patienter. Etablering af råd, afholdelse af valg og møder udløser let personlige konflikter mellem deltagerne, hvortil kommer at også de valgte svinger meget og dermed i perioder bliver ude af stand til at udføre de opgaver, som de har påtaget sig. Et etableret patientklubråd er brudt sammen en gang på Set. Hans, og i klubben er man ret pessimistisk i sin vurdering af sådanne fremtidige initiativer, selvom man er indstillet på at støtte dem. Man har i klubben i stedet indtil videre indstillet sig på at afholde et brugermøde een gang om måneden for her at diskutere husets aktiviteter. Man er ganske klar over, at sådanne møder ikke kan sidestilles med et egentligt klubråd.

De vanskeligheder, som valg af repræsentanter for en vis gruppe altid kan give og i reglen også giver, er muligvis større for sindssyge, der er indlagt på sygehus end for mange andre grupper. De indbyrdes konflikter og den jalousi, som arbejdet kan give, er formentlig ikke værre end, at det er til at leve med og bør efter udvalgets opfattelse ikke i sig selv føre til at tanken opgives.

Den udskiftning, der vil være som følge af udskrivning af patienter, og fordi nogle i kortere eller længere tid bliver ude af stand til at fungere i et patientråd som følge af deres sygdom, er en ulempe, som man bør søge at kompensere for ved en hensigtsmæssig udformning af de regler, hvorunder et patientråd skal fungere.

Hvis grundstammen i ordningen er regelmæssige møder afholdt på hver enkelt afdeling med alle de derværende beboere, må man fra gang til gang kunne udpege den eller de repræsentanter, som skal deltage i det fælles patientråd for hele sygehuset. Selv om kontinuitet i udpegningen bør tilstræbes, må den enkelte repræsentants evne til at fungere selvsagt også

indgå i beslutningen om, hvem gruppen vil sende til det forestående møde.

Det er vel ret givet, at sådanne ordninger ikke kan fungere uden en vis støtte fra personalets side. Personalet bør dog næppe have sæde i- et eventuelt patientråd, men et sådant råd kunne derimod godt have en ude fra kommende sekretær, der skal fungere som fast rådgiver og ordstyrer i patientrådet. En sådan sekretær kunne f.eks. udpeges af de i amtet værende brugerorganisationer som Sindslidendes Vel m.fl. Sekretæren vil på en gang sikre kontinuitet og en vis sagkundskab i arbejdet samt blive en garant for, at møderne bliver afholdt, referater skrevet og udsendt og sørge for, at rådets tidligere beslutninger også bliver fulgt op.

De kommunalt udpegede repræsentanter i udvalget her peget på den mulighed at overlade det til amtskommunen at stille sekretærbistand til rådighed.

D. Udvalgets overvejelser.

Det har på dette grundlag været drøftet i udvalget, hvordan man eventuelt kan give de tvangsindlagte og tvangstilbageholdte medindflydelse på de forhold, hvorunder de skal leve, når de bliver frihedsberøvet. En ordning med patientråd alene for så vidt angår de frihedsberøvede forekommer både kunstig og noget vanskelig at administrere, da det vil være forbundet med noget større praktiske vanskeligheder at etablere en patientrådsordning for denne gruppe end for de frivilligt indlagte. Det ville nok også i praksis vise sig svært at opretholde en forskelsbehandling af patienterne på dette punkt, og da en generel ordning med patientråd på psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger vil være med til at få sådanne regler: til at fungere også for de frihedsberøvede, har udvalget fundet det rigtigt at skitsere, hvordan en sådan ordning eventuelt kunne se ud. Medindflydelse gennem patientråd vil øge patienternes selvrespekt ved at give dem en mere ligeværdig status, hvilket vil have en gavnlig indflydelse på forholdet mellem personale og patienter.

Det forekommer på denne baggrund rigtigt at overveje at indføre patientråd på alle psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger.

Patientrådet bør næppe have nogen kompetence i sager vedrørende enkeltpersoners forhold, men bør alene kunne behandle generelle spørgsmål, som vedrører alle psykiatriske patienter eller grupper af disse, herunder f.eks. de patienter, som hører til en bestemt afdeling, værksted eller som får en bestemt behandling, ligesom alle spørgsmål om husorden må kunne behandles i patientrådet.

Afgrænsning af patientrådets kompetence bør drøftes nærmere, men man kan her tage udgangspunkt i forskellige modeller, som kendes fra andre institutioner som f.eks. plejehjem og beskyttede boliger, jfr. socialstyrelsens cirkulæreskrivelse nr. 667 af 6. februar 1980 om beboerråd ved døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske og psykiske handicap.

Patientrådets forhold til administrationen, den lægelige ledelse og til personalet som sådan må også indgå i overvejelserne. Man bør i den forbindelse tage stilling til, om patientrådet eventuelt skal have en repræsentant i hovedsamarbejdsudvalget på vedkommende psykiatriske sygehus.

Ud over de foran anførte argumenter for at indføre patientråd, må man ikke overse, at selve det forhold, at patienterne har adgang til at mødes mere formaliseret og til at komme til orde igennem de af dem selv valgte repræsentanter tillige vil virke som en kontrolinstans, hvis største effekt meget vel kan vise sig at være af rent forebyggende art. Når alle på hospitalet ved, at patienterne har en relativt let og direkte adgang til at ytre sig om de generelle forhold, vil dette uvægerligt indgå ikke blot i alle beslutningstagernes, men også i hele personalets bevidsthed og derigennem påvirke holdninger, adfærd og afgørelser. Patienterne vil herudover på patientmøder og i patientrådet selv kunne tage initiativ til eller støtte generelle klager og dermed være med til at ændre

uheldige eller kritisable forhold, inden de får karakter af misbrug og skandale, hvilket i sig selv er særdeles væsentligt. Den forebyggelse og den støtte af de generelle klager, som patientrådet kan yde, er en del af retsgarantien for den enkelte patient.

Udvalget foreslår derfor, at der indføres patientråd på de psykiatriske sygehuse og afdelinger, idet udvalget anbefaler, at dette i så fald sker efter de vejledende regler, der er gengivet i slutningen af dette kapitel.

Udvalget vil endvidere foreslå, at der indføres en generel ordning, hvorefter man på alle psykiatriske afdelinger pligtmæssigt hver 14. dag afholder et møde, hvortil alle, der er indlagt på afdelingen indbydes, for at man der frit kan drøfte spørgsmål vedrørende husorden, fritidstilbud, forplejning m.v. En regel om sådanne patientmøder kan udformes som foreslået i § 2 i udkast til vejledende regler om patientråd.

4. Patient- eller brugerrepræsentation i klageorganet.

Hvis man vil søge at skabe øget tillid til et klageorgans sagsbehandling og særlig til uvildigheden af denne, kan man træffe forskellige former for foranstaltninger, der tjener dette formål. Sagsbehandlingsregler som f.eks. pligt til at høre begge parter, fuld aktindsigt, begrundelsespligt, regler om inhabilitet, adgang til kontradiktion eventuelt med personligt foretræde og fri adgang til appel virker alle i den retning. Enkle og klare klageregler, adgang til at benytte rådgiver, samt domstolskontrol med forvaltningens sagsbehandling, advokatbeskikkelse og fri proces opleves også som tillidsskabende.

Men det er ikke blot de regler, hvorefter sagerne behandles, der spiller en rolle for den respekt, der står om et vist klageorgans arbejde. Selve klageorganets sammensætning er helt central. Hvis fagfolks måde at gøre tingene på udelukkende bliver vurderet af deres egne fagfæller, er det antagelig i dag en udbredt opfattelse, at det ikke giver sikkerhed for,

at man nu også i alle sager får foretaget en fuldstændig og helt upartisk efterprøvelse. Det gælder formentlig i lige høj grad ved klager over håndværkere, brugtvognsforhandlere, ejendomsrådgivere og advokater som ved klager over læger. Uanset om denne form for mistillid i det enkelte tilfælde er mere eller mindre velbegrundet, er det en kendsgerning, at den findes, og at man derfor også bør tage hensyn til den.

Det er næppe heller tilstrækkeligt at udstyre et klageorgan, der sammensættes kollegialt, med en uvildig formand i form af en udenforstående tillidsvækkende person, f.eks. en dommer eller en statsamtmand, der udpeges af vedkommende minister.

Tendensen går klart i retning af at lade ikke blot eksperter udefra deltage i bedømmelsen sammen med fagets egne folk under forsæde af en uvildig formand, men tillige i retning af, at lade klagerne selv blive repræsenteret i klageorganet ved personer udpeget af de potentielle klageres egne organisationer eventuelt sammen med en politisk repræsentation i form af folkevalgte medlemmer.

Som et nyere eksempel herpå kan man nævne advokatnævnet, som ved lov nr. 277 af 9. juni 1982 om ændring af retsplejeloven fik sin nuværende sammensætning, jfr. retsplejelovens § 144. Medens advokaterne indtil da havde haft såkaldt selvdømme, hvor det alene var advokatmyndighederne, der førte tilsyn med advokatkollegerne og afgjorde, om en advokat havde handlet i strid med de pligter, der påhviler ham som advokat, og om han havde taget for meget i salær eller forset sig imod reglerne for god advokatskik, er dette nu henlagt i anden instans til advokatnævnet. Advokatnævnets formand og dets 2 næstformænd skal være dommere. Af de øvrige 15 medlemmer er 9 advokater, medens de andre 6, der udpeges af justitsministeren, ikke må være advokater. Advokatnævnets afgørelser kan indbringes for domstolene.

Der var snarere mistilliden i forbrugerkredse end konkret kritik af advokaternes selvdømme, der førte til en ændret sam-

mensætning af advokatnævnet.

Debatten om politiets lokalnavn er et eksempel på, at det selv med et flertal af folkevalgte, en borgmester som formand og repræsentation ude fra i form af en advokat udpeget af advokatrådet, ikke er lykkedes at få en jævnlige ytret mistillid til lokalnævnenes sagsbehandling bragt til ophør.

For så vidt angår klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, som er det centrale område for de klager, som udvalget skal fastsætte sagsbehandlingsregler for, er der i patientkredse megen utilfredshed med det nuværende system. Som forholdene er nu, vil de lægelige vurderinger i praksis kun i et vist omfang kunne efterprøves af justitsministeriet og domstolene. Der er ifølge kritikernes opfattelse tale om en art lægeligt selvdømme, selv om dette udøves af retslægerrådet med hele den autoritet, integritet og garanti, som dette indebærer.

Der er næppe noget andet fyldestgørende svar på den form for kritik end, at der ikke er noget at skjule i sagsbehandlingen, og at kredsene af potentielle klagere derfor gennem repræsentation i klageorganet er velkomne til selv at konstatere dette.

Et kollegialt sammensat klageorgan bør derfor udover juridisk og lægelig sagkundskab også indeholde en repræsentant udpeget af de sindslidendes egne organisationer, hvis man vil tillægge den foranførte argumentation vægt.

5. Bisidderordning.

Selv om tvangsindlagte og tvangstilbageholdte får beskikket en personlig patientrådgiver, kan man meget vel forestille sig situationer, hvor der kan opstå et ønske hos den enkelte patient om at have en anden patient eller et familiemedlem som sin bisidder ved visse drøftelser og i visse klagesituationer, navnlig hvis der er tale om helt eller delvis mundtlig forhandling med personligt foretræde for klageorganet el-

ler personligt fremmøde i retten.

Udvalget har drøftet denne mulighed, og selv om der ikke endnu i praksis er påvist noget større behov for at etablere en sådan ordning, har udvalget fundet det naturligt at skitsere, hvordan en bisidderordning eventuelt kunne udformes.

En eventuel bisidderordning kan ikke træde i stedet for adgangen til at beskikke patientrådgiver, men kan i givet fald kun være et supplement, som alene anvendes, når der fremsættes udtrykkelig anmodning herom.

Det vil formentlig være hensigtsmæssigt at præcisere, hvem der i givet fald kan optræde som bisiddere. Hvis man overlader dette til praksis, vil man meget hurtigt stå i en situation, hvor der fremsættes ønske om at benytte en medpatient fra samme afdeling eller hospitalsafsnit som bisidder med de deraf følgende vanskelige overvejelser af, om dette er tilrådeligt.

Bisiddere bør snarere hentes fra en bisidderliste, som vedkommende organisation, f.eks. Landsforeningen Sindslidendes Vel eller andre tilsvarende brugerorganisationer, har opstillet på forhånd. Man sikrer sig formentlig også herved bedst, at bisidderne kender deres opgave og holder sig inden for rammerne af den kompetence, bisidderen har, ikke som klagerens advokat eller talsmand, men som hans rådgiver under forhandlingerne.

Bisidderen bør formentlig kunne stille spørgsmål om og komme med forslag til sagens formelle behandling - rækkefølge, varighed, herunder afbrydelse af forhandlingerne for at klageren kan få lejlighed til at rådføre sig med bisidderen - samt have adgang til at stille opklarende spørgsmål om sagens realitet, dels til klageren, dels til den der leder forhandlingerne.

En eventuel regel om bisidderordning kunne f.eks. formuleres således:

"Klageren er berettiget til at give møde sammen med sin personlige patientrådgiver, men kan efter begæring i stedet møde med en af klageren i hvert enkelt tilfælde valgt bisidder.

Som bisidder kan kun anvendes en person, som står på en liste over bisiddere udfærdiget af en af amtskommunen godkendt patientorganisation."

Hvis ikke bisiddere skal hentes udefra, hvilket man formentlig bør foretrække, må bisiddere udpeges i hvert enkelt tilfælde blandt medlemmer af patientrådet. Dette kan muligvis fungere ved de store psykiatriske sygehuse, men derimod vanskeligt på sygehuse med kun nogle få psykiatriske afdelinger.

Der er imidlertid efter udvalgets opfattelse næppe behov for at indføre en sådan bisidderordning. Hvis patientrådgiverordningen gennemføres i den form, som udvalget går ind for, jfr. kapitel 10, er det mest naturligt, at det er patientrådgiveren, der udfører de opgaver, der her er skitseret som bisidderens og dermed opfylder også dette behov. Hvis man samtidig skal operere både med en patientrådgiver og en bisidder, opstår der let tvivl om, hvilke opgaver de hver for sig har. Patientrådgiveren vil ikke være i stand til på forsvarlig vis at løse sine opgaver, hvis ikke han kan være til stede i alle de situationer, hvor en patient kunne tænkes at ville benytte en bisidder. Hvis valg af bisidder er udtryk for manglende tillid til patientrådgiveren, bør dette ikke søges kompenseret ved i visse situationer at kunne benytte sig af en bisidder, men ved at rejse spørgsmålet om at få en anden patientrådgiver beskikket. Kan mistilliden ikke begrunde dette, er den næppe af en sådan art og vægt, at den bør tillægges betydning.

Det er herefter udvalgets indstilling, at der ikke bør indføres en bisidderordning.

Hvis man vil tillægge det betydning, at andre end den enkelte klager selv og dennes patientrådgiver bliver bekendt med, hvorledes konkrete klagesager forløber, fordi disse sager også

kan sige noget om generelle problemer på et psykiatrisk sygehus eller en bestemt afdeling på dette, måtte det blive et spørgsmål om eventuelt at inddrage patientrådet i de konkrete klagesager. Dette vil imidlertid rejse så mange vanskelige retlige og praktiske problemer, at udvalget ikke kan anbefale, at man tager dette spørgsmål op på nuværende tidspunkt. Dette bør i givet fald ikke ske, før man har indvundet praktiske erfaringer med etablering af patientråd og har fået såvel disse som patientmøder på afdelingerne til at fungere i praksis.

Udkast til vejledende regler om patientråd.§ 1 Patientråd.

1. Patientrådet vælges af og blandt patienter på sygehuset. Hver afdeling vælger for 1 måned ad gangen sin repræsentant til patientrådet. Når et medlem af patientrådet udskrives eller af andre grunde forlader sygehuset, ophører hans medlemskab af patientrådet. Der afholdes herefter valg på afdelingens førstkommande patientmøde. Afdelingens leder påser, at valg afholdes. Det påhviler sygehusets administration at yde patientrådet fornøden vejledning og assistance, herunder ved at stille lokaler og kontorhold til rådighed.

Patientrådet vælger selv sin formand og næstformand.

Patientrådet eller dets formand kan anmode enhver, der har med sygehusets drift og ledelse at gøre, om at deltage i rådets drøftelser vedrørende et bestemt punkt på dagsordenen.

Patientrådet træffer om fornødent sine afgørelser ved simpel flertalsbeslutning. Hver repræsentant har én stemme.

Patientrådet afholder møde, så ofte rådet finder det fornødent.

Ordinært møde afholdes én gang om måneden.

løvrigt fastsætter patientrådet selv sin forretningsorden.

2. Patientrådet har medindflydelse på følgende spørgsmål, som rådet skal have lejlighed til at udtale sig om, inden der træffes beslutning.

- a) Retningslinier for det almindelige omsorgsarbejde og pleje af patienterne, herunder for terapi og beskæftigelse og husordenen på de enkelte afdelinger.

- b) Sygehusets budget.
- c) Administration af de midler, der er afsat til beklædning, fritidsbefordring og aktiviteter som sport, foredrag, film, koncerter, udflugter samt anden form for underholdning.
- d) Administration af de midler, der er afsat til patienternes uddannelse, oplæring, motion og biblioteksbetjening.
- e) Planer og funktionsbeskrivelser og lignende for nye bygninger på sygehuset eller ombygning eller tilbygninger til dette, lokaleindretning, større inventaranskaffelser, herunder anskaffelse af nye typer af inventar, samt alle andre ændringer i sygehusets funktioner, som berører patienterne eller grupper af disse direkte.
- f) Udarbejdelse af kostplan.
- g) Almindelige retningslinier for besøg, både for så vidt angår besøg til den enkelte patient og besøg, som aflægges af gæster, der ønsker at bese sygehuset som sådan.
- h) Ansættelse af personalegrupper eller omlægning af personalepolitikken og ændringer i personalenormeringen.
- i) Omlægning af patientsammensætningen som følge af ændret visitation.
- j) Generelle spørgsmål vedrørende beskikkelse af patientrådgivere og udøvelse af disses arbejde.
- k) De regler der fastsættes for hele sygehuset eller for hver enkelt afdeling om afholdelse af patientmøder.

Patientrådet kan endvidere på eget initiativ eller ved høring fra sygehusadministrationens side afgive udtalelse om klager, som vedrører forholdene på sygehuset som sådan eller på en bestemt afdeling, når klagen ikke kun vedrører en enkelt patient. Før en sådan udtalelse afgives, skal administrationen

og en repræsentant for hver af de berørte personalegrupper have lejlighed til at udtale sig over for patientrådet.

Patientrådet kan altid anmode om en drøftelse med sygehusets administrative, lægelige og/eller sygeplejemæssige ledelse af et bestemt spørgsmål. Til en sådan drøftelse kan patientrådet også invitere repræsentanter for den eller de berørte personalegrupper.

Det påhviler sygehusets administrative ledelse at holde formanden for patientrådet orienteret om sager, som er omfattet af den pligtmæssige høring, jfr. pkt. a-k. Når patientrådet har udtalt sig om en sag, skal denne udtalelse stedse følge sagen, herunder ved dennes forelæggelse for højere myndighed.

3. De med patientrådets virksomhed forbundne udgifter betales af sygehuset.

Det administrative arbejde med forberedelse af patientrådets møder, udarbejdelse af mødereferater og anden sekretariatsbistand ydes af rådets sekretær. Sekretæren udpeges for 4 år ad gangen efter hvert amtsrådsvalg af amtsrådet efter indstilling fra Sindslidendes Vel og eventuelle andre organisationer af nuværende og tidligere psykiatriske patienter i amtet. Hvervet som sekretær er ulønnet, men alle omkostninger til kontorhold, telefon, transport m.v. betales af sygehuset.

§ 2 Patientmøder.

1. På sygehuse, hvor der findes psykiatriske afdelinger for voksne og børn og unge over 12 år, afholdes hver 14. dag patientmøde på hver enkelt afdeling. Afdelingens leder påser, at der afholdes patientmøde efter nærmere af lederen og afdelingens personale i samarbejde med patienterne fastsatte regler.

Afdelingens leder yder patienterne fornøden vejledning og assistance, således at patientmødet kan fungere. Lederen påser, at medarbejderne overværer mødet, dels når en patient anmoder

herom, dels på lukkede afdelinger når lederen skønner, at dette er nødvendigt.

2. På patientmøder afholdes der valg til patientrådet, og patienterne kan her drøfte de samme spørgsmål, som er omfattet af patientrådets kompetence, og i det hele gennem sin repræsentant og via mødereferater følge arbejdet i patientrådet.

Udtalelser, som er vedtaget på et patientmøde, skal af afdelingens repræsentant forelægges for patientrådet til videre behandling.

3. På patientmøder drøftes alle anliggender vedrørende afdelingens patienter, bortset fra klager vedrørende enkeltpersoner.

§ 3.

Disse regler træder i kraft den

Eventuelle tvivlsspørgsmål vedrørende disse bestemmelser forståelse og fortolkning kan forelægges for

Kapitel 15.

Patientrettigheder.

1. Indledning.

Når man drøfter sindssyges retsstilling og retsgarantier i forbindelse med tvangsudøvelse over for sindssyge, er der en tilbøjelighed til ikke blot at tage udgangspunkt i, men også ensidigt at fokusere på negative retspositioner og på grundlag heraf opstille garantier mod misbrug og overgreb, fastsætte frister og formulere klageregler m.v. Dette er utvivlsomt også vigtigt og nødvendigt, men det må ikke medføre, at man overser, at der også er en anden metode, som med fordel kan bringes i anvendelse, hvis man vil søge at skabe gode og menneskeværdige forhold for sindssyge, som undergives tvangsforanstaltninger.

Frihed for misbrug og nedværdigende behandling er en minimumsstandard, som ikke siger ret meget om, hvordan det iøvrigt er at være tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller at blive undergivet tvangsbehandling. Man bør være opmærksom på, at gode klageregler og ordentlig efterprøvelse af de klager, der indgives, er formelle regler, som ikke beskriver, hvad det faktisk nytter at klage over. Det er derfor vigtigt også at drøfte, hvad klageorganet bør være kompetent til at tage stilling **til**.

Bedre retsgarantier for de sindssyge forudsætter, at de har nogle rettigheder, som det er værd at garantere ud over de helt elementære som frihed for uberettiget frihedsberøvelse, uberettiget eller overdreven magtanvendelse og -ubegrundet eller fejlagtig tvangsbehandling.

Ganske som man har opstillet menneskerettigheder som retlige minimumsstandarder til beskyttelse af alle menneskers grundlæggende retspositioner, har udvalget ment at burde undersøge, om det er muligt at opstille et katalog over patientrettigheder gældende for alle sindssyge, der undergives tvangsforanstaltninger.

Man kan naturligvis diskutere, hvor langt man bør gå i retning af at opstille sådanne patientrettigheder, men dels er en drøftelse af disse nyttig, fordi man derigennem opnår en konkretisering af en række af de relationer, hvori tvang inden for psykiatrien stiller de mennesker, der undergives en sådan behandling, fundamentalt anderledes end alle andre patienter, dels vil en stillingtagen til de enkelte rettigheder, man kan overveje at tillægge de tvangsansatte, gøre det klart, hvilken standard dansk sindssygeforsorg har og fremtidig bør have.

Med al respekt for økonomiske rammer og ressourceforbrug har der i udvalget været enighed om, at spørgsmålet om patientrettigheder i hvert fald bør drøftes, ligesom man må overveje at opstille et katalog over sådanne rettigheder. I det omfang der ikke måtte kunne opnås enighed om straks at indføre en eller flere af de nedenfor opstillede patientrettigheder som en generel minimumsstandard, kan de dog tjene som en målsætning, som dansk psykiatrisk sygehusvæsen kan arbejde henimod at opfylde, eventuelt gennem opstilling af handlingsprogrammer, som skal sikre virkeliggørelse inden for visse tidsterminer.

Hvis man ikke tager en sådan debat, forsømmer man en nærliggende mulighed for at gøre det klart for enhver, hvad det er vi gør mod de af vore medborgere, som bliver undergivet en eller flere tvangsforanstaltninger som et led i behandlingen som sindssyg.

Når vi tillader os at antage, at frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse mod syge mennesker ikke kan undværes inden for psykiatrien, kan denne manifesterede form for formynderi i hvert fald kun forsvares rent etisk, hvis vi dog sikrer os, at tvangsudøvelsen ikke blot er begrænset til et absolut minimum, men også at der iøvrigt på alle andre områder ydes især disse mennesker en sygehusstandard, der er hævet over om ikke enhver kritik så dog over kritik på de nedenstående områder, hvor udvalget har skønnet, at der er tale om rettigheder, som enhver sindssyg person, der undergives tvangsforanstaltninger, bør kunne fordrer opfyldt.

Klager over tvangsanvendelsen bør vedrøre spørgsmålet, om de materielle, herunder lægelige, betingelser for tvangsanvendelse har været opfyldt, om man har fulgt foreskrevne procedurer og sagsbehandlingsregler, samt om der i den forbindelse er udvist korrekt adfærd af personalet, men bør derimod ikke udløses af, at patienter føler sig anbragt under så ringe ydre forhold, at de allerede af den grund vil modsætte sig indlæggelse, fortsat ophold eller behandling. Det tætte påtvungne fællesskab næsten uden nogen form for privatliv, som hospitalsanbringelse medfører, er i sig selv en så alvorlig menneskelig belastning, at det nødvendigvis må udløse protest, medmindre patienten er særlig motiveret for at opholde sig på afdelingen. Medens dette normalt vil være tilfældet ved frivillig indlæggelse f.eks. på somatiske afdelinger, vil noget tilsvarende netop ikke gælde under tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

En virkelig god, høj sygehusstandard på psykiatriske afdelinger vil have stor betydning for hele klimaet på afdelingerne, for behandlingsmulighederne, for holdningen hos personalet og derigennem selvsagt også for de patienter, der undergives en eller anden form for tvang under deres behandling i det psykiatriske sygehusvæsen.

Den afgørende grund til at give sindssyge, over for hvem der anvendes tvang, visse rettigheder er imidlertid ønsket om at give en vis kompensation for den frihedsberøvelse og anden form for tvang, som disse mennesker undergives. Hvis den standardforbedring, som dette måtte medføre på lukkede afdelinger fører til, at ikke frihedsberøvede, som befinder sig på samme sengeafsnit, også kommer til at nyde godt heraf, er det en konsekvens, som der ikke er nogen grund til at beklage.

Der er således efter udvalgets opfattelse god grund til at prøve at opstille et katalog over de særlige rettigheder, som sindssyge, der undergives tvangsforanstaltninger, bør have ud over de egentlige retlige garantier, som behandles andre steder i denne betænkning. Opregningen i det følgende er ikke udtømmende, men angiver de områder, hvor der efter udvalgets opfattel-

se, som forholdene er i dag, navnlig er behov for at stille frihedsberøvede sindssyge bedre, end de er nu.

2. De enkelte patientrettigheder.

Det synes nærliggende at pege på følgende områder og forhold, hvor dansk sygehusstandard inden for det psykiatriske hospitalsvæsen fortjener øget opmærksomhed og nøje vurdering, når man betænker, at det er de vilkår, hvorunder frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse foregår.

A. Tilbud om fast vagt til alle bæltefikserede.

Ingen patient bør fikseres, uden at der samtidig sikres patienten ret til en fast vagt, navnlig fordi en fast vagt vil kunne virke beroligende på patienten, som ofte vil være meget oprevet, når der foretages fiksering. Det traumatiske ved tvangsindgrebet kan derved søges lindret. Den faste vagt vil også sikre den fikserede patient mod risiko for eventuelle overgreb eller gener fra medpatienter, hvilket i hvert fald på visse lukkede afdelinger kan være nødvendigt. Det er ikke en menneskelig acceptabel løsning at anbringe den bæltefikserede i et aflåst eneværelse. I den svenske betænkning Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984:64, side 248-249 foreskrives det, at patienter, der isoleres ikke må lades alene. Utilstrækkelige personalemæssige ressourcer må ikke medføre, at nogen patient holdes fastspændt længere end absolut nødvendigt.

Man kan heller ikke ganske se bort fra, at anvendelse af fast vagt vil begrænse den tid, hvori de enkelte patienter vil forblive bæltefikserede, ligesom anvendelse af faste vagter måske tillige vil have en vis forebyggende virkning, således at bæltefiksering vil blive begrænset til tilfælde, hvor der virkelig ikke er nogen anden udvej.

Patienten skal have ret til fast vagt, men heri ligger også en mulighed for at sige nej til dette tilbud. Nogle patienter må antages at ville foretrække at blive fri for den faste vagt og skal selvsagt i så fald på den ene side ikke påtvinges kon-

stant overvågning fra personalets side, men må på den anden side affinde sig med det tilsyn, som det af pleje- og sikkerhedsmæssige årsager er nødvendigt at undergive bæltefikserede patienter, for at der skal være tale om forsvarlig behandling.

Fast vagt betyder her ikke, at der til stadighed skal sidde sygeplejepersonale ved den bæltefikseredes seng, men at den fikserede ikke lades alene, idet patienten bør være under stadig opsyn af personalet, jfr. lovudkastets § 15, stk. 3. Det personale, der skal til for at opfylde det her omhandlede krav, bør ikke tages fra andre psykiatriske afdelinger. Den standardforbedring, som tilsigtes indført ved § 15, stk. 3, bør ikke modsvares af en tilsvarende forringelse i andre dele af det psykiatriske sygehusvæsen.

B. Ret til enestue.

Mange som indlægges på psykiatrisk sygehusafdeling har utvivlsomt i perioder behov for at kunne trække sig tilbage fra fællesskabet på afdelingen og derved opnå ro og privatliv. Da man ikke under de nuværende bygningsmæssige forhold kan opfylde et sådant ønske for andet end et fåtals vedkommende, kunne man måske i stedet opstille en regel om, at frihedsberøvede patienters ønske om enestue i videst muligt omfang skal efterkommes, og en målsætning hvorefter mindst 50% af sengepladserne på lukkede afdelinger bør være enestuer, inden der er gået f.eks. 5 år.

På længere sigt må det være målet at skaffe tilbud om enestue til alle. Det bør ved alle kommende ombygninger indgå som en vigtig del af målsætningen at få etableret et større antal enestuer på vore psykiatriske afdelinger. Selv om udvalget ikke er i tvivl om, at man på alle landets psykiatriske sygehuse meget nøje prioriterer, hvem der i dag bør tildeles enestue og herved navnlig lægger vægt på patientens akutte tilstand og behov for ro, bør det at få enestue også være noget, som patienten selv kan begære. I tilfælde af afslag bør patienten have ret til at indbringe afgørelsen for klageorganet, som ved sit skøn må lægge vægt på pladsforhold og behov, men tillige

have kompetence til at tilbyde patienten overflytning til et andet sygehus, hvor det vil være muligt at tilbyde ophold på enestue, eventuelt i et andet amt.

C. Opholdsrum.

Alle lukkede afdelinger bør have flere opholdsrum for patienterne, således at der er mulighed for at foretage kønsopdeling, hvis afdelingens ledelse anser dette for hensigtsmæssigt, og således at mindst et opholdsrum er røgfrigt.

Kun hvis en lukket afdeling har flere dagopholdsrum, får en patient uden enestue mulighed for at unddrage sig fællesskab med en eller flere patienter, som han ikke ønsker at være sammen med. Ophold på afdelingens gang er selvsagt en mulighed, men denne udnyttes i forvejen af alle, der har svært ved at sidde stille, hvilket i forbindelse med afdelingens øvrige liv og arbejde i hvert fald ikke giver nogen ro til dem, der henvises til gangen som opholdssted.

D. Beskæftigelse og undervisning.

Alle frihedsberøvede patienter bør have tilbud om beskæftigelse og undervisning efter eget valg 5 dage om ugen og ret til ophold i frisk luft og tilbud om motionsgymnastik hver dag.

Det må anses for ønskeligt, at der alle hverdage gives et sådant tilbud til patienterne, at der med respekt af behandlingsaktiviteter, som selvsagt må have førsteprioritet, er beskæftigelse til patienterne i terapi, med undervisning eller motionsgymnastik nogle timer hver formiddag og eftermiddag, hvilket i forbindelse med adgangen til udendørsophold mindst 1 time om dagen vil give aktivitetsmulighed i et passende tidsrum hver dag.

Beskæftigelses- og undervisningstilbuddet skal have et omfang og være af en sådan art, at det giver et rimeligt indhold i hverdagen. Tilbuddene bør iøvrigt tilpasses den enkeltes evner og muligheder for at udnytte dem.

E. Besøg på afdelingen og uden for denne.

Alle frihedsberøvede bør have adgang til regelmæssigt at modtage besøg i separat besøgslokale, medmindre hensynet til den besøgendes eller patientens sikkerhed derved bringes i alvorlig fare. Besøgslokalet bør ikke være fælles for flere patienter på én gang, men bør have karakter af enestue af hensyn til patientens privatliv.

Der bør kunne gives frihedsberøvede sindssyge adgang til ledsaget udgang fra en lukket afdeling, når hensynet til patientens egen eller andres sikkerhed ikke udelukker dette. Ledsaget udgang imødekommer ud over rent praktiske og menneskelige behov hos patienten for midlertidigt at komme ud fra afdelingen et behov hos behandlerne for at se, hvordan patienten klarer sig uden for afdelingens lukkede miljø. God kontakt med det miljø, patienten kommer fra, er af afgørende betydning, hvis det er dette, patienten skal vende tilbage til. Institutionsopholdet må ikke afbryde forbindelsen med omverdenen i videre omfang end strengt nødvendigt, da udskrivning ellers risikerer at blive yderligere vanskeliggjort. Udgang kan også efter overlægens skøn gives som uledsaget udgang, f.eks. som terrænfrihed eller som udgang med henblik på besøg i hjemmet eller hos familie m. v.

F. Flytning.

Ingen frihedsberøvet bør overføres til en anden lukket afdeling mod sin vilje, medmindre der foreligger grunde af lægelig eller administrativ art, som gør en sådan flytning nødvendig. Patienten skal forud for afgørelsen have lejlighed til at udtale sig og bør have et rimeligt varsel - så langt som forholdene tillader. Om sygehusets adgang til at flytte patienterne se kapitel 9, afsnit 8 D.

Selv om tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter netop som følge af frihedsberøvelsen har mistet deres ret til selv at vælge opholdssted, bør de dog ikke ubetinget fratages enhver

indflydelse på, hvor de skal være. Patienten bør have adgang til at begære sig overført til et andet lukket sengeafsnit.

Visitation af frihedsberøvede patienter bør foregå på en hensynsfuld måde, herunder således at tvangsindlæggelse ikke kommer til at foregå på et psykiatrisk sygehus, der ligger uforholdsmæssigt og unødigt langt fra patientens hjemsted.

Det vil i den forbindelse være ønskeligt at give den indlæggende læge adgang til at vælge imellem at indlægge på flere forskellige psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger. Hvis en sådan mulighed består, vil tvangsindlæggelse undertiden vise sig overflødig, fordi patientens indsigelse navnlig går ud på, at han ikke ønsker at blive genindlagt der, hvor han var indlagt sidste gang. Såvel den indlæggende læge som patienten kan med føje ønske, at behandling skal foregå et nyt sted. Det er også af den grund vigtigt, at alle amtskommuner råder over psykiatriske afdelinger med differentierede behandlingstilbud. Hvis dette ikke er tilfældet, bør amtskommunen tage konsekvensen og visitere til andre amters sygehuse, når der fremsættes en rimelig begrundet anmodning herom.

Ved flytning fra et psykiatrisk sygehus eller fra en afdeling til et andet psykiatrisk sengeafsnit inden for samme amt, bør kravene for at imødekomme patientens egen begæring om overførsel næppe være særlig strenge. Udgangspunktet bør være, at patienten kan begære sig flyttet, og en sådan begæring kan kun nægtes imødekommet, hvis sygehuset kan antagelig gøre, at kravet ikke er rimeligt.

Begærer en patient sig derimod overført til et psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling i et andet amt må det påhvile patienten selv at begrunde og sandsynliggøre, at der er særlig gode grunde navnlig af behandlingsmæssig art, der taler for at imødekomme hans begæring, idet begæringen ellers kan afslås.

Der er navnlig to typer af hensyn, der bør tillægges betydning ved behandlingen af en patients begæring om at blive flyttet til en anden afdeling. Det ene hensyn er det negative, at pa-

tienten tidligere har været indlagt på den afdeling, hvor han nu er genindlagt, og under den tidligere indlæggelse kom i et alvorligt modsætningsforhold til afdelingens personale. For ikke at starte med mistillid kan flytning eventuelt være indiceret afhængig af, hvad der er foregået under den tidligere indlæggelse. Det andet hensyn, som navnlig må anses for væsentligt, er spørgsmålet om, hvorvidt den afdeling patienten nu er indlagt på, yder et relevant behandlingstilbud, hvilket bør vurderes helt konkret i relation til den enkelte patient. Patientens egen begrundede opfattelse af, hvilken form for behandling han ønsker at deltage i, må indgå som et led i denne vurdering.

G. Medansvar.

Også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte skal have tilbud om at deltage i beboermøder med afdelingens personale, hvor alle spørgsmål, der vedrører husorden, kost, beskæftigelse, undervisning, motion og besøgsforhold regelmæssigt gøres til genstand for forhandling med patienterne ud fra en målsætning, hvorefter størst mulig medindflydelse og medansvar bør søges overladt til de enkelte patienter.

Hvis der etableres patientråd, bør også de frihedsberøvede søges medinddraget i dette arbejde. Om patienternes medindflydelse, se i det hele kapitel 14.

H. Andre patientrettigheder.

Opregningen af patientrettigheder er ikke udtømmende. Som eksempel på et fremskridt kan man nævne muligheden for at lade indlæggelse foregå gennem et receptionslokale, hvor patienten og dennes eventuelle ledsager modtages af personalet uden for lukket afdeling, således at betingelserne for tvangsindlæggelse bliver kontrolleret, inden selve frihedsberøvelsen fysisk iværksættes ved at føre patienten ind på en lukket afdeling.

3. Udvalgets konklusion.

Der har i udvalget været enighed om, at det kan være nyttigt at opstille patientrettigheder som en angivelse af en minimumsstandard for de forhold, hvorunder mennesker, der undergives frihedsberøvelse som et led i en tvangsmæssig behandling af deres sindssygdom, nødsages til at leve.

Der har derimod været nogen tvivl blandt udvalgets medlemmer både om, hvor detaljeret man bør forsøge at udforme disse rettigheder, og om hvilke konsekvenser det bør have, hvis det konstateres, at en patients ret på et af de foran anførte områder ikke er blevet opfyldt.

Detaljeringsgraden hænger nøje sammen med, hvor langt man mener, at man bør gå og med held antager, at man kan påvirke amtskommunerne til at forbedre den psykiatriske sygehusstandard på dette område. Hvis meget detaljerede regler vedtages, vil deres overholdelse kræve betydelige og omgående investeringer af amtskommunerne, hvilket for så vidt ville være ønskeligt, men beslutning herom er en sundhedspolitisk afgørelse, der bør træffes af de ansvarlige politikere ud fra en mere overordnet synsvinkel, end det påhviler dette udvalg at anlægge.

Udvalget har ud fra disse betragtninger ment, at det er mere hensigtsmæssigt at opstille patientrettigheder som en målsætning, som det påhviler amtskommunerne at søge at realisere snarest muligt. Det påhviler selvsagt også amtets sygehusforvaltning, hver enkelt sygehusadministration, vedkommende overlæge og hele afdelingens personale at gøre, hvad man kan inden for eksisterende rammer og med alle de til rådighed stående midler for at søge at opfylde patientrettighederne.

Inden for den tidligere åndssvageforsorg lykkedes det over en forholdsvis kort årrække at ændre særdeles ringe og lidet menneskeværdige forhold til en standard, som er væsentligt bedre, ligesom mange afdelinger, der tidligere var særdeles lukkede, nu er helt åbne og meget lidt prægede af tvang. Dette fremhæ-

ves her, ikke fordi der er nogen særlig slående lighed mellem de persongrupper, der findes og fandtes på henholdsvis institutioner for personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap og på vore psykiatriske sygehuse, men for at vise, at vel kræver det en ganske betydelig indsats at ændre forholdene til en bedre standard, men det kan gøres og er for nylig gjort for en anden minoritetsgruppe. De to gruppers mangel på status, deres udækkede behov og den relative ubemærkethed, de længe har levet under, tåler derimod udmærket sammenligning.

Når patientrettigheder opstilles som mål, bliver det imidlertid samtidig vanskeligere at fastslå, hvilke retlige og faktiske konsekvenser en ikke-opfyldelse skal medføre. Det er næppe realistisk at forestille sig, at man ved et administrativt klageorgan eller ved domstolene skulle tilpligte en amtskommune at foretage ombygninger eller tilføre en afdeling mere personale af nærmere specificeret art og omfang. En sådan form for hensigtsmæssighedskontrol med forvaltningen kan domstolene i hvert fald ikke forventes at ville udøve.

Det retsmiddel der kan komme på tale er næppe heller, at ikke-opfyldelse af patientrettigheder skal føre til ophævelse af frihedsberøvelse eller andre former for tvangsforanstaltninger. Når en patient er tvangstilbageholdt, f.eks. som farlig for sig selv eller andre, savner det mening at lade en sådan patient forlade lukket afdeling, fordi der ikke kan skaffes eneværelse, hvis den sandsynlige konsekvens er, at patienten realiserer den fare, frihedsberøvelsen skulle forhindre.

Der synes ikke at være anden mulighed end at lade et tilsynsorgan få beføjelse til at udtale sig om klager over ikke-opfyldelse af patientrettigheder på samme måde, som Folketingets Ombudsmand kan gøre det ved at afgive en udtalelse, der tiltræder og accepterer den trufne afgørelse eller udtrykker kritik og misbilligelse og eventuelt munder ud i en henstilling om genoptagelse af sagen og ved fornyet overvejelse tage de nye oplysninger og synspunkter i betragtning, som er kommet frem under klagesagens behandling.

Tilsynsorganet må også have mulighed for at udbede sig oplysninger om den praksis, man følger i amtet og eventuelt henstille, at denne ændres af hensyn til en bedre opfyldelse af patientrettighederne og den praksis, der følges i andre amtskommuner, hvor den målsætning, som patientrettighederne er udtryk for, i højere grad respekteres.

Man bør overveje, om man vil opgive enhver domstolskontrol med klager, der alene vedrører patientrettigheder,, eller om man vil lade dem medinddrage under efterprøvelse af spørgsmål om frihedsberøvelse som akcessorier til klagesagen. Begrundelsen for det sidste skulle navnlig være, at det i visse tilfælde vil komme til at virke kunstigt, hvis en påstået tilsidesættelse af patientrettigheder slet ikke kan nævnes og eventuelt tillægges vægt under en senere retssag ved domstolene.

Uden denne opstilling af patientrettigheder har udvalget ment, at der var en risiko for at give et falsk billede af de vilkår, de tvangsanbragte lever under i dag og fortsat vil komme til at leve under, hvis der ikke gøres en virkelig indsats for at forbedre standarden. Dette vil kræve betydelige ressourcer både i form af investeringer i bygninger, haveanlæg og værkstedsfaciliteter m.v., men også i nogen grad i nyt personale. Med de rigtige rammer bliver personaleforbruget imidlertid ikke større end nødvendigt, men det ville være urigtigt ikke at indrømme, at der her er tale om et oplæg til ganske udgiftskrævende foranstaltninger. Menneskeværdige forhold for sindssyge, der undergives tvangsforanstaltninger under indlæggelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, kommer ikke af sig selv, men kun hvis man bevidst stiler imod at opfylde denne målsætning og budgetterer herefter.

Kapitel 16.

Klageorganer og klageregler.

I dette kapitel findes udvalgets overvejelser vedrørende klagesystemets opbygning. I det første afsnit gives en oversigt over de nugældende klageregler i hovedtræk. I afsnit 2 findes et resumé af kritikken af de nugældende regler og i afsnit 3 en oversigt over aktuelle overvejelser om ændringer af klagesystemet inden for sundhedsvæsenet, således som dette afspejles af det i efteråret 1985 fremsatte forslag til en ny lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse og to forslag til folketingsbeslutning vedrørende patientklagenævn m.v. I afsnit 4 gengives udvalgets generelle overvejelser, og i afsnit 5 opstilles to modeller som alternative løsninger på klagesystemets opbygning samt udvalgets konklusion, såvel flertallets som mindretallets.

Udvalgets overvejelser må ses på baggrund af de gældende regler, hvorfor en kort beskrivelse af disse kan være nyttig som introduktion til problemstillingen.

1. De nugældende klageregler.

Efter den kompetencefordeling og de klageregler, som gælder i dag, behandles sagerne i hovedtræk efter følgende retningslinier:

Klager over frihedsberøvelse.

Klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse behandles alle i justitsministeriet efter høring af retslægerådet. Justitsministeriets afgørelser kan indbringes for domstolene, hvor sagerne behandles i medfør af retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse med de lempelser, dette kapitel i retsplejeloven giver for klageren. Det påhviler således justitsministeriet efter begæring at indbringe sagen for retten, som selv skal sørge for

sagens oplysning. Der beskikkes klageren en advokat, og alle sagens omkostninger betales normalt af det offentlige. Disse sager om selve frihedsberøvelsens retmæssighed behandles i dag centralt på administrativt plan og decentralt ved domstolene, hvor sagerne i 1. instans behandles ved byretten ved klagerens hjemting, d.v.s. der hvor han har bopæl. Om domstolsprøvelse se iøvrigt kapitel 19.

Klager over behandlingen.

Det fremgår af lov nr. 182 af 23. juni 1932 med senere ændringer om sundhedsvæsenets centralstyrelse, at sundhedsstyrelsen som centralstyrelse fører overtilsynet med landets sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen har endvidere en almindelig tilsynspligt over for sundheds- og sygehusvæsenet og skal i tilfælde af overtrædelse og mangler henlede de pågældende myndigheders opmærksomhed herpå.

I henhold til centralstyrelsesloven står alle læger, tandlæger, sygeplejersker, jordmødre, fysioterapeuter og andre grupper af autoriseret sundhedspersonale under sundhedsstyrelsen for så vidt angår deres embede, bestillinger, forretninger og pligter som sådanne. Sundhedsstyrelsen kan afkræve autoriseret sundhedspersonale de for tilsynets gennemførelse fornødne oplysninger. I påkommende tilfælde kan sundhedsstyrelsen afgive indstilling til indenrigsministeren om, at vedkommende læge, sygeplejerske eller andet sundhedspersonale fratages sin autorisation, hvilket indebærer, at den pågældende ikke længere må udøve sin virksomhed.

Til at bistå sig ved udøvelsen af tilsynet kan sundhedsstyrelsen trække på embedslægerne.

Autorisationsordningen for læger er hjemlet i lægeloven, jfr. lovbekendtgørelse nr. 426 af 19. august 1976 om udøvelse af lægegerning, hvori det i overensstemmelse med centralstyrelsesloven fastslås, at læger er undergivet tilsyn af sundhedsstyrelsen, som påser, at "de i deres gerning holder sig lovgivningen efterrettelig". I medfør af den tilsynspligt, som sund-

hedsstyrelsen har over for landets læger, kan styrelsen udtale misbilligelser og tildele advarsler samt henlede anklagemyndighedens opmærksomhed på en sag med henblik på eventuel tiltalerejsning.

Det er som følge af reglerne i loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse, at personer, der er eller har været indlagt på psykiatrisk afdeling, kan klage til sundhedsstyrelsen over de rent lægelige spørgsmål, såsom valg af behandlingsform eller metode, bivirkninger og lægefejl samt over tvangsbehandling og brug af tvangsmidler.

Sundhedsstyrelsen tager sig således af det disciplinære og strafferetlige ansvar for læger, men derimod ikke af det erstatningsansvar en eventuel lægelig fejl kan begrunde. Erstatningskrav rettes normalt mod vedkommende amtskommune, hvis der er tale om fejl begået af en hospitalsansat læge. Amtskommunen hæfter som driftsherre for de fejl, personalet, herunder læger, begår i tjenesten, jfr. Danske Lov 3-19-2.

Retslægerådet har derimod ingen direkte kompetence i klagesager, men kan efter høring afgive en udtalelse som landets højeste lægelige autoritet til brug for de afgørelser, der skal træffes, typisk af domstolene eller af centraladministrationen.

Klager over andre forhold på sygehuset.

Klager over alle 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, indenrigsministeren for så vidt angår Rigshospitalet), som er den ansvarlige sygehusmyndighed. Eventuelle erstatningskrav for andet end fejlbehandling må også rettes mod den ansvarlige sygehusmyndighed, normalt vedkommende amtskommune.

Klager over afgørelser om ret til ydelser efter sygehusloven.

I sygehusloven, jfr. lovbekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985 om sygehusvæsenet, er angivet en række nærmere betingelser for adgang til vederlagsfri sygehusbehandling, herunder også regler om adgang til ydelser efter sygehusloven for personer med bopæl i udlandet, på Færøerne og Grønland.

Endvidere er der i sygehusloven fastsat regler om adgang til patientbefordring og befordringsgodtgørelse.

Afgørelser om på hvilke vilkår en person har ret til behandling og befordring eller befordringsgodtgørelse træffes sædvanligvis af sygehusudvalget i vedkommende amtskommune, henholdsvis Københavns magistrat eller Frederiksberg kommunalbestyrelse. Disse afgørelser kan påklages til den sociale ankestyrelse, jfr. § 9 i lov om sygehusvæsenet.

Klager over indtægtsinddragelse og udbetaling af lommepenge til patienter på institutioner under sygehusvæsent.

I medfør af § 5 a i lovbekendtgørelse nr. 476 af 7. november 1985 om sygehusvæsenet, er det pålagt det sociale udvalg at træffe afgørelser i spørgsmål om indtægtsinddragelse og lommepengeudbetaling for personer, der er indlagt på sygehus.

For så vidt angår pensionsinddragelse træffes afgørelserne af kommunernes socialudvalg, hvis afgørelse kan indbringes for den sociale ankestyrelse.

Klager over visitation.

Afgørelser om henvisning (visitation) til behandling på en fremmed amtskommunes sygehus træffes i princippet af vedkommende amtskommunes sygehusudvalg. I en række amtskommuner findes der lokale visitationsudvalg, som er bemyndiget til at træffe afgørelse. Det er ikke ualmindeligt, at vedkommende overlæge er bemyndiget til at underskrive visitationspapirer

ved henvisning til behandling på et andet amts sygehusafdeling. Afgørelse i sager, hvor en patient ønsker at blive henvist til behandling på et sygehus i et andet amt end det, hvori vedkommende er hjemmehørende, kan indbringes for sundhedsstyrelsen, der kan fremsætte henstillinger over for amtskommunen om at ændre sin afgørelse.

Klager over privatpraktiserende psykiatriske speciallæger.

I tilslutning til beskrivelsen af det eksisterende klagesystem skal nævnes, at klager over privatpraktiserende speciallæger for så vidt angår andet end rent lægelige forhold kan indbringes for de i henhold til sygesikringslovens § 23, stk. 4, nedsatte samarbejdsudvalg, hvis afgørelser kan indbringes for det mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af Speciallæger nedsatte speciallægelandsamarbejdsudvalg.

Folketingets ombudsmand.

Medens folketingets ombudsmand i 60'erne og begyndelsen af 70'erne spillede en meget aktiv rolle på dette område både som klageinstans og som en myndighed, der kunne tage sager op på eget initiativ, undergik dette en væsentlig forandring, da det psykiatriske sygehusvæsen i 1976 overgik fra staten til amtskommunerne. Samtidig ophævedes det særlige tilsynsråd, som indenrigsministeren havde nedsat i henhold til lov nr. 180 af 30. april 1960, og hvis opgave var at behandle klagesager og aflægge kontrolbesøg. Siden 1976 har klagemulighederne og tilsynsfunktionen for så vidt været ringere, end det tidligere var tilfældet. Der kan også med dette i erindring være god grund til nu at tage stilling til, om klageadgangen bør gøres lettere og bedre. Det drejer sig ikke blot om den retlige klageadgang, men også om den faktiske mulighed for at udnytte den og i den forbindelse ikke mindst om at informere effektivt og bredt om klageadgang, fremgangsmåde og om, hvor man kan få kompetent vejledning og rådgivning.

2. Kritik af de nugældende klageregler.

I den almindelige debat om revision af sindssygelovgivningen er der fra mange sider blevet fremsat kritik af den adgang, patienterne har til at klage, og af den tid det tager, inden der træffes afgørelse i klagesagerne, ligesom man har gjort gældende, at den efterprøvelse, der bliver foretaget, ikke er en realitetsprøvelse af det psykiatriske skøn, som altid indgår i afgørelsen af, om en person må anses som sindssyg.

Den nugældende opdeling af kompetencen, som er en følge af selve den administrative opbygning, gør det vanskeligt at opbygge et klart og enkelt klagesystem. Information om klageadgang og klageveje er iøvrigt sparsom, og kendskabet til disse regler er da også begrænset i befolkningen.

Det er en ofte gentaget indvending, at det er uoverskueligt og uforståeligt for borgerne, hvor de skal henvende sig, når de vil klage og ikke mindre svært at forstå, at det, der for klageren fremtræder som een og samme sag, er en flerhed af spørgsmål, som i virkeligheden henhører under en række myndigheder, statslige og amtskommunale, imellem hinanden, uden at disse myndigheder er indbyrdes forbundet af et fælles ankesystem.

Der er lige så ofte fremsat kritik af, at sagsbehandlingstiden er for lang og selve efterprøvelsen for formel. Det er uhyre svært, af nogle hævdet næsten umuligt, at komme igennem med et for klageren tilfredsstillende resultat, når det drejer sig om klager fremsat af patienter i anledning af det, de under indlæggelse på psykiatriske afdelinger har oplevet som overgreb. Det gøres gældende, at der i vidt omfang er tale om lægeligt selvdømme.

Det er også blevet kritiseret, at klageren ikke har adgang til ved personligt foretræde selv at tale sin sag over for den myndighed, der træffer administrativ afgørelse om frihedsberøvelse i første instans, d.v.s. justitsministeriet.

Begæres sagen efterfølgende indbragt for retten i medfør af retsplejelovens kapitel 43 a, følger det af retsplejelovens § 470, stk. 4, at klageren skal bringes til stede i retten, både hvis retten bestemmer det, og hvis klageren fremsætter begæring herom. Dommeren kan kun undlade at efterkomme klagerens egen begæring herom, hvis retten efter det om klagerens tilstand oplyste finder, at fremstilling ikke bør finde sted.

3. Aktuelle overvejelser om ændringer af klagesystemet inden for sundhedsvæsenet.

Kritikken af det gældende klagesystem på det psykiatriske område er i nogen grad udslag af den generelle kritik, der gennem de senere år har været rettet mod klagesystemet inden for sundhedsvæsenet som helhed (uoverskueligt klagesystem, langsomme sagsbehandling, lægeligt selvdømme etc.).

Senest i efteråret 1985 er fremsat forslag i folketinget til et ændret klagesystem inden for sundhedsvæsenet.

Indenrigsministeren har således den 6. november 1985 fremsat lovforslag om oprettelse af sundhedsvæsenets patientklagenævn. Forslaget indgår i forslaget til ny lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (L 66).

Efter lovforslaget skal der fra 1. januar 1987 oprettes et særligt klagenævn, benævnt "Sundhedsvæsenets Patientklagenævn", som skal træffe endelig administrativ beslutning i klager over sundhedspersonalet vedrørende dettes sundhedsfaglige virksomhed.

Formålet med denne del af lovforslaget er dels at modernisere og præcisere reglerne om behandling af patientklager, dels at styrke patienternes retssikkerhed og tillid til klagesagsbehandlingen ved at oprette et uafhængigt patientklagenævn, der i sin sammensætning både inddrager lægmænd og styrker den juridiske ekspertise.

Klagenævnet består af 6 personer. Nævnets formand og næstfor-

mand skal repræsentere den juridiske ekspertise. To medlemmer skal repræsentere lægmandsinteresser. Endelig skal to medlemmer repræsentere den faglige ekspertise, som den pågældende klagesag vedrører (henholdsvis læger, tandlæger, sygeplejersker m.v.).

Klagenævnets beslutning, der ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed, ej heller indenrigsministeriet, baseres på en indstilling om sagen fra sundhedsstyrelsen, efter at styrelsen har foretaget en undersøgelse af sagen, herunder eventuel forelæggelse for retslægerådet.

De afgørelser, der er tillagt klagenævnet, har hidtil efter loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse været truffet af sundhedsstyrelsen (medicinaldirektøren).

Ifølge lovforslaget skal nævnets medlemmer beskikkes af indenrigsministeren. Formanden og næstformanden skal opfylde de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommer.

Lægmandsrepræsentanterne beskikkes efter indhentede udtalelser fra Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner samt De Samvirkende Invalideorganisationer. For at understrege lægmandsrepræsentanternes uafhængighed er det udtrykkeligt fastsat, at disse ikke må være medlemmer af kommunale råd, d.v.s. kommunalbestyrelser, amtsråd, hovedstadsråd.

De faglige repræsentanter forudsættes beskikket efter indhentet udtalelse fra vedkommende faglige organisation.

Medlemmer af socialdemokratiet har den 7. november 1985 fremsat forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af patientklagenævn (B 37).

Beslutningsforslaget har følgende indhold:

Folketinget opfordrer regeringen til i indeværende folketingsår at fremsætte lovforslag om regler for patienters adgang

til at fremføre klager over patientbehandlingen i det offentlige sundhedsvæsen gennem oprettelsen af patientklagenævn.

Lovforslaget skal udformes efter følgende retningslinier:

1. Den lokale klageadgang skal organiseres efter følgende model:
I hvert amt oprettes der et patientklagenævn. Nævnet skal bestå af 2 jurister, 2 medicinalpersoner, der repræsenterer den gruppe, klagen drejer sig om, samt 2 repræsentanter udpeget af Forbrugerrådet. Formanden skal opfylde de almindelige betingelser for at være dommer. Embedslægens udsagn kan til enhver tid indhentes.
2. Afgørelser kan ankes til et landsdækkende patientklagenævn.
3. Det landsdækkende patientklagenævn sammensættes ligeledes af 2 jurister, 2 repræsentanter fra den medicinalgruppe, klagen drejer sig om, samt 2 repræsentanter udpeget af Forbrugerrådet. Formanden skal opfylde de almindelige betingelser for at være landsdommer. Der kan indhentes udtalelse af særligt sagkyndige, f.eks. sundhedsstyrelsen.
Arbejdsgangen ved klagens behandling skal være enkel.
4. Klageberettigede er såvel enkeltpersoner som institutioner og embedslæger.

Medlemmer af socialistisk folkeparti har den 7. november 1985 fremsat forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af patientklagenævn og en patientombudsmand (B 39).

Beslutningsforslaget har følgende indhold:

Folketinget opfordrer regeringen til inden den 1. januar 1987 at fremsætte lovforslag om ændrede klageregler på medicinalområdet, bl.a. omfattende ansatte inden for sygehusvæsenet, psykiatriske hospitaler, alment praktiserende læger, tandlæger, apotekere, ansatte, der behandler arbejdsskadeerstatninger, og ansatte på plejehjem, med følgende indhold:

1. Der nedsættes i hvert amt et patientklagenævn. Klagenævnet nedsættes af amtsrådet og skal bestå af kredslægen, en jurist og 3 ikke-sagkyndige medlemmer uden for amtsrådets

midte. Klagenævnet skal behandle klager over medicinalpersoner m.v. vedrørende patientbehandling, optræden og service- og informationsniveau.

2. Til klagenævnet knyttes et sekretariat.
3. Folketinget udpeger en patientombudsmand.
4. Patientombudsmanden behandler klager over afgørelser truffet af patientklagenævn. Patientombudsmanden behandler endvidere klager over medicinalpersoner m.v. vedrørende patientbehandling, optræden og service- og informationsniveau, når klagen vedrører et statsligt hospital eller anden statslig myndighed.

Amtsrådsforeningen i Danmark har i skrivelse af 19. november 1985 til folketingets kommunaludvalg fremsendt en af Amtsrådsforeningen udarbejdet redegørelse vedrørende klagesystemet på sundhedsområdet indeholdende forslag til opbygning af principper for et fremtidigt klagesystem.

Amtsrådsforeningens forslag går i hovedtræk ud på, at der skal etableres amtslige klagenævn, hvis afgørelser skal kunne ankes til et centralt klageorgan.

Endvidere lægger Amtsrådsforeningen vægt på, at der etableres et samlet klagesystem for hele sundhedsvæsenet, herunder at der i amtskommunalt regie oprettes en amtslig klagevisitation, hvortil alle klager kan rettes. Denne amtslige klagevisitation skal have pligt til at rådgive og hjælpe patienterne med at gennemføre klagesagen.

Endelig lægger Amtsrådsforeningen afgørende vægt på, at et fremtidigt klagesystem opbygges samtidig med etablering af en patientforsikringsordning, således at det fremtidige klage- og erstatningssystem lovgivningsmæssigt planlægges og etableres som et hele, hvor de enkelte klageinstansers funktioner, kompetence og sammensætning tilpasses hinanden.

Den almindelige danske Lægeforening har i en skrivelse af 9. januar 1986 til indenrigsministeren uden at fremsætte noget selvstændigt forslag særlig henledt opmærksomheden på betænk-

ning nr. 866 af 1979 om behandling af klager over lægers og andre medicinalpersoners patientbehandling. Lægeforeningen tilslutter sig for så vidt oprettelse af lokale patientklagenævne, men disse skal dog ikke realitetsbehandle klager over medicinalpersoner, men vejlede klagerne og henvise sådanne klager til rette myndighed. Lægeforeningen advarer imod at etablere en klageordning, hvor man ikke gør brug af sundhedsstyrelsens ekspertise. Lægeforeningen anbefaler, at der etableres en egentlig ombudsmandsordning, hvor en højt anset jurist, måske folketingets ombudsmand, får kompetence til at foretage en vurdering af sundhedsstyrelsens afgørelser i klagesager, subsidiært at der oprettes et ankenævn, hvortil sundhedsstyrelsens afgørelser kan påklages. Lægeforeningen ønsker endvidere, at der indføres en patientforsikringsordning samtidig med en ny klageordning.

Udvalget har ikke set det som sin opgave at tage stilling til, hvilket klagesystem der bør gælde for sundhedsvæsenet som helhed.

Udvalget har primært beskæftiget sig med de krav, der bør stilles til klagesystemet på det psykiatriske område, ud fra de særlige forhold, der gør sig gældende på dette område (frihedsberøvelse, tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse).

Udvalget er imidlertid enig i, at klagesystemet på det psykiatriske område i videst muligt omfang bør integreres i det almindelige klagesystem for sundhedsvæsenet, men at klagesystemet samtidig må udformes under hensyntagen til de særlige forhold på det psykiatriske område.

4. Generelle overvejelser.

Der er i udvalget enighed om at søge at skabe et klagesystem, hvor klagerne behandles værdigt og deres sager hurtigt og effektivt, således at der opstår tillid til, at det kan nytte at klage. Sagerne skal behandles indgående og sagkyndigt, og de nødvendige retssikkerhedsgarantier skal være indbygget, herunder adgang til efterfølgende domstolsprøvelse.

Det centrale område for udvalgets arbejde er den frihedsberøvelse og den øvrige tvangsanvendelse, som forekommer inden for det psykiatriske sygehusvæsen. Hvis der ikke forekom sådan tvang, kunne man i hvert fald ud fra en rent retssikkerhedsmæssig synsvinkel godt lade det eksisterende klagesystem urørt, men da dette ikke er tilfældet, må udvalget for at opfylde sin opgave - at sikre de sindssyges retsstilling - indføre et så vidt muligt fælles klagesystem, som omfatter kontrol med al frihedsberøvelse - tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse - og med enhver form for tvangsanvendelse være sig fareafværgende tvang, behandlingstvang eller beskyttelsestvang.

Selv om klageordninger kan udformes på forskellig vis, og selv om det kan være nyttigt at opstille alternative modeller for klageordninger, kommer man ikke uden om indledningsvis at tage stilling til, hvilke overordnede mål man vil prioritere højest, allerede fordi visse hver for sig og i sig selv værdifulde mål er vanskeligt forenelige.

Man kan formentlig ikke på een gang opnå en fuldt decentral løsning og samtidig opnå en helt ensartet praksis på landsplan.

Man kan næppe på een gang etablere en central landsdækkende klageordning, hvor sagerne behandles administrativt, og samtidig bestemme, at enhver klager, der ønsker det, skal have krav på personligt foretræde for den myndighed, der skal træffe afgørelse i sagen.

Man kan ikke tillægge det folketingsudvalg, der er nedsat i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, en selvstændig kompetence til at afgøre visse klagesager og navnlig ikke sager vedrørende selve den administrative frihedsberøvelse, uden at dette vil komme i strid med retten til domstolsprøvelse, som også må anses for grundlovssikret.

Den klageordning, der nu skabes, skal først og fremmest sik-

re adgang til efterprøvelse af selve den administrative frihedsberøvelse, som tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse medfører.

Den tvangsudøvelse, som i dag kun er indirekte hjemlet gennem formålet med selve tvangsindlæggelsen eller tvangstilbageholdelsen, nemlig behandling af den sindssyges lidelse, om fornødent med tvang, må hjemles og reguleres i en ny lov. Dette vil i sig selv være et væsentligt bidrag til styrkelse af retssikkerheden på dette område. Der bør findes regler om adgang til at klage over tvangsbehandlingen både over den lægelige indikation for tvangsbehandling, og over måden hvorpå tvangen er blevet udøvet.

Endelig skal der være adgang til at klage over andre former for tvangsanvendelse, som fiksering, fysisk magtanvendelse og anvendelse af beskyttelsesforanstaltninger.

Udvalgets overvejelser om klagesystemet berører således justitsministeriets nuværende kompetence som administrativ klageinstans vedrørende klager over frihedsberøvelse og sundhedsstyrelsens kompetence for så vidt angår klager over lægelig tvangsbehandling samt klager over anvendelse af tvangsforanstaltninger. Andre klager over lægelige spørgsmål berøres derimod ikke af udvalgets overvejelser.

Spørgsmålet om lægeansvar i forbindelse med tvangsbehandling har dog også været drøftet. Der er fra lægelig side blevet lagt betydelig vægt på, at et eventuelt klageorgan alene bør påse, om betingelserne for tvangsbehandling har været til stede, men derimod ikke behandle klager vedrørende eventuelle lægefejl, der har medført skader, for hvilke patienterne kræver erstatning. Sådanne sager bør behandles ganske som alle andre lægeansvarssager. Dels vil dette give den mest forsvarlige og ensartede bedømmelse, dels vil klageorganet ikke have tid og kræfter til at påtage sig en sådan opgave, som iøvrigt ofte vil kræve anden lægelig sagkundskab end kendskab til psykiatri. Hvis en patient f.eks. pådrager sig en tandskade under elektrostimulationsbehandling eller legemlig skade som

følge af bivirkninger ved et bestemt præparat, er det mest naturligt at behandle et i den anledning fremsat erstatningskrav sammen med andre af lignende art, uanset om behandlingen har været frivillig eller undtagelsesvis er givet som tvangsbehandling. Det kan heroverfor anføres, at en bedømmelse af det lægelige ansvar må forventes at blive strengere i tilfælde af tvangsbehandling end ved frivillig behandling, men dette vil utvivlsomt også blive taget i betragtning, uanset om bedømmelsen sker ved et administrativt klageorgan eller ved domstolene. Til fordel for at lade klageorganet behandle også lægeansvarssager kan man navnlig anføre, at dette stemmer bedst med et enhedsklagesystem. På den anden side må det erkendes, at der netop i forbindelse med erstatningsansvar for lægelige fejl ofte er tale om meget komplicerede og tidskrævende sager, som vil kunne blive en uforholdsmæssig stor belastning for klageorganet og derved medføre risiko for, at sagsbehandlingstiden for andre mere hastende sager kan blive for lang. Af disse grunde er udvalget kommet til det resultat, at klageorganet ikke bør belastes med lægeansvarssager, men ved tvangsbehandling alene tage stilling til, om betingelserne for tvangsanvendelse har været opfyldt, og om den rette fremgangsmåde er fulgt.

Et eventuelt erstatningsansvar for skader, som en patient mener at have pådraget sig under tvangsbehandling som følge af fejl eller forsømmelser, der skyldes vedkommende læge, må som nu rettes imod amtskommunen som ansvarlig sygehusmyndighed, og må i de tilfælde, hvor sagen ikke lader sig løse forligsmæssigt, finde sin afgørelse ved domstolene.

Udvalget har herved lagt afgørende vægt på, at det næppe vil være rationelt at søge at udstyre klageorganet med en generel retlig og medicinsk sagkundskab, der gør klageorganet til et velegnet forum for civile lægeansvarssager, og uden denne vil det ikke være anbefalelsesværdigt at lade klageorganet befatte sig med disse ofte både bevismæssigt og juridisk ret komplicerede erstatningssager.

Udvalget er opmærksom på, at der for tiden foregår overvej-

ser om indførelse af en offentlig patientforsikringsordning, som bl.a. vil kunne indebære, at erstatningsspørgsmål henlægges til et særligt administrativt organ. En eventuel indførelse af en patientforsikringsordning ændrer i øvrigt ikke udvalgets opfattelse af, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at henlægge erstatningssager til et klageorgan, der særligt skal tage sig af klager over tvangsanvendelse inden for psykiatrien.

Amtsrådets nuværende ansvar og kompetence er på dette område udtryk for den rigtige tanke, at den, der står som driftsherre, også må have ansvaret for, hvad der foregår i den pågældende sektor. Amtsrådene og Københavns og Frederiksberg kommuner er ansvarlig sygehusmyndighed også for de psykiatriske sygehusafdelinger. Der er herved skabt en direkte forbindelse til de folkevalgte politikere, som sidder i amtråd og i kommunalbestyrelse i København og Frederiksberg. Det er og bør være de folkevalgte politikeres ansvar, at der også inden for det psykiatriske sygehusvæsen ydes den sygehusbehandling, som befolkningen ønsker, og at det i det hele foregår på en måde, og under forhold med hensyn til bygninger og andre omgivelser, som ikke med rimelighed kan give anledning til kritik. Det er af den aller største betydning, at man ikke ved udformning af klageregler og etablering af klageorgan indfører noget, der kan forflygtige det politiske ansvar for sygehusvæsenet.

Det må i den forbindelse ikke overses, at klager over tvangsudøvelse, være sig i form af behandlingstvang, beskyttelsestvang eller fareafværgende tvang, ikke kan hvile, og i hvert fald ikke alene, på en bedømmelse udøvet af den ansvarlige sygehusmyndighed, da denne derved ville blive dommer i en sag, hvor den ved sit ansvar for eget personales mulige fejl og forsømmelser tillige selv er part, idet amtskommunen i sidste instans har såvel det politiske som det erstatningsretlige ansvar for, hvad der foregår på dets hospitaler, ligesom det er amtskommunens sygehuspersonale, der har det disciplinære og det strafferetlige ansvar for lovovertrædelser.

Der har i udvalget været enighed om, at en grundlovsforhørs-lignende domstolskontrol med alle tvangsindlæggelser ikke er ønskelig. En sådan byretsbehandling vil navnlig ikke være en særlig effektiv kontrol på det tidlige stadium og dermed mindre velegnet til kontrol med selve tvangsindlæggelsen. Der vil mangle oplysninger, som ikke lader sig fremskaffe så hurtigt som inden for det eller de første døgn, efter at frihedsberøvelse er iværksat, og fremstilling i retten af den frihedsberøvede vil selv i de tilfælde, hvor dette ikke er lægeligt uforsvarligt, kunne være meget pinagtigt og belastende for mennesker, der er akut syge, oprevne og som befinder sig i en ofte voldsom krisetilstand. Den værdi, domstolskontrol indebærer, skal selvsagt udnyttes, men det sker bedst ved at koble domstolene ind på et senere stadium.

Som mål, det er ønskeligt at realisere, kan man opstille følgende som værende særligt centrale og betydningsfulde:

- 1) Den enkelte patient skal opleve, at der er en let og umiddelbar adgang til at opnå råd og bistand ved overvejelse af, om, hvornår og hvordan, der kan fremsættes indsigelser mod
 - tvangsindlæggelse og/eller tvangstilbageholdelse,
 - iværksat eller bebudet lægelig tvangsbehandling, personalets optræden i forbindelse med tvangsudøvelse, og
 - fareafværgende tvang eller beskyttelsestvang og indikationen herfor.

Disse støttefunktioner må efter udvalgets opfattelse varetages gennem en tilsynsværgeordning, der fungerer væsentligt bedre end den nuværende. Om tilsynsværge eller patientrådgiver se kapitel 10.

- 2) Klagesagerne skal efter fornøden sagkyndig bedømmelse behandles med rimelig hast og efter en ensartet praksis på landsplan.
- 3) Et klageorgan skal være sammensat således, at det ud over

juridisk og psykiatrisk sagkundskab, som er på højde med, hvad der findes på de psykiatriske sygehusafdelinger og i hospitalsadministrationen og amtskommuner, også rummer repræsentation for brugerne.

Hvis man ønsker at opnå en høj grad af styring og samtidig en meget høj grad af sagkundskab, bør klageorganet være landsdækkende. Decentrale klageorganer vil være vanskelige at op-ruste til det niveau, som det ville være ønskeligt at opnå.

Den tid, der medgår til sagernes behandling, afhænger af det personale, der er til rådighed. En forsvarlig og hurtig sags-behandling kan følgelig lige så vel gennemføres decentralt som centralt, hvis man vil ofre de nødvendige ressourcer på opgaven.

Decentral - eller central landsdækkende klagebehandling.

Ved opbygning af det eller de administrative organer, der som første instans skal behandle klager over tvang inden for psykiatrien, har udvalget drøftet, om man bør have en central eller en decentral løsning.

Til fordel for en central løsning med kun eet administrativt klageorgan, der er landsdækkende, kan man navnlig anføre, at det vil være let og økonomisk overkommeligt at udstyre et sådant organ med jurister og psykiatere, der fuldt ud er på højde med hospitalets læger og amtskommunernes øvrige personale.

at et sådant organ qua sin landsdækkende position og sin saglige ekspertise vil få større gennemslagskraft, hvilket vil få særlig betydning, såfremt der også tillægges klageorganet tilsynsfunktioner, jfr. nedenfor.

at et centralt klageorgan vil have en naturlig forankring i centraladministrationen som henhørende under en ansvarlig minister med de fordele, det giver både rent administrativt og med hensyn til indflydelse,

at et landsdækkende klageorgan vil sikre en ensartet praksis straks fra første færd, uden at dette kommer til at afven-

te den noget fjernere og indirekte styring, der opnås gennem landsretternes praksis.

Imod en central administrativ klageinstans som første instans kan man navnlig anføre,

at ret for klageren til direkte foretræde for klageorganet i alle sager i 1. instans ikke lader sig gennemføre, hvilket dog i nogen grad kompenseres af klagerens ret til personligt foretræde for retten, hvis sagen indbringes for domstolene,

at en central administrativ sagsbehandling kan virke upersonlig og fjern og af nogle opfattes som mindre tillidsvækkende end en lokal myndighed.

Til fordel for et decentralt lokalt klageorgan kan man navnlig anføre,

at alle klagerne lettere får adgang til personligt foretræde,

at det lokale klageorgan kan skaffe sig kontakt med overlæge og personale og uvægerlig vil opnå et godt kendskab til, hvordan man arbejder på de enkelte afdelinger, der henhører under det lokale klageorgan, hvilket kan øge efterprøvelsens intensitet,

at det lokale klageorgan kan træffe afgørelse straks efter mødet med klageren, hvilket i forbindelse med et relativt ringe antal sager pr. klageorgan skulle sikre en hurtig sagsbehandling.

Imod den decentrale løsning kan man navnlig anføre,

at det lokale klageorgan risikerer at blive for svagt til at opnå den fornødne indflydelse. Svagheden vil kunne vise sig som

- mindre kvalificeret personale end det, der findes i hospitalsvæsenet og amtskommunen, mindre overblik og kendskab til praksis end hospitalsvæsenet og amtskommunerne har, og
- mindre indflydelse og gennemslagskraft.

Et eventuelt landsdækkende centralt klageorgan skulle være første instans. Sagerne måtte behandles normalt på skriftligt

grundlag, men kunne efter klageorganets egen afgørelse give anledning til besøg på stedet, når sagens beskaffenhed gør dette ønskeligt.

Klage- og tilsynsorganet bør, uanset om det er centralt eller decentralt, udstyres så godt som muligt i alle henseender, fordi det altid både er mest brugervenligt og mest økonomisk at træffe den rigtige afgørelse i 1. instans og derved spare yderligere klagebehandling.

Tilsyn.

Udvalget har drøftet, om klageorganet kun skal behandle enkelt-sager - klager iværksat af de enkelte patienter - eller om det tillige skal føre tilsyn med, at de regler, der gælder for behandlingen af de patienter, der undergives frihedsberøvelse eller anden tvang, også bliver overholdt på de psykiatriske afdelinger. Der skal i så fald etableres et tilsynsorgan eventuelt i form af kombineret klage- og tilsynsorgan.

Tilsynsfunktionen kan teoretisk set godt adskilles fra klagefunktionen rent organisatorisk, men ikke uden at dette svækker tilsynets effektivitet.

Et tilsynsorgan, som blot aflægger besøg uden at have forhåndsviden, være sig konkret om netop den afdeling, som man besøger, eller generelt gennem strømmen af klagesager, vil savne den viden, som giver anledning til at stille de rigtige spørgsmål og kontrollere eventuelle svage punkter.

Det ville for så vidt være ønskeligt, om klageorganet løbende kunne føre tilsyn gennem uanmeldte besøg på de afdelinger, der henhører under dets område. Hvis en sådan ordning indføres, bør der efter hvert besøg udfærdiges en rapport over besøget. Rapporterne skal vurderes centralt med henblik på udfærdigelse af eventuelle henstillinger til vedkommende psykiatriske afdeling og til amtskommunen som ansvarlig sygehusmyndighed.

Klageorganets relation til den øvrige statslige og amtskommunale forvaltning.

Klagetilsynsorganet skal sættes i relation til det eksisterende administrative apparat og den kompetencefordeling, der findes imellem nu justitsministeriet, indenrigsministeriet, amtskommunerne som ansvarlige for selve sygehusdriften, retslægerådet, domstolene og det udvalg, der for folketinget fører tilsyn med behandlingen af alle administrativt frihedsberøvede, jfr. grundlovens § 71, stk. 7.

Der er flere måder man kan tænke sig at placere dette organ på:

- som et selvstændigt organ i et direktorat eller styrelse under justitsministeriet eller indenrigsministeriet, eller
- som et selvstændigt organ med en status svarende til folketingets ombudsmand og i så fald med rapport til selve folketinget via det udvalg, som folketinget har nedsat i henhold til grundlovens § 71, stk. 7 vedrørende tilsyn med behandlingen af administrativt frihedsberøvede, eller
- som et decentralt organ, eventuelt under statsamterne.

Fordelen ved en direktoratsordning er navnlig den, at man herved får klage- og tilsynsorganet indplaceret på traditionel vis som en del af den statslige administration med en ansvarlig minister som øverste leder. Dette giver klarhed over kompetence og ansvarsfordeling og kræver ingen selvstændige nye forvaltningsretlige overvejelser og skaber ej heller tvivl om forholdet til amtskommunerne.

Udvalget har også overvejet den mulighed at henlægge kompetencen til en ombudsmand. Hvis man herved forstår en af folketinget udpeget ombudsmand, som henhører under folketinget, opnår man utvivlsomt den højeste grad af uafhængighed og autoritet og dermed også en tilsvarende høj grad af tillid hos borgerne. En ombudsmand udpeget af folketinget kan imidlertid af statsretlige grunde ikke træffe bindende afgørelser af forvaltningsretlig art og vil således f.eks. ikke kunne omgøre en administrativ myndigheds beslutninger eller et klagenævns

afgørelser, men vil være henvist til som folketingets ombudsmand at udtale kritik og fremsætte henstillinger, jfr. § 5 i lov nr. 342 af 1. december 1961 med senere ændringer om folketingets ombudsmand og § 9, stk. 4 i instruks for folketingets ombudsmand.

Vælger man i stedet en patientombudsmand, som udnævnes af vedkommende minister på samme måde som f.eks. forbrugerombudsmanden, jfr. markedsføringslovens kapitel 5, er retsstillingen en anden. En sådan patientombudsmand kan træffe bindende afgørelser og omgøre andre myndigheders beslutninger i det omfang sådan kompetence henlægges til embedet ved lov, ligesom man kan bestemme, at dennes afgørelser ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed. En patientombudsmand vil ikke have samme status som en af folketinget valgt ombudsmand, men vil naturligvis i kraft af sin embedsførelse opnå en betydelig indsigt og erfaring og dermed følgende indflydelse på praksis på landsplan.

En patientombudsmand vil kunne arbejde mere ubesværet med et regelsæt, der ikke blot indeholder eksakte retsregler, men også retlige standarder, hvorimod et traditionelt direktorat eller administrativt nævn, hvis afgørelser skal kunne efterprøves af domstolene, lettere vil komme til kort over for regler af mindre eksakt natur, smh. kapitel 15 om patientrettigheder. En henstilling om at ændre praksis eller kritik af en nærmere angivet fremgangsmåde vil ikke kunne forventes at få samme vægt, hvis udtalelsen kommer fra et lokalt klageorgan, som hvis der er tale om en skrivelse fra en ombudsmand for det psykiatriske sygehusvæsen. En sådan centralt og højt placeret person, som gennem tilsynsrejser, klagesager og indberetninger over tvangsanvendelse ville få et godt kendskab til alle landets psykiatriske afdelinger, ville ikke kunne undgå at få en meget betydelig indflydelse.

Hvis der bliver tale om en af folketinget udpeget ombudsmand vil denne give folketinget en reel mulighed for at søge at løse de opgaver, som tilsynet med behandlingen af de administrativt frihedsberøvede kræver af det udvalg, som er nedsat

ifølge grundlovens § 71, stk. 7 og derved opfylde grundlovens krav i forhold til sindssyge, der er frihedsberøvede.

Det er ikke herved tanken at give det udvalg,, der er nedsat af folketinget i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nogen selvstændig kompetence, men alene at lade det modtage en rapport hvert år over de principielle afgørelser og de tilsynsbesøg, der er aflagt. Folketingsudvalget kan stille spørgsmål til ombudsmanden og ellers ikke gøre andet end det, medlemmer af folketinget og ethvert politisk parti har mulighed for at gøre via det parlamentariske system.

Udvalget har også overvejet at benytte sig af statsamterne og det apparat, der findes her som decentral statsadministration. Dette ville navnlig give en lokal tilknytning, uden at der foreligger inhabilitet eller fare for manglende uafhængighed. Statsamternes folk vil uden at skulle rejse særlig langt have mulighed for at behandle klagesagerne på stedet, d.v.s. direkte på det enkelte hospitalsafsnit efter at have talt med klagerne. Statsamterne ville i forbindelse hermed også kunne aflægge tilsynsbesøg, skrive rapporter og modtage i hvert fald kopier af alle indberetninger om tvangsudøvelse. Statsamterne ville dog ikke uden opbygning med psykiatrisk og eventuelt også social ekspertise være i stand til at klare opgaven tilfredsstillende og vil heller ikke uden en central ankeinstans være i stand til at skabe en ensartet praksis på landsplan.

Domstolenes kontrol er ud over den rent juridiske ikke udtryk for en sagkyndig bedømmelse og giver kun mere indirekte gennem appelretternes praksis en garanti for en ensartet praksis på landsplan. Det vil også være relativt dyrere at udstyre domstolene med sagkyndige meddommere med speciale i psykiatri, end et landsdækkende administrativt klageorgan, som let kan udstyres med kvalificeret personale, der har uddannelse inden for de fagområder, der anses for relevante, herunder psykiatri. Et sådant organs afgørelser skal naturligvis kunne indbringes for domstolene ganske som nu efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a om domstolskontrol med afgørelser vedrørende administrativ frihedsberøvelse.

5. Alternative forslag til løsninger og udvalgets konklusion.

Der har i udvalget været forskellige opfattelser af, hvorledes et klage- og tilsynsorgan bør udformes for bedst muligt at varetage sit hverv. Udvalget har navnlig overvejet følgende principmodeller.

A. Et landsdækkende administrativt klageorgan.

Det er en nærliggende mulighed at etablere et landsdækkende uafhængigt klageorgan med kompetence til at behandle alle spørgsmål både vedrørende frihedsberøvelse og alle former for tvangsanvendelse.

Der er i udvalget enighed om, at det ikke er muligt at tage endelig stilling til klageorganets udformning, før end man kender resultatet af de overvejelser, som regering og folketing gør sig vedrørende klageregler for sundhedsvæsenet. Enders disse med, at man indfører en ombudsmand for sundhedsvæsenet, bør dennes kompetence også omfatte tvangsanvendelse inden for det psykiatriske sygehusvæsen. Bliver der i stedet tale om et centralt patientklagenævn, bør dette også tage sig af de her omhandlede sager. Udvalget vil i sin endelige betænkning komme tilbage til dette spørgsmål. I det følgende anvendes udtrykket det centrale klageorgan som foreløbig fælles betegnelse.

Udvalget er enig i, at der som udgangspunkt ikke bør indføres særlige klageorganer for de psykiatriske patienter og deres klager, men kun når dette er sagligt velbegrundet. Selv om forslagene om at etablere et centralt uafhængigt klageorgan for sundhedsvæsenet ikke måtte blive ført ud i livet, udelukker dette imidlertid ikke, at det psykiatriske sygehusvæsen får sit eget centrale klageorgan, åer får til opgave at tage sig af tvangsanvendelse, som jo er et helt særegent træk ved det psykiatriske sygehusvæsen.

Et centralt klageorgan må som alt overvejende hovedregel be-

handle sagerne på et rent skriftligt grundlag, idet mundtlig forhandling i praksis kun undtagelsesvis kan bringes i anvendelse. Det må i så fald ske efter klageorganets egen bestemmelse, og det vil normalt kun være praktisk i forbindelse med tilsynsrejser.

Det centrale klageorgan bør udstyres med medarbejdere med psykiatrisk, juridisk og social sagkundskab.

Det centrale klageorgan skal ud over klagesagsbehandling ved jævnlige rejser føre tilsyn med forholdene på landets psykiatriske afdelinger og modtage indberetninger om tvangsanvendelse.

Når det centrale klageorgan selv råder over medarbejdere, der er speciallæger i psykiatri, er en høring af retslægerådet ikke indiceret som et led i klageorganets sagsbehandling, hvilket vil begrænse tidsforbruget i hver enkelt klagesag i ikke ringe grad.

Det centrale klageorgan vil kun kunne opfylde sin funktion fuldt ud, hvis det bliver normeret således, at der er kapacitet til at foretage hyppige rejser og tilsyn eventuelt med flere rejseophold samtidig. De enkelte psykiatriske sygehuse og afdelinger skal have besøg så tit, at tilsynet opleves som en realitet.

Om det centrale klageorgans adgang til at krasve oplysninger fra hospitalet, dets ret til at færdes på dette og til at stille spørgsmål samt om klagerens adgang til at gå til domstolene henvises til det følgende afsnit om decentrale klagenævn, da der næppe er grund til at gøre nogen forskel i henseende til disse spørgsmål afhængig af, om klageorganet er centralt eller decentralt.

B. Decentrale klagenævn.

Modstykket til et centralt klageorgan er en decentral løsning med oprettelse af kollegiale klageorganer, ét i hvert amt,

og hvor dette er for lidt som følge af antallet af psykiatriske sengepladser, et klagenævn ved hvert af amtets psykiatriske sygehuse.

Et sådant kollegialt sammensat klagenævn bør have tre medlemmer, en jurist, en læge og en brugerrepræsentant. Juristen bør være en advokat hentet fra kredsen af beskikkede advokater. Lægen bør være speciallæge i psykiatri eller have indsigt i psykiatri. Brugerrepræsentanten bør udpeges af Sindslidendes Vel og eventuelt andre patientorganisationer i amtskommunen.

Den beskikkede advokat vil være velegnet som formand for klageorganet. Som advokat er han vant til at forholde sig kritisk til de oplysninger, han får forelagt, og han er kendt med selv at fremskaffe oplysninger og stille spørgsmål eventuelt i form af en direkte afhøring. Fordelen ved at benytte en advokat som formand er endvidere, at man dermed kan bevare domstolene som anden instans uden at risikere, at der opstår inhabilitetsproblemer, hvortil kommer, at kritikere ikke med nogen føje kan gøre gældende, at domstolene vil være tilbageholdende med at efterprøve første instansafgørelser, fordi det er en kollega, der har været med til at træffe dem som nævnsformand.

Speciallægen i psykiatri skal tilføre nævnet psykiatrisk sagkundskab. Der bør være tale om en praktiserende speciallæge i psykiatri eller, hvor det eventuelt ikke lader sig gøre at finde sådanne, en anden læge med indsigt i psykiatri. En læge, som er ansat i det pågældende amts sygehusvæsen, kan ikke være medlem af klageorganet. Man kan overveje, om en ansættelse ved et andet amts psykiatriske afdelinger også skal udelukke en speciallæge fra hvervet som medlem af nævnet, hvilket vil være at foretrække, selv om hensynet til at få tilstrækkeligt med kvalificerede ansøgere taler for det modsatte. Embedslægerne kan med den uddannelse, de nu får, næppe anses for specielt velegnede som medlemmer af klageorganet og vil tillige af hensyn til andre opgaver næppe heller være de rette til at have sæde i klagenævnet. Det vil derimod være nærlig-

gende at overveje at udpege en læge med almen praksis til medlem af nævnet, hvis det ikke er muligt at finde en praktiserende speciallæge i psykiatri.

Lægmanden bør udpeges efter indstilling til hvervet af de i amtet værende brugerorganisationer.

Repræsentation for brugerorganisationer må anses som en vigtig tillidsskabende foranstaltning. Der henvises om den nærmere argumentation til kapitel 14, afsnit 4. Brugere skal kunne medvirke for at få indsigt i, hvad der foregår, for at påse, at reglerne overholdes, og for at medvirke til, at der skabes en rimelig praksis. Det kan imidlertid næppe være rigtigt i loven at udpege en eller flere bestemte brugerorganisationer som eneberettigede til at indstille medlemmer til nævnet. Det må være de lokalt repræsentative organisationer, der får adgang til at bringe medlemmer i forslag. Der er ikke tvivl om, at Sindslidendes Vel i dag måtte komme i betragtning, men dette gælder muligvis også andre som f.eks. Galebevægelsen. Det må dog være rimeligt at kræve, at enhver brugerorganisation, forening eller sammenslutning for at komme i betragtning tilkendegiver, at den kun vil indstille personer, som vil udøve hvervet i overensstemmelse med de gældende regler, og at organisationen eller sammenslutningen har en sådan struktur, at man ved, hvem der er repræsenteret og på hvilket grundlag. Det vil selvsagt være ønskeligt, at der er tale om landsdækkende organisationer eller foreninger med et ikke ubetydeligt medlemstal, men man må her udvise forståelse for, hvor vanskeligt det er at organisere brugere, ikke mindst på et område som dette, hvorfor også lokale sammenslutninger med et aktivt foreningsliv bør kunne indstille brugerrepræsentanter til klagensævnet.

Nævnets medlemmer bør udnævnes for et kortere tidsrum på f.eks. 2 år ad gangen. Nævnet bør udstyres med fornøden sekretariatsbistand og et vist kontorhold. I de amtskommuner, hvor der bliver behov for flere klagensævne, bør der oprettes et fælles sekretariat for de nævne, der nedsættes. Beskikkelse af nævnsmedlemmer foretages af det centrale klage- og tilsynsorgan.

Nævnsmedlemmerne bør udpeges efter indstilling eller høring af faglige relevante organer og organisationer for at sikre, at de der udpeges er kvalificerede og anerkendte i deres egen kreds. Advokaten bør udpeges af advokatrådet, lægen af Dansk Psykiatrisk Selskab og brugerrepræsentanten efter indstilling fra lokale patientorganisationer, eventuelt således at de hver indstiller f.eks. 3 personer.

Nævnsformanden kan via sit advokatkontor varetage dele af sekretariatsfunktionen mod godtgørelse for kontorhold. Den sidstnævnte fremgangsmåde er enkel og let at administrere og sikrer, at nævnet har en telefon, der bliver taget alle hverdage i sædvanlig kontortid og en skrivekapacitet, der også kan klare en spidsbelastning. Det er også en fordel for den advokat, der er nævnsformand, at alle henvendelser rettes til hans kontor, og at arbejdet bortset fra tilsyn og egentlige nævnsmøder foregår på hans eget kontor.

Nævnet skal være kompetent til at tage stilling til alle klagesager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, fareafværgende tvang og beskyttelsestvang.

Klageren har efter begæring ret til at få foretræde for nævnet, før det træffer afgørelse i hans sag. Nævnet holder sine møder på den psykiatriske sygehusafdeling, hvor klageren befinder sig eller i hvert fald på det sygehus, hvor han er indlagt. Klagerens patientrådgiver møder sammen med klageren i nævnet. Det bemærkes herved, at en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient altid vil have en patientrådgiver, ligesom det vil gælde for patienter, der undergives tvangsbehandling. Patienter, der undergives anden form for tvang, vil efter begæring få beskikket en rådgiver. Om patientrådgivere, se i det hele kapitel 10.

Under behandlingen i klagenævnet er det næppe hensigtsmæssigt at indføre en alt for formel og domstolslignende fremgangsmåde. Det er derfor patientrådgiveren og ikke en advokat, der skal bistå klageren ved sagens behandling i klagenævnet. Der skal således ikke beskikkes nogen advokat for klageren på det-

te stadium.

Nævnet skal holde møde om sagen og normalt også træffe afgørelse i denne, inden der er gået 7 dage fra klagen er modtaget i nævnet. Hvis der mangler væsentlige oplysninger i sagen, kan nævnet dog udsætte afgørelsen i indtil 7 dage. Dette kan ikke finde sted mere end én gang.

Nævnet skal holde møde så ofte, dette er nødvendigt, men vil formentlig normalt holde ét ugentligt møde. Det vil være naturligt, at nævnet udøver visse dele af sit tilsyn i tilslutning til de faste møder. Det vil bl.a. dreje sig om eftersyn og gennemgang af tvangsprotokol og samtaler med patienter, som ønsker at søge vejledning hos klagenævnet om eventuelle tvivlsspørgsmål. Der kan naturligvis også foregå besøg på afdelingerne, i terapi, værksteder og behandlingslokaler, men sådanne besøg bør ikke træde i stedet for de uanmeldte tilsyn, som bør finde sted med passende ikke for lange mellemrum.

Nævnet har ret til at komme overalt på hospitalet, hvor psykiatriske patienter opholder sig, arbejder, færdes eller undergives behandling.

Nævnet har krav på at få adgang til alt materiale, der indeholder oplysninger af betydning for dets arbejde, og det påhviler vedkommende overlæge, hospitalsadministrationen og personalet at besvare alle spørgsmål, give redegørelser til nævnet og om fornødent at give møde i nævnet og afgive forklaring.

Der er efter udvalgets opfattelse næppe behov for at give klagenævnet adgang til patientens journal eller på anden måde sikre medlemmerne selvstændig indsigt i materiale, som er undergivet lægelig tavshedspligt. Nævnet bør kunne holde sig til vedkommende overlæge, som har pligt til at afgive en fyldestgørende skriftlig redegørelse til nævnet om patienten, ligesom overlægen har pligt til at besvare de spørgsmål, medlemmerne stiller. Da nævnsmedlemmerne har sædvaalig tavshedspligt om det, de erfarer om enkeltpersoners forhold, er der

formentlig ikke grund til at udfærdige særlige regler om, hvad nævnet skal indvies i. Alle lægelige oplysninger, som er relevante for nævnets afgørelse af den klagesag, som er indbragt for nævnet, bør ved overlægens foranstaltning stilles til rådighed for nævnet.

I lov nr. 572 af 19. december 1985 om offentlighed i forvaltningen er der i § 9 indført hjemmel for, at en patient har ret til aktindsigt i sin egen sygehusjournal. Hvis en patient ønsker, at nævnet skal have kendskab til dele af det, der er tilført hans journal, står det i patientens magt at fremlægge relevante journaloplysninger for nævnet, som således via patienten kan komme i besiddelse af den nøjagtige ordlyd af det, der er tilført journalen.

Det er efter udvalgets opfattelse ikke ønskeligt at indføre hjemmel for, at forklaringer afgives under vidneansvar i klagenævnet, når der er tale om oplysninger, der gives mundtligt af overlægen eller af plejepersonalet. Nævnet skal tage stilling til en konkret klage og skal for at kunne træffe en forsvarlig afgørelse have et fyldestgørende beslutningsgrundlag i form af lægeerklæringer, indlæggelsespapirer, udskrifter af tvangsprotokollen og eventuelt en supplerende skriftlig redegørelse fra den eller de sygeplejersker og/eller plejere, der har overværet eller været involveret i den episode, som har udløst klagen. Ud over et sådant skriftligt grundlag kan der efter nævnets skøn være behov for at stille spørgsmål, men det bør her være udgangspunktet, at klagenævnet ikke skal fungere som disciplinarnævn, undersøgelseskommission eller tjenestemandsdømstol, men alene tage stilling til den konkrete klage.

Der vil antagelig kun undtagelsesvis være brug for, at andre end klageren selv, patientrådgiveren og overlægen kommer til orde i nævnet. Klageren kan selvsagt ikke tænkes undergivet noget vidneansvar, og det samme må gælde for patientrådgiveren. Overlægens udtalelser vil hovedsagelig komme til at bestå i en uddybning af det, der står i lægeerklæringen og herudover i besvarelse af spørgsmål fortrinsvis stillet af nævnets

medlemmer. Andre repræsentanter for eller medlemmer af sygeplejepersonale og hospitalsadministration bør ikke afgive mundtlig forklaring, medmindre nævnet træffer særskilt beslutning herom, fordi sagen ikke ellers kan anses for behørigt oplyst, d.v.s. oplyst i en sådan grad, at nævnet ser sig i stand til og finder det forsvarligt at afgøre det, der er klaget over.

De udtalelser, der måtte blive afgivet i nævnet af overlægen og af andre, der er ansat på hospitalet, må anses for omfattet af straffelovens § 162, hvorefter den, der for eller til offentlig myndighed afgiver urigtig erklæring om forhold, angående hvilke han er pligtig at afgive forklaring, straffes med bøde, hæfte eller med fængsel i indtil 4 måneder. Med samme straf anses iøvrigt den, der til brug for retsforhold, der vedkommer det offentlige, afgiver urigtig skriftlig erklæring eller skriftligt bevidner noget, hvorom han ingen kundskab har, jfr. straffelovens § 163 og § 175 specielt om lægeerklæringer. Der er i disse regler tilstrækkeligt straffevarn, hvorfor en eventuel lovhjemmel for vidnepligt og vidneansvar må anses for uforuden.

Klageren, patientrådgiveren og overlægen bør have ret til at være til stede under hele sagsbehandlingen i nævnet, lige indtil nævnet skal til at rådslå om afgørelsen. Under voteringen bør kun de 3 nævnsmedlemmer og nævnets sekretær være til stede. Afgørelsen træffes ved en begrundet kendelse, der afsiges så vidt mulig straks efter, at mødet i nævnet er afsluttet. Kendelsen udfærdiges skriftligt normalt i form af en direkte udskrift af nævnsprotokollen, idet sagsfremstillingen fremgår af klagen og sagens øvrige bilag.

Udvalget har overvejet, om det er betænkeligt at lade ét bestemt nævn føre fast tilsyn med en enkelt psykiatrisk afdeling, idet der i så fald måske kan opstå sådanne relationer, at der kan stilles spørgsmålstejn ved nævnets uafhængighed. Da det også kan være en fordel for nævnet at se flere afdelinger fordelt på forskellige sygehuse i amtet, taler dette for en ordning, hvorefter man der, hvor der oprettes mere end et klagenævn i amtet, én gang om året tildeler klagenævnet

et nyt område.

Nævnets afgørelser kan indbringes for byretten, se herom kapitel 19, hvor domstolenes prøvelsesret gennemgås.

C. Udvalgets konklusion.

På grundlag af de foranstående betragtninger og overvejelser og ud fra de elementer, der indgår i de to principmodeller, som er søgt skildret så udførligt, at man kan danne sig et indtryk af, hvordan de må antages at ville fungere, hvis de blev sat iværk, har udvalget delt sig i et flertal og et mindretal ved den endelige stillingtagen til udformningen af klageorganet. Denne opdeling af udvalget er ikke så meget et udtryk for uenighed om rigtigheden af anbringender og argumenter og lødigheden af de overvejelser 09 synspunkter, andre har givet udtryk for under drøftelserne i udvalget, men i langt højere grad en følge af, at ikke alle de ønskede mål har ladet sig opfylde i nogen enkelt model, hvorfor hvert medlem af udvalget har truffet sit valg efter en personlig prioritering af flere hver for sig særdeles vægtige, men indbyrdes uforenelige hensyn.

Flertallet bestående af 11 medlemmer, Hans Adserballe, Rigmor Berg, Hans Iver Enemark, Povl Holm-Jørgensen, Knud Jensen, Britta Løvbo Jensen, Margit Jespersen, H. Kallehaug, Holger Pedersen, Ole J. Rafaelsen og Niels Reisby går ind for, at alle klager behandles i første instans af et lokalt, kollegialt klagenevn med en sammensætning og med arbejdsopgaver som gengivet foran under B. Det lokale klagenev'n skal således afgøre både klager over frihedsberøvelse og over alle andre former for tvangsanvendelse og tvangsbehandling.

Nævnets afgørelser vedrørende frihedsberøvelse - tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse - kan indbringes for domstolene som gengivet i kapitel 19, hvorimod klager over anden tvangsanvendelse og tvangsbehandling skal indbringes for et landsdækkende, centralt klageorgan: Enten en patientombudsmand eller udformet som et kollegialt sammensat patientklagenev'n,

eventuelt i tilknytning til sundhedstyrelsen. Det centrale klageorgans nærmere udformning må i nogen grad afhænge af, hvilke ændringer der gennemføres af hensyn til bedre klagesagsbehandling inden for andre dele af sundhedsvæsenet, idet det anses for ønskeligt at harmonisere klageveje og klageregler, forudsat at dette kan ske med opfyldelse af hensynet til en sagkyndig, indgående og passende hurtig behandling af sagerne, men samtidig med fuld respekt af hensynet til den enkelte klagers retssikkerhed. Dette vil efter flertallets opfattelse kunne lade sig gøre, hvis man vil ofre de nødvendige ressourcer på at løse opgaven.

Den umiddelbare tilsynsfunktion skal udøves af klagenævnet dels i forbindelse med de ugentlige faste møder på vedkommende psykiatriske sygehusafdeling dels ved uanmeldte besøg. Patientombudsmanden eller det landsdækkende patientklagenævn skal imidlertid også foretage tilsynsrejser og herunder navnlig foretage undersøgelser og føre tilsyn, der kan medvirke til at skabe en så vidt mulig ensartet praksis på landsplan.

Indberetning om tvangsanvendelse skal afgives ved udskrifter af tvangsprotokollen, som hver måned sammen med en samlet månedsopgørelse tilsendes den ansvarlige sygehusmyndighed - normalt amtsrådet - og det centrale klage- og tilsynsorgan.

Det påhviler det centrale organ efter indstilling at udpege medlemmer til de decentrale kollegiale klagenævn og at antage patientrådgiverne, afholde kurser for dem og i det hele forestå de administrative opgaver, der vil være forbundet med det i denne principbetænkning skitserede regelsæt.

Ved en sådan ordning sikres der på én gang hurtig decentral behandling af klager over frihedsberøvelse, hvor klageren får adgang til personligt foretræde for klageorganet, samtidig med at en central myndighed får indberetninger om al tvangsanvendelse, adgang til at føre tilsyn og kompetence til at afgøre klagesager vedrørende al anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse. Den centrale myndighed vil få overblik over praksis og bliver dermed i stand til at foretage sammenlignin-

ger mellem de forskellige amters praksis og vil gennem sine henstillinger være med til at sikre en mere ensartet og god standard på landsplan.

Et mindretal bestående af 6 medlemmer - Erik Christensen, C. C. Duus, Stig Lohmann, Anne Birte Pade, Claus Mørch Petersen og Niels Viltoft - finder, at overvejelserne omkring klagesystemet på det psykiatriske område bør ses i sammenhæng med de igangværende overvejelser i regering, folketing m.v. om ændringer af klagevejene inden for sygehus- og sundhedsområdet. Der skal i den forbindelse henvises til, at der ved udlægningen i 1976 af statshospitalerne (de psykiatriske sygehuse) til amtskommunerne lægges op til en integration med det somatiske sygehusvæsen og for så vidt angår tvangsanbragte en ligestilling med andre patientkategorier. En etablering af særlige klageorganer for tvangsanbragte psykiatriske patienter vil næppe bidrage til en integration, men snarere fastslå denne patientkategori som en enklave i sygehusvæsenet.

På denne baggrund finder mindretallet det afgørende, at også klagevejene på det psykiatriske område løses i sammenhæng med det samlede klagesystem på sundhedsområdet.

Med hensyn til såvel klagevejene på hele sundhedsområdet som specielt klagevejene på det psykiatriske område finder mindretallet anledning til at påpege, at de eksisterende klageveje set fra patientens side er utidssvarende, unødigt komplicerede og uoverskuelige. Mindretallet lægger i denne forbindelse vægt på, at klagesystemet etableres som et led i et offentligt servicesystem, således at der ved en ændring af klagesystemet samtidig indføres en pligt for amterne til at rådgive og hjælpe patienterne med at gennemføre en klagesag.

For så vidt angår klager vedrørende medicinalpersonalets faglige virksomhed, herunder spørgsmålet om tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse inden for psykiatrien, skal disse sager i dag principielt behandles i sundhedsstyrelsen og behandles allerede i et vist omfang i amterne.

I overensstemmelse med de ovenfor anførte principielle betragtninger om ikke at indføre særlige klageorganer for tvangsanbragte psykiatriske patienter finder mindretallet, at disse sager bør behandles på tilsvarende vis som andre klager inden for sygehus- og sundhedsområdet i et fremtidigt klagesystem.

Specielt for så vidt angår løsningen af de retssikkerhedsmæssige garantier for tvangsanbragte psykiatriske patienter er det mindretallets opfattelse, at de grundlæggende retsgarantier omkring spørgsmål vedrørende frihedsberøvelse alene kan sikres ved en forankring i domstolssystemet. Mindretallet er således ikke enig i flertallets forslag om oprettelse af lokale nævn, der skal fungere som første instans for klagesager vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, anden tvangsanvendelse i behandlingen samt derudover som tilsynsorgan, men foreslår i stedet, at klager over tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse indbringes direkte for domstolene, hvor sagen tænkes behandlet inden for en kortere frist under medvirken af domsmænd.

Mindretallet har for så vidt angår frihedsberøvelse taget sit udgangspunkt i den omstændighed, at det er fremgået af udvalgsarbejdet, at der ikke blot blandt psykiatere synes at være enighed om, at omfanget af frihedsberøvelser er rimeligt henset til muligheden for at hjælpe sindslidende patienter, til de levevilkår de vil få, såfremt de ikke tvangsindlægges, samt til samfundets beskyttelsesbehov. Der synes ligeledes at være enighed om, at den gruppe af patienter, som efter gældende lov frihedsberøves, også efter vedtagelse af en ny lov skal kunne frihedsberøves. Det organ, som skal udøve kontrollen med frihedsberøvelsen, skal altså ikke bidrage til en ændret praksis, men sikre, at den enkelte frihedsberøvelse er hjemlet i loven.

Den kritik, som de senere år har været rettet mod behandlingen af de sindslidende, har vel kun i mindre grad angået retssikkerhedsproblemet i forbindelse med selve frihedsberøvelsen.

I det omfang kritik er kommet til udtryk, går den ud på, at

domstolenes prøvelse af frihedsberøvelsens lovlighed er begrænset til en prøvelse af, om de formelle betingelser er til stede, mens domstolene for så vidt angår de materielle betingelser lægger overlægens af retslægerrådet tiltrådte skøn til grund. Mindretallet er enig i, at domstolenes mulighed for at efterprøve, om betingelserne for frihedsberøvelsen har foreligget, er meget begrænsede, men mener ikke, at det kan være anderledes på dette område. Domstolene vil kunne "bremse" åbenbare misbrug og (måske) fejltagelser, men ikke foretage en mere nuanceret prøvelse eventuelt med det resultat, at overlægens skøn vedrørende tilstedeværelsen af sindssygdom tilsidesættes.

Retssikkerheden må på dette område baseres dels på en domstolskontrol med den konkrete frihedsberøvelse, men tillige på "systemets" eget ansvar for kvaliteten hos de læger, der får magten i hænde, kombineret med størst mulig åbenhed fra hospitalet over for det omgivende samfund samt en stadig løbende offentlig debat om betingelserne for statens anvendelse af frihedsberøvelse over for sine borgere, alt overvåget af en kritisk presse. Iøvrigt vil retten kunne sikres sagkyndig psykiatrisk bistand ved adgang til at indhente erklæring fra en selvstændig praktiserende psykiater, eventuelt en overlæge fra et andet hospital.

Gennemføres den af udvalget i kapitel 10 foreslåede styrkelse af patientrådgiverordningen, vil retten i øvrigt få et væsentligt bedre grundlag for sin afgørelse, end den har i dag, idet patientrådgiveren og den beskikkede advokat i fællesskab kan bidrage til, at den frihedsberøvedes oplevelse af rettens behandling af sagen bliver bedre i den forstand, at den bliver mere forståelig.

Med hensyn til forholdene iøvrigt for tvangsanbragte på psykiatriske institutioner finder mindretallet anledning til at fremhæve, at der i medfør af loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse i dag påhviler .sundhedsstyrelsen og embedslægerne en tilsynspligt, også over for psykiatriske institutioner og afdelinger. Det kan i den forbindelse fremhæves, at der såvel

med den gældende centralstyrelseslov som i de af indenrigsministeren fremsatte ændringsforslag til denne lov er et i lovgivningen forankret tilsyn med sundhedsvæsenet. Fremfor organisatoriske løsninger synes der derfor snarere at være et behov for justeringer i det eksisterende tilsynssystem, således at sundhedsstyrelsens og måske i særlig grad embedslægerens tilsynsfunktion indskræpes og præciseres. Mindretallet kan også i denne forbindelse anbefale en styrkelse af patientrådgiverfunktionen for patienterne, således som det i øvrigt er foreslået af udvalget.

Derudover er det mindretallets opfattelse, at overvejelserne omkring tilsynet med de psykiatriske institutioner bør foretages i lyset af mindretallets ønske om en samlet løsning for klagesystemet for såvel det psykiatriske som det øvrige sygehus- og sundhedsområde. I denne forbindelse lægger mindretallet således vægt på, at der samtidig med etableringen af et fremtidigt klagesystem for sundhedsområdet skabes sådanne procedurer, der tilgodeser de ansvarlige sundhedsmyndigheders interesser og dermed åbner mulighed for hurtige og effektive justeringer i behandlings- og servicetilbuddene.

Sammenfattende er det således mindretallets opfattelse, at afgørelser om frihedsberøvelse af retssikkerhedsmæssige grunde umiddelbart bør kunne indbringes for domstolene, at der ikke bør etableres særlige klageorganer for tvangsanbragte psykiatriske patienter, at der bør ske en præcisering af amtsrådenes forpligtelse til at udarbejde og yde information om klagevejene, at der i øvrigt bør ske en styrkelse af patientrådgiverfunktionen, samt endelig at spørgsmålet om klagevejene vedrørende tvangsanbragte inden for psykiatrien bør løses samtidig og i overensstemmelse med de principper for et fremtidigt klagesystem for sygehus- og sundhedsområdet, der forventes fastlagt af folketinget.

Kapitel 17.

Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse .

Selv om det naturligvis er de materielle regler om tvangsindlæggelse og adgangen til at tvangstilbageholde personer på psykiatrisk afdeling, der er de vigtigste, fordi man i sådanne bestemmelser angiver, under hvilke betingelser frihedsberøvelse må finde sted, er den procedure, der foreskrives for iværksættelse af frihedsberøvelse også af stor og selvstændig betydning både for retssikkerheden og for, hvordan det opleves at blive tvangsindlagt eller tilbageholdt på psykiatrisk sygehusafdeling .

De nugældende procedureregler har givet anledning til kritik på en række punkter, som vil blive nærmere omtalt neden for i afsnit 2.

1. Nugældende regler og praksis.

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse kan i henhold til 1938-loven kun finde sted på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredelsesanstalter, som er autoriserede til at modtage sindssyge til behandling. Autorisation af private hospitaler meddeles af justitsministeriet efter indstilling fra sundhedsstyrelsen.

Private helbredelsesanstalter spiller ikke længere nogen rolle i praksis; langt den overvejende del af de psykiatriske sygehuse er amtskommunale. Der findes herudover de psykiatriske afdelinger på Rigshospitalet, som er statsligt drevet, og Københavns kommunes og Frederiksberg kommunes psykiatriske sygehusafdelinger, herunder Set. Hans Hospital, som drives af Københavns kommune. Af private sygehuse, der kan modtage tvangsindlagte patienter, kunne indtil 3. januar 1985 nævnes psykiatrihospitalet ved Kolonien Filadelfia i Dianalund. Pr. 1. januar 1985 blev hospitalet overtaget af Vestsjællands amtskom-

itire og er nu et amtskommunalt sygehus, se iøvrigt kapitel 2, afsnit 2.

A. Tvangsindlæggelse.

Begæring om tvangsindlæggelse skal fremsættes af den sindssyges nærmeste. Det påhviler dem at tilkalde en læge, som skal vurdere, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. Hvis lægen efter sin undersøgelse af patienten anser tvangsindlæggelse for nødvendig og udfylder tvangsindlæggelsespapirer gule for behandlingsindikation og røde for fareindikation - er de pårørende herefter forpligtede til at træffe foranstaltninger til gennemførelse af tvangsindlæggelse, under hvilken politiet medvirker.

Ved den sindssyges nærmeste forstås de personer, der har for sorgen for den sindssyge retligt eller faktisk, d.v.s. indehavere af forældremyndighed, værge, lavværge, ægtefælle, myndige børn, forældre. Hvis ikke andre drager omsorg for den sindssyge med hensyn til at iværksætte tvangsindlæggelse, når dette er nødvendigt, påhviler det politiet at træde til.

I praksis fremsættes begæring om tvangsindlæggelser ikke sjældent af andre end de nærmeste eller politiet. Det kan f.eks. dreje sig om medarbejdere i den kommunale socialforvaltning, en udlejer eller dennes repræsentant, viceværten i ejendommen, hvor vedkommende bor til leje, eller en sygeplejerske på skadestuen. Såvel disse som andre kan i forbindelse med deres arbejde komme i forbindelse med en person, som frembyder tegn på sindssygdom, som er i vanskeligheder, og hvor betingelserne for tvangsindlæggelse antages at være til stede, f.eks. fordi vedkommende er til fare for sig selv eller andre.

Politiet medvirker ved alle tvangsindlæggelser. Papirerne underskrives af politimesteren eller den, som han har bemyndiget hertil. Efter justitsministeriets cirkulære nr. 133 af 28. juni 1938 om politiets medvirken ved tvangsindlæggelse (bilag 2) skal politiets bistand ydes på en så lidet opsigtsvækkende måde som muligt, og navnlig bør det så vidt muligt iagttages,

at de medvirkende politifolk ikke bærer uniform. Ifølge de retningslinier, der er givet af rigspolitichefen, bør anvendelse af tvangsmidler indskrænkes til et minimum, og brug af håndjern søges undgået.

Politiet skal påse, at de formelle betingelser for indlæggelse er opfyldt, men skal normalt ikke efterprøve de materielle indlæggelseskriterier. Ved indlæggelse på farlighedsindikation skal politiet dog skride ind, når lægeerklæringen ikke udtrykkelig anfører kriterierne for farlighedsantagelsen i det konkrete tilfælde eller ikke gør det tydeligt nok. Politiet kan i så fald foretage de fornødne undersøgelser med hensyn til farlighedsspørgsmålet, men dette bør ske i samarbejde med lægen og så hurtigt, som disse sagers stærkt hastende karakter kræver. Politiet vil i praksis forelægge spørgsmålet for embedslægen, hvis man ikke er enig i den farlighedsvurdering, som den indlæggende læge har anlagt.

Den tilkaldte læge skal undersøge patienten, og tvangsindlæggelse må kun finde sted på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på en undersøgelse, som er foretaget inden for de sidste 4 uger før indlæggelsen. Den læge, der foretager tvangsindlæggelse, må ikke være ansat på det psykiatriske sygehus, hvorpå indlæggelse sker. Det er overlægen på den afdeling, på hvilken tvangsindlæggelse foretages, der afgør, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, og om patienten bør modtages til behandling for sin lidelse.

I særligt påtrængende tilfælde kan tvangsindlæggelse dog finde sted, uden at der foreligger nogen lægeerklæring, men en sådan skal da så vidt muligt fremskaffes i løbet af tre dage efter indlæggelsen. Denne undtagelsesregel om særligt hastende tilfælde spiller kun en meget begrænset rolle i praksis og dækker nærmest tilfælde af nødretslignende art.

I langt de fleste tilfælde foreligger der en relativ ny lægeerklæring. I så godt som alle tilfælde, hvor tvangsindlæggelse sker på farlighedsindikation, vil lægeerklæringen bygge på en undersøgelse, der er foretaget inden for det samme døgn,

og attesten er her altid udstedt straks efter, at undersøgelsen er afsluttet. Dette skyldes, at tvangsindlæggelse på farlighedsindikation ifølge sagens natur sker akut med omgående modtagelse på hospitalet.

Ved tvangsindlæggelse på helbredelsesindikation er langt de fleste lægeattester til brug for indlæggelse på gule papirer ifølge Adserballes undersøgelse, jfr. Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien (1977) side 453, udstedt mindre end to dage efter at undersøgelsen er gennemført, og erklæringerne var i gennemsnit 8-9 dage gamle, når tvangsindlæggelse fandt sted. Der findes ikke i 1938-loven nogen regel om, hvor lang tid der må gå imellem undersøgelsen af patienten og udfærdigelse af erklæring om denne, dog må udfærdigelsen af erklæringen naturligvis ligge inden for den ovenfor beskrevne frist på 4 uger mellem undersøgelse og tvangsindlæggelse.

Ved tvangsindlæggelse på helbredelsesindikation - fordi udsigterne for den syges helbredelse væsentligt vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted - er een læges attest ikke tilstrækkelig. I disse tilfælde skal tvangsindlæggelsespapirerne forelægges for amtslægen, nu embedslægen, i København stadslægen i forening med overlægen ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik, til godkendelse af den undersøgende læges skøn. Embedslægen ser ikke selv patienten, men kun de gule tvangsindlæggelsespapirer.

Embedslægerne har kun i et begrænset omfang ved deres medvirken på skriftligt grundlag haft indflydelse på praksis ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Det er dog ikke ualmindeligt, at de bliver konsulteret af de praktiserende læger, når disse er i tvivl om rette fremgangsmåde og forståelse af lovens materielle krav. Det er i praksis gentagne gange blevet indskærpet lægerne, at de skal udfylde tvangsindlæggelsespapirerne omhyggeligt og skrive diagnose og begrundelsen for tvangsindlæggelse let og læseligt og tydeligt og med anvendelse af så få fremmedord og lægeligt fagsprog, at papirerne er lette at forstå også for ikke medicinsk uddannet personale. Det er endvidere blevet understreget, at den indlæggende læge

klart bør anføre, om det han beskriver er egne iagttagelser eller referat af, hvad pårørende og andre har oplyst over for lægen, jfr. bl.a. sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 27 af 28. februar 1975 om afgivelse af lægeerklæring ved tvangsendlæggelse af sindssyge personer.

B. Tvangstilbageholdelse.

Tvangstilbageholdelse på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling skal efter de nugældende regler, jfr. § 8 i 1938-loven, ske, når den behandlende læge skønner, at udskrivning er uforvarselig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller andre, eller fordi udskrivning væsentligt vil forringe udsigterne for patientens helbredelse. I disse tilfælde sker tvangstilbageholdelse således under opfyldelse af ganske de samme betingelser, som kræves for tvangsendlæggelse, men til forskel fra tvangsendlæggelse er der ikke foreskrevet nogen særlig procedure, der skal iagttages ved tvangstilbageholdelse, bortset fra at den tvangstilbageholdte skal gøres bekendt med afgørelsen og med adgangen til at få afgørelsen indbragt for justitsministeriet.

Der er herudover i § 8, stk. 2 en fakultativ adgang til tvangstilbageholdelse på ulempeindikation - udskrivning vil medføre væsentlige ulemper for patienten selv - men her kræves ud over overlægens nægtelse af udskrivning, at justitsministeriet godkender denne afgørelse.

Inden justitsministeriet træffer afgørelse herom, indhentes der en udtalelse fra retslægerådet. Hvis overlægens erklæring ved sagens pligtmæssige indberetning til justitsministeriet ikke er tilstrækkeligt oplysende, indhenter ministeriet først en supplerende erklæring fra overlægen. Hovedparten af den tid, der medgår til disse sagers behandling, anvendes på at fremskaffe de fornødne lægelige oplysninger, idet justitsministeriets afgørelse normalt træffes samme dag eller dagen efter, at retslægerådets udtalelse foreligger.

2. Udvalgets overvejelser.

Ved iværksættelse af tvangsindlæggelse har det i praksis ofte vist sig, at de pårørende godt vil tilkalde læge og mundtligt fremsætte begæring om tvangsindlæggelse, men nødtigt vil underskrive tv ang s ind læggels espap irerne, hvilket,, hvis vægringen fastholdes konsekvent, medfører, at begæringen i stedet må underskrives af politiet som rekvirent. Meget taler for at undgå denne unødige belastning af de pårørende og fritage dem helt for at underskrive begæring om tvangsindlasggelse. Kravet om, at det påhviler den sindssyges nærmeste at tilkalde en læge med henblik på at undersøge om tvangsindlæggelse bør ske, skal derimod fastholdes som en naturlig del af omsorgen for familie og pårørende. I en ny lovregel herom bør man begrænse de pårørende pligter til en pligt til at tilkalde læge og herudover kun give de pårørende ret til at begære tvangsindlæggelse iværksat, idet kompetencen til at underskrive papirerne som rekvirent tillægges politiet i alle tilfælde. Alternativt kunne man tænke sig, at den attestudstedende læge også formelt skulle stå som rekvirent af tvangsindlæggelsen. Det er dog efter udvalgets opfattelse at foretrække, at lægens rolle begrænses til det rent lægelige, at undersøge patienten, tage stilling til om tvangsindlæggelse skal finde sted og udstede attest om, at betingelserne herfor er til stede, hvorimod resten overlades til politiet både som rekvirent og som den retsmyndighed, der som første instans afgør, om tvangsindlæggelse bør finde sted.

Tvangsindlæggelse bør som nu ikke kunne finde sted uden politiets medvirken. Tvangsindlæggelse bør foregå så skånsomt og diskret som muligt både af hensyn til patienten og af hensyn til de pårørende. Men viser en vis magtanvendelse sig uundgåelig, er der ikke andre end politiet, der er beføjet til at udøve en sådan magt. Politiets medvirken bør som nu så vidt muligt foregå, uden at politifolkene optræder i uniform. Man må dog gøre sig klart, at det i en hel del tilfælde ved akut tvangsindlæggelse ikke i praksis vil kunne lade sig gøre at sende ikke-uniformeret politi til stedet, allerede fordi der ofte

er tale om udrykning til episoder, som først efter at politiet er ankommet til stedet viser sig at skulle løses ved at gennemføre tvangsindlæggelse.

Det bør i fremtiden være en undtagelsesfri regel, at tvangsindlæggelse ikke kan iværksættes uden en forudgående lægeundersøgelse, der er iværksat med det formål at tage stilling til, om det eventuelt er nødvendigt at tvangsindlægge patienten.

Det har været kritiseret, at de lægeundersøgelser, der har dannet grundlag for udfyldelse af især gule papirer - behandlingsindikation - ikke har været helt nye, idet sindssygeloven for alle tvangsindlæggelser alene stiller det tidsmæssige krav til erklæringen, at tvangsindlæggelse kun kan ske på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på en undersøgelse foretaget inden for de sidste 4 uger før indlæggelsen.

Udvalget har på den baggrund overvejet, om der bør ske en stramning af de tidsfrister, der gælder ved tvangsindlæggelse på henholdsvis farligheds- og behandlingsindikation.

Længden af den frist, der vælges, må tillige afhænge af, hvor hurtigt de psykiatriske afdelinger er i stand til at modtage tvangsindlagte patienter og bestemmes dermed af sygehuskapacitet, sengepladser og personale.

Under hensyn til kravene om farens art og nærhed ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation har udvalget fundet, at der bør opstilles en regel om, at den undersøgelse, som lægeerklæringen hviler på, i disse tilfælde ikke må være mere end 24 timer gammel. En bestemmelse af dette indhold findes i lovudkastets § 12, stk. 2, første led.

Henset til betydningen af, at også indlæggelse på behandlingsindikation sker hurtigt, har udvalget ment at burde fastsætte en frist på ikke over 7 dage fra lægeundersøgelserns afslutning og til tvangsindlæggelse finder sted. Lægeattesten bør udfærdiges snarest muligt efter, at undersøgelsen er afsluttet, og lægen har truffet sin beslutning om tvangsindlæggelse. En pa-

tient kan således kun modtages som tvangsindlagt på behandlingsindikation, såfremt lægeerklæringen bygger på en undersøgelse foretaget inden for 7 dage før indlæggelsen. Hviler lægeattesten på en undersøgelse, der er foretaget for mere end 7 dage siden, kan tvangsindlæggelse ikke ske, men der må i givet fald foretages en ny undersøgelse for at afgøre, om tvangsindlæggelse fortsat er indiceret. En bestemmelse om lægeundersøgelsens alder ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation findes i lovudkastets § 12, stk. 2, andet led.

For så vidt angår spørgsmålet om sygehusets modtagepligt må der skabes kongruens mellem på den ene side de ovenfor angivne krav til undersøgelsens alder og på den anden side de psykiatriske sygehuse og afdelingers pligt til at modtage patienter til tvangsindlæggelse, således at modtagepligten tidsmæssigt nødvendigvis må ligge inden for kravene til undersøgelsens alder. Ved tvangsindlæggelse på farlighedsindikation finder udvalget ikke anledning til at ændre den nugældende regel efter 1938-loven, hvorefter disse patienter skal modtages straks. Ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation har udvalget af hensyn til sygehuskapaciteten ment at burde opstille en frist på 7 dage regnet fra undersøgelsen af patienten, således at kravet til undersøgelsens alder og modtagepligten her bliver sammenfaldende. Bestemmelsen findes i § 12, stk. 3 i lovudkastet.

Udvalget har drøftet, om man bør stille krav om, at den indlæggende læge skal være til stede, når selve tvangsindlæggelsen foregår. Hensynet til patienten og de pårørende taler i høj grad for dette, men det vil også være en fordel for de medvirkende politifolk, at de på stedet kan drøfte eventuelle tvivls spørgsmål med den læge, som har udfærdiget tvangsindlæggelsespapirerne, få oversat fagudtryk og om fornødent få uddybet begrundelsen for tvangsindlæggelsen.

Ved de akutte tvangsindlæggelser på farlighedsindikation vil lægen være til stede, medens forhandling om eventuel frivillig indlæggelse foregår, og medens han udfærdiger papirerne, men vil i reglen overlade resten til politiet. Politiet skal

herefter have indhentet en underskrift fra politimesteren eller den politijurist, han har bemyndiget hertil, jfr. § 1 i justitsministeriets cirkulære nr. 133 af 28. juni 1938 om politiets medvirken ved tvangsindlæggelse (bilag 2). Der er fra politimesterforeningens repræsentant i udvalget blevet givet udtryk for, at politiet ikke ønsker at delegere kompetencen til at underskrive tvangsindlæggelsespapirer til ikke juridisk uddannet personale, da politiets medvirken er udtryk for en retsgaranti. Når først en af politiets jurister har afgivet sin godkendelse, er der derimod ikke noget i vejen for, at en politimand skriver under på hans vegne, når der blot er tale om en bemyndigelse givet efter en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde. Underskrift af papirerne forudsætter normalt, at de politimænd, som har indfundet sig for at medvirke til tvangsindlæggelsen, kører til politistationen for at opnå den nødvendige underskrift fra politimesterembedets side. Henset til at den praktiserende læge eller vagtlægen, som har udfærdiget papirerne, ofte kun vil have begrænset erfaring med hensyn til tvangsindlæggelser, er udvalget enig i, at politiets kontrol af papirerne har betydning også ud over den rent formelle kontrol med korrekt papirgang, idet politiet påser, at der foreligger fyldestgørende begrundelse for indgrebet.

Ind lægge lse sprocedur en kan i dag ofte vare 3-4 timer og undertiden mere. Hvis der er tale om en urolig eller aggressiv patient, er der tale om et beklageligt langvarigt forløb, hvor det kan være yderst vanskeligt for politiet at gennemføre tvangsindlæggelsen uden at måtte gribe til midler som brug af håndjern. Hensynet til patienten taler altid for, at denne ikke bør befinde sig i politiets varetægt længere end strengt nødvendigt, og er der tale om en meget urolig eller voldsom patient, er det særlig ønskeligt, at modtagelse på psykiatrisk afdeling sker så hurtigt som muligt.

Man må overveje, om hensynet til retssikkerheden udelukker, at man indfører en regel om, at patienter, der er særligt urolige eller aggressive, kan modtages foreløbigt på hospital, selv om politimesterembedets underskrift på indlæggelsespapirerne endnu ikke foreligger, hvis blot dette sker snarest mu-

ligt og inden for f.eks. 6 timer. Den nugældende sindssygelovs § 3 indeholder hjemmel for, at politiet i særligt påtrængende tilfælde kan foretage tvangsindlæggelse, selv om der ikke foreligger nogen lægeerklæring. Dette forekommer betydeligt mere betænkeligt end en efterfølgende indhentelse af politimesterens underskrift i særligt hastende tilfælde. Hvis en undtagelsesregel af dette indhold kun udnyttes efter et konkret skøn i hvert enkelt tilfælde, og således at beslutning herom kun kan træffes af den, der er bemyndiget til at skrive under på politimesterens vegne, idet der samtidig gives telefonisk underretning til den psykiatriske afdeling, hvorpå tvangsindlæggelsen skal foregå, er dette formentlig en fremgangsmåde, der kan accepteres. Tvangsindlæggelse vil da, indtil politimesterembedets underskrift på papirerne foreligger, foregå på politiets ansvar som anholdelsessurrogat. Hvis modtagelse herefter nægtes af den vagthavende læge på sygehuset, har der foreligget en ulovlig frihedsberøvelse, som kan berettigede den frihedsberøvede til at kræve erstatning af politiet. Sygehuset har intet ansvar, før papirerne foreligger behørigt udfyldt og underskrevet.

Ved vurderingen af om man finder det forsvarligt at afkorte den tid, en gennemførelse af tvangsindlæggelse kan tage, før alle papirer er behørigt udfærdiget og underskrevet, bør man også gøre sig klart, at alternativet til en hurtigere modtagelse på psykiatrisk afdeling ikke er, at patienten er på fri fod, men at han er frihedsberøvet og undergivet politiets varetægt, hvilket både er mindre hensigtsmæssigt og mindre human end hurtig modtagelse på psykiatrisk afdeling. Selv om det må forekomme principielt betænkeligt at fravige de krav, der ellers stilles til gennemførelse af en tvangsindlæggelse, har udvalget dog ment, at der bør indføres hjemmel herfor, idet det dog forudsættes, at der bliver tale om en regel, der kun kan benyttes undtagelsesvis, og som alene er tænkt anvendt i de tilfælde, hvor patienten er så urolig og voldsom, at der skal anvendes betydelig magt for at undgå, at patienten skader sig selv eller andre.

Et krav om, at lægen altid skal være til stede under tvangs-

indlæggelsen, vil navnlig få betydning som en nydannelse ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Her går der nu nogle dage undertiden uger imellem papirernes udfyldning og indsendelse til sygehuset og selve den dag, hvor tvangsindlæggelse effektueres ved politiets afhentning. Ved at have den indlæggende læge til stede ved tvangsindlæggelsen, sikrer man sig dels, at patienten påny af sin egen læge bliver informeret om, hvad der skal ske og ikke blot pludselig føler sig afhentet under medvirken af politi, dels at man i overensstemmelse med det mindste middels princip også i sidste øjeblik lader den indlæggende læge undersøge, om tvangsansvendelse stadig er påkrævet eller er blevet overflødig, enten fordi patienten nu indvilliger i at lade sig indlægge frivilligt, eller eventuelt har fået det så meget bedre, at tvangsindlæggelse ikke længere er indiceret. Også af hensyn til senere klagesager er det vigtigt, at den indlæggende læge i det øjeblik, hvor tvangsindlæggelse gennemføres, vedstår, at betingelserne herfor er til stede, og at foranstaltningen stadig er nødvendig. Udvalget vil derfor foreslå, at der indføres en regel om, at den indlæggende læge så vidt muligt skal være til stede under tvangsindlæggelsen, ved farlighedsindikation kun medens undersøgelse står på og indtil lægen har udfyldt papirerne, og på behandlingsindikation indtil politiet er kørt fra stedet medbringende patienten, jfr. lovforslagets § 13.

En ordning af denne art vil forudsætte, at sygehuset, politiet og den indlæggende læge aftaler, hvornår politiet vil indfinde sig. Da det ikke sjældent kan være vanskeligt at træffe en patient på bopælen, når vedkommende skal tvangsindlægges, og da der selvsagt også vil kunne forekomme situationer, hvor den indlæggende læge på grund af andre lige så presserende opgaver ikke kan komme til stede ved indlæggelsen, bør en ny regel om lægens tilstedeværelse næppe gøres til et ubetinget krav, men formuleres som en regel om, at den indlæggende læge så vidt muligt skal være til stede, indtil politiet forlader stedet medbringende patienten.

Udvalget har drøftet, om man fortsat bør opretholde kravet om, at den indlæggende læge ikke må være ansat på det psykiatri-

ske sygehus eller afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted. Baggrunden for den gældende regel herom er, at kravet om at den indlæggende læge skal være forskellig fra den modtagende læge på sygehuset sikrer, at tvangsindlæggelsens lovlighed og nødvendighed vurderes af to af hinanden uafhængige læger. Selv om en sådan regel kan volde visse praktiske vanskeligheder, og selv om reglen vel ikke indeholder nogen væsentlig retsgaranti, har udvalget dog ikke ment at burde stille forslag om, at den ophæves. Det vil kunne virke stødende på patienterne at blive tvangsindlagt af den samme læge, som dagen efter skal vurdere, om de kan blive udskrevet. For at undgå, at situationer af den art kan opstå, bør den nugældende regel bevares, således at en sygehuslæge fra psykiatrisk afdeling f.eks. ikke kan foretage tvangsindlæggelse fra sygehuse-sets psykiatriske ambulatorium.

Der er i udvalget enighed om, at der derimod næppe er vundet noget væsentligt ved at stille krav om, at der kræves to lægers medvirken til udfærdigelse af tvangsindlæggelsespapirer. Hvis et sådant krav skulle stilles, som man kender det i visse fremmede retsforfatninger bl.a. i engelsk ret, stilles der da normalt tillige krav om, at den ene af lægerne skal være speciellæge i psykiatri. En sådan ordning med to lægers enige indstilling får kun reel betydning, hvis de begge foretager en selvstændig undersøgelse af patienten, hvilket ved alle akutte tvangsindlæggelser vil støde på ikke ubetydelige praktiske vanskeligheder. Hvis disse skal løses, kræver det formentlig, at der oprettes psykiatriske vagthold, der kan tilkaldes telefonisk hele døgnet, og som rykker omgående ud. Det ville være nyttigt at gøre forsøg med en sådan ordning i nogle by- og landområder for at se, hvilke virkninger dette ville have for indlæggelsesfrekvens og herunder navnlig konstatere, om der er visse grupper af patienter, som ikke behøver at blive tvangsindlagt, hvis der kan iværksættes en vis behandling i hjemmet eventuelt med overvågning af en psykiatrisk uddannet sygeplejerske. Udvalget kan anbefale, at der iværksættes forsøg med en ordning af denne art.

Her i landet har vi hidtil kun kendt medvirken af mere end een

læge ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation, hvor embedslægen, i København stadsråden i forening med overlægen ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik, skal godkende den indlæggende læges skøn. Henset til at embedslægerne kun ser tvangsindlæggelsespapirerne, har der alene været tale om kontrol af, om formalia var i orden. Da embedslægerne heller ikke er særligt uddannede i psykiatri, har deres muligheder for at censurere den indlæggende læges vurdering været forholdsvis ringe. Embedslægerens rolle må anses for så begrænset, at den i sin nuværende udformning ikke er særlig velbegrundet. Overlægen ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik har derimod så omfattende erfaringer og en sådan psykiatrisk indsigt, at den pågældende har haft mulighed for selv på papirgrundlag at øve indflydelse på indlæggelsespraksis.

I betænkning nr. 1015/84 om embedslægevæsenet anføres det side 32, at spørgsmålet om embedslægeinstitutionernes funktioner i forbindelse med tvangsindlæggelse af sindssyge bør tages op i forbindelse med det arbejde, der pågår i udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling.

Justitsministeriet har i overensstemmelse hermed i skrivelse af 27. marts 1985 anmodet udvalget om at overveje spørgsmålet om embedslægeinstitutionernes funktioner i forbindelse med tvangsindlæggelse af sindssyge personer.

Henset til at embedslægerne ikke er speciallæger i psykiatri, og i betragtning af at man i fremtiden ikke vil give de kommende embedslæger særlig undervisning i psykiatri, kan embedslægerne ikke anses for særligt kvalificerede til at medvirke til gennemførelse af tvangsindlæggelser. I det omfang politiet fremtidig får behov for at søge lægelig vejledning ud over den, den indlæggende læge kan yde, må denne rådgivning dog fortsat udøves af embedslægen.

Udvalget går ind for at afskaffe embedslægerens medvirken ved tvangsindlæggelse på behandlingsindikation. Selv om den nugældende ordning i København med forelæggelse for overlægen ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik har fun-

geret tilfredsstillende, har udvalget ikke ment at kunne anbefale, at denne særordning alene gældende for Københavns kommune bør opretholdes. Udvalget er opmærksom på, at de praktiserende læger ofte føler behov for at konferere med en erfaren psykiater, inden de træffer beslutning om eventuelt at lade en patient tvangsindlægge. Sådanne kollegiale drøftelser er også foregået med overlægen ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik, men det må overlades til den enkelte læges skøn, om han vil rådføre sig med denne overlæge, der står uden for det almindelige sygehusvæsen, eller om han hellere vil drøfte spørgsmålet med overlægen på den afdeling, hvor en eventuel tvangsindlæggelse kan finde sted. Dette spørgsmål kan ikke give anledning til udfærdigelse af retsregler.

Udvalget har drøftet, om man eventuelt burde indføre umiddelbar domstolskontrol med alle tvangsindlæggelser, således at disse automatisk blev forelagt retten f.eks. inden 24 timer efter iværksættelse med henblik på stillingtagen til såvel nødvendighed som legalitet. En sådan form for kontrol vil efter udvalgets opfattelse ikke være ønskelig, først og fremmest fordi den ikke vil kunne udøves tilstrækkeligt effektivt på et så tidligt stadium, men tillige fordi en fremstilling i retten straks efter en tvangsindlæggelse ville være meget belastende for mange sindssyge og direkte uforsvarlig for nogle. Domstolenes kontrol bør efter udvalgets opfattelse udøves på et senere stadium i efterprøvelsesprocessen og kun efter begæring fra patienten, se herom kapitel 16 om klageregler og navnlig kapitel 19 om domstolsprøvelse.

Der er ifølge nogle kritikere tvivl om, hvorvidt ansvaret for en tvangsindlæggelse i dag påhviler den indlæggende læge eller overlægen på den psykiatriske afdeling, på hvilken tvangsindlæggelse finder sted.

Det er næppe rigtigt at stille dette spørgsmål som et enten eller. Efter gældende ret har begge disse læger hver deres ansvar for indlæggelsen. Det ved kritikerne formentlig godt, og deres spørgsmål skal antagelig snarere ses som udtryk for, at de ikke mener, at dette ansvar har nogen større betydning, når

det efter retspraksis har vist sig så vanskeligt at få det placeret i de enkelte sager. Om retspraksis henvises til kapitel 19, afsnit 1 A og B.

Overlægens ansvar for at modtage patienten som tvangsindlagt kan gøres gældende under en klage over selve tvangsindlæggelsen og dermed efterfølgende under en retssag ført i henhold til retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse. Et eventuelt erstatningskrav kan fremsættes og pådømmes under samme sag, jfr. retsplejelovens § 469, stk. 6. Et eventuelt civilretligt ansvar for den indlæggende læge må derimod gøres gældende under en almindelig erstatnings sag anlagt ved byret eller landsret afhængig af erstatningskravets størrelse.

I artikel 5, sidste stykke, i den europæiske menneskerettigheds konvention foreskrives det, at der skal ydes erstatning, hvis frihedsberøvelse er sket i strid med konventionen, hvilket naturligt giver anledning til at rejse spørgsmålet, om erstatning altid skal ydes, hvis frihedsberøvelsen ikke opretholdes, eller om der ifølge konventionen kun er pligt til at yde erstatning, hvis frihedsberøvelsen underkendes som følge af, at der er udvist ansvarspådragende fejl. Udtrykket "lovlig forvaring" i artikel 5, stk. 1, litra e må formentlig forstås som en henvisning til de nationale regler. Da der ikke er hjemmel for erstatningsansvar på et rent objektivt grundlag i disse tilfælde i dansk ret, men kun hvis der er handlet culpøst - d.v.s. handlet uagtsomt, udvist forsømmelser eller skødesløshed, herunder ved at undlade at foretage hvad man bør gøre i forbindelse med tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse - vil der alene kunne blive tale om, at der skal svares erstatning, hvis den frihedsberøvede kan godtgøre, at der er udvist sådan ansvarspådragende adfærd fra den indlæggende læges, politiets eller den modtagende overlæges side.

Det er efter praksis særdeles vanskeligt for en patient at løfte denne bevisbyrde, jfr. Henning Skovgaard, Offentlige myndigheders erstatningsansvar (1983), side 154-158, som bl.a. fremhæver, at der ikke på dette område gælder noget strengt ansvar

med objektivering af den traditionelle culperegulering.

Det har af kritikere været sagt, at overlægen normalt vil befinde sig i en situation, hvor han er nødt til at lade patienten tvangsindlægges på afdelingen for at kunne konstatere, om betingelserne herfor nu også har været til stede. Dette paradoks beskriver i hvert fald situationen ganske godt og indeholder også en vis sandhed. Overlægen skal ved modtagelsen selvsagt påse, at de formelle betingelser er opfyldt, men må også have pligt til straks at skønne over, om de materielle betingelser, herunder psykose, foreligger. Hvis det undtagelsesvis skulle være klart, at dette ikke er tilfældet, vil det være ansvars-pådragende at modtage patienten til tvangsindlæggelse, men det må understreges, at overlægens forhåndsbedømmelse ved modtagelsen er en vanskelig opgave.

For den indlæggende læge kan situationen ikke mindst ved de akutte indlæggelser eventuelt af patienter, som han ikke kender i forvejen, for så vidt være lige så kompliceret og vanskeligt overskueligt, hvilket naturligvis må indgå i en eventuel senere bedømmelse af, om der er begået fejl, der kan medføre erstatningsansvar for lægen. Efter retsforholdets natur er der ikke noget overraskende i, at antallet af sager, hvor et sådant ansvar er statueret, er meget begrænset.

Opretholder man den almindelige culperegulering, som kræver, at skadelidte - her den frihedsberøvede - dokumenterer, at der er udvist ansvarspådragende fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, vil retspraksis formentlig fortsat stille så store krav til beviset for skyld, at ansvar kun vil blive statueret i et så begrænset antal tilfælde, at der bliver tale om sjældne undtagelser.

Hvis man vil tillægge tilkendelse af erstatning for ulovmedholdelig frihedsberøvelse på psykiatrisk afdeling nogen betydning som et egnet retsmiddel, der kan give patienten en art oprejsning for den tort, han har været udsat for i tilfælde af "uberettiget" tvangsindlæggelse, bør erstatning eller godtgørelse i så fald af retstekniske grunde tilkendes på et rent

objektivt grundlag. Uden et objektivt ansvar får reglen ikke nogen praktisk betydning. Der vil i givet fald næppe være grundlag for at arbejde med en regel om nedsættelse eller bortfald af erstatning på grund af egen skyld svarende til det, der gælder efter retsplejelovens kapitel 93 a om erstatning i anledning af strafferetlig forfølgning.

Udvalgets flertal finder, at regler om objektivt erstatningsansvar næppe er egnede til at regulere dette område på en hensigtsmæssig måde.

Efter udvalgets flertals opfattelse vil en regel om objektivt ansvar for sygehuset, d.v.s. amtskommunen som driftsherre, i disse tilfælde kunne lede tanken hen på bestemmelserne i retsplejeloven om uberettiget varetægtsfængsling, hvilket næppe er nogen heldig parallel. Indlæggelse til behandling på psykiatrisk sygehusafdeling bør ikke virke defamerende eller som en tort. Erstatningsregler, som hjemler objektivt ansvar, kan meget let komme til at virke som en understregning af, at det netop forholder sig sådan efter lovgivningsmagtens opfattelse.

Et mindretal bestående af Rigmor Berg og Knud Jensen har udtalt, at såfremt der ikke fastlægges ansvars- og erstatningsregler i anden lovgivning, bør sådanne regler optages i den lov, som måtte blive resultatet af dette udvalgsarbejde, og at princippet må være ansvar på objektivt grundlag.

I forbindelse med proceduren for tvangsindlæggelse har udvalget endvidere overvejet, om der er rationelt at opretholde to sæt tvangsindlæggelsespapirer.

Tendensen i udvalgets overvejelser går i retning af at opstille fælles betingelser og generelle regler, der så vidt muligt dækker begge sæt indikationer, hvorfor behovet for at opretholde to forskellige sæt tvangsindlæggelsespapirer er mindsket. En fuldstændig overensstemmelse kan imidlertid ikke opnås, medmindre man sammenlægger fare- og behandlingsindikation til en fælles betingelse, der dækker alle tvangsindlæggelser, men det-

te har udvalget ikke fundet rigtigt, fordi man derved slører, hvad der konkret har været begrundelsen for tvangsindlæggelse i hvert enkelt tilfælde. Selv om der ikke er skabt fuldstændig kongruens imellem tvangsindlæggelsesbetingelserne og formalia ved de to tvangsindlæggelsesindikationer, som udvalget går ind for, har man dog fundet det hensigtsmæssigt fremtidig kun at operere med eet fælles sæt af tvangsindlæggelsespapirer.

Der findes ikke i 1938-loven nogen regel om, hvornår et psykiatrisk sygehus kan nægte at modtage en patient. Hvis der er tale om tvangsindlæggelse, er der formentlig ikke tale om udøvelse af noget selvstændigt skøn fra overlægens side ud over det, han har pligt til at gøre ved at påse, om betingelserne for tvangsindlæggelse må antages at være opfyldt. Er de det, er overlægen ikke berettiget til at nægte at modtage patienten. Udvalget har ikke ment, at der er behov for at lovregulere dette område. For de tvangsindlagte følger resultatet af indlæggelsesindikationernes indhold og sygehusets modtagepligt. Spørgsmålet om overlægens kompetence til iøvrigt at nægte at modtage en patient har en meget nær sammenhæng med visitationsreglerne, og da spørgsmålet alene har betydning for de frivilligt indlagte patienter, skal dette spørgsmål ikke forfølges nærmere her, bortset fra en understregning af at overlægen har pligt til at modtage tvangsindlagte patienter, når betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jfr. § 12, stk. 3 i lovudkastet.

Kapitel 18.

Lovens område.

I dette kapitel behandles spørgsmålet om lovens gyldighed eller dens retsvirkninger personelt og lokalt. Hvor skal de retsregler, som udvalget anbefaler gennemført til afløsning af sindssygeloven fra 1938 gælde, i hvilke situationer, for hvilke personer og på hvilke steder? Ved at besvare disse spørgsmål vil lovens område og virkefelt blive beskrevet.

1. I hvilke situationer gælder loven?

Dette spørgsmål kan besvares generelt ved at fremhæve, at loven gælder, når der anvendes tvang.

Det er ikke udvalgets opgave at behandle frivillig indlæggelse og frivillig behandling på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling. Når frivilligt indlagte patienters forhold overhovedet er omtalt og stedvis behandlet i de foregående kapitler, er dette dels sket som en baggrund for og til sammenligning med og bedre belysning af de tilfælde, hvor det er nødvendigt at anvende tvang, dels fordi det i nogle sammenhænge er for kunstigt ikke også at inddrage de frivilligt indlagte patienters forhold i overvejelserne som f.eks. i kapitel 14 om brugerindflydelse, patientråd m.v.

Som altovervejende hovedregel vedrører denne betænkning kun de retsgarantier, der bør opstilles for at sikre de sindssyge i de tilfælde, hvor de udsættes for tvangsindgreb, og hvor der følgelig er et helt særegent behov for retsbeskyttelse og kontrol.

Modstykket til tvangsanvendelse er frivillighed. I denne sammenhæng forstås frivillighed ikke, som man ellers ofte vil gøre det i retlig forstand, som et krav om, at der skal foreligge udtrykkeligt eller stiltiende samtykke. Den juridiske teori vil normalt som udgangspunkt kræve en positiv viljes-

erklæring afgivet af en person, der ikke er inhabil, før der kan siges at foreligge et gyldigt samtykke. Hvis man i klar modstrid med hidtidig praksis inden for psykiatrien nu ville opstille et sådant krav på dette felt, ville det medføre, at meget store grupper af patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, måtte anses som undergivet tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og/eller tvangsbehandling,, allerede fordi mange psykiatriske patienter er uklare, med sløret bevidsthedstilstand, og så vanskelige at få et entydigt svar fra, at de ikke kan afgive et gyldigt samtykke, således som det her er beskrevet.

Der ville herved fremkomme bl.a. en eksplosiv vækst i antallet af tvangsindlæggelser, fordi de indlæggende læger ville være nødt til at benytte tvangsindlæggelse ved alle ældre konfuse, ved mange depressive og ved mange hallucinerede og urolige patienter, som er svære at kontakte. Den stigning i antallet af tvangsindlæggelser og senere i tvangstilbageholdelser og tvangsbehandling, som ville indtræde som følge af en sådan ændret afgrænsning mellem tvang og frivillighed, ville opstå, uden at den nye begrebsbestemmelse medførte nogen faktisk ændring for patienterne eller en blot tilnærmelsesvis tilsvarende øget retsgaranti. De pårørende ville antagelig også stille sig uforstående over for, at tvangsindlæggelse skulle være nødvendig, fordi den, der skal indlægges, er så syg, at vedkommende er ude af stand til at tage selvstændig stilling til spørgsmålet, om indlæggelse bør finde sted og afgive et utvetydigt svar.

Dette spørgsmål, om en patient kan afgive et gyldigt samtykke, er ikke et problem, der kun vedrører psykiatriske patienter. I indlæggelsessituationen kan det bero på tilfældigheder af visitationsmæssig art og vanskelige diagnostiske skøn, om en patient, der er uklar f.eks. som følge af forgiftning, indlægges på somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling. Der har aldrig været en mere almindelig hjemmel til at tvangsindlægge på somatisk afdeling. Om de specielle regler vedrørende visse smitsomme sygdomme, se kapitel 5, afsnit 3A. Man har ikke opfattet indlæggelse af en patient, der er uklar, som en tvangs-

foranstaltning, blot fordi patientens tilstand var af en sådan art, at vedkommende var ude af stand til at afgive et klart samtykke til indlæggelse på en somatisk afdeling. Når man ikke har været i tvivl om berettigelsen af denne praksis for somatiske patienter, er det vanskeligt at se, hvorfor man skulle nå til det modsatte resultat, når modtagelse sker på en psykiatrisk sygehusafdeling. Det forekommer udvalget reelt velbegrunder at opretholde hidtidig praksis på dette område.

En ændret begrebsbestemmelse ville stille lægerne på de psykiatriske afdelinger over for den næsten uløselige opgave dagligt at tage stilling til, om hver enkelt indlagt patient er så dårlig, at fortsat behandling skal ske som tvangsbehandling, og om fortsat ophold nu kun kan ske som tvangstilbageholdelse, fordi vedkommende ikke længere er i stand til at tage stilling til valg af opholdssted. Denne vurdering af hver enkelt patient kan være særdeles vanskelig, men selv om man løste opgaven, gælder det også her, at der for de bevidsthedsløse og uklare patienter, så længe denne tilstand består, ikke er noget alternativ til fortsat ophold på psykiatrisk sygehusafdeling eller anden psykiatrisk institution, hvorfor tvangstilbageholdelse måtte blive resultatet.

Det forekommer herefter rigtigt ikke at påtvinge lægerne et sådant sæt af besværlige afgørelser, som vil blive truffet til ingen verdens nytte ud over opfyldelse af de krav, en ny definition måtte stille. Det turde være en selvskabt plage at indføre den form for bureaukratisering af psykiatrien.

Udvalget har derfor i overensstemmelse med hidtidig praksis besluttet kun at tale om tvang, når der foreligger en protest eller indsigelse fra patientens side mod den foranstaltning, som agtes iværksat, være sig indlæggelse, fortsat ophold på psykiatrisk afdeling eller behandling, jfr. § 1, stk. 2 i lovudkastet.

Frivillighed i form af samtykke eller accept fra patientens side skal så vidt muligt søges opnået. Frivillig medvirken i form af informeret samtykke er altid at foretrække. Tvangs-

anvendelse bør være en undtagelse, som kun forekommer, når ingen anden udvej findes, og når behovet for at gennemføre en given foranstaltning iøvrigt er så betydeligt, at tvang ikke står i misforhold til det, der søges opnået, jfr. §§ 1 og 2 i lovudkastet. Der bør gives varsel og indrømmes patienten passende betænkningstid. Tvangen skal udøves så skånsomt og så hensynsfuldt som muligt, og beslutningen om tvangsanvendelse skal begrundes over for patienten.

De nærmere betingelser for tvangsanvendelse er specificeret i de enkelte bestemmelser vedrørende

- tvangsindlæggelse, jfr. §§ 4-5
- tvangstilbageholdelse, jfr. § 6
- Obligatorisk efterprøvelse, jfr. § 6
- tvangsbehandling, jfr. § 8
- anden tvangsanvendelse, jfr. §§ 14-17.

2. Overfor hvem kan tvang anvendes?

Loven angiver ikke i sin overskrift, at der er tale om en lov om sindssyges retsstilling, og det er den heller ikke. Der er for så vidt netop ikke tale om en særlov om sindssyge, således som kritikerne har benyttet dette udtryk. Loven er ikke et generelt regelsæt om alle sindssyge, men kun en lov om tvangsanvendelse over for visse sindssyge i forbindelse med psykiatrisk behandling.

Det betyder, at alle andre retsforhold, hvori sindssyge optræder, falder udenfor loven. Det gælder eksempelvis navnlig

- erstatningsansvar, være sig i henhold til aftaler eller som følge af skadegørende handlinger,
- strafferetligt ansvar,
- procesabilitet, evne til at møde i retten,
- adgangen til visse stillinger og erhverv, der kræver autorisation eller offentlig godkendelse,
- adgangen til at erhverve kørekort, flycertifikat, jagttegn, våbentilladelse og lignende tilladelser fra det offentlige til udøvelse af visse former for virksomhed.

Det betyder også, at det er en mindre gruppe af sindssyge der er omfattet af loven og kun periodisk. De sindssyge, som klarer sig uden behandling eller uden behov for indlæggelse, eller som lader sig behandle uden at gøre indsigelse herimod falder uden for loven.

Lovens centrale område er dermed de sindssyge, som gør indsigelse mod nødvendig indlæggelse på psykiatrisk afdeling og den her ordinerede, nødvendige behandling.

Enkelte regler i udkastet til lovbestemmelser vedrører en videre personkreds. Det gælder,

- § 5 om tvangsindlæggelse, hvor kravet om sindssygdom er modificeret til, at der er grund til at antage, at vedkommende er sindssyg, men uden at dette kan fastslås, når der dog er et akut behov for psykiatrisk behandling, og der endvidere foreligger sædvanlig farlighedsindikation,
- § 6, stk. 2 om tvangstilbageholdelse i indtil 7 dage af den, der i tilfælde af udskrivning, må antages straks at ville begå selvmord,
- §§ 14-17 om anden tvangsanvendelse, d.v.s. fiksering, magt-anvendelse og beskyttelsesforanstaltninger, som kan anvendes over for alle, der er indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling, men kun under de i de enkelte bestemmelser nærmere angivne betingelser, og
- § 22 om patientråd m.v. som gælder alle, der er indlagt på psykiatrisk sygehusafdeling.

Loven er dermed heller ikke kun en lov om sindssyge, men omfatter i de ovennævnte relationer ikke blot sindssyge, men også ikke-sindssyge som er indlagt på psykiatrisk sygehus med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.

Bortset fra reglerne om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og patientrådgiverbeskikkelse finder bestemmelserne i lovudkastet også anvendelse på patienter, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse. Reglerne om bl.a. informeret samtykke, tvangsbehandling og tvangsmidlers anvendelse gælder således også for rets-

lige patienter.

3. Hvor kan tvang anvendes?

Ud over den afgrænsning af tvangsanvendelse, der er gengivet foran vedrørende situationer og personer, er det nødvendigt at foretage en beskrivelse af, på hvilke institutioner tvang må anvendes.

Udvalget finder ikke, at det er ønskeligt at skabe hjemmel for tvangsbehandling og anden form for tvangsanvendelse over for ikke indlagte patienter. Når en patient er udskrevet fra psykiatrisk sygehusafdeling, bør patienten ikke være undergivet andre restriktioner end alle andre borgere.

Betinget udskrivning på visse vilkår, hvis ikke-overholdelse skulle kunne udløse genindlæggelse eller anden form for tvang, er det næppe hensigtsmæssigt at indføre. En sådan ordning kendes ganske vist for patienter, som er dømt til behandling på psykiatrisk sygehus, men det er en følge af, at domstolene kan fastsætte vilkår for ændring af de idømte foranstaltninger og er således en parallel til betingede domme for strafbart forhold. Medens domfældte, som tilsidesætter vilkår, kan tilregnes vilkårsovertrædelsen, gælder dette ikke en sindssyg, hvis sygdom forværres og udløser det, der eventuelt registreres som en overtrædelse af udskrivningsbetingelser. Det er allerede som følge af denne meget væsentlige forskel ikke ønskeligt at indføre et element af tvang over for tidligere indlagte. En sådan ordning ville dels blive opfattet som en diskriminerende, repressiv foranstaltning, dels kunne den resultere i, at sindssyge ville afholde sig fra at søge læge af frygt for at få konstateret, at betingelserne for genindlæggelse eventuelt er til stede.

For så vidt angår tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse må resultatet blive det samme. Enhver uhjemlet magtanvendelse er strafbar vold, jfr. navnlig straffelovens § 244, om den, der øver vold eller på anden måde angriber en andens legerne. Kun politiet er berettiget til om fornødent at anven-

de magt til opretholdelse af ro og orden og til gennemførelse af de opgaver, det iøvrigt påhviler politiet at udføre. Det er også grunden til, at politiet skal medvirke ved alle tvangsindlæggelser. Hvis der skal bruges magt, er der ikke andre end politiet, der er berettiget hertil. Man bør ikke søge at ændre dette ved at skabe hjemmel for tvangsanvendelse uden for psykiatriske institutioner. Spørgsmålet bliver herefter at fastlægge, hvor der i institutionssammenhæng er et sådant behov for en vis magtanvendelse, at der bør skabes lovhjemmel herfor.

A. Psykiatrisk sygehusafdeling.

Det centrale område for lovens regler er de psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger. Det svarer nøje til sindssyggelovens regler. Lovens anvendelsesområde har ikke givet anledning til offentlig kritik eller større afgrænsningsvanskeligheder, men der eksisterer dog nogle problemer, som bør søges afklaret.

Spørgsmålet om hvilken vægt man skal lægge på, om en patient er indlagt på psykiatrisk afdeling eller har status som daghospitalspatient eller eventuelt nathospitalspatient har i praksis givet anledning til nogen tvivl. Grænsen mellem indlagt og udskrevet udviskes ved sådanne mellemformer og gør det mindre enkelt at tage stilling til, om en patient kan tvangstilbageholdes, eller om den rette fremgangsmåde er tvangsindlæggelse, hvis tvangsforanstaltninger er påkrævede. Spørgsmålet er behandlet af Hans Adserballe i Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, side 843-849, hvor nogle konkrete sager gennemgås. Adserballe finder det meget tvivlsomt, om daghospitalspatienter, som er udskrevet, kan tvangstilbageholdes i henhold til sindssyggelovens regler og anbefaler, at dette søges afklaret ved en revision af loven.

Lignende problemer kan opstå for så vidt angår patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, men som hver dag arbejder eller modtager undervisning uden for sygehuset. Afdelingen fungerer som nathospital i relation til sådanne patienter.

Endelig kan man rejse spørgsmålet, om adgangen til at overføre en patient fra en åben psykiatrisk afdeling til en lukket afdeling kræver tvangsindlæggelse, eller om overflytning kan foregå formløst i henhold til overlægens beslutning, idet en eventuel indsigelse fra patienten da behandles efter reglerne om tvangstilbageholdelse.

Tilsvarende spørgsmål opstår, når patienter, der har **terrænfrihed** eller udgang, ikke af sig selv vender tilbage til afdelingen til den aftalte tid. Det er for det første et spørgsmål, om sygeplejepersonalet er beføjet til at bringe patienten tilbage til afdelingen, eller om det er politiet, der skal gøre det, og for det andet et spørgsmål, om magtanvendelsen kræver, at der iværksættes tvangsindlæggelse, eller om den enklere fremgangsmåde ved tvangstilbageholdelse er tilstrækkelig.

Efter nugældende retstilstand kan disse spørgsmål næppe alle siges at være fuldt afklarede. For udvalget drejer det sig om at skabe klare regler, som på en gang opfylder kravene til retsgaranti, og som samtidig ikke er unødigt upraktiske. Det forekommer rigtigt at lægge afgørende vægt på, om en patient er indlagt eller udskrevet. Dette giver et klart kriterium, som er retsteknisk let at arbejde med, men som også siger noget væsentligt materielt om personens status som enten stadig boende på og værende i behandling på psykiatrisk afdeling, eller om der er tale om en forhenværende patient, som er udskrevet, og som i hvert fald nu har bopæl uden for hospitalet.

Hvis man anvender dette kriterium som skillelinie, vil personer, der er indlagt - også frivilligt indlagte - kunne tvangstilbageholdes i henhold til lovudkastets § 6, tvangsbehandles i henhold til § 8 og undergives anden tvangsanvendelse i henhold til §§ 14-17. Uden indlæggelse, eventuelt tvangsindlæggelse, kan lovens tvangsregler ikke bringes i anvendelse.

Da nathospitalspatienter fortsat er indlagt på hospitalet,

vil disse være omfattet af lovens bestemmelser om tvangsanvendelse.

Hvis en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, modsætter sig overførsel til en lukket afdeling på samme eller et andet sygehus, kan dette ske, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, jfr. § 6, stk. 3. At opstille krav om tvangsendlæggelse i sådanne tilfælde forekommer upraktisk. Patientens retssikkerhed øges ikke ved i sådanne tilfælde at tilkalde en læge ude fra byen.

En daghospitalspatient er en ambulant patient, som dagligt kommer til behandling, tilsyn og ofte tillige for at arbejde i terapi eller værksted på sygehuset, men som har egen bolig uden for sygehuset, hvor han opholder sig resten af døgnnet. Daghospitalspatienter er udskrevet af sygehuset.

Daghospitalspatienter er følgelig ikke omfattet af lovens regler om tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling eller anden tvangsanvendelse. En daghospitalspatient kan kun komme ind under dette regelsæt ved påny at blive indlagt, være sig frivilligt eller ved tvangsendlæggelse, jfr. lovudkastets §§ 4-5. Tvangsendlæggelse vil da foregå helt i overensstemmelse med de sædvanlige regler om fremgangsmåden, jfr. lovudkastets §§ 11-13.

Når en indlagt patient ikke vender tilbage til aftalt tid efter udgang, anvender man undertiden den fremgangsmåde at sende sygeplejepersonale, som kender patienten godt, til det sted, hvor patienten nu opholder sig for at overtale vedkommende til frivilligt at følge med tilbage til afdelingen. Lykkes dette ikke, opstår spørgsmålet, om der kan anvendes tvang, og hvilken procedure, der i givet fald skal følges, for at tvangsanvendelsen er retmæssig.

Hvis en patient forlader afdelingen - med eller uden tilladelse - og ikke frivilligt vender tilbage, kan sygeplejepersonalet benytte fornøden magt til at føre patienten tilbage til lukket afdeling, hvis betingelserne for tvangstilbagehol-

delse er opfyldt, men kun hvis patienten stadig befinder sig inden for sygehusets område. Er patienten kommet uden for porten eller terrænet, skal politiet tilkaldes, hvis magtanvendelse er nødvendig.

Fremgangsmåden ved tvangstilbageholdelse er tilstrækkelig, hvis det drejer sig om en patient, der er indlagt, og hvis overlægens beslutning om, at patienten skal føres tilbage til hospitalet, træffes tidsmæssigt umiddelbart efter udeblivelse. Dette svarer til den nugældende retstilstand.

Det er næppe ønskeligt at indføre en regel om, at personalet før enhver udgang skal meddele patienten, at udeblivelse vil medføre afhentning ved politiets foranstaltning. Når der er særlig anledning hertil, bør dette dog tilkendegives patienten ikke som en betingelse, for at afhentning kan finde sted, men mere for at patienten skal kende konsekvenserne, hvis han udebliver.

Afhentning ved politiet i henhold til overlægens beslutning - uden at proceduren for tvangsindlæggelse følges - vil kunne anvendes i alle tilfælde, hvor beslutning om tvangsmæssig tilbageførsel straks træffes, og gennemførelse finder sted in continenti, d.v.s. umiddelbart efter og uden unødigt forsinkelse. Hvis afhentning ikke søges gennemført, før der er gået et par dage, bør reglerne om og fremgangsmåden for tvangsindlæggelse derimod følges. For at opnå en retsteknisk skarp regel vil udvalget foreslå, at umiddelbar afhentning ved politiets foranstaltning kun kan anvendes, hvis det foregår inden et døgn, efter at udeblivelsen har fundet sted. Er der tale om udeblivelse efter udgang med tilladelse til mere end en enkelt overnatning, bør tilbageførsel kun kunne ske efter fornyet tvangsindlæggelse.

B. Psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet - H-plejehjem.

Psykiatriske plejehjem har været drevet både under sygehusvæsenet (H-plejehjem) og i medfør af den sociale lovgivning som almindelige plejehjem. Under sygehusvæsenet blev H-plejehjem

tidligere drevet i tilknytning til statshospitalerne. Da statshospitalerne i 1976 blev overført til amtskommunerne fulgte H-plejehjemmene med. De blev ved med at fungere som afdelinger af de psykiatriske sygehuse. Københavns kommunes psykiatriske plejehospitaler og psykiatriske plejehjem henhører også under sygehusvæsenet. Visitation sker i reglen ved at overflytte patienten fra et psykiatrisk sygehus til H-plejehjemmet. Da disse to psykiatriske institutioner har fælles lægelig ledelse, sker visitationen let og smidigt. Der findes ialt 23 H-plejehjem med 3.157 pladser. Om H-plejehjemmene og deres overførsel fra sygehusvæsenet til bistandslovens område og dermed fra indenrigsministeriets område til socialministeriets henvises til socialstyrelsens rapport herom fra april 1985. Beslutning om overførsel forventes at træde i kraft til den 1. januar 1987.

På de indtil overførelsen eksisterende H-plejehjem gælder sindsygelovens regler om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse m. v.

De regler, udvalget foreslår indført, vil også komme til at gælde for alle personer, der opholder sig på H-plejehjem, så længe denne form for psykiatrisk institution eksisterer under sygehusvæsenet.

Det fremgår af socialstyrelsens ovennævnte rapport, at der er foretaget en spørgeskemaundersøgelse til brug for arbejdsgruppens undersøgelse af, hvorledes overførelsen af H-plejehjemmene mest hensigtsmæssigt kan gennemføres. Denne undersøgelse viser bl.a., at flere af H-plejehjemmene ikke finder, at der er behov for at kunne foretage tvangstilbageholdelse og benytte andre tvangsmidler, hvorimod andre undertiden benytter sig af adgangen hertil. Flere H-plejehjem oplyser, at de ikke selv foretager tvangstilbageholdelse, men foretrækker at overflytte patienten til psykiatrisk sygehusafdeling, når der er behov for denne form for tvangsanvendelse.

I en række svar peger man på, at der er behov for lukkede afdelinger og adgang til tvangsanvendelse, navnlig i form af

bæltefiksering.

Under drøftelserne i udvalget er der fra lægelig side blevet fremhævet, at det efter overførsel af H-plejehjemmene til den sociale sektor vil blive en meget væsentlig og følelig mangel, at disse institutioner ikke længere kan modtage patienter, som er nødt til at være på en lukket afdeling, og at sådanne patienters overførsel til psykiatriske sygehusafdelinger vil belaste disses kapacitet.

C. Andre plejehjem

Almindelige plejehjem efter bistandslovens § 79.

Der findes ud over de almindelige plejehjem, som modtager personer, hvis helbredstilstand bevirker, at de uanset de tilbud kommunen yder med hensyn til hjælpemidler, boligændring, hjemmeplej og andet omsorgsarbejde ikke kan klare sig i eget hjem, også plejehjem, der fortrinsvis modtager beboere med psykiatriske lidelser. Der fandtes i 1984 96 plejehjem af denne art med ca. 1.500 pladser for personer med psykiske lidelser.

Særlige plejehjem efter bistandslovens § 112, stk. 2.

Efter at særfor sorgen blev udlagt fra staten til amtskommunerne, har der været adgang til for amtskommunerne at oprette specialplejehjem for personer med vidtgående psykiatriske lidelser. Der er indtil 1. januar 1985 oprettet 10 plejehjem af denne type.

For personer, der befinder sig på andre plejehjem end H-plejehjem, gælder sindssygeloven af 1938 ikke. Der kan eventuelt for nogle af disse beboere blive tale om at overveje at benytte bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979 om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, jfr. bilag 11. Denne bekendtgørelse anvendes for tiden kun på voksne psykisk udviklingshæmmede (åndssvage). De regler, som udvalget anbefaler vedtaget til afløsning af sindssygeloven af 1938, har man ikke tænkt sig bragt gene-

reit i anvendelse over for beboere på plejehjem, ej heller på plejehjem for personer med psykiatriske lidelser. Medens dette resultat forekommer ret utvivlsomt, når det drejer sig om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, er spørgsmålet mere tvivlsomt, når det drejer sig om dørlukning og den meget begrænsede form for tvang, der f.eks. består i at indhente en ældre konfus person, som er ved at forlade afdelingen eller haven for at formå denne beboer til at følge med tilbage ved overtalelse og ved at tage vedkommende under armen for sammen at påbegynde tilbageturen. Det er utvivlsomt en tjenesteforsømmelse, hvis personalet ikke efter bedste evne søger at forhindre en sådan person i at bortgå med fare for at komme til skade i trafikken eller på anden vis. Da det ikke kan være rigtigt ikke at gribe ind og ej heller at undlade at benytte så lette midler som foran gengivet og i stedet hver gang tilkalde politiet blot for at følge en ældre dame tilbage, bør man både af hensyn til beboerne og personalet afklare, hvor grænsen går. Hvis der skal egentlig magtanvendelse til - overvindelse af en ikke ubetydelig modstand - som kræver fleres medvirken eller egentlig styrke, er det ikke en opgave for personalet, men for politiet.

Beskyttelsesforanstaltninger som fastspænding med stofseler til seng, stol og toilet for at hindre fald betragtes i socialministeriets bekendtgørelse ikke som fiksering, hvilket måske lidt overraskende giver personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap mindre retsbeskyttelse på dette punkt, end de sindssyge senest har fået tillagt ved sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1985. Se bilag 7.

Det forholder sig i vidt omfang således, at det beror på mere tilfældige omstændigheder, bl.a. af visitationsmæssig art, om en psykiatrisk patient i dag opholder sig på et H-plejehjem, et plejehjem for psykiatriske patienter eller eventuelt et sådant beregnet for personer med vidtgående psykiatriske lidelser eller i hvert fald visse stejder på et almindeligt plejehjem. Personer med samme psykiske funktionsnedsættelse og samme adfærd bør ikke undergives forskellige regler om tvangsanvendelse afhængig af, hvilken institution de hen-

vises til, hvis ikke visitationen sker efter ensartede regler, der også tager hensyn til behovet for tvangsanvendelse.

D. Somatisk sygehusafdeling.

Spørgsmålet om anvendelse af tvangsbestemmelser i sindssyge-
loven af 1938 på sindssyge, der overføres fra psykiatrisk af-
deling til behandling på en somatisk afdeling har givet anled-
ning til nogen retlig tvivl. Efter den nugældende retstilstand
og praksis kan dette ikke uden videre lade sig gøre. En tvangs-
tilbageholdt psykiatrisk patient kan ikke blot overføres f.eks.
til kirurgisk afdeling for at få foretaget en operation og
forblive liggende på den somatiske afdeling som tvangstilba-
geholdt på den psykiatriske overlæges ansvar. Tvangsbehand-
ling af en tilstødende somatisk lidelse kan heller ikke uden
videre iværksættes efter begæring af den psykiatriske overlæ-
ge, på hvis afdeling patienten er tvangsindlagt.

En arbejdsgruppe nedsat under sundhedsstyrelsen afgav i decem-
ber 1981 en rapport om informeret samtykke, se kapitel 11.
I tilslutning hertil har sundhedsstyrelsen udsendt dels cir-
kulæret af 21. oktober 1982, se bilag 5, dels cirkulæret af
28. juni 1983 om information og samtykke for så vidt angår
patienter med psykiske lidelser, se bilag 6. Spørgsmålet om
behandling af tilstødende somatiske lidelser hos psykiatri-
ske patienter uden eller mod patientens vilje behandles i den
sidste del af cirkulæret af 28. juni 1983. Hvis der er tale
om tvangsindlagte og tvangstilbageholdte inhabile patienter,
som ikke er i stand til at handle fornuftsmæssigt med hensyn
til egen sygdomstilstand, kan tvangsbehandling iværksættes,
hvis tilstanden er livstruende, eller der foreligger alvor-
lig risiko for patientens helbred. I andre tilfælde, hvor pa-
tienten på grund af sin psykiske lidelse ikke er i stand til
at tage stilling til - samtykke i - nødvendig behandling, må
der gennemføres personlig umyndiggørelse. Bestemmelse om tvangs-
behandling kan herefter træffes af den beskikkede værge.

Disse spørgsmål er fornylig gjort til genstand for behandling
af Peter Kramp og Villars Lunn i en artikel i Ugeskrift for

Læger, 1984, p. 991-999, Tvangsbehandling af psykotiske patienter. Forfatterne finder ikke, at den såkaldte ligeretsideologi kan føre til, at en psykotisk patients nægtelse af samtykke til behandling for en livstruende somatisk lidelse bør respekteres. Hvis man gør det, unddrager man disse psykotiske patienter den lægehjælp og behandling, andre modtager, hvilket er en uacceptabel diskrimination udløst af den egenartede tilstand, den psykotiske befinder sig i. En sikker løsning via sindssygelovens regler findes ikke, og straffelovens § 253 - om den, der undlader efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare - og lægelovens § 7 - om lægens pligt til på begæring at yde første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp er påtrængende nødvendig - anses heller ikke som egnede til at løse det generelle problem. Tilbage bliver herefter ifølge Kramp og Villars Lunn at umyndiggøre patienten i personlig henseende og at lade den beskikkede værge samtykke.

I den svenske betænkning, Psykiatrien, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984.64, side 413, anføres det i bemærkningerne til lovforslagets § 25 om tvangsbehandling, at denne hjemmel også omfatter somatiske lidelser, der medfører alvorlig fare for patientens liv eller helbred.

Der er ganske åbenbart behov for en afklaring af, hvornår tvangsbehandling af en sindssyg patients somatiske lidelser bør kunne foretages, og hvor dette i givet fald kan foregå. Dette problem kan opstå i flere relationer og i forskellige former. Udvalget kan anbefale følgende løsning:

1) Ikke-indlagte sindssyge:

Er den somatiske sygdom livstruende eller udsætter den patients helbred for væsentlig fare, er farlighedskriteriet i lovudkastets § 4, litra b, opfyldt, hvorfor tvangsindlæggelse skal ske.

Er den somatiske sygdom eller lidelse ikke af en så alvorlig art, må den sindssyge ganske som andre selv afgøre, om han ønsker at modtage lægehjælp og undergive sig behand-

ling.

2) Indlagte sindssyge:

Det drejer sig her om sindssyge, som allerede er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, eller som bliver tvangstilbageholdt, fordi de modsætter sig behandling for en livstruende somatisk lidelse eller en lidelse, der udsætter deres helbred for væsentlig fare. I den sidstnævnte situation er farlighedsindikationen til stede, jfr. lovudkastets § 6, stk. 1, sammenholdt med § 4, litra b.

Det forekommer reelt ubetænkeligt at overføre sådanne behandlingstværgende, psykotiske patienter med en tilstødende somatisk lidelse af den ovennævnte farlighed til somatisk afdeling til operation og anden somatisk behandling.

Følger man den fremgangsmåde at foretage umyndiggørelse i personlig henseende bliver resultatet det samme. En beskikket værge vil næppe vove at nægte samtykke til en livsreddende behandling eller at nægte at samtykke i en behandling, som er nødvendig for ikke at udsætte patientens helbred for alvorlig risiko. Værgens samtykke er for så vidt om ikke en formalitet, så dog dikteret af omstændighederne. Det er den somatiske overlæges diagnose og behandlingsforslag, der er afgørende. I modsætning til hvad der ellers er tilfældet, er det her ikke den psykiatriske overlæge, der alene afgør, om tvangsbehandling skal iværksættes, idet det sker efter en diagnose og behandlingsplan, som hidrører fra en overlæge på somatisk afdeling. Der er ingen grund til at tro, at overlægerne på de somatiske afdelinger skulle være tilbøjelige til at iværksætte andet end vel-indiceret behandling. Den endelige beslutning om tvangsbehandling bør dog også her træffes af den psykiatriske overlæge i medfør af lovudkastets § 8, hvis bestemmelser i det hele finder anvendelse, se dog særligt § 8, stk. 5. Det betyder, at tvangsbehandling af en tilstødende somatisk lidelse kun kan iværksættes over for en psykiatrisk patient, som er sindssyg, og for hvem betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, hvortil kommer at selve den

somatiske lidelse skal være livstruende eller i det mindste udsætte vedkommendes helbred for væsentlig fare.

Hvis der er tale om et tilfælde, hvor patienten, inden tvangsindlæggelse blev iværksat eller under frivillig indlæggelse, medens han var i stand til at træffe gyldig beslutning, om han vil samtykke i en given behandling, klart har tilkendegivet, at han ikke ønsker en bestemt operation eller behandling gennemført, bør en sådan forhåndsbestemmelse, som dækker den nu foreliggende situation, respekteres. Det svarer til, at en patient, som nægter at give samtykke til operation, medens han har sin fulde fatte- og handleevne i behold, ikke vil blive opereret i det øjeblik, han bliver bevidstløs som følge af lidelsen. På samme måde må senere indtrædende sindssygdom og tab af realitetsevne ikke benyttes til at frakende en tidligere truffet gyldig beslutning dens betydning.

Hvis behandlingen bedst kan foregå på somatisk afdeling, bør den frihedsberøvede patient opholde sig her ganske som alle andre, der indlægges til behandling for tilsvarende lidelser. I det omfang, der måtte være behov for at anvende tvangsmidler og andre tvangsforanstaltninger, bør dette ske efter den psykiatriske overlæges bestemmelse, og iværksættelse foretages af sygeplejepersonalet fra psykiatrisk afdeling, jfr. lovudkastet §§ 14-17. Den psykiatriske patient på somatisk afdeling må anses som indlagt på en psykiatrisk ensengs satellitafdeling oprettet ad hoc. Når patientens tilstand og den somatiske behandling tillader dette, flyttes patienten tilbage til psykiatrisk afdeling efter aftale mellem de to overlæger.

Er der derimod tale om mindre alvorlige somatiske lidelser hos den behandlingsvægrende psykotiske patient, er spørgsmålet om tvangsbehandling mere tvivlsomt. Hvis man respekterer patientens afvisning af behandlingstilbud, risikerer man, at frihedsberøvede psykiatriske patienter, uanset at de opholder sig på et sygehus og er under lægetilsyn og sygepleje, får en ringere lægelig behandling end andre. Kommer deres pleje og sundhedstilstand til at ligge under sædvanlig sygehusstandard på somatiske afdelinger, kan dette give anledning til

kritik.

Udvalget har dog ment, at begrænsning i adgangen til tvangsbehandling i sig selv er så væsentlig, at man kun kan gå ind for tvangsbehandling af en tilstødende somatisk lidelse hos en sindssyg, der er frihedsberøvet, når der foreligger en livstruende lidelse eller alvorlig risiko for patientens helbred.

Retstilstanden bliver herved den samme for frihedsberøvede og ikke-frihedsberøvede. Der bliver ikke behov for at benytte personlig umyndiggørelse som instrument til gennemførelse af den her omhandlede uundværlige lægebehandling, og den støtte, patienten kan have behov for, opnås ved beskikkelse af en patientrådgiver, hvilket er obligatorisk ved al tvangsbehandling, jfr. lovudkastets § 19.

Medens psykiatrisk afdeling godt selv kan iværksætte en somatisk behandling, når dette kan ske frivilligt, må det være rigtigt i disse tilfælde at betinge tvangsbehandling af, at en fra somatisk afdeling tilkaldt læge har fundet behandling relevant, og at man utvivlsomt også ville have iværksat sådan behandling, hvis patienten havde været indlagt på somatisk afdeling.

Når behandling eller undersøgelse af en somatisk lidelse gør det nødvendigt, kan en psykiatrisk patient, der er frihedsberøvet, ledsages af sygeplejepersonale fra psykiatrisk afdeling til sådanne ambulante undersøgelser m.v., være sig på røntgenafdeling eller anden specialafdeling på sygehuset eller om fornødent uden for dette til strålebehandling eller lignende, som ikke kan udføres på det sygehus, hvor patienten er indlagt. Det ledsagende personale er ikke beføjet til at anvende magt over for patienten, når de befinder sig uden for sygehusets område, hvor patienten er indlagt.

4. Nogle oversete konsekvenser?

Det har helt givet konsekvenser - og måske også nogle overseete eller lidet påagtede - at der er hjemmel for frihedsberø-

velse, tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse på de psykiatriske sygehuse og psykiatriske sygehusafdelinger. Dette sæt af ikke i sig selv ønskelige, men dog uundværlige magtbeføjelser, benyttes ikke kun af det psykiatriske sygehusvæsen. De kan også anvendes, omend indirekte, af andre myndigheder, når de foretager en liberalisering i eget regie ved at ophæve eller begrænse adgangen til tvangsanvendelse. Dette problem synes i øjeblikket at opstå i forhold til den sociale sektor, med hvem det psykiatriske sygehusvæsen altid har haft et ikke ringe fællesskab om dele af klientellet.

Når socialministeriet i sin bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979 om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, jfr. bilag 11, har begrænset magtanvendelsesmulighederne meget betydeligt og bevidst stiler imod at reducere antallet af lukkede institutioner, kan dette have fået en afsmittende virkning andre steder i systemet, som der er grund til at hæfte sig ved.

Liberaliseringen af den tidligere åndssvageforsorgs institutioner har, udover de ønskede positive virkninger for langt størsteparten af beboerne, også haft nogle bivirkninger. Bivirkningerne rammer en lille gruppe og de myndigheder, der kommer i berøring med disse personer.

Det har således efter retsmyndighedernes opfattelse voldt vanskeligheder for politi, anklagemyndighed og domstole, at der ganske vist eksisterer mulighed for som tidligere at dømme åndssvage lovovertrædere til anbringelse på institution, men ikke samme mulighed som tidligere for at de - i hvert fald en del af tiden - anbringes i en lukket institution, idet en lang række tidligere lukkede institutioner i løbet af 70'erne og 80'erne er blevet åbnet og nu fungerer som almindelige åbne institutioner. De problemer, dette giver, er under overvejelse i et af socialstyrelsen nedsat udvalg, hvori retsmyndighederne er repræsenteret.

Der er ved Institut for Psykiatrisk Demografi foretaget un-

dersøgelser af antallet af personer med diagnosen oligofreni, som indlægges på de psykiatriske afdelinger. Det årlige antal indlæggelser på psykiatriske sygehuse og afdelinger, hvor diagnosen oligofreni stilles, har ganske vist i perioden 1970-82 konstant ligget omkring 1.600 indlæggelser (Lund, J. Ugeskrift for Læger 1983, vol. 145, side 1896-99), men dette tal indbefatter en stor gruppe af personer - overvejende sinker - der aldrig har været i kontakt med den tidligere åndssvageforsorg. Undersøger man imidlertid personer, der blev registreret som "åndssvage", herunder sinker, før udlægningen i 1980, fordi de havde brug for åndssvageforsorgens særlige hjælpeforanstaltninger, finder man i perioden 1970-83 en stigning i det samlede antal indlæggelser fra 164 i 1970 til 548 i 1983. Det årlige antal af personer, der blev indlagt, steg i samme periode fra 126 til 292 (Lund, J., Acta psychiat. Scand. 1985, vol 72, side 202-05). I sidstnævnte undersøgelse fandtes ved en særlig spørgeskemaundersøgelse dækkende en seks måneders periode i 1983-84, at af de ialt 171 tilfælde var 21,1% blevet indlagt direkte fra en institution for åndssvage, og 55,8% af disse havde ingen supplerende psykiatrisk diagnose (udover oligofreni). I 62% af de 171 tilfælde rapporterede de psykiatriske afdelinger sig ude af stand til at afgive et relevant behandlingstilbud.

Det fremgår af socialstyrelsens rapport fra april 1985 om overførsel af H-plejehjemmene fra sygehusvæsenet til den sociale sektor, at man har lagt til grund, "at der inden overførelsen sker en revisitation til psykiatrisk sygehus af patienter, for hvem det er nødvendigt at anvende sindssygelovens regler om tvangstilbageholdelse, anvendelse af tvangsmidler m.v." Det er naturligvis herved forudsat, at de pågældende i givet fald opfylder sindssygelovens betingelser for tvangstilbageholdelse. Se nærmere rapporten side 5, 52 og side 47-48, hvor arbejdsgruppen dog giver udtryk for, at der kun i yderst begrænset omfang bliver behov for af hensyn til muligheden for tvangstilbageholdelse, at tilbagevisitere beboere til psykiatrisk sygehus, og at eventuelle problemer bør søges løst ved midlertidig indlæggelse på psykiatrisk afdeling, når der opstår behov for dette.

Se også side 28 om magtanvendelsesbekendtgørelsen i forhold til de personer, der modsætter sig ophold på lukket institution, og som ikke er dømt til anbringelse på en institution. Hjemgivelse kan da ikke nægtes, men forinden udskrivning foretages, tager amtets social- og sundhedsudvalg stilling til, om den pågældende eventuelt bør indlægges på psykiatrisk sygehus i medfør af sindssygelovens regler.

Om kapacitetsspørgsmålet se socialstyrelsens ovennævnte rapport side 35 og 52, hvor arbejdsgruppen sidstnævnte sted selv peger på, at revisitering "kan medføre kapacitetsproblemer i sygehusvæsenet", som dog efter arbejdsgruppens opfattelse vil blive opvejet af overførsel af patienter fra psykiatrisk afdeling til plejehjemssektoren.

Der er i udvalget enighed om, at personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, som bliver akut sindssyge, skal tvangsindlægges på psykiatrisk afdeling efter samme regler og på ganske samme vis, som alle andre. Der er for så vidt også enighed om, at visitationen skal ske på sædvanlig måde i de tilfælde, hvor vedkommende bor på en institution for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, men derimod ikke om hvorvidt antallet af tvangsindlæggelser af disse personer er steget, og navnlig ikke om hvorvidt tendensen til at foretage tvangsindlæggelse er steget som følge af, at de institutioner, hvor personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap bor, i stigende grad er blevet åbne.

Medens det fra lægelig side er blevet gjort gældende, at det forholder sig således, har socialministeriets repræsentant i udvalget Margit Jespersen på det bestemteste afvist, at der findes en sådan sammenhæng.

Efter socialministeriets opfattelse kan man ikke lægge afgørende vægt på den lægelige diagnose oligofreni, da gruppen af oligofrene overvejende består af mennesker, der aldrig har været i kontakt med den tidligere åndssvageforsorg, endsi- ghaft ophold i en institution for personer med vidtgående fy-

siske eller psykiske handicap. Hvis lægerne nu mener, at man på de psykiatriske afdelinger, har flere oligofrene patienter end tidligere, hænger dette muligvis sammen med, at man på de tidligere åndssvageinstitutioner, der indtil slutningen af 50'erne var rent lægeligt ledede, mente sig i stand til også at varetage behovene hos de åndssvage personer, der tidligere var psykotiske. For så vidt angår de åndssvage, der tidligere er psykotiske, og som i dag har bopæl på en døgninstitution for personer med vidtgående psykisk handicap, vil der næppe være tale om længerevarende indlæggelse på psykiatrisk afdeling, da de sociale myndigheder efter socialministeriets opfattelse søger at få de pågældende tilbageført så hurtigt som muligt.

I det omfang det stigende antal oligofrene patienter på psykiatrisk sygehusafdeling skyldes øget opmærksomhed og bedre diagnosticering af deres andre psykiatriske lidelser, er der tale om et tidligere skjult behandlingsbehov, som nu søges dækket. Skyldes overførsel til psykiatrisk afdeling derimod, at der er behov for en tvangsanvendelse, som ikke kan opfyldes uden for lukket psykiatrisk sygehusafdeling, er der tale om en gøgeungeeffekt. Udvalget er ikke i stand til at afgøre, om de af psykiaterne refererede iagttagelser, som svarer til de opgørelser J. Lund har foretaget, fortrinsvis skyldes den ene eller anden af de to nævnte årsager. Resultatet bliver imidlertid det samme for de psykiatriske afdelinger, hvor dette nye, vanskeligt behandlelige klientel optager sengepladser og ressourcer, hvilket går ud over det øvrige patientklientel.

Det kan også nævnes, at andre end socialektoren pålægger psykiatrien nye opgaver, idet der er sket en betydelig øgning af antallet af patienter, som domstolene pålægger det psykiatriske behandlingssystem at behandle. I tiden fra 1970-84 er der sket en markant øgning i patienter, der dammes til psykiatrisk behandling, enten under indlæggelse eller ambulantly, mens antallet af anbringelsesdømte er relativt konstant (Lund, J., upubliceret materiale).

Indlæggelsen på den psykiatriske sygehusafdeling besluttet

i disse tilfælde af instanser og myndigheder uden for det psykiatriske behandlingssystem, som herved belastes i ikke ringe grad, fordi der er tale om meget krævende og vanskelige patienter. Det psykiatriske sygehusvæsen kommer herved til at overtage en række patienter, som ikke tidligere blev indlagt på de psykiatriske afdelinger - eller i hvert fald ikke i samme omfang - hvilket dels medfører kapacitetsproblemer, dels truer med at ødelægge hele den amtskommunale planlægning af de psykiatriske behandlingsopgaver.

Problemet er fremdraget, dels fordi det er en ofte upåagtet realitet, dels fordi det belyser spørgsmålet om sammenhængen mellem ressourcer og tvang. For udvalget er det her ikke så meget årsagen til en øget tvangsanvendelse, der er afgørende som selve fænomenet, at nye grupper af vanskeligt behandlelige patienter belaster det psykiatriske sygehusvæsens ikke for rigelige ressourcer. Hvis det psykiatriske sygehusvæsen ud over sin behandlingsfunktion for en ikke helt lille gruppe af personer tillige i længere tid primært skal fungere som lukket institution, bør man i det mindste gøre sig dette klart, indrette bygninger og omgivelser herefter og ansætte det nødvendige personale til¹ løsning af opgaven.

Kapitel 19.

Domstolsprøvelse - retsplejelovens kapitel 43a.

Der er i udvalget enighed om, at adgangen til domstolsprøvelse er den vigtigste egentlige retsgaranti for de sindssyge. Det er domstolene, som skal efterprøve, om de beslutninger, der træffes om frihedsberøvelse m.m., er blevet til på behørig vis, om lovens betingelser er opfyldt, og om det skøn, der udøves, ligger inden for de rammer, der er afstukket af lovgivningsmagten. Principperne for lovmæssig forvaltning skal selvsagt ikke mindst respekteres på et område som dette, hvor det drejer sig om så fundamentale rettigheder som den personlige frihed og anvendelse af tvangsmidler.

Det er i det følgende tanken først kort at beskrive de nugældende regler i hovedtræk og derpå vurdere, om der er behov for at foretage ændringer specielt af hensyn til retsgarantiene for de sindssyge.

Grundloven af 5. juni 1953 indeholder i § 71, stk. 6 følgende bestemmelse:

"Uden for strafferetsplejen skal lovligheden af en frihedsberøvelse, der ikke er besluttet af en dømmende myndighed, og som ikke har hjemmel i lovgivningen om udlændinge, på begæring af den, der er berøvet sin frihed, eller den der handler på hans vegne, forelægges de almindelige domstole eller anden dømmende myndighed til prøvelse. Nærmere regler herom fastsættes ved lov. "

Reglerne om domstolsprøvelse findes i retsplejelovens kapitel 43a, hvor de blev indsat ved lov nr. 173 af 11. juni 1954 med senere ændringer. Dette kapitel, der blev til som følge af den forannævnte grundlovsbestemmelse, er optrykt som bilag 16 til denne betænkning.

I den europæiske menneskerettighedskonvention - konvention til beskyttelse af menneskerettigheder og grundlæggende fri-

hedsrettigheder - findes i art. 5 en bestemmelse om enhvers ret til frihed og personlig sikkerhed. Ingen må berøves friheden undtagen i de i artiklen opregnede tilfælde, som bl.a. i stk. 1, litra e nævner "lovlig forvaring af personer, der er mentalt abnorme...." I stk. 4 foreskrives det, at den, der berøves friheden bl.a. ved forvaring," skal være berettiget til at tage skridt til, at der af en domstol træffes hurtig afgørelse om lovligheden af hans forvaring, og at hans løsladelse beordres, hvis forvaringen ikke er retmæssig". I det sidste stk. i artikel 5 bestemmes det, at "enhver, der har været genstand for anholdelse eller forvaring i modstrid med bestemmelserne i denne artikel, har ret til erstatning", se herom ovenfor i kapitel 17, afsnit 2.

Bestemmelserne i retsplejelovens kapitel 43 a opfylder utvivlsomt de krav, der kan stilles med hensyn til domstolsprøvelse efter artikel 5 i den europæiske menneskerettighedskonvention både med hensyn til den faktiske adgang til domstolene, deres prøvelse og sagsbehandling.

1. Gældende ret.

Retsplejelovens kapitel 43a er præget af, at man har ønsket at gøre adgangen til domstolsprøvelse så let og omkostningsfri for den frihedsberøvede som muligt. Man har samtidig fraveget en række sædvanlige civilprocessuelle principper, idet sagerne blot efter den frihedsberøvedes begæring forelægges for retten ved administrationens foranstaltning. Der udtages ikke nogen stævning, der beskikkes en advokat for den frihedsberøvede, reglerne i retsplejelovens kapitel 31 om salær og godtgørelse for udlæg til de beskikkede advokater finder anvendelse - d.v.s. reglerne om fri proces - normalt pålægges det ikke den frihedsberøvede at betale sagsomkostninger til modparten, og anke sker blot ved at give meddelelse herom til byretsdommeren. Retten udøver en betydelig officialvirksomhed ved selv at drage omsorg for sagens oplysning. I civile sager påhviler dette ellers sagens parter. Men her er det retten, der bestemmer, hvilke parter og vidner der skal afhøres, og om der skal tilvejebringes udtalelser fra sagkyndige eller

fremskaffes andre bevismidler. Retten indkalder også selv parter og vidner, eventuelt med bistand fra politiet.

Efter retsplejelovens § 469, stk. 1 er det "frihedsberøvelsens lovlighed", som retten skal efterprøve. Der er ingen tvivl om, at dosmtolene altid er kompetente til at efterprøve den formelle lovlighed, d.v.s. om afgørelsen er truffet af rette myndighed, i den foreskrevne form, f.eks. en begrundet skriftlig afgørelse, om den rette fremgangsmåde er fulgt - f.eks. bestemte høringsforskrifter - og om de almindelige forvaltningsretlige regler iøvrigt er overholdt - som f.eks. habilitetsregler og adgangen til kontradiktion.

Domstolenes prøvelsesret omfatter også de materielle betingelser for frihedsberøvelsens iværksættelse og opretholdelse. Der er efter retspraksis ikke tvivl om, at domstolene også tager stilling til kriterier som sindssygdom og farlighed, når frihedsberøvelse er betinget heraf. De lægelige oplysninger i form af diagnose og prognose tillægges i retspraksis betydelig vægt, men en ny lægeerklæring, en udtalelse fra retslægerådet eller et sagkyndigt vidnes udtalelser vil indgå i domstolenes vurdering på lige fod med f.eks. den erklæring, som overlægen fra den psykiatriske afdeling, hvor vedkommende er indlagt, afgiver.

I visse lovregler om administrativ frihedsberøvelse indgår endvidere skønsmæssige elementer i form af kriterier, der forudsætter en vis skønsmæssig vurdering. Det gælder f.eks. ved kriteriet, om det er uforsvarligt ikke at indlægge en sindssyg, fordi han er farlig for sig selv eller andre, og ved afsigelse af farlighedsdekret vurderingen af om en person er farlig for retssikkerheden. Sådanne skønsmæssige elementer i den administrative afgørelse efterprøver domstolene også. Domstolene vil ved vurderingen af farlighed føle sig mindre bundet af de lægelige oplysninger, end når det gælder selve diagnosen, om en person må anses som sindssyg. Farlighed er et kriterium, som domstolene ikke er uvant med at benytte som et led i strafferetlige afgørelser, og når det kommer til en vurdering af, om en person tidligere eller nu har udvist en

sådan adfærd, at den frihedsberøvede med rette er anset for farlig, særligt for andre, vil domstolene ikke blot være i stand til, men også rent faktisk foretage en dyberegående efterprøvelse af farens art og omfang.

Frihedsberøvelsens udstrækning i tid og de forhold, hvorunder den foregår, efterprøver domstolene i et vist omfang. Domstolene vil formentlig altid være tilbøjelige til, også uden udtrykkelig lovhjemmel at efterprøve, om proportionalitetsgrundsætningen er overholdt. Hvis et indgreb efter sin art og omfang står i misforhold til de omstændigheder, der har udløst indgrebet, vil domstolene være særlig kritiske i deres bedømmelse og søge at ophæve eller indskrænke de iværksatte foranstaltninger.

Rene hensigtsmæssighedsvurderinger vil domstolene derimod normalt ikke efterprøve, medmindre der er udtrykkelig lovhjemmel for, at dette også er undergivet rettens kompetence. Ved faglige skøn vil dette blive understøttet af, at domstolene ikke er udstyret med en tilsvarende ekspertise, hvorfor retten allerede af bevismæssige grunde er tilbøjelig til at lægge et vist fagligt skøn til grund, når dette ikke er imødegået af andre lige så kvalificerede oplysninger.

Er der tale om visitation ved valg mellem flere mulige anstalter eller institutioner, vil administrationens skøn over, hvorledes det eksisterende apparat bedst udnyttes, normalt heller ikke blive efterprøvet af domstolene. En undtagelse kan dog tænkes, hvis administrationen, uanset at der er dannet en fast praksis, hvorefter visse kategorier af personer altid visiteres på en nærmere bestemt måde, fraviger denne praksis uden fyldestgørende begrundelse.

Ved alle skønsmæssige afgørelser gælder der endvidere en i retspraksis anerkendt ret for domstolene til at påse, at administrationen ikke har handlet usagligt ved at forfølge andre formål end de, der ligger inden for de rammer, som lovgivningsmagten har fastsat eller forudsat respekteret ved lovreglernes udformning. Man taler undertiden om, at domstolene skal påse,

at der ikke foreligger magtfordrejning eller en tilsidesættelse af specialitetsprincippet.

Spørgsmålet om domstolenes faktiske prøvelse i sager vedrørende sindssygeloven er undersøgt af Hans Adserballe, Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien (1977), side 831-843 og 876-877, hvor 48 domme fra perioden 1968-72 gennemgås. Denne undersøgelse viser bl.a., at domstolene kun ganske undtagelsesvis er kommet til et andet resultat end justitsministeriet, og at det i realiteten har været de psykiatrisk sagkyndige i retslægerådet, som har formet afgørelserne både i justitsministeriet og ved domstolene.

Som eksempler på prøvelsesrettens omfang og intensitet skal til illustration nævnes nogle eksempler fra retspraksis.

A. Retspraksis vedrørende administrativ frihedsberøvelse i almindelighed.

U. 1956.211 H.

En åndssvageanstalt nægtede at udskrive en ung lettere åndssvag pige af forsorgen. Denne afgørelse fandtes som lovlig at burde stå ved magt, idet man ikke fandt grundlag for at tilsidesætte anstaltslederens skøn, hvorefter hun ville være ude af stand til at forsørge sig selv, og at der var nærliggende fare for, at hun ville sætte børn i verden, hvis hun blev udskrevet. Subsidiært påstod hun sig overført til kontrolleret familiepleje. Flertallet fandt ikke lovgivningen om åndssvage stridende mod grundlovens § 71, stk. 6, og da spørgsmålet om, på hvilken måde åndssvageforsorgen skulle gennemføres inden for lovens rammer, ikke kunne påkendes af domstolene, afviste Fløjesterets flertal at tage stilling til den subsidiære påstand, hvorimod mindretallet stemte for at frifinde anstaltsledelsen også for den subsidiære påstand, da der ikke var grundlag for at tilsidesætte den valgte anbringelsesmåde.

U.1956.1033 H.

Lovligheden af anbringelse på Sundholm som erhvervs- og subsistensløs og pålæg om 5 ugers tvangsarbejde, som vedkommende blev ikendt som disciplinærstraf for tidligere ulovlig bortgang fra Sundholm, blev indbragt for domstolene.

Selve anbringelsen fandtes at være lovlig. Hensættelse til tvangsarbejde blev af Højesteret - i modsætning til landsretten - anset for en særlig form for frihedsberøvelse, hvis lovlighed domstolene kan efterprøve. Da der ikke i reglementet fandtes fornøden hjemmel for at ikende disciplinærstraf for forseelser begået under tidligere ophold, fandtes hensættelse til tvangsarbejde ikke at være lovlig.

U 1959.346.H.

Antaget, at idømmelse af husarrest i 5 dage som disciplinærstraf til civil værnepligtig, der mødte for sent, måtte anses som en frihedsberøvelse, hvis lovlighed domstolene kan efterprøve. Sagen blev hjemvist til påkendelse i realiteten.

U.1973.824.H.

En strafafsoner, der deltog i en arbejdsvægring, blev som disciplinærstraf idømt strafcelle i 3 dage i medfør af straffelovens § 47. Antaget at dette ikke var en administrativ frihedsberøvelse, hvis lovlighed domstolene kan efterprøve, da dette skete som et led i afsoning af idømt frihedsstraf. Forholdet blev anset for omfattet af udtrykket "strafferetsplejen" i grundlovens § 71, stk. 6 og dermed undtaget fra domstolsprøvelse.

B. Retspraksis vedrørende frihedsberøvelse efter sindssygloven.

Det følgende indeholder en gennemgang af: trykt retspraksis

vedrørende frihedsberøvelse efter sindssygeloven, efter at der i 1954 som en konsekvens af grundlovens § 71, stk. 6 blev indført en adgang til domstolsprøvelse. Det bør bemærkes, at langt de fleste afgørelser ikke publiceres. Om ældre utrykt praksis kan der henvises til Anne Kjærs undersøgelse i U 1961 B. side 210 ff og H. Adserballe i Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, kapitel 14. Domstolsprøvelse af justitsministeriets afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse fra første halvår 1983 er behandlet ovenfor i kapitel 2, afsnit 4, medens nogle utrykte domstolsafgørelser vedrørende justitsministeriets beslutninger efter sindssygelovens § 10 om overførsel til sikringsanstalten er omtalt i kapitel 8.

U. 1956.1028 H. (Farlighedsdekret)

En person, der var indlagt på sindssygehospital i Nykøbing Sjælland, blev i henhold til farlighedsdekret afsagt af justitsministeriet overført til sikringsanstalten efter et overfald på en plejer, som han forsøgte at kvæle. Begæring om udskrivning og overførsel til et almindeligt sindssygehospital, Oringe, blev afslået godt 1 år senere, og spørgsmålet om lovligheden heraf indbragtes for domstolene. Medens Østre landsret afviste at kunne tage stilling til dette spørgsmål, fandt Højesteret, at anbringelse på sikringsanstalten - både under hensyn til betingelserne herfor og formålet - måtte anses som så væsensforskellig fra tvangsanbringelse på sindssygehospital, at der forelå en særlig form for frihedsberøvelse, hvis lovlighed domstolene må kunne efterprøve. Sagen blev herefter hjemvist til påkendelse i realiteten ved Østre landsret.

U.1962.609.U. (Tvangstilbageholdelse).

En 58-årig skizofren mand, som havde været indlagt på sindssygehospital en række gange tidligere, blev tvangsindlagt som farlig for sig selv og andre. Da han 3 uger senere begærede sig udskrevet, blev han tvangstilbageholdt på samme grundlag, hvilket justitsministeriet tiltrådte. Spørgsmålet om tvangstilbageholdelsens lovlighed blev indbragt for retten. Under

medikamental behandling bedredes hans tilstand noget, men både overlægen og retslægerådet anså ham for sindssyg, og fandt fortsat behandling nødvendig. Ved udskrivning kunne det ifølge overlægen ikke udelukkes, at han ville blive til ulempe for sig selv og moderen, hos hvem han påny ønskede at tage ophold, skønt hun, der var 75 år, ikke kunne passe ham.

Retten fandt, at han var sindssyg, men at der efter retslægerådets seneste erklæring om, at hans hallucinationer var aftaget, ikke var grundlag for at tvangstilbageholde ham hverken på farligheds- eller behandlingsindikation. Den ulempe, som han ved udskrivning til moderen meget vel måtte antages at ville påføre sig selv, ansås ikke for at være så væsentlig, at der var fuldt tilstrækkeligt grundlag for tvangstilbageholdelse, hvorfor denne blev ophævet.

U.1965.462.H. (Farlighedsdekret).

Efter et drabsforsøg blev en da 31-årig mand i 1961 i henhold til farlighedsdekret anbragt på sindssygehospital. I 1964 begærede han sig udskrevet, subsidiært påstod han, at farlighedsdekretet ophævedes, mod at han overgik til at være natpatient på hospitalet, men med arbejde ude i byen. Det var ubestridt, at manden stadig var sindssyg. Under sagens behandling opnåede han status som natpatient. Højesteret fandt - i modsætning til Vestre landsret - ikke at kunne fastslå, at tilbageholdelse af hensyn til retssikkerheden var uforholdsmæssig, hvorfor farlighedsdekretet i den nu foreliggende form blev opretholdt.

Dommen er kommenteret af J. Trolle i U.1965.B.263f, hvor Trolle om domstolens prøvelse af et administrativt skøn bl.a. anfører, at jo fjernere et skøn er fra domstolens sagkundskab, desto sværere er det at kritisere og tilsidesætte det.

U.1965.593.U. (Tvangsindlæggelse).

Sagen vedrørte det formelle spørgsmål, om udnyttelse af den administrative rekurs til justitsministeriet er en nødvendig betingelse for domstolsprøvelse, så længe patienten fortsat

er indlagt. A blev tvangsindlagt på sindssygehospital som sindssyg og farlig for sin hustru. Ved skrivelse af samme dag til politimesteren begærede A's advokat frihedsberøvelsen forelagt for retten. Sagen blev efter brevveksling med overlægen af politimesteren indbragt for retten. Under sagen, hvor A fortsat var indlagt, påstod A den skete frihedsberøvelse kendt ulovlig, mens politimesteren påstod sagen afvist bl.a. under henvisning til, at en fuldstændig prøvelse af den etablerede frihedsberøvelse forudsatte, at A forinden havde begæret en eventuel nægtelse af anmodning om udskrivning forelagt for justitsministeriet i medfør af sindssygelovens § 9. Retten antog, at det af bestemmelserne i sindssygeloven følger, at lovligheden af tvangsindlæggelsen eller de enkelte handlinger i forbindelse med denne ikke kan prøves efter retsplejelovens kapitel 43 a, sålænge A stadig er indlagt på hospitalet, og en eventuel nægtelse af hans udskrivning ikke har været forelagt justitsministeriet. Herefter afvist sagen.

Sagen er omtalt i folketingets ombudsmands beretning 1965, side 35-36, hvor ombudsmanden har kritiseret, at overlægen ikke forelagde spørgsmålet om tvangsindlæggelsens berettigelse for justitsministeriet med henblik på indbringelse for retten i overensstemmelse med den i sindssygelovens §§ 8 og 9 foreskrevne fremgangsmåde.

U.1968.351.V. (Tvangstilbageholdelse).

En tvangsindlagt sindssyg, som begærede sig udskrevet, fik ikke medhold heri, og påstod subsidiært, at han fik ret til udgang. Antaget, at alene lovligheden af frihedsberøvelsen kan efterprøves af domstolene. Spørgsmålet om der af behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige grunde lejlighedsvis bør meddeles udgangstilladelse kan ikke påkendes af domstolene. Den subsidiære påstand blev herefter afvist.

U.1969.890.V. (Tvangsindlæggelse).

En 48-årig kvinde, der var indlagt på somatisk sygehus H, blev efter en natlig episode, hvorunder hun havde slået en medpa-

tient, hvis uro hindrede hende i at sove, den følgende dag tvangsindlagt på et statshospital på grundlag af en erklæring fra en af H's læger om, at hun var farlig for sig selv og/eller andre. Kvinden, hvis handling antoges at være en affektreaktion, og som blev udskrevet efter 4 ugers ophold på statshospitalet, anlagde efter udskrivning sag mod Direktoratet for Statshospitalerne med påstand om, at beslutningen om tvangsindlæggelse ophæves som ulovlig. Der procederedes under sagen på, at den lægelige undersøgelse af kvinden og efterprøvelsen af de materielle betingelser for tvangsindlæggelsen havde været mangelfuld. Retslægerådet udtalte i en erklæring til brug for sagen bl.a., at lægerne "på det givne tidspunkt og i den givne situation har haft skellig grund til at anse patienten for sindssyg eller for at have befundet sig i en dermed ligestillet tilstand", og at tvangsindlæggelse derfor må anses for berettiget.

Såvel byret som landsret fandt tvangsindlæggelsen lovlig, uagtet at patienten ikke kunne diagnosticeres som sindssyg. Landsretten anførte som begrundelse, at "betingelserne for tvangsindlæggelse efter de statshospitalet forelagte oplysninger har været til stede ved indlæggelsen".

U.1971.656.U. (Tvangstilbageholdelse).

En 30-årig mand blev tvangsindlagt på statshospital efter selvmordsforsøg. Under indlæggelsen fremtrådte manden som svært tvangsneurotisk med vedholdende selvmordstrusler. Han var derimod ikke sindssyg. Justitsministeriet godkendte overlægens nægtelse af at imødekomme patientens begæring om udskrivning, selv om et flertal i retslægerådet havde udtalt, at patientens tilstand ikke kunne ligestilles med sindssygdom. Under sagens behandling i retten fastholdt patienten sit ønske om at begå selvmord, fordi tilværelsen forekom ham uudholdelig, og gjorde gældende, at der ikke var hjemmel til at tvangstilbageholde ham, idet han hverken var sindssyg eller i en tilstand, der kunne ligestilles med sindssygdom. Retten kendte imidlertid tvangstilbageholdelsen lovlig efter en analogi af sindssyge-lovens § 8, stk. 1, jfr. § 9, stk. 2, idet patientens til-

stand måtte betegnes som en sjælelig afvigelse, der kunne ligestilles med sindssygdom i den forstand, i hvilken sindssygeloven benytter dette begreb som led i betingelserne for en lovlig tvangstilbageholdelse.

Dommen er omtalt ovenfor i kapitel 6, afsnit 3.

U.1974.200.V. (Tvangsindlæggelse).

En 84-årig mand, der ved politiets bistand var blevet tvangsindlagt på et statshospital som farlig for andre, og som før indlæggelsen havde begæret spørgsmålet om dens lovlighed forelagt for retten, fandtes at være berettiget til at få spørgsmålet prøvet, uanset at han ikke forinden havde benyttet sig af administrativ rekurs, d.v.s. klage til justitsministeriet i overensstemmelse med fremgangsmåden i sindssygelovens § 9, stk. 2, jfr. § 8, stk. 1. Under opholdet på hospitalet fandtes patienten sindssyg og behandlingskrævende. Tvangsindlæggelsen blev anset som lovlig.

U.1975.447.V. (Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse).

Fru P, der blev tvangsindlagt på et statshospital som farlig for sig selv og andre, begærede sig udskrevet, og da overlægen med justitsministeriets tiltræden nægtede dette, blev beslutningen herom forelagt for retten, der stadfæstede beslutningen. Under fru P's anke af dommen, anså landsretten sig ikke afskåret fra efter hendes begæring tillige at tage stilling til lovligheden af tvangsindlæggelsen.

U.1975.836.U. (Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse).

Efter begæring af sin hustru H blev den 64-årige M den 8. november tvangsindlagt på statshospitalet B på grundlag af en lægeerklæring, hvorefter M var sindssyg lidende af den tvangstanke, at H og andre familiemedlemmer var narkomaner, og hvorefter det ville være uforsvarligt at undlade indlæggelse af M til behandling. En af M's tilsynsværge den 13. november fremsat begæring om udskrivning af M nægtede overlægen på B at

efterkomme, så længe man ikke havde konstateret, om M var farlig for sig selv eller andre. Den 23. november blev M udskrevet fra B. Efter at justitsministeriet havde tiltrådt, at betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af M havde været opfyldt, blev spørgsmålet på M's begæring forelagt retten. Det måtte efter de foreliggende oplysninger antages, at M ikke var sindssyg ved indlæggelsen på B, og at tvangsindlæggelsen derfor havde været ulovlig. Derimod fandtes M ikke at have været ulovligt tilbageholdt på B, idet B måtte have en rimelig tid til at konstatere, hvorvidt M led af den sindssygdom, som var angivet som begrundelse for tvangsindlæggelsen. Der tilkendtes M 3.000 kr. i erstatning.

U.1978.401.0. (Tvangsindlæggelse).

Efter begæring af en søster og på grundlag af en lægeerklæring og amtslægeerklæring gående ud på, at det af helbredelsesgrunde ville være uforsvarligt at undlade indlæggelse, blev A i medfør af lov om sindssyge personers hospitalsophold tvangsindlagt på et amtshospital. Herfra blev han efter en uges observation udskrevet, idet overlægen vel skønnede, at A var sindssyg og havde behandlingsbehov, men fandt, at udsigterne til helbredelse ikke kunne antages at blive væsentligt forringet, hvis indlæggelse og tilbageholdelse ikke fandt sted. A anlagde sag mod Storstrøms amtskommune med påstand om, at indlæggelsen kendtes uberettiget, og krævede sig tillagt erstatning udmålt efter samme retningslinier som er gældende ved uberettiget varetægtsfængsling. Byretten frifandt i det hele amtskommunen med følgende præmisser:

"Ved overlæge O's erklæring og vidneforklaring må det lægges til grund, at A på tidspunktet for tvangsindlæggelsen var lidende af sindssygdom, men at arten af denne sygdom ikke indicerede tvangstilbageholdelse af nogen af de i lov nr. 118 af 13. april 1938 § 8, stk. 1, omhandlede grunde.

Men når henses til, at observation af speciallæger i en uge har været påkrævet for at nå frem til et sådant resultat, et grundlag, der må forekomme urealistisk at kræve for en beslut-

ning hos den praktiserende læge og embedslægen om tvangsindlæggelse, findes det ikke godtgjort, at det skøn,, der er udøvet af disse, er gået ud over en nødvendig og rimelig margin, idet det ikke alene ved patientens forklaring kan anses for godtgjort, at den forudgående undersøgelse har været overfladisk.

Og da det ved det fremlagte er godtgjort, at de formelle betingelser for tvangsindlæggelsen efter sindssygeloven har været iagttaget, vil amtsrådet være at frifinde.——"

A indbragte herefter sagen for landsretten, der kom til et andet resultat for så vidt angår spørgsmålet om indlæggelsens lovlighed. I landsrettens udførlige præmisser hedder det:

"Ved hospitalets modtagelse af appellantens var de formelle betingelser for tvangsindlæggelse til stede. De læger, der medvirkede ved tvangsindlæggelsen, havde endvidere føje til at skønne, at det ville være uforsvarligt at undlade indlæggelse, fordi udsigterne til helbredelse ellers væsentligt ville forringes. En endelig stillingtagen til om dette skøn var rigtigt, krævede en nærmere observation, og det må lægges til grund, at en observationstid på 1 uge har været en rimelig, minimal observationstid. Observationen resulterede efter det foreliggende i, at udsigterne til helbredelse ikke kunne antages at blive væsentligt forringet, hvis indlæggelse ikke fandt sted.

Retten finder ikke at kunne lægge til grund, at appellantens har været indforstået med at forblive på hospitalet i observationsperioden. Den tilbageholdelse, der herefter for så vidt må antages at have fundet sted, var imidlertid i den givne situation en nødvendig følge af tvangsindlæggelsen og må antages at hvile på en beslutning fra overlægen i henhold til § 4 i lov nr. 118 af 13. april 1938.

Efter det ovenfor anførte har der intet været at bebrejde overlægen eller de læger, der i øvrigt har medvirket ved tvangsindlæggelsen, i anledning af det passerede. Da det imidlertid efterfølgende har vist sig, at en materiel betingelse for

tvangsindlæggelsen ikke har været til stede, har tvangsindlæggelsen og den som følge heraf skete tilbageholdelse under observationsperioden derfor for så vidt været ulovlig.

Da der ikke af hospitalet eller lægerne findes udvist noget forhold, der kan pådrage indstævnte erstatningsansvar over for appellant, vil indstævnte være at frifinde for den nedlagte erstatningspåstand.——"

U.1984.665.0.

En 12-årig dreng blev på foranledning af moderen, der alene havde forældremyndigheden over ham, indlagt på Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling, efter at faderen i en periode på 2 1/2 år havde holdt drengen skjult. Da spørgsmålet om en mindreårig skal underkastes hospitalsbehandling normalt afgøres af forældremyndighedens indehaver, og da der ikke var tale om en indlæggelse til behandling af sindssygdom, fandtes der ikke hjemmel til domstolsprøvelse i medfør af retsplejelovens kapitel 43 a, og en af drengens fader herom anlagt sag blev afvist.

Dommen er omtalt mere udførligt ovenfor i kapitel 13.

2. Udvalgets overvejelser.

Der er i udvalget enighed om, at reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a i alt væsentligt har fungeret tilfredsstillende i relation til efterprøvelse af frihedsberøvelse af sindssyge, og at der kun på de punkter, som fremdrages i det følgende kan være grund til at overveje at indføre ændringer.

Når det drejer sig om frihedsberøvelsens lovlighed finder udvalget, at domstolene bør foretage en fuldstændig efterprøvelse både formelt og materielt, herunder også af de mere eller mindre skønsmæssige elementer, der måtte indgå i kriterierne for frihedsberøvelse.

De rent administrative hensyn, som begrundet valg af en be-

stemt afdeling eller visitation til et andet psykiatrisk sygehus, bør domstolene normalt ikke efterprøve, hvis visitationen ellers sker i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Kun hvis der foreligger fravigelser fra fast praksis eller helt særlige individuelle indsigelser af saglig art, f.eks. vedrørende manglende behandlingstilbud, bør domstolene kunne efterprøve flytning af patienter. Om flytning se iøvrigt kapitel 9, afsnit 8 D og kapitel 15, afsnit 2 F.

Om den nærmere fremgangsmåde ved behandlingen i retten af sager om frihedsberøvelse kan der efter udvalgets opfattelse være grund til at gøre nogle bemærkninger. Det bør fortsat være sådan, at der ikke stilles krav om, at den, der ønsker et indgreb efterprøvet, selv skal udtage stævning for at anlægge sagen. En mundtlig begæring om at få sagen indbragt for retten skal være tilstrækkeligt. Det påhviler herefter den besluttende myndighed straks at indbringe sagen for retten, ved at fremsende sagens akter og bilag til retten på det sted, hvor sagen skal behandles. Det vil enten være det lokale kollegialt sammensatte nævn - som foreslået af flertallet, jfr. kapitel 16 - eller overlægen, der skal fremsende sagens akter til retten.

Når en klage er rejst, påhviler det overlægen at samle de nødvendige bilag sammen og at afgive sin udtalelse. Overlægen bør medsende indlæggelsespapirerne, hvis der er tale om tvangsindlæggelse, og udskrift af eventuelle notater og bemærkninger i tvangsprotokollen. Overlægens egen redegørelse skal altid angive præcist, hvad klagen går ud på, overlægens egen afgørelse og begrundelsen for denne, det hidtidige forløb under denne indlæggelse og eventuelt resumé af tidligere indlæggelser, hvis de er af betydning, samt en lægelig bedømmelse af patientens nuværende tilstand og den forventede prognose. Der henvises til de af retslægerådet udarbejdede retningslinier, jfr. bilag 4.

Disse akter oversendes hurtigst muligt efter at klagen er rejst til nævnet (jfr. flertallets forslag i kapitel 16), henholdsvis til retten.

Udvalget har overvejet, hvilket værneting man skal vælge, d.v.s. om indbringelse som nu bør ske for byretten der, hvor klageren har sin faste bopæl, jfr. retsplejelovens § 469, eller om man eventuelt skulle benytte byretten i den retskreds, hvori det psykiatriske sygehus eller sygehusafdelingen er beliggende. Det sidstnævnte vil gøre det noget lettere for klageren, overlægen og eventuelt andet sygehuspersonale, som skal møde i retten, idet der vil blive tale om den kortest mulige afstand med deraf følgende mindre tidsforbrug. De byretter, i hvis retskreds der findes et psykiatrisk sygehus eller eventuelt flere psykiatriske sygehusafdelinger, vil endvidere ved at få flere sager bedre blive i stand til at behandle dem og følge en ensartet praksis.

Hensynet til vidnerne søges i dag tilgodeset ved retsplejelovens § 471, stk. 3, hvorefter vidner, der er ansat ved et hospital, eller som er knyttet til den besluttende myndighed, i almindelighed bør afhøres ved deres hjemting eller ved hospitalets, respektive den besluttende myndigheds hjemting. Da sådanne subsidiære afhøringer både er tidskrævende og giver den dømmende ret et dårligere bevismateriale end umiddelbart afgivne forklaringer, går udvalget ind for at ændre værnetinget i disse sager. Selv om der bliver tale om en øget belastning af visse byretter, er fordelene efter udvalgets opfattelse større end ulemperne. Den merbelastning, som visse dommerembeder vil få ved en sådan ændring af værnetingsreglen, bør om fornødent kompenseres ved at tilføre disse byretter øget personale.

Den nugældende værnetingsregel bør dog formentlig fastholdes i de tilfælde, hvor sagen først indbringes for retten, efter at patienten er udskrevet. Der er næppe grund til at ændre den nugældende klagefrist for adgangen til at gå til domstolene, jfr. retsplejelovens § 469, stk. 4, hvorefter begæring om sagens indbringelse i almindelighed skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør.

Det påhviler retten at indhente de for sagens behandling nød-

vendige oplysninger, beskikke en advokat for klageren, og eventuelt indhente en ny udtalelse fra vedkommende overlæge, når der er behov herfor samt om fornødent høre retslægerådet. Sagen skal berammes til domsforhandling snarest muligt efter indbringelsen for retten, jfr. retsplejelovens § 470, stk. 3.

Det er vigtigt, at disse sager fremmes mest muligt ved retterne. Det fremgår af Adserballes forannævnte undersøgelse, Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, side 841-842, at der gennemsnitligt gik 32 dage fra patientens begæring om domstolsprøvelse til byretsdommen forelå, og ligeledes i gennemsnit 56 dage fra byretsdommens afsigelse til der forelå dom fra landsretten i de tilfælde, hvor førsteinstansdommen blev anket. Det forekommer nærliggende at indføre en regel om, at der skal berammes et forberedende retsmøde i sagen inden 7 dage efter, at sagen er blevet indbragt for retten. I det forberedende retsmøde skal den for den frihedsberøvede beskikkede advokat, patientrådgiveren og modpartens advokat samt eventuelt klageren selv deltage. I dette retsmøde afgør dommeren, om sagen straks kan berammes til domsforhandling, eller om sagen skal udsættes af hensyn til fremskaffelse af yderligere oplysninger. Beslutning om udsættelse kan påkæres til landsretten. Udgangspunktet må være, at der kun afholdes dette ene forberedende retsmøde, hvori domsforhandlingen tilrettelægges, bevisførelse aftales og berømmelse foretages med en frist, der er så kort som mulig, men dog med behørig hensyntagen til den tid, der er nødvendig for at kunne fremskaffe de oplysninger og erklæringer, der måtte mangle. Domsforhandling skal afholdes inden 4 uger efter, at sagen er blevet indbragt for retten, medmindre sagens særlige beskaffenhed eller bevisførelsens art og omfang udelukker dette. For at nedbringe sagsbehandlingstiden og den tid klageren må vente på at få en afgørelse, foreslår udvalget, at dom i disse sager afsiges snarest muligt og senest 7 dage efter, at sagen optages til dom.

løvrigt behandles sagerne som nu i henhold til retsplejelovens kapitel 43 a om prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse, jfr. bilag 16.

Når sagen indbringes for retten, vil der foreligge en og eventuelt flere erklæringer fra vedkommende hospitalsoverlæge, og der vil efter flertallets forslag have medvirket en læge, der er kyndig i psykiatri ved nævnets afgørelse, hvortil kommer, at retten har haft mulighed for at bestemme, om retslægerådet skal høres. Der er herefter næppe noget stort behov for at udstyre retten med psykiatrisk sagkundskab i form af sagkyndige meddommere, men udvalget har dog ment, at denne mulighed bør overvejes.

Hvis man ønsker at benytte sagkyndige meddommere, bør der både i byretten og ved anke til landsretten medvirke to, f.eks. en speciallæge i psykiatri og en psykolog med kendskab til psykiatri. Man vil ved en sådan ordning tilføre domstolene en sagkundskab, som gør en materiel efterprøvelse af de rent lægelige forhold betydeligt lettere. Ulempen vil set fra klagerens og hans advokats side navnlig bestå i, at sagkundskab på dommersædet unddrager sig kontradiktion og modbevis. Henset til at man på dette område allerede har pålagt retten en ikke uvæsentlig officialvirksomhed, er det måske her mere velbegrunderet med sagkyndige dommere, end det ellers anses for at være i civilprocessen.

Hvis man ikke vil indføre sagkyndige meddommere, kan der være god grund til at lade 2 lægdommere - domsmænd - medvirke ved rettens afgørelse i disse sager. Man vil herved opnå, at det ikke blot er den juridisk uddannede dommer, men også repræsentanter for befolkningen, der får afgørende medindflydelse på domstolenes praksis.

Udvalget har endvidere overvejet, om der bør gives den for klageren beskikkede advokat adgang til at søge sagkyndig bistand hos en psykiater dels med henblik på udformningen af de spørgsmål, han eventuelt gennem retten ønsker at stille til retslægerådet, dels som psykiatrisk rådgiver for advokaten ved sagens førelse iøvrigt. Under hensyn til at den advokat, der repræsenterer modparten, har hospitalets overlæge som sin sagkyndige konsulent, taler hensynet til en ligestil-

ling af sagens parter for at imødekomme en begrundet begæring herom, hvis en sådan fremsættes af den advokat,, som beskikkes for klageren.

Efter retsplejelovens § 470, stk. 1 er den frihedsberøvede, den der handler på hans vegne og den besluttende myndighed parter i sagen. Det betyder, at modparten i sagen efter de nugældende regler er den administrative myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen. Har afgørelsen været paklaget, er det den overordnede myndighed, der er modpart. Det anses ofte for hensigtsmæssigt, at den underordnede; instans også indkaldes til retsmødet for at kunne svare på spørgsmål og i det hele yde bistand ved sagens oplysning.

Det har lige siden domstolsprøvelsen fik sin nuværende form været anset for ønskeligt at undgå at gøre overlægen på den psykiatriske afdeling, hvor frihedsberøvelsen er foretaget, til den frihedsberøvedes modpart i sagen. Det vil belaste parternes forhold senere og er hidtil blevet undgået ved at lade den administrative myndighed, amtskommunen eller justitsministeriet, være modpart. Alle udvalgets medlemmer på nær et har været enige om, at den nugældende ordning på dette punkt bør opretholdes, selv om det reelt er overlægen, der er den besluttende myndighed.

Det er også nødvendigt, at der er en modpart i disse sager, da byrettens afgørelser ellers bliver endelige, når klageren får medhold, hvilket næppe er en holdbar retstilstand at indføre som en generel ordning.

Amtsrådsforeningens repræsentant Stig Lohmann har heroverfor navnlig gjort gældende, at det nærmere bør overvejes, hvorvidt den processuelle partskompetence bør følge den materielle ret til at træffe afgørelser. Da det utvivlsomt er overlægen, som afgør disse sager efter en kompetenceregulering, der ikke skyldes delegation, men følger direkte af loven,, bør det også være overlægen og ikke amtskommunen, der er part i disse sager. Dog kunne det under hensyn til eventuelle øvrige aspekter i sagen, herunder spørgsmål om erstatning m.v., overvejes at

indføre en særlig hjemmel for, at disse sager i fremtiden tillige anlægges mod den for sygehuset ansvarlige myndighed, d.v.s. amtsrådet, Københavns eller Frederiksberg kommuner og for psykiatriske afdelinger på Rigshospitalet mod indenrigsministeren.

Det forekommer imidlertid flertallet i udvalget rigtigt, at disse sager i fremtiden altid anlægges mod den for sygehuset ansvarlige myndighed, hvorimod overlægen ikke bør betragtes som part, men alene som en sagkyndig, der har truffet en lægelig afgørelse, som er en del af sagen. Påkendelse af eventuelt erstatningskrav kan i så fald ske, uden at man behøver at medindstævne nogen ny part.

Bevisførelse i retten bør foregå ikke alene efter rettens bestemmelse, men også kunne ske efter anmodning fra parternes advokater, herunder fra den for klageren beskikkede advokat, som bør medvirke til at fremdrage oplysninger til brug for rettens afgørelse. Selv om der i disse sager bør være både ret og pligt til en vidtgående materiel procesledning fra dommerens side, udelukker dette ikke, at den beskikkede advokat efter samtaler med klienten og dennes patientrådgiver begærer vidner afhørt, supplerende lægeerklæringer indhentet, spørgsmål stillet til retslægerrådet og eventuelt foretaget yderligere lægeundersøgelser af klienten ved afdelingens overlæge eller eventuelt af en anden psykiater, hvis dette er konkret velbegrundet. Bevisbegæring, der fremsættes af den beskikkede advokat, og begæring om forelæggelse for retslægerrådet eller indhentelse af nye psykiatriske erklæringer eller andre sagkyndige udtalelser bør som hidtil forelægges for retten med henblik på iværksættelse ved rettens foranstaltning eller med dennes godkendelse.

Faren ved at overlade det til retten alene at fremskaffe alle nødvendige oplysninger er, at dette ikke nødvendigvis sker, blot fordi det står i loven, at dommeren har denne opgave. Dommeren vil ikke spørge om andet end det, der forekommer ham tvivlsomt, hvortil kommer, at det måske først er under domsforhandlingen, at der opstår tvivl og et ønske om at indhen-

te yderligere oplysninger. Den beskikkede advokat har derimod klientens fortrolighed og kan ved sine samtaler med klienten bedre få afdækket de problemer, som kan begrunde særlig bevisførelse. Dommeren og parternes advokater bør derfor i for- ening have til opgave at fremskaffe de nødvendige oplysninger og beviser.

Efter retsplejelovens § 469, stk. 5 kan det ved lov bestemmes, at begæring om fornyet domstolsprøvelse af en frihedsberøvel- ses lovlighed ikke kan rejses påny før end efter udløbet af en vis frist. En sådan fristregel findes i sindssygelovens § 9, stk. 4, som har følgende ordlyd:

"Er en fremsat begæring afslået af justitsministeren, kan spørgsmål om udskrivning ikke med virkning efter denne paragraf rejses, forinden der er forløbet fire måneder efter justitsmini- sterens afgørelse. Forelægges spørgsmålet om tilbageholdelsens lovlighed retten, regnes den nævnte frist fra rettens afgørel- se."

Denne regel har ikke givet anledning til praktiske vanskelig- heder eller kritik. Der er efter udvalgets opfattelse utvivl- samt behov for en bestemmelse, som fastsætter visse terminer for, hvor hurtigt man kan begære fornyet prøvelse af samme frihedsberøvelse. Udvalget har overvejet, om man eventuelt bør ændre fristen. Man bør i denne forbindelse være opmærksom på, at domstolenes prøvelse omfatter forholdene som de er på det tidspunkt, domsforhandlingen finder sted, således at det ikke blot er lovligheden af selve tvangssindlæggelsen eller tvangstilbageholdelsen, der efterprøves, men tillige om for- holdene har ændret sig, og frihedsberøvelse derfor ikke læn- gere er nødvendig. Uden at skabe praktiske vanskeligheder kan man formentlig forkorte fristen til 3 måneder og iøvrigt ud- forme lovbestemmelsen efter samme mønster som den nugældende.

L I T T E R A T U R L I S T E

Denne litteraturliste indeholder en ikke udtømmende oversigt over den litteratur m.m., som udvalget navnlig har benyttet sig af som baggrundsmateriale for sine drøftelser og overvejelser.

1. Bøger m.v..

- Adserballe, Hans: Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien, FADL's forlag, 1977.
- Bluglass, Robert: A Guide to the Mental Health Act 1983, Churchill Livingstone, 1983.
- Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill, redigeret af Knud Jensen og Bent Pedersen, Sind, København, 1985.
- Curran, W.J. og Harding, T.W.: The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives, WHO, 1978.
- Eskelund, Ståle: Den psykiatriske pasient og loven, H. Aschehoug og Co, Oslo 1983.
- Gjerulff, Th.: Lov om sindssyge personers hospitalsophold, GAD, 194 2.
- Helweg, H.: Den retslige psykiatri i kort omrids, 2. udgave, Hagerup, København 1949.
- Middelfart sygehus, psykiatrisk afdeling. Rapport fra Galebøvevægelsens høring den 28. april 1984 om Middelfart sygehus, psykiatrisk afdeling. Udgivet af Amalie, 1984.
- Psykiatri, en tekstbog, 2. udgave, redaktion Welner m.fl., FADL's forlag, 1985.
- Strömngren, Erik: Psykiatri, 13. udgave, Munksgaard, 1979.
- Vestergaard, Jørn, Willadsen, Jytte og Wilhjelm, Preben: Sindslidendes retsstilling. Galskab, magt og afmagt. Gyldendal, 1985.

2. Artikler m.v.

a) Lægefaglige tidsskrifter.

- Adserballe, H., Nielsen, J. Achton og Dupont, Annalise: Tvangsindlæggelser 1978-83. Ugeskrift for Læger (UfL) 1985, vol. 147, p. 735-739.
- Adserballe, H.: Tvangsindlæggelse, UfL 1978, vol. 140, p. 416 - 17.
- Borberg, Steen: Sindssygdomsbegrebet som kriterium for tvang. Agrippa - psykiatriske tekster 1983, vol. 5, p. 92-105.
- Hansen, Willy og Wang, August: Selvmordsforsøg, UfL 1983, vol. 145, p. 1402-1406.
- Juel-Nielsen, N.: Psykiatrisk behandling og forebyggelse af suicidal adfærd, UfL 1983, vol. 145, p. 1397-98.
- Juel-Nielsen, N.: Den suicidal patient. Månedsskrift for praktisk lægegerning, okt. 1982.
- Jørgensen, P. B. og Mouritsen, L.: Selvmordsforsøg og psykiatrisk tilsyn, UfL 1983, vol. 145, p. 1399-1402.
- Kramp, Peter og Lunn, Villars: Tvangsbehandling af psykotiske patienter, UfL 1984, vol. 146, p. 991-999.
- Lindhardt, Anne og Reisby, Niels: Distriktspsykiatriske projekter i Danmark udgående fra sygehusvæsenet, UfL 1984, vol. 146, p. 1733-40.
- Lund, Jens: Retspsykiatriske funktioner efter åndssvageforsorgens udlægning, UfL 1983, vol. 145, p. 1896-1899.
- Lund, Jens: Mentally retarded admitted to psychiatric hospitals in Denmark, Acta psychiatrica scandinavica 1985, vol. 72, p. 202-205.
- Lunn, Villars: Psykosebegrebet, UfL 1979, vol. 141, p. 1261-1266.
- Reisby, Niels: Årsager til tvangsansendelse på psykiatrisk afdeling, UfL 1983, vol. 145, p. 1801 og UfL 1984, vol. 146, p. 3586.
- Segest, Erling og Carlsen Ebbe: Klager over tvangsindlæggelser behandlet i sundhedsstyrelsen 1980-1984, UfL 1985, vol. 147, p. 4145-47.

b) Folketingets ombudsmands beretninger (FOB).

- FOB 1965, p. 35-36 vedrørende en konkret sag om domstolsprøvelse af en tvangsindlæggelse.
- FOB 1973, p. 65-66 vedrørende fremgangsmåden ved telefonisk afsagt farlighedsdekret.
- FOB 1974, p. 167-169 om tvangsbehandling m.m.
- FOB 1974, p. 224-227 om tvangsmidlers anvendelse.
- FOB 1979, p. 408-409 om tvangsmidlers anvendelse.
- FOB 1980, p. 80-83 om tvangsforanstaltninger over for patienter på psykiatriske hospitaler.
- FOB 1983, p. 105-116: Redegørelse i anledning af en konkret sag om bæltefiksering af en mindreårig.
- FOB 1983, p. 118-120 om sindssygelovens rækkevidde i forhold til mindreårige.

c) Juridiske tidsskrifter m.v.

- Borberg, Steen: Et bidrag til en ny sindssygelov. Juristen 1984, p. 302-310.
- Busck, Lars: Frihedsberøvelse efter sindssygeloven af 13. april 1938. Juristen 1982, p. 75-95.
- Kjær, Anne: Domstolskontrollen med administrativ frihedsberøvelse i henhold til sindssygeloven, Ugeskrift for Retsvæsen 1961 B, p.210-220.
- Retslægerådets årsberetning for 1956, p. 20-24.
- Vestergaard, Jørn: Revisionen af sindssygeloven. Tidsskrift for Rettsvitenskap 1985, p. 218-270.
- Vestergaard, Jørn: Lokale tilsyns- og klageinstanser i retspsykiatrien: De norske kontrolkommissioner. Kriminalistisk instituts stencilserie nr. 27, oktober 1984.

3. Betænkninger m.v.

- Betænkning nr. 667/1972 om de strafferetlige særforanstaltninger, afgivet af straffelovrådet.
- Betænkning nr. 955/1982 om foranstaltninger over for åndssvage og andre svagt begavede lovovertrædere.
- Betænkning nr. 1015/1984 om embedslægevæsenet.
- Redegørelse afgivet december 1981 af en af sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe vedrørende lægers pligt til at informere deres patienter og disses samtykke til indgreb og behand-

ling. Redegørelsen er offentliggjort i Ugeskrift for Læger, 1982, vol. 144, p. 733-743.

- Rapport fra alkohol- og narkotikarådets behandlingsudvalg vedrørende behandlingen af stofmisbrugere: At møde mennesket hvor det er (1984) .
- Første delrapport fra udvalget vedrørende lukkede institutioner og alternative foranstaltninger, afgivet i august 1983 af et udvalg under sundhedsstyrelsen.
- Rapport fra den af socialstyrelsen nedsatte arbejdsgruppe vedrørende overførsel af psykiatriske plejehjem under sygehusvæsenet, H-plejehjemmene, fra indenrigsministeriets område til socialministeriets område.
- Den svenske betænkning: Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984:64.

Lov nr. 118 af 13.4.1938

om sindssyge personers hospitalsophold,
som ændret ved lov nr. 175 af 11. 6.1954, jfr. lov nr. 182 af 7.6.1958
og lov nr. 225 af 7. 6. 1972

§ 1. Stk. 1. Denne lovs bestemmelser angår behandling af sindssygdomme på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredelsesanstalter, 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 helbredelsesanstalter.

§ 2. Stk. 1. 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 foretagens 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 helbredelsesanstalt. Sådanne foranstaltninger er de nærmeste da berettigede til at iværksætte.

Stk. 2. Såfremt den tilkaldte læge finder, at det vil være uforvarligt, at den syge ikke indlægges til behandling på et sindssygehospital eller en helbredelsesanstalt, 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 uforvarligt at undlade indlæggelse, fordi udsigterne for den syges helbredelse væsentlig vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted, og lægens skøn godkendes af amtslægen på den syges hjemsted, i København af stadslægen.

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 inden 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 helbredelsesanstalten. 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. Stk. 1. I de i § 2, stk. 2, jfr. 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. Stk. 1. I de tilfælde, hvor en sindssyg er tvangsindlagt ved politiets bistand, påhviler det politiet straks ved 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. Tilsynsværgeren skal holde sig underrettet om den sindssyges tilstand og drage omsorg for, at opholdet i hospitalet eller helbredelsesanstalten ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Den sindssyge har ret til at afsende lukkede breve til tilsynsværgeren.

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. Stk. 1. Når den behandlende læge skønner, at udskrivning er uforsvarlig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller for andre, eller fordi udskrivning væsentlig vil forringe udsigterne 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. Stk. 1. 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 for-

langende 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 spørgsmål 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. Stk. 1. Over for sindssyge personer, hvis sygdom ifølge lægeerklæring rummer fare for retssikkerheden, skal overøvrigheden, for så vidt det **skønnes** fornødent, træffe passende sikkerhedsforanstaltninger, eventuelt ved anbringelse på dertil bestemt hospital eller anstalt. Sådanne sindssyge skal snarest muligt modtages på statens eller kommunens sindssygehospitaler.

Stk. 2. Foranstaltninger, der er truffet i henhold til foranstående bestemmelse, kan kun ophæves eller forandres af vedkommende overøvrighed.

Stk. 3. Spørgsmålet om anbringelsens eller tilbageholdelsens lovlighed kan dog af den pågældende selv eller af den, der handler på hans vegne, jfr. § 9, stk. 1, kræves forelagt retten til afgørelse i overensstemmelse med retsplejelovens 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 sjælelig abnorme epileptikere på statsanerkendte anstalter, således at indlæggelse og

tilbageholdelse 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 denne lovs ikrafttræden ophæves, for så vidt angår sindssyge og epileptikere, Christian den Femtes Danske Lov 1ste bog, 19de kap., art. 7, for Færøernes vedkommende samme konges norske lov 1ste bog, 17de kap., art. 7.

**Cirkulære til Politidirektøren i København og samtlige Politimestre
angaaende Politiets Medvirken til sindssyge Personers Indlæggelse
paa Sindssygehospital.**

Ifølge § 5, Stk. 1, 1. Punktum, i Lov Nr. 118 af 13. April 1938 om sindssyge Personers Hospitalsophold paahviler det Politiet paa Begæring af en af de i nævnte Lovs § 2, Stk. 3 og 4, angivne Personer eller Myndigheder at yde Bistand til sindssyge Personers Indlæggelse paa Stats- eller kommunale Hospitaler eller paa private Helbredelsesanstalter, som af Justitsministeren er autoriseret til at modtage sindssyge til Behandling.

Om Politiets Medvirken fastsættes herved i Henhold til Bestemmelsen i Lovens § 5, Stk. 1, 2. Punktum, følgende nærmere Regler:

§ 1.

Politiets Medvirken maa kun ydes efter Ordre fra Politimesteren selv eller i hans Forfald fra hans Fuldmægtig — i København fra Politidirektøren eller en Politispektør. I paatrængende Tilfælde kan Politiets Medvirken dog ydes efter Ordre fra en Politikommissær.

§ 2.

Forinden Bistand ydes, skal Politiet paase, at Betingelserne for den paagældendes Indlæggelse er til Stede. Der skal saaledes foreligge:

- a) Begæring om hans Indlæggelse, fremsat af en af de i Lovens § 2, Stk. 3 og 4, nævnte Personer eller Myndigheder, nemlig de, hvem Forsorgen for den paagældende retlig eller faktisk paahviler, saasom Indehaver af Forældremyndighed, Vasrge, Lavværge, Ægtefælle, myndige Børn, Forældre, andre nære Slægtninge eller de, hos hvem han har til Huse, eller hvem det ifølge de foreliggende Omstændigheder paahviler at drage Omsorg for ham, eller det sociale Udvalg.

For saa vidt ikke andre drager Omsorg for den syge, paahviler det Politiet af egen Drift at træde til, jfr. Lovens § 2, Stk. 5.

- b) Erklæring fra en ikke ved vedkommende Sindssygehospital eller Helbredelsesanstalt ansat Læge, der paa Grundlag af en i den nærmeste Tid og i hvert Fæld inden for de sidste fire Uger før Indlæggelsen foretagen Undersøgelse bevidner, at den paagældende er sindssyg, og at det vil være uforsvarligt, at den syge ikke indlægges til Behandling paa et Sindssygehospital eller en Helbredelsesanstalt, fordi han er farlig for sig selv eller andre.

I særlig paatrængende Tilfælde, f. Eks. hvor en Person antræffes i formentlig sindssyg Tilstand paa Gader eller andre offentlige Steder, eller hvor der foreligger Selvmordsforsøg eller overhængende Fare for Voldshandlinger af den syge, kan Indlæggelse dog finde Sted, uden at Lægeerklæring foreligger, men saadan Erklæring skal da saavidt muligt fremskaffes i Løbet af tre Dage efter Indlæggelsen.

Sindssyge, som begæres indlagt i Henhold til foranstaaende Regler, skal straks modtages paa Statens eller Kommunens Sindssygehospitaler, jfr. Lovens § 5, Stk. 2.

Medens Politiets Bistand til Indlæggelse sædvanligvis bør ydes, saasnt det er konstateret, at Begæringen er udgaaet fra en af de ovenfor under a) nævnte Personer eller Myndigheder, og den behørlige Lægeattest foreligger, kan Politiet dog under ganske særlige Omstændigheder — navnlig naar Lægeerklæringen ikke udtrykkelig anfører Kriterierne for Farligheden i det konkrete Tilfælde — foretage de fornødne Undersøgelser med Hensyn til Farlighedsspørgsmaalet, men dette bør da ske i Samarbejde med Lægen og saa hurtigt, som disse Sagers stærkt hastende Karakter kræver.

§ 3.

Politiets Bistand skal endvidere ydes, naar der foreligger:

- a) Begæring om den syges Indlæggelse, fremsat af en af de under § 2 a) nævnte Personer eller Myndigheder. For saa vidt ikke andre drager Omsorg for den syge, paahviler det Politiet af egen Drift at træde til, jfr. Lovens § 2, Stk. 5.
- b) Erklæring fra en ikke ved vedkommende Sindssygehospital eller Helbredelsesanstalt ansat Læge, der paa Grundlag af en i den nærmeste Tid og i hvert Fald inden for de sidste fire Uger før Indlæggelsen foretagen Undersøgelse bevidner, at den paagældende er sindssyg, og at det vil være uforsvarligt, at den syge ikke indlægges til Behandling paa et Sindssygehospital eller en Helbredelsesanstalt, fordi Udsigterne for hans Helbredelse ellers væsentlig vil forringes. Lægens Skøn skal derhos være godkendt af Amtslægen paa den syges Hjemsted, i København af Stadslægen.

Forinden Bistand ydes, bør Politiet forvise sig om, at den paagældende kan modtages paa Hospitalet eller Anstalten.

Sindssyge, som begæres indlagt i Henhold til foranstaaende Regler, modtages af Hospitalerne efter de almindelige for Optagelse i Sindssygehospital gældende Regler.

§ 4-

I alle Tilfælde, hvor en sindssyg ved Politiets Bistand indlægges paa et af Statens Sindssygehospitaler, paahviler det Politiet at drage Omsorg for, at de i § 32, Stk. 1, i Fællesregulativ for Statens Sindssygehospitaler Nr. 252 af 1. Oktober 1915 (ifølge Bekendtgørelse Nr. 83 af 1. April 1936 ændret til § 31, Stk. 1) under 3 omhandlede Lægeoplysninger tilvejebringes. Oplysningerne bør som Regel foreligge ved den paagældendes Indlæggelse paa Sindssygehospitalet; hvis dette efter Omstændighederne ikke skulde være muligt, skal de fremskaffes snarest og i alt Fald være indsendt til Sindssygehospitalet inden 8 Dage efter, at Indlæggelsen har fundet Sted.

§ 5-

Politiets Bistand bør saavidt muligt ydes efter nærmere Aftale med den eller de Personer, hos hvem den sindssyge er anbragt, og bør ydes paa en saa lidet opsigtvækkende Maade som muligt. Navnlig bør det saavidt muligt iagttages, at de medvirkende Polititjenestemænd ikke bærer Uniform. Saafremt Politiet, uden at der foreligger Begæring om Indlæggelse fra nogen af de i Lovens § 2, Stk. 3 og 4, nævnte Personer eller Myndigheder, selv i Medfør af Lovens § 2, Stk. 5, tager Initiativet til en sindssygs Indlæggelse, bør Politiet saavidt muligt underrette den paagældendes nærmeste om Indlæggelsen.

§ 6-

Det paahviler Politiet straks ved Indlæggelsen at give Skifteretten paa den sindssyges Hjemsted, i København Magistraten, Meddelelse herom, for at der kan blive beskikket ham en Tilsynsværge, jfr. Lovens § 6.

§ 7. (o p h æ v e t)

De med Politiets Medvirken forbundne Rejse- eller Transportudgifter søges, forudsat at Udgifterne ikke kan afholdes af vedkommende Kommune efter Reglerne om Fribefordring af nydende Sygekassemedlemmer, jfr. § 17 i Lov af 7. Maj 1937 om Folkeforsikring, betalt af den paagældendes (eller hans Forsørgers) egne Midler eller i Trangstilfælde af vedkommende Kommune mod fuld Statsrefusion efter de nærmere Regler i Socialministeriets Cirkulære Nr. 83 af 31. Maj 1935 Afsnit I. 1). Kommunen er dog ogsaa udenfor Trangstilfælde pligtig forskudsvis at udrede Rejseudgifterne, for saa vidt den syge eller dennes Forsørger erklærer — eller viser sig — ikke at kunne betale disse, men i saa Fald paahviler det Kommunen at sætte den paagældende (eller Forsørgeren) i Bidrag til Dækning af Udgifterne, jfr. § 266 i Lov om offentlig Forsorg.

Politiet retter, saa vidt muligt forinden Transporten finder Sted, Henvendelse til det sociale Udvalg i den syges eller dennes Forsørgers Hjemstedskommune om, hvorvidt Udgifterne efter det anførte kan afholdes af Kommunen. I bekræftende Fald indsendes Regningen til Kommunen, i benægtende Fald søges Beløbet betalt af den paagældendes eller Forsørgerens egne Midler. Det vil være at paase, at den efter Omstændighederne billigste Rejse- eller Transportmaade anvendes.

§ 8.

Foranstaaende Regler finder tilsvarende Anvendelse paa Indlæggelse af sjælelig abnorme Epileptikere paa statsanerkendte Anstalter.

§ 9-

De i dette Cirkulære indeholdte Bestemmelser medfører ingen Ændring i de gældende Regler om Indlæggelse af sindssyge eller epileptiske Personer paa Sindssygehospital eller Epileptikeranstalt i Henhold til Dom eller til Observation ifølge Retskendelse eller om Iværksættelse af Sikkerhedsforanstaltninger overfor saadanne Personer, der er farlige for Retssikkerheden.

Justitsministeriets Cirkulære Nr. 86 af 11. Juni 1895 ophæves.

Justitsministeriet, den 28. Juni 1938.

Steincke.

Robert Hove.

Justitsministeriets cirkulære af 9. juli 1982

Cirkulære om klageadgang og domstolsprøvelse ved administrativ frihedsberøvelse af psykiatriske patienter

(Til statslige, amtskommunale og kommunale psykiatriske hospitaler samt private helbredelsesanstalter, der er autoriserede til behandling af psykiatriske patienter).

I medfør af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold som ændret senest ved lov nr. 225 af 7. juni 1972 bestemmes herved følgende om behandlingen af udskrivningsbegæring og begæring om domstolsprøvelse i medfør af lovens §§ 9 og 10.

§ 1. De nærmere betingelser, hvorunder en patient kan tilbageholdes mod sin vilje, fremgår af lovens § 8. Ifølge § 8, stk. 1, skal udskrivning nægtes, når den behandlende læge skønner, at udskrivning er uforsvarlig, enten fordi patienten er farlig for sig selv eller andre, eller fordi udskrivning væsentligt vil forringe udsigterne for patientens helbredelse. Uden for disse 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 justitsministeriet tiltræder nægtelsen (lovens § 8, stk. 2).

§ 2. Begæring om udskrivning kan efter lovens § 9, stk. 1, fremsættes af patienten selv eller af følgende personer: Indehaver af forældremyndighed, værge, lavværge, tilsynsværge, ægtefælle, myndige børn, forældre eller andre nære slægtninge. Såfremt en sådan begæring fremsættes af andre nærtstående personer, f.eks. en samlever, bør den ligeledes tages under behandling.

Stk. 2. En begæring om udskrivning kan fremsættes over for såvel institutionens læger

som sygeplejersker, plejere og andre, der deltager i patientbehandlingen. Fremsættes begæringen over for andre end den behandlende læge, skal denne såvidt muligt omgående underrettes.

§ 3. I tilfælde af tvangsindlæggelse skal vedkommende overlæge så hurtigt som muligt gøre patienten og den, der handler på patientens vegne, bekendt med adgangen til at fremsætte begæring om udskrivning og med de personalegrupper, over for hvilke en sådan begæring kan fremsættes.

§ 4. Nægtes en patient udskrivning i medfør af lovens § 8, stk. 1, skal der i forbindelse hermed gives den, der har fremsat begæringen - og i alle tilfælde patienten - vejledning om adgangen til at forlange sagen forelagt for justitsministeriet i medfør af lovens § 9, stk. 2, samt om muligheden for eventuel senere domstolsprøvelse. Fremsættes der krav om, at sagen forelægges for justitsministeriet, indberettes nægtelsen af udskrivning direkte til justitsministeriet, såvidt muligt omgående.

Stk. 2. I de tilfælde, hvor en begæring om udskrivning ikke kan afslås uden justitsministeriets tiltræden (lovens § 9, stk. 2), forelægges ~~der~~ **behandlende** læge på eget initiativ sagen for ministeriet. Forelæggelsen sker så vidt muligt omgående.

§ 5. I tilfælde af tvangsindlæggelse skal der beskikkes en tilsynsværge for patienten (lovens § 6, stk. 1).

Stk. 2. Såfremt patienten nægtes udskrivning, skal denne gøres bekendt med adgangen til at forlange en tilsynsværge beskikket i medfør af lovens § 6, stk. 2. Patienten antages at ønske en tilsynsværge beskikket, med mindre vedkommende udtaler sig herimod. Det påhviler den behandlende læge så hurtigt som muligt at give skifteretten meddelelse herom.

§ 6. Justitsministeriets afgørelse af, om en fremsat begæring om udskrivning skal imødekommes, træffes så hurtigt som muligt og senest inden 1 måned efter den behandlende læges forelæggelse af sagen for ministeriet.

Stk. 2. Når justitsministeriet har truffet afgørelse, skal den, der har begæret udskrivning - og i alle tilfælde patienten - underrettes herom. Såfremt justitsministeriet bestemmer, at udskrivning skal nægtes, skal de pågældende samtidig gøres bekendt med, at spørgsmålet om lovligheden af tilbageholdelsen kan forelægges for retten i overensstemmelse med retsplejelovens kapitel 43 a (lovens § 9, stk. 3).

§ 7. Domstolsprøvelse kan begæres af patienten eller den, der handler på dennes vegne. Ved fremsættelse af begæring følges de ovenfor i § 2 nævnte regler. Underretning om, at der er fremsat begæring om domstolsprøvelse, indsendes såvidt muligt omgående direkte til justitsministeriet, som efter retsplejeloven skal forelægge sagen for retten inden 5 søgnedage efter fremsættelsen (retsplejelovens § 469, stk. 2). Begæringens fremsættelse hindrer ikke, at frihedsberøvelsen opretholdes, medmindre retten bestemmer andet (retsplejelovens § 469, stk. 3).

§ 8. Har justitsministeriet afslået en begæring om udskrivning, kan spørgsmål om udskrivning ikke på ny rejses over for ministeriet efter reglerne i lovens § 9, forinden der er forløbet 4 måneder efter justitsministeriets afgørelse. Har spørgsmålet om tilbageholdelsens lovlighed været forelagt retten, regnes fristen fra rettens afgørelse (lovens § 9, stk. 4).

§ 9. For personer, over for hvilke der i henhold til et farlighedsdekret er truffet sikkerhedsforanstaltninger i medfør af lovens § 10, stk. 1, er der ligeledes adgang til domstolsprøvelse af anbringelsens eller tilbageholdelsens lovlighed (loven § 10, stk. 3). Vedkommende overlæge skal gøre patienten og den, der handler på patientens vegne, bekendt hermed. Såfremt patienten eller den, der handler på patientens vegne, ønsker spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed forelagt for retten, skal den myndighed, der har afsagt dekretet, underrettes så vidt muligt omgående. Patienten skal ligeledes orienteres om adgangen til at forlange en tilsynsværge beskikket, jfr. § 5, stk. 2.

§ 10. Spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed forelægges for byretten på det sted, hvor patienten har bopæl (hjemting) (retsplejelovens § 235, jfr. 469, stk. 1). Patientens bopæl anses i denne forbindelse for bevaret, såfremt den pågældende har bevaret en vis tilknytning til hjemstedet. Har patienten opholdt sig på institutionen i længere tid, og er forbindelsen med den tidligere bopæl afbrudt, antages patienten at have hjemting på det sted, hvor institutionen er beliggende.

Stk. 2. Af hensyn til afgørelsen af, hvor en sag om frihedsberøvelsens lovlighed i givet fald skal anlægges, skal der straks ved forelæggelsen for justitsministeriet af spørgsmål om tilbageholdelse på hospitalet eller ved forelæggelse for vedkommende myndighed af spørgsmål om tilbageholdelse i henhold til farlighedsdekret gives nærmere oplysninger om patientens bopæl før indlæggelsen på hospitalet, varigheden af hospitalsopholdet, samt andre oplysninger af betydning for afgørelsen.

§ 11. Spørgsmålet om, hvorvidt patienten skal være til stede i retten under behandlingen af sagen om frihedsberøvelsens lovlighed, afgøres af vedkommende ret (retsplejelovens § 470, stk. 4). Retten lean i givet fald sættes på institutionen. Rettens bestemmelse vil endvidere kunne gå ud på, at afhøring skal finde sted ved institutionens værmeting. Hospitalet kan om fornødent begære politiets bistand ved patientens fremstilling i retten i overensstemmelse med reglerne i justitsministeriets cirkulære nr. 218 af 31. oktober 1959 om politiets medvirken under sager om dom-

stolsprøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

Stk. 2. Under sagens behandling for retten vil det undertiden vise sig påkrævet, at en til hospitalet knyttet læge afgiver forklaring som vidne. Spørgsmålet om nødvendigheden af en sådan vidneforklaring afgøres af retten (retsplejelovens § 471, stk. 1). I almindelighed kan forklaringen afgives ved retten i den underretskreds, hvor vidnet bor eller opholder sig.

§ 12. Cirkulæret finder ikke anvendelse på patienter, der er indlagt i henhold til dom.

§ 13. Cirkulæret træder i kraft den 1. august 1982.

Stk. 2. Samtidig ophæves justitsministeriets cirkulære nr. 122 af 24. juli 1954 om domstolsprøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse af sindssyge.

Justitsministeriet, den 9. juli 1982

OLE ESPERSEN

/ Peter Rhedin

RETSLÆGERÅDET

Minimumskrav til psykiatriske erklæringer til brug for behandlingen af sager vedrørende tvangstilbageholdelse (tvangsindlæggelse) •

- 1) Oplysninger til sikker identifikation af patienten: navn, cpr, adresse, eventuel stilling og civilstand (det bliver herved muligt for retslægerådet at finde eventuelle tidligere sager i arkiv).
- 2) Hvis patienten tidligere er tilbageholdt kan henvises til tidligere erklæring, der eventuelt vedlægges i kopi.
- 3) Eventuelle tvangsindlæggelsesdokumenter bør vedlægges i kopi. Tillige bør vedlægges eventuelle skriftlige tilkendegivelser fra patienten ved tvangstilbageholdelsen (eventuelt tvangsindlæggelsen), også selv om de ikke har karakter af egentlige breve stilet til justitsministeriet eller hospitalets læger, men dog er fremsendt til ministeriet eller af patienten overgivet til et af hospitalets personalemedlemmer som et forklarende dokument.
- 4) Erklæringen bør i øvrigt rumme:
 - a) en kortfattet social anamnese, der er således ajourført, at man blot ved, hvilken situation patienten indlagdes i (fra) og til hvilke sociale forhold han/hun eventuelt skal udskrives (helt afgørende ved eventuel ulempe-tilbageholdelse).
 - b) en kortfattet psykiatrisk anamnese med rids af eventuelle tidligere indlæggelser, diagnoser, behandling og behandlingseffekt - alt forsynet med tidsangivelser f.eks. indlæggelses- og udskrivningsdato og -år.
 - c) 1) en kort redegørende i psykiatrisk sprog for baggrunden for den aktuelle indlæggelse, d.v.s. beskrivelse af et sygdomsbillede og af den adfærd, der har motiveret indlæggelsen. Eksakte diagnoser kan ofte ikke stil-

les, men tentative bør være anført. 2) Der bør være en beskrivelse af tilstanden ved indlæggelsen og 3) under den indtil nu forløbne del af indlæggelsen samt 4) en redegørelse for behandlingstilbud og eventuel accept eller manglende accept af behandling. I tilknytning hertil bør der være redegjort for eventuel manglende sygdomserkendelse eller usikker sygdomserkendelse/sygdomsfølelse.

- d) Patientens begrundelse for udskrivningsønsket bør refereres ret udførligt af lægen, således at man har mulighed for at sammenholde dette referat med patientens eventuelle egen redegørelse i skriftlig form til justitsministeriet.
- e) Tilbageholdelsesbegrundelsen bør anføres i klart sprog
 - 1) fare for sig selv, 2) fare for andre, 3) ulempe, 4) behandlingsindikation eller mulige kombinationer deraf.

Sindssygdommens og eventuelt de sociale forholds betydning for det (eller de) relevante tvangstilbageholdelseskriterium bør klart fremgå, gerne i form af illustrerende eksempler på, hvad der forventeligt vil hænde ved udskrivning på et tidspunkt, der skønnes at være for tidligt.

Sundhedsstyrelsen, den 21. oktober 1982.

Cirkulære om information og samtykke. "Lægers pligt og patienters ret".

(Til landets læger)

En arbejdsgruppe under sundhedsstyrelsen har i december 1981 afgivet en redegørelse om lægers pligt til at informere deres patienter og disses samtykke til indgreb og behandlinger.

Redegørelsen er aftrykt i Ugeskrift for Læger nr. 10, 8. marts 1982.

Sundhedsstyrelsen kan tilslutte sig arbejdsgruppens konklusioner og finder således ikke, at det er muligt eller hensigtsmæssigt i lovgivningen eller på anden måde at fastsætte detaljerede, formelle regler om, hvorledes en læge skal informere patienten, og om, hvorledes patientens samtykke til undersøgelser og behandling skal indhentes, idet sundhedsstyrelsen er af den opfattelse, at der med udgangspunkt i lægeloven allerede findes en alment accepteret norm for god og forsvarlig lægegerning omfattende disse forhold.

Sundhedsstyrelsen er dog bekendt med en række sager, hvor den til patienten givne information synes at have været utilstrækkelig, og man finder derfor anledning til, udover at henvise til redegørelsen, at indskærpe følgende:

Som hovedregel gælder, at voksne, habile patienter har krav på information om deres sygdom, herunder om undersøgelser, behandlinger og indgreb samt om risiko for eventuelle komplikationer og bivirkninger i det omfang, de ønsker det. Der vil i enkelte tilfælde kunne gøres undtagelser herfra, når patientens tarv tilsiger det, f.eks. hvis lægen finder, at en vidtgående information vil skabe unødigt angstelse og utryghed hos patienten; lægen må her afbalancere sin informationspligt med, hvad han finder, bedst tjener patienten.

Lægen har endvidere pligt til af egen drift at informere patienten om forhold, som denne må formodes ikke at være bekendt med og som må anses for væsentlige for patientens stillingtagen til undersøgelse og behandling m.v.

En sådan pligt foreligger særligt, når der påtænkes foretaget operative indgreb eller behandlinger, som medfører en nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger.

Der gælder en skærpet informationspligt i forbindelse med forsøg, ligesom der må foreligge et mere udtrykkeligt samtykke til behandling m.v.

Sammenfattende finder sundhedsstyrelsen, at lægen under ansvar efter lægeloven og under iagttagelse af de ovenfor angivne retningslinier i hvert enkelt tilfælde, ud fra sit kendskab til patient'en, skal informere denne, idet patienten som hovedregel har krav på fuld information, såfremt han ønsker det.

Eventuel undladelse af at informere en patient vil i givet fald kunne medføre, at foretagelsen af et indgreb eller lignende bliver omfattet af straffelovens bestemmelser om legemskrænkelse.

Hvad angår fastholdelse af enkeltheder i et informations/samtykkeforløb vil det være nødvendigt, at der gøres optegnelser i den praktiserende læges eller sygehusets patientjournal, når patienten har ønsket en videregående information, og/eller når der er informeret om nærliggende eller alvorlige komplikationer og bivirkninger m.v. Dette vil også i kompagniskabspraksis og ved sygehusindlæggelse sikre imod, at den ene læge undlader at informere og/eller indhente samtykke i tillid til, at en anden læge allerede har foretaget det fornødne. Det vil i tilfælde af nævnte art være hensigtsmæssigt, at patienten gøres bekendt med, hvad der anføres i journalen. Herved opnås tillige, at en eventuel tvivl om informationens og samtykkets rækkevidde undgås.

Sundhedsstyrelsen, den 28. juni 1983.

Cirkulære om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser.

(Til landets læger)

På baggrund af en redegørelse fra december 1931 afgivet af en under sundhedsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe om lægers pligt til at informere deres patienter og disses samtykke til indgreb og behandlinger udsendte sundhedsstyrelsen den 21. oktober 1982 cirkulære om information og samtykke. "Lægers pligt og patienters ret."

På givne foranledning skal sundhedsstyrelsen præcisere - i overensstemmelse med det i nævnte redegørelse anførte - at hovedreglen er, at psykiatrisk og somatisk behandling ikke kan finde sted mod psykisk syge personers vilje, og at der derfor skal gives information i ønsket omfang i overensstemmelse med, hvad der ifølge redegørelsen og cirkulæret af 21. oktober 1982 gælder for ikke-psykisk syge personer.

For så vidt angår behandling af den psykiske lidelse, som patienten er indlagt for, mod dennes vilje, kan behandling dog undtagelsesvis finde sted, nemlig 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. I disse tilfælde skal der heller ikke indhentes samtykke fra værge eller eventuelle pårørende.

Behandling uden eller mod patientens vilje for somatiske lidelser hos tvangsindlagte inhabile 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.

Behandling kan i disse tilfælde gennemføres uden værger eller eventuelle pårørendes samtykke.

Hvis man uden for nævnte tilfælde finder, at en patient på grund af sin psykiske lidelse ikke er i stand til at tage stilling til (samtykke i) nødvendig behandling, må der gennemføres en personlig umyndiggørelse, således at bestemmelse om tvangsbehandling herefter kan træffes af den beskikkede værge. Sundhedsstyrelsen kan i øvrigt i det hele henholde sig til det i cirkulære af 21. oktober 1982 om information og samtykke anførte.

BILAG 7.

Sundhedsstyrelsen, den 28. juni 1985.

"Cirkulære om anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger over for patienter på psykiatriske sygehuse og afdelinger samt de dertil knyttede plejehjem m.v.

(Til de psykiatriske sygehuse og afdelinger samt de såkaldte H-plejehjem).

En af sundhedsstyrelsen foranstaltet generel undersøgelse af praksis ved anvendelse af tvangsmidler på de psykiatriske sygehuse og afdelinger samt de tilknyttede plejehjem har vist, at sundhedsstyrelsens cirkulære af 24. oktober 1983 om tvangsmidlers anvendelse i landets psykiatriske sygehuse m.v. stort set er blevet fulgt, når det drejer sig om psykotiske, voldsomme og urolige patienter. Det har imidlertid vist sig, at der i vid udstrækning sondres mellem egentlige tvangsfikseringer og andre beskyttelsesforanstaltninger, eksempelvis over for senilkonfusede patienter, og at man har savnet faste regler om brugen af beskyttelsesforanstaltninger over for disse patienter.

På grundlag af den foretagne undersøgelse har sundhedsstyrelsen fundet, at der er behov for supplerende regler for de psykiatriske institutioners anvendelse af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger.

Sundhedsstyrelsen har derfor indstillet til indenrigsministeriet, at sundhedsstyrelsens cirkulære af 24. oktober 1983 suppleres med regler om anvendelse af beskyttelsesforanstaltninger. Med indenrigsministeriets godkendelse heraf fastsætter sundhedsstyrelsen herved følgende midlertidigt gældende retningslinier for anvendelse af såvel tvangsmidler som beskyttelsesforanstaltninger over for patienter på de nævnte psykiatriske institutioner.

Det tilføjes, at selv om sundhedsstyrelsen er bekendt med, at senilkonfusede patienter tillige er indlagt i andre institutioner end de nævnte, er reglerne alene udarbejdet med henblik på disse.

Sundhedsstyrelsen henstiller, at nedenstående regler nøje følges, og at samtlige medarbejdere, der er beskeeftiget med behandlingen og plejen af patienter på institutioner, der omfat-

tes af cirkulæret, gøres bekendt med dets indhold.

1. Generelt om tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger.
 - 1.1. "Tvangsmidler" omfatter læderbælter, handsker og fodremme, som anvendes for at forhindre psykotiske, voldsomme og/eller urolige patienter i at tilføje sig selv eller andre korporlig skade.
 - 1.2. "Beskyttelsesforanstaltninger" omfatter stofbælter og lignende, der på hensynsfuld måde bruges for at forhindre eksempelvis senilkonfuse patienter i at komme til skade ved at falde ned fra seng eller stol eller ved at vandre omkring i forvirret tilstand.
 - 1.3. Brugen af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger må kun ske på grundlag af en lægelig ordination, der angår den enkelte patient. Ved brug af tvangsmidler skal der foreligge en lægelig ordination, hver gang midlet tages i anvendelse, hvorimod brug af beskyttelsesforanstaltninger kan ordineres af lægen efter patientens behov, d.v.s. overlades til administration af sygeplejersken i det enkelte tilfælde.
 - 1.4. Det er en forudsætning for den lægelige ordination, at lægen på grundlag af patientens aktuelle tilstand har vurderet det konkrete behov for anvendelsen af tvangsmiddel eller beskyttelsesforanstaltning, og at brugen af andre midler, f.eks. øget tilsyn med patienten af plejepersonalet, har vist sig utilstrækkelig eller uigennemførlig.
 - 1.5. Om anvendelse af lægemidler mod en patients vilje henvises til sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1983 til landets læger om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykiske lidelser.
 - 1.6. Lægen skal gøre optegnelse i patientjournalen i forbindelse med ordinationen. Tilsvarende optegnelse skal gøres i en på afdelingen stationeret og til dette formål oprettet protokol, jfr. nedenfor under pkt. 4.
2. Særligt om tvangsmidler.
 - 2.1. Ved anvendelse af tvangsmidler skal der senest den følgende dag af en læge tages stilling til, om anvendelsen af tvangsmiddel kan ophøre, og optegnelse om den trufne afgørelse skal indføres i patientjournalen.

- 2.2. I ganske særlige akut opståede situationer kan plejepersonalet på egen hånd gøre brug af tvangsmidler for at forhindre korporlig skade, men den ansvarlige læge skal tilkaldes straks efter, at tvangsmidlet er taget i anvendelse, og lægen skal tage stilling til, om tvangsmidlets fortsatte benyttelse er påkrævet. I disse situationer skal det implicerede personale i den under pkt. 4 nævnte protokol notere tidspunkt og begrundelse for samt de nærmere enkeltheder om tvangsmidlets anvendelse og underskrive protokolnotatet. Det påhviler tillige den ansvarlige læge at gøre tilsvarende optegnelse i patientjournalen.
- 2.3. Såfremt en patient af tryghedsgrunde selv har anmodet om iværksættelse af fiksering, og selv om foranstaltningen derfor ikke har karakter af tvang, skal dette fremgå af optegnelser i såvel patientjournalen som protokollen.
3. Særligt om beskyttelsesforanstaltninger.
- 3.1. Den gruppe af patienter, der fortrinsvis vil have behov for at blive sikret ved anvendelse af beskyttelsesforanstaltninger, vil eksempelvis være senilkonfusede patienter. For disse patienters vedkommende kan der ofte være tale om mere varige tilstande med vekslende behov for beskyttelse.
- 3.2. Den lægelige ordination skal omfatte angivelse af de situationer, i hvilke anvendelse af beskyttelsesforanstaltninger må finde sted, således at den ansvarshavende sygeplejerske ikke er i tvivl om, hvorvidt beskyttelsesforanstaltning må anvendes.
- 3.3. En lægelig vurdering af berettigelsen af opretholdelse af brugen af beskyttelsesforanstaltning over for den enkelte patient skal finde sted med passende mellemrum afhængigt af patientens tilstand. Såvel patientjournal som protokol skal suppleres med optegnelser om, at revurdering har fundet sted og om den trufne afgørelse.
4. Protokol.
- 4.1. Det påhviler afdelingens lægelige og sygeplejemæssige ledelse at sikre, at der gøres specielle optegnelser i protokollen vedrørende brugen af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltning, jfr. pkt. 1.6.

- 4.2. I protokollen skal der gøres optegnelse om:
- a) Patientens navn og alder,
 - b) Begrundelsen for foranstaltningens anvendelse,
 - c) Foranstaltningens art og omfang,
 - d) Navnet på den ordinerende læge,
 - e) Tidspunktet for iværksættelsen af foranstaltningen,
 - f) Tidspunktet for foranstaltningens ophør,
 - g) Det implicerede personales navne.

5. Ikrafttræden m.y.

Cirkulæret træder i kraft den 1. august 1985. Samtidig ophæves sundhedsstyrelsens cirkulære af 24. oktober 1983 om tvangsmidlers anvendelse i landets psykiatriske sygehuse, de hidtil knyttede plejehjem m.v. samt psykiatriske afdelinger.

Nærværende cirkulære er midlertidig og forudsættes afløst af regler, der vil blive fastsat på grundlag af en betænkning, udarbejdet af justitsministeriet udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling."

BILAG 8.

Afskrift af den reviderede Hawaii-deklaration, som den blev vedtaget af WPA Executive Committee and General Assembly i Wien 1983.

Ever since the dawn of culture, ethics has been an essential part of the healing art. It is the view of the World Psychiatric Association that due to conflicting loyalties and expectations of both physicians and patients in contemporary society and the delicate nature of the therapist-patient relationship, high ethical standards are especially important for those involved in the science and practice of psychiatry as a medical specialty. These guidelines have been delineated in order to promote close adherence to those standards and to prevent misuse of psychiatric concepts, knowledge and technology.

Since the psychiatrist is a member of society as well as a practitioner of medicine, he or she must consider the ethical implications specific to psychiatry as well as the ethical demands on all physicians and the societal responsibility of every man and woman.

Even though ethical behavior is based on the individual psychiatrist's conscience and personal judgement, written guidelines are needed to clarify the profession's ethical implications.

Therefore, the General Assembly of the World Psychiatric Association has approved these ethical guidelines for psychiatrists, having in mind the great differences in cultural backgrounds, and in legal, social and economic conditions which exist in the various countries of the world. It should be understood that the World Psychiatric Association views these guidelines to be minimal requirements for ethical standards of the psychiatric profession.

1. The aim of psychiatry is to treat mental illness and to

promote mental health. To the best of his or her ability, consistent with accepted scientific knowledge and ethical principles, the psychiatrist shall serve the best interests of the patient and be also concerned for the common good and a just allocation of health resources. To fulfill these aims requires continuous research and continual education of health care personnel, patients and the public.

2. Every psychiatrist should offer to the patient the best available therapy to his knowledge and if accepted must treat him or her with the solicitude and respect due to the dignity of all human beings. When the psychiatrist is responsible for treatment given by others he owes them competent supervision and education. Whenever there is a need, or whenever a reasonable request is forthcoming from the patient, the psychiatrist should seek the help of another colleague.

3. The psychiatrist aspires for a therapeutic relationship that is founded on mutual agreement. At its optimum it requires trust, confidentiality, cooperation and mutual responsibility. Such a relationship may not be possible to establish with some patients. In that case, contact should be established for purposes other than therapeutic, such as in forensic psychiatry, its nature must be thoroughly explained to the person concerned.

4. The psychiatrist should inform the patient of the nature of the condition, therapeutic procedures, including possible alternatives, and of the possible outcome. This information must be offered in a considerate way and the patient must be given the opportunity to choose between appropriate and available methods.

5. No procedure shall be performed nor treatment given against or independent of a patient's own will, unless because of mental illness, the patient cannot form a judgement as to what is in his or her own best interest and without which treatment serious impairment is likely to occur to the patient or others.

6. As soon as the conditions for compulsory treatment no longer apply, the psychiatrist should release the patient from the compulsory nature of the treatment and if further therapy is necessary should obtain voluntary consent. The psychiatrist should inform the patient and/or relatives or meaningful others, of the existence of mechanisms of appeal for the detention and for any other complaints related to his or her well being.

7. The psychiatrist must never use his professional possibilities to violate the dignity or human rights of any individual or group and should never let inappropriate personal desires, feelings, prejudices or beliefs interfere with the treatment. The psychiatrist must on no account utilize the tools of his profession, once the absence of psychiatric illness has been established. If a patient or some third party demands actions contrary to scientific knowledge or ethical principles the psychiatrist must refuse to cooperate.

8. Whatever the psychiatrist has been told by the patient, or has noted during examination or treatment, must be kept confidential unless the patient relieves the psychiatrist from this obligation, or to prevent serious harm to self or others makes disclosure necessary. In these cases however, the patient should be informed of the breach of confidentiality.

9. To increase and propagate psychiatric knowledge and skill requires participation of the patients. Informed consent must, however, be obtained before presenting a patient to a class and, if possible, also when a case-history is released for scientific publication, whereby all reasonable measures must be taken to preserve the dignity and anonymity of the patient and to safeguard the personal reputation of the subject. The patient's participation must be voluntary, after full information has been given of the aim, procedures, risks and inconveniences of a research project and there must always be a reasonable relationship between calculated risks or inconveniences and the benefit of the study. In clinical research

every subject must retain and exert all his rights as a patient. For children and other patients who cannot themselves give informed consent, this should be obtained from the legal next-of kin. Every patient or research subject is free to withdraw for any reason at any time from any voluntary treatment and from any teaching or research program in which he or she participates. This withdrawal, as well as any refusal to enter a program, must never influence the **psychiatrist's** efforts to help the patient or subject.

10. The psychiatrist should stop all therapeutic, teaching or research programs that may evolve contrary to the principles of this Declaration.

SOSIALDEPARTEMENTET

**FORSKRIFT OM BEGRENSET ADGANG TIL TVANGSBEHANDLING I
DET PSYKISKE HELSEVERN**

Gitt ved kgl. res. av 21.9.1984 med hjemmel i lov av
28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern § 2 femte ledd.

§ 1

Definisjon

Med tvangsbehandling forstås i disse forskrifter behandling
av alvorlige sinnslidelser med legemidler når behandlingen
gjennomføres uten pasientens samtykke.

§ 2

Virkeområde

Overfor pasienter som er under tvungen omsorg i medhold
av lov om psykisk helsevern §5, jfr. §6, eller §13 første
ledd, kan tvangsbehandling med legemidler gjennomføres
etter regiene nedenfor.

§ 3

Gjennomføring av tvangsbehandling med legemidler

3-1

Tvangsbehandling med legemidler kan utelukkende gjennom-
føres med preparater som er registrert her i landet og med
vanlig brukte doser.

3-2

Tvangsbehandling med legemidler kan i nødvendig utstrekning
gjennomføres når den med stor sannsynlighet kan føre til:

- a) helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens til-
stand eller
- b) at pasienten unngår en betydelig forverring av sykdommen,

3-3

Tvangsbehandling kan først besluttes etter at pasienten har vært under tilstrekkelig langvarig observasjon i institusjon til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling.

Tvangsbehandlingen kan ikke settes inn før:

- a) Det har blitt gjort forsøk på å oppnå samtykke til behandlingen
- b) og andre typer frivillig behandling har vært vurdert og vist seg åpenbart nyttesløse.

Forsøk på å etablere et frivillig samarbeid med pasienten om behandlingen skal fortsette også etter at tvangsvedtaket er fattet.

Observasjonstiden kan ikke settes kortere enn tre døgn fra det tidspunkt spørsmålet om behandling er tatt opp med pasienten, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade.

3-4

Tvangsbehandling ved injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemidlet gjennom munnen. Depotinjeksjoner skal ikke gis ved behandling av akutte sinnslidelser.

Tvangsbehandling skal bare gjennomføres med legemidler som har en medisinsk gunstig effekt som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Tvangsbehandling med legemidler uten pasientens vitende f.eks. ved tiisetting til mat eller drikke v_a_n bare anvendes overfor pasienter som på grunn av langt framskreden sløvhet ikke er istand til å forstå vedtaket om tvangsbehandling (jfr. § 4-2 annet ledd.)

Vedtaket

4-1

Vedtak om tvangsbehandling treffes av overlege ved vedkommende institusjon i samråd med behandlende lege, hvis denne er en annen enn overlegen.

Behandlende lege skal personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer.

Utover de tilfelle som er nevnt i § 3-3 fjerde ledd i.f. skal også overlegen personlig undersøke pasienten før vedtak treffes.

Signert vedtak med begrunnelse og angivelse av den planlagte varighet av behandlingen innføres i/vedlegges pasi-

4-2

Den planlagte varighet av tvangsbehandlingen kan maksimalt settes til tre måneder. Ved utløpet av den angitte varighet kan nytt vedtak fattes etter de regler som gjelder for første gangsvedtak, og på grunnlag av en evaluering av pasientens tilstand og virkningen av behandlingen.

Pasienten og dennes nærmeste underrettes om vedtaket ved gjenpart, og informeres om adgangen til å klage og om **tids-** punktet for den planlagte iverksettelse av behandlingen.

§ 5

Klageadgang

Pasienten eller dennes nærmeste (jfr. Lov om psykisk helsevern § 21 første ledd) kan påklage overlegens vedtak om tvangsbehandling til fylkeslegen/stadsfysikus i Oslo.

Klagen framsettes skriftlig eller muntlig overfor behandlendelege eller en annen av personalet. Denne bistår med å nedtegne muntlig framsatt klage. Med pasientens/eventuelt de nærmestes underskrift oversendes klagen gjennom den ansvarlige overlege til fylkeslegen/stadsfysikus i Oslo.

Vedtak om tvangsbehandling kan tidligst iverksettes 48 timer etter at pasienten skriftlig er underrettet om vedtaket, de grunner det hviler på, samt retten til å påklage vedtaket, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helse-skade.

Klage som blir inngitt innen 48 timer etter at pasienten har fått underretning om vedtaket, har oppsettende virkning inn-til klagen er avgjort med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade.

§ 6

Klagebehandlingen

Fylkeslegen/Stadsfysikus i Oslo skal snarest ta saken under be-handling. Han prøver alle sider ved avgjørelsen om tvangs-medisineringen, og kan engasjere sakkyndig hjelp hvis dette

finnes påkrevet for å treffe en avgjørelse. Klageinstansen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig. Det skal tas personlig kontakt med pasienten, med mindre dette er åpenbart unødvendig.

Hvis klageorganet finner klagen berettiget, skal det fattes vedtak om øyeblikkelig opphør av tvangsbehandlingen. Dette vedtak er bindende for overlegen.

Klageorganets avgjørelse skal treffes uten ugrunnet opphold, og være skriftlig og begrunnet. Det skal sendes underretning til klageren og gjenpart til den ansvarlige overlege og til kontrollkommisjonens formann.

Pasienten kan la seg bistå av juridisk hjeslp..

§ 7

Løpende kontroll under behandlingen
Virkningen av tvangsbehandling med legemidler skal løpende kontrolleres den første tid etter iverksettelsen, og senere så ofte det er medisinsk nødvendig.

Opplysninger om tvangsbehandling skal føres inn i protokoll godkjent for registrering av tvangsmiddelbruk i samsvar med regiene i § 8 i forskrifter av 3. juni 1977 om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler m.v. (rundskriv ad.kap. VI nr. 3 serienr. 1-1035/83.) Protokollen legges fram for kontrollkommisjonen ved hvert besøk.

§ 8

Tvangsbehandling utenfor sykehus
Dersom pasient som er under tvangsbehandling i psykiatrisk sykehus/klinikk blir overført til psykiatrisk sykehjem (jfr. Lov om psykisk helsevern § 10) vil de funksjoner og plikter som i disse forskrifter er pålagt overlegen, tilligge den tilsynslege som har ansvaret for den psykiatriske behandling av sykehjemmets pasienter.

Tvangsbehandling av pasienter i privat forpleining kan ikke finne sted.

§ 9

Ikrafttredelse

Disse forskrifter trer i kraft straks.

Sosialdepartementet kan foreta endringer i og tilføyelser til disse forskrifter.

RECOMMENDATION No. R (83) 2
CONCERNING THE LEGAL PROTECTION OF PERSONS SUFFERING
FROM MENTAL DISORDER PLACED AS INVOLUNTARY PATIENTS¹

*(Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983
at the 356th meeting of the Ministers' Deputies)*

The Committee of Ministers, under the terms of Article 15.6 of the Statute of the Council of Europe,

Considering that the aim of the Council of Europe is to achieve a greater unity between its members, in particular through harmonising the laws on matters of common interest;

Having regard to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and to its application by the organs established under that convention;

Having regard to Recommendation 818 (1977) of the Consultative Assembly of the Council of Europe on the situation of the mentally ill;

Considering that common action at European level will promote the desired better protection of persons suffering from mental disorder,

Recommends that the governments of the member states should adapt their laws to the rules annexed to this recommendation or adopt provisions in accordance with those rules when introducing new legislation.

1. When this recommendation was adopted and in application of Article 10.2.c of the Rules of Procedure for the meetings of the Ministers' Deputies, the Representatives of the following member states reserved the right of their governments to comply or not with the provisions indicated below of the rules appended hereto:

- The Federal Republic of Germany: Articles 3.a and 6.6;
- Ireland: Articles 4.2 last sentence and 3 last sentence, and 9.2;
- Liechtenstein: Articles 4.2 last sentence and 3 first sentence, and 6.b;
- The Netherlands: Articles 3.a, 4.4 and 6;
- Sweden: Article 6.0;
- Switzerland: Articles 4.1 last sentence, final phrase, and 2 last sentence, and 6f;
- The United Kingdom: Articles 4.2 last sentence and 3 last sentence, and 6.6.

*Rules**Article 1*

1. These rules concern the involuntary placement of persons suffering from mental disorder. Placement decided pursuant to criminal proceedings is not covered by these rules; however, Rules 5, 9, 10 and 11 apply to such a placement.
2. Involuntary placement (hereinafter referred to as "placement") means the admission and detention for treatment of a person suffering from mental disorder (hereinafter referred to as "patient") in a hospital, other medical establishment or appropriate place (hereinafter referred to as "establishment"), the placement not being at his own request.
3. The admission of a patient to an establishment for treatment at his own request does not fall within the field of application of these rules. However, these rules apply to cases where a patient who has originally been admitted at his own request is to be detained in an establishment in spite of his wish to be discharged.

Article 2

Psychiatrists and other doctors, in determining whether a person is suffering from a mental disorder and requires placement, should do so in accordance with medical science. Difficulty in adapting to moral, social, political or other values, in itself, should not be considered a mental disorder.

Article 3

In the absence of any other means of giving the appropriate treatment:

- a. a patient may be placed in an establishment only when, by reason of his mental disorder, he represents a serious danger to himself or to other persons;
- b. states may, however, provide that a patient may also be placed when, because of the serious nature of his mental disorder, the absence of placement would lead to a deterioration of his disorder or prevent the appropriate treatment being given to him.

Article 4

1. A decision for placement should be taken by a judicial or any other appropriate authority prescribed by law. In an emergency, a patient may

be admitted and retained at once in an establishment on the decision of a doctor who should thereupon immediately inform the competent judicial or other authority which should make its decision. Any decision of the competent judicial or other authority mentioned in this paragraph should be taken on medical advice and under a simple and speedy procedure.

2. Where a decision for placement is taken by a non-judicial body or person, that body or person should be different from that which originally requested or recommended placement. The patient should immediately be informed of his rights and should have the right of appeal to a court which should decide under a simple and speedy procedure. Moreover, a person whose duty it is to assist the patient to decide whether to appeal should be designated by an appropriate authority, without prejudice to the right of appeal of any other interested person.

3. When the decision is taken by a judicial authority or when an appeal is made before a judicial authority against the decision of placement by an administrative body, the patient should be informed of his rights and should have the effective opportunity to be heard personally by a judge except where the judge, having regard to the patient's state of health, decides to hear him through sole form of representation. He should be informed of his right to appeal against the decision ordering or confirming the placement and, if he requests it or the judge considers that it would be appropriate, have the benefit of the assistance of a counsel or of another person.

4. The judicial decisions referred to in paragraph 3 should be open to appeal.

Article 5

1. A patient put under placement has a right to be treated under the same ethical and scientific conditions as any other sick person and under comparable environmental conditions. In particular, he has the right to receive appropriate treatment and care.

2. A treatment which is not yet generally recognised by medical science or presents a serious risk of causing permanent brain damage or adversely altering the personality of the patient may be given only if the doctor considers it indispensable and if the patient, after being informed, has given his express consent. If the patient is not capable of understanding the nature of the treatment, the doctor should submit the matter for decision to an appropriate independent authority prescribed by law which should consult the patient's legal representative, if any.

3. Clinical trials of products and therapies not having a psychiatric therapeutic purpose on persons suffering from mental disorder, subject to placement, should be forbidden. Clinical trials having a psychiatric therapeutic purpose are a matter for national legal provisions.

Article 6

The restrictions on the personal freedom of the patient should be limited only to those which are necessary because of his state of health and for the success of the treatment; however, the right of a patient:

a. to communicate with any appropriate authority, the person mentioned in Article 4 and a lawyer, and

b. to send any letter unopened,

should not be restricted.

Article 7

A patient should not be transferred from one establishment to another unless his therapeutical interest and, as far as possible, his wishes are taken into account.

Article 8

1. A placement should be for a limited period or, at least, the necessity for placement should be examined at regular intervals. The patient can request that the necessity for placement should be considered by a judicial authority at reasonable intervals. The rules in Article 4, paragraph 3, apply.

2. The placement may be terminated at any moment on the decision:

a. of a doctor, or

b. of a competent authority,

acting on his own initiative or at the request of the patient or any other interested person.

3. The termination of the placement does not necessarily imply the end of treatment which may continue on a voluntary basis.

Article 9

1. The placement, by itself, cannot constitute, by operation of law, a reason for the restriction of the legal capacity of the patient.

2. However, the authority deciding a placement should see, if necessary, that adequate measures are taken in order to protect the material interests of the patient.

Article 10

In all circumstances, the patient's dignity should be respected and adequate measures to protect his health taken.

Article 11

These rules do not limit the possibility for a member state to adopt provisions granting a wider measure of legal protection to persons suffering from mental disorder subject to placement.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 568 af 21. december 1979

Bekendtgørelse om magtanvendelse m.v. i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap

I medfør af § 14 i lov nr. 333 af 19. juni 1974 om social bistand som ændret ved lov nr. 258 af 8. juni 1978 fastsætter socialministeren herved følgende bestemmelser om forbud mod nedværdigende behandling, fysisk magtanvendelse og isolation i de af loven omfattede institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Endvidere fastsættes regler om anvendelse af fiksering i institutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap samt regler om anvendelse af lukket institution for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap. Disse foranstaltninger må kun iværksættes, når forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet, og må kun opretholdes, så længe betingelserne herfor er opfyldt, jfr. § 3. Såfremt pågældende modsætter sig foranstaltningerne, og ikke er dømt til åndssvageforsorg/institution eller i henhold til retskendelse skal opholde sig i lukket institution, tager amtskommunens social- og sundhedsudvalg stilling til, om der bør tilbydes ophold i en anden institution eller eventuelt tilbydes anden hensigtsmæssig foranstaltning. Såfremt pågældende modsætter sig dette og kræver at blive hjemsendt, kan hjemgivelse ikke nægtes. Social- og sundhedsudvalget tager dog forinden stilling til, om der er grundlag for at søge pågældende optaget på psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, jfr. sindssygelovens bestemmelser herom.

Om anvendelse af særlige sikkerhedsforanstaltninger over for åndssvage lovovertrædere, herunder anbringelse i lukket institution samt isolation på den lukkede del af det sær-

lige afsnit for lovovertrædere på Rødbygård henvises til kapitel II i socialministeriets bekendtgørelse om pligt til at modtage åndssvage lovovertrædere i bistandslovens døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap under amtskommunerne, samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger.

Indgreb forudsættes i øvrigt kun anvendt i det omfang, de pædagogiske midler, der er omtalt i socialstyrelsens supplerende cirkulæreskrivelse, har vist sig utilstrækkelige.

Kapitel 1

Forbud mod nedværdigende behandling, legemlig afstraffelse, fysisk magtanvendelse og isolation m.v.

§ 1. Ydmygende, hånende eller anden nedværdigende behandling er ikke tilladt.

Stk. 2. Legemlig afstraffelse er ikke tilladt.

Stk. 3. Isolation, hvorved forstås afsondring i aflåst rum i kortere eller længere perioder, er, bortset fra den i § 7, stk. 2, i socialministeriets ovennævnte bekendtgørelse om pligten til at modtage åndssvage lovovertrædere nævnte adgang på Rødbygård, ikke tilladt.

Stk. 4. Fysisk magtanvendelse er, bortset fra de i § 2 nævnte tilfælde, ikke tilladt.

Kapitel 2

undtagelser fra forbudet mod fysisk magtanvendelse

§ 2. Fysisk magtanvendelse i form af, at den pågældende fastholdes eller føres til an-

det opholdssted, er dog tilladt, såfremt den pågældende enten udviser en sådan adfærd, at fortsat ophold i fællesskabet er uforsvarligt, eller såfremt den pågældende derved forhindres i at skade sig selv. Denne magtanvendelse skal afpasses efter forholdene i den enkelte situation og må ikke gå ud over det strengt nødvendige.

Stk. 2. Handlinger, som har været nødvendige for at modstå eller afværge et påbegyndt eller overhængende uretmæssigt angreb og ikke åbenbart går ud over, hvad der under hensyn til angrebets farlighed, angriberens person og det angrebne retsgodes betydning er forsvarligt, omfattes af straffelovens bestemmelser om nødværge, hvorefter der kan blive tale om at gå videre i forsvaret end anført i stk. 1. En medarbejder kan således også gribe ind og hjælpe i udøvelsen af nødværge.

Kapitel 3

Fælles betingelser for anvendelse af fiksering og anbringelse i lukket institution

§ 3. Anvendelse af fiksering og anbringelse i lukket institution må kun ske i behandlingsøjemed og kun når samtlige følgende betingelser er opfyldt:

- 1) anvendelsen er absolut påkrævet for at afværge, at pågældende skader sig selv eller andre, og
- 2) faren herfor ikke på forsvarlig måde har kunnet afværges ved andre og mere lempelige forholdsregler.
- 3) Der skal hver gang forud for iværksættelsen foreligge beslutning herom fra den for vedkommende foranstaltning ansvarlige, jfr. §§ 4 og 5. Såfremt dette er praktisk umuligt, skal den ansvarlige hurtigst muligt tage stilling til foranstaltningen.

Stk. 2. Den for vedkommende foranstaltning ansvarlige, jfr. §§ 4 og 5 har pligt til at påse, at anvendelsen ikke udstrækkes længere end absolut påkrævet.

Stk. 3. Bemyndigelse, herunder stående bemyndigelse, til at iværksætte de nævnte foranstaltninger er ikke tilladt.

Kapitel 4

Fiksering

§ 4. Ved fiksering forstås anvendelse af mekanisk tvangsmiddel i form af bælte, håndremme, fodremme eller livstykke. Anden form for mekanisk fiksering er ikke tilladt.

Stk. 2. Fastspænding med stofseleer til seng, stol eller toilet for at hindre fald betragtes ikke som fiksering. Det samme gælder den form for fastspænding til kørestol eller andet hjælpemiddel, der anvendes over for stærkt fysisk hæmmede personer som et nødvendigt led i behandlingen. Som fiksering betragtes ej heller anvendelse af særligt lærredstøj til personer, der river tøjet i stykker, eller anvendelse af bløde, beskyttende specialhandsker til selvlæmlæstede personer.

Stk. 3. Under fiksering bør personalet have kontakt med den pågældende mindst hver halve time.

Stk. 4. Fiksering skal ophøre, når det ikke længere er absolut påkrævet. Fiksering, der iværksættes efter kl. 6, må højst være 4 timer. Fiksering, der iværksættes efter kl. 20, må højst være 10 timer.

Stk. 5. Institutionens leder træffer beslutning om og er ansvarlig for, at betingelserne for anvendelse af fiksering er opfyldt.

Kapitel 5

Lukket institution

§ 5. Ved en lukket institution forstås en institution, som har tilladelse til at holde yderdøre og vinduer konstant aflåst. Lukkede institutioner skal godkendes af socialstyrelsen efter indstilling fra amtsrådet.

Stk. 2. Amtskommunens social- og sundhedsudvalg kan efter indstilling fra det sociale udvalg beslutte at anbringe voksne med vidtgående psykiske handicap i lukket institution, når pågældende opfylder de i § 3, stk. 1, nævnte betingelser. Om anbringelse i lukket institution af personer, som i henhold til retskendelse skal underkastes mentalundersøgelse på institution eller er fritaget for varerægtsfængsling med krav om anbringelse i institution, henvises til de særlige regler i § 7 i socialministeriets ovennævnte bekendtgørelse om pligten til at modtage åndssvage lovovertrædere.

Stk. 3. Såfremt det sociale udvalg efter reglerne i bistandslovens § 33, stk. 1, nr. 3, jfr. afsnit VIII, har truffet beslutning om anbringelse uden for hjemmet, kan unge mel-

lem 15 og 18 år, som er dømt til åndssvageforsorg/institution, eller i henhold til retskendelse skal opholde sig i lukket institution, og som opfylder de i § 3, stk. 1, nævnte betingelser, optages i lukket institution for voksne med vidtgående psykiske handicap.

Stk. 4. Den, der varetager pågældendes interesser, skal altid underrettes om anbringelsen, såvidt muligt inden denne sker.

§ 6. Ophold i lukket institution må højst vare 2 måneder.

Stk. 2. Såfremt de i § 3, stk. 1, nævnte betingelser i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet, kan amtsrådet efter indstilling fra institutionenes leder dispensere fra 2 måneders grænsen for nye perioder på højst 2 måneder.

§ 7. Personer, der er anbragt i lukket institution ud over 24 timer, skal have adgang til at opholde sig i fri luft mindst 1 time dagligt.

Stk. 2. Under ophold i lukket institution kan den pågældende beskæftiges uden for institutionen.

Kapitel 6

Aflåsning

§ 8. Institutioner, der ikke er godkendt som lukkede, kan aflåses om natten og undtagelsesvis i kortere perioder af dagen. En institution, der er aflåst hele eller næsten hele døgnet, skal være godkendt som lukket institution.

Kapitel 7

Skematilførsler og indberetninger

§ 9. Ved anvendelse af fiksering samt anbringelse i lukket institution, skal institutionens leder samme dag indføre følgende oplysninger på et særligt udarbejdet skema:

- 1) pågældendes navn og alder
- 2) tidspunktet for indgrebet
- 3) indgrebets varighed
- 4) indgrebets art
- 5) begrundelse for indgrebet.

Kopi af skemaet skal bero i institutionen i en særlig dertil beregnet protokol.

Stk. 2. Institutionens leder indsender ved månedens udgang skemaerne til amtsrådet med sine kommentarer.

Stk. 3. Amtsrådet gennemgår skemaerne, hvorpå kopi af disse ved kvartalets udgang indsendes med amtsrådets kommentarer til socialstyrelsen til orientering.

§ 10. Overtrædelse af reglerne i kap. 1-6 samt anvendelse af nødværge indberettes til amtsrådet. Den i § 2, stk. 1, beskrevne form for fysisk magtanvendelse skal således ikke indberettes.

Stk. 2. Den implicerede medarbejder skal senest dagen efter episoden afgive skriftlig indberetning derom til institutionens leder, der med sine kommentarer samt forklaringer fra personer, der har overværet episoden, inden 3 dage videresender indberetningen til amtsrådet. Så vidt muligt skal indberetningen ledsages af klientens redegørelse for episoden.

Indberetningen skal indeholde følgende oplysninger:

- 1) de særlige forhold, der begrundet indgrebet,
- 2) tidspunktet for den handling, der har givet anledning til indgrebet,
- 3) tidspunktet for indgrebet,
- 4) indgrebets varighed,
- 5) beskrivelse af indgrebets art,
- 6) beskrivelse af indgrebets formål,
- 7) hvem, der foretog indgrebet,
- 8) klientens tilstand i den tid, indgrebet fandt sted.

Stk. 3. Såfremt der er begrundet mistanke om en strafbar handling, der er undergivet offentlig påtale, skal institutionens leder straks sende indberetning herom til amtsrådet.

Stk. 4. En medarbejder, som har overværet episoden, og som ikke dagen efter er bedt om oplysninger til indberetningen, er pligtig at meddele sin forklaring til institutionens leder.

Stk. 5. En medarbejder, der i øvrigt får begrundet viden om episoden, skal også meddele institutionens leder denne viden.

Stk. 6. Institutionens leder giver samtidig med sin indberetning til amtsrådet kopi af denne til den implicerede medarbejder samt orienterer den, der varetager klientens interesser.

Stk. 7. En medarbejder, der tjenstligt indberettes for en tjensteforseelse eller et strafbart forhold, skal have udleveret en fremstil-

ling af sagens faktiske omstændigheder og have adgang til at afgive en skriftlig udtalelse om fremstillingen. Han skal samtidig gøres bekendt med, at han ikke har pligt til at udtale sig om fremstillingen.

Stk. 8. Hvis den implicerede part er institutionens leder, skal der sendes indberetning direkte til amtsrådet. Medarbejderen giver i dette tilfælde institutionens leder genpart af sin indberetning. Amtsrådet sørger for, at den, der varetager klientens interesser, orienteres.

Stk. 9. Amtsrådet træffer afgørelse i sagen inden 6 uger, og sender ved udgangen af kvartalet de modtagne indberetninger til socialstyrelsen med oplysninger om, hvilke foranstaltninger amtsrådet har foretaget.

Kapitel 8

Om klageadgang, tilsyn, sanktioner m.v.

§ 11. Klager vedrørende overtrædelse af bestemmelserne i denne bekendtgørelse, indbringes for amtsrådet, der træffer afgørelse om de foranstaltninger, der vil være at foretage.

Stk. 2. Amtsrådet skal besvare klagerne så hurtigt som muligt og inden 6 uger.

§ 12. Forinden besvarelsen af en klage anmoder amtsrådet den ansvarlige institutionsleder om en udtalelse. Med udtalelsen indsendes en redegørelse fra den medarbejder, der har kendskab til de forhold, der klages over. Såfremt der er sket skematilførsel i henhold til § 9, skal en udskrift af tilførslen vedlægges.

Stk. 2. Institutionens leder eller den, der bemyndiger dertil, skal herudover hurtigst muligt **foretage en** undersøgelse, der omfatter samtale **med den** pågældende klient, de medarbejdere, **der** har kendskab til de forhold, der klages over, og mulige vidner til episoden. Der udfærdiges rapport om de pågældende samtaler, og rapporten indsendes med institutionslederens indstilling til amtsrådet med de i stk. 1 nævnte oplysninger. Desuden orienteres den, der varetager den pågældende klients interesser.

§ 13. Klager over amtsrådets beslutninger i medfør af denne bekendtgørelse kan indbringes for socialstyrelsen og i sidste instans for socialministeren.

Stk. 2. Socialstyrelsen kan pålægge amtsrådet at optage en klagesag til behandling.

§ 14. Klager over anbringelse i lukket institution kan indbringes for den sociale ankestyrelse i henhold til bistandslovens § 15, stk. 4.

§ 15. Amtsrådet fører tilsyn med institutionerne, herunder med anvendelsen af reglerne i denne bekendtgørelse, jfr. bistandslovens § 114.

§ 16. Socialstyrelsen fører overtilsynet med institutionerne, herunder med anvendelsen af reglerne i denne bekendtgørelse.

Stk. 2. Socialstyrelsen følger udviklingen på området og aflægger lejlighedsvis besøg på institutionerne med henblik på at følge udviklingen indenfor denne bekendtgørelses område og har i særlig grad opmærksomheden henledt på forholdene i de lukkede institutioner.

§ 17. Overfor den ansatte kan anvendes de reaktionsmuligheder, der følger af pågældendes ansættelsesvilkår.

§ 18. Denne bekendtgørelse indskrænker ikke det ansvar, medarbejderne kan pådrage sig i henhold til straffeloven, jfr. navnlig straffelovens kapitel 24 om forbrudelser mod kønssædeligheden og kapitel 25 om forbrydelser mod liv og legeme.

§ 19. Institutionens leder skal sikre sig, at såvel institutionens klienter som de, der varetager pågældendes interesser, gøres bekendt med reglerne i denne bekendtgørelse, herunder med adgangen til at klage til henholdsvis den sociale ankestyrelse, jfr. § 14, og amtsrådet, jfr. § 11, samt at amtsrådets beslutning kan indbringes for socialstyrelsen og i sidste instans for socialministeren.

§ 20. Der skal endvidere gives underretning om adgangen til at rette henvendelse til det af folketingset i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nedsatte tilsyn med personer, der er underkastet administrativ frihedsberøvelse.

§ 21. Denne bekendtgørelse udleveres til samtlige medarbejdere, der over for institutionens leder kvitterer for modtagelsen.

Kapitel 9

Ikrafttræden

§ 22. Denne bekendtgørelse træder i kraft ved bekendtgørelsen i Lovtidende med virkning fra den 1. januar 1980.

Samtidig ophæves socialministeriets bekendtgørelse nr. 505 af 19. september 1977 om magtanvendelse, isolation og lukket afdeling m.v. i særforborgens institutioner samt om klageadgangen over forsorgsudøvelsen.

Socialministeriet, den 21. december 1979

RITT BJERREGAARD

/ T. Tejsen

BILAG 12.

Udkast til registreringskema for tvangsanvendelse.

PT.NAVN: _____ AFD.: _____

CPR.NR.: _____

TVANGSINDLAGT

 NEJ JA DATO: __/__/____ KL.: _____

TVANGSTILBAGEHOLDT

 NEJ JA DATO: __/__/____ KL.: _____

INDBERETNING DATO: __/__/____ KL.: _____

PT.RDG.S NAVN: _____ TLF.: _____

PT.RDG. BESKIKKET DATO: __/__/____ KL.: _____

REVIEW DAG 3: DATO: __/__/____ LÆGE: _____

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPRETHOLDT NEJ JA

REVIEW DAG 10: DATO: __/__/____ LÆGE: _____

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPRETHOLDT NEJ JA

REVIEW DAG 20: DATO: __/__/____ LÆGE: _____

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPRETHOLDT NEJ JA

REVIEW DAG: __: DATO: __/__/____ LÆGE: _____

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPRETHOLDT NEJ JA

TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPHØRT DATO: __/__/____

ANDEN TVANG:

MEKANISK TVANG

- BÆLTE
 BÆLTE + REMME
 HANDSKER

TVANGSBEHANDLING

- MEDICIN
 NCE

ANDET

- TVANGSFlytning
 AFLÅSNING AF AFD.

VARIGHED:

PÅBEGYNDT: DATO: __/__/____ KL.: _____

OPHØRT: DATO: __/__/____ KL.: _____

BEGRUNDELSE:

LÆGE TILSTEDE: JA NEJ KOM KL.: _____

UNDERSKRIFT _____

Justitsministeriets vejledning nr. 353 af 21. juni 1977.

Vejledning til bistands- og tilsynsværgei

Efter lovgivningen skal der i en række situationer beskikkes bistandsværger og tilsynsværger for personer, som enten ifølge dom eller ved administrativ bestemmelse er **frihedsberøvede**.

beskikkes for personer, der tiltales eller dømmes for en strafbar handling, men som på grund af deres psykiske tilstand ikke idømmes almindelig straf.

Tilsynsværger beskikkes for personer, som er administrativt frihedsberøvede på hospital for sindslidende eller tvangsinddraget under åndssvageforsorgen.

Bistandsværger og tilsynsværger søges normalt udpeget blandt den pågældendes nærmeste pårørende.

Bistandsværgens og tilsynsværgens funktioner er i det væsentlige de samme, og den forskellige betegnelse skyldes udelukkende lovgivningens sprogb brug.

1. Bistandsværger.

Efter straffelovens § 71 kan retten beskikke en bistandsværge for en person, der er tiltalt for en strafbar handling, hvis der kan blive tale om, at den pågældende dømmes til anbringelse i hospital for sindslidende, i institution for åndssvage eller i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg. Det samme gælder, hvis der kan blive tale om dom til anbringelse i forvaring.

Bliver resultatet, at dommen lyder på anbringelse i en af de nævnte institutioner, eller giver dommen mulighed for, at den domfældte anbringes i en sådan institution, skal retten beskikke en bistandsværge for den dømte.

En bistandsværge, som beskikkes under straffesagens behandling, har i første række til *opgave* sammen med den beskikkede forsvarer at bistå den tiltalte under sagens behandling. Efter dommen er det bistandsværgens opgave at holde sig underrettet om den dømtes tilstand og at drage omsorg for, at opholdet på institutionen eller anstalten og andre foranstaltninger ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Beskikkelsen ophører, når foranstaltningen endeligt ophæves.

Når der ved dom er truffet bestemmelse om, at en person skal anbringes i en af de nævnte institutioner eller anstalter, kan foranstaltningen kun ændres ved en ny domstolsafgørelse. En anmodning om at få foranstaltningen ændret, f. eks. til en friere form for anbringelse eller til ophævelse af foranstaltningen, kan blandt andet fremsættes af bistandsværgen. Anmodningen fremsættes over for anklagemyndigheden, der herefter snarest muligt skal indbringe spørgsmålet for retten. Retten tager herefter stilling til spørgsmålet om ændring af foranstaltningen. Hvis retten ikke tager bistandsværgens begæring til følge, kan en ny begæring om ændring af foranstaltningen først fremsættes, når der er gået et halvt år fra den sidste afgørelse.

2. Tilsynsværger.

Efter loven om sindssyge personers hospitalsophold skal der i visse tilfælde beskikkes en tilsynsværge for den, der er indlagt på et hospital for sindslidende. Det samme gælder for personer, over for hvem der i medfør af loven om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagt begavede er truffet bestemmelse om hjælpeforanstaltninger.

For begge disse tilsynsvægemåls vedkommende gælder det, at værger i første række skal holde sig underrettet om patientens tilstand og drage omsorg for, at opholdet i hospitalet eller hjælpeforanstaltningerne ikke udstrækkes længere end nødvendigt.

En tilsynsværge, der er beskikket for en person, som er indlagt på et *hospital for sindslidende*, kan fremsætte begæring over for den pågældende overlæge om udskrivning af patienten. Hvis en sådan begæring afslås, skal lægen på tilsynsværgens anmodning forelægge sagen for justitsministeriet, som derefter træffer bestemmelse om, hvorvidt udskrivning skal finde sted. Hvis justitsministeriet tiltræder overlægens afgørelse, kan tilsynsværgen eller patienten fremsætte begæring om, at afgørelsen prøves ved retten. Begæring om domstolafprøvelse fremsættes over for justitsministeriet, som derefter fremsender sagen til underretten på det sted, hvor patienten har bopæl. Er en begæring om udskrivning afslået af justitsministeriet, kan ny begæring om udskrivning fra hospitalet ikke fremsættes, før der er gået 4 måneder fra ministeriets afgørelse.

Også en tilsynsværge, der er beskikket efter *åndssvageforsorgsloven*, kan fremsætte begæring om ophør af de iværksatte hjælpeforanstaltninger. Begæringen fremsættes over for vedkommende overlæge. Hvis begæringen ikke tages til følge, kan overlægens afgørelse forelægges for Den sociale Ankestyrelse (adresse: Amaliegade 23, 1256 København K.). Hvis Den sociale Ankestyrelse tiltræder overlægens afgørelse, kan sagen ikke rejses på ny over for Ankestyrelsen, før der er gået 1 år fra afgørelsens dato, medmindre Ankestyrelsen selv fastsætter en kortere frist. Den sociale Ankestyrelses afgørelse kan inden 1 måned begæres forelagt retten til afgørelse. Hvis Ankestyrelsens afgørelse stadfæstes ved retten, kan begæring om fornyet prøvelse

ved retten ikke fremsættes, før der er gået 1 år fra dommens afsigelse, medmindre retten har fastsat en kortere frist.

Reglerne i dette afsnit gælder ikke for de tilfælde, hvor den pågældende er indlagt på hospital eller inddraget under åndssvageforsorg på grundlag af en dom for en strafbar handling. I dette tilfælde gælder de regler, der er gengivet ovenfor under 1.

3. Bistands- og tilsynsværgers opgaver.

Som det fremgår er bistandsværgens og tilsynsværgens opgave i første række at føre kontrol med, at opholdet på institutionen ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Herudover bør værger naturligvis også på andre områder søge at holde en rimelig kontakt med den anbragte i det omfang, dette efter omstændighederne er muligt.

Værger bør i videst muligt omfang bistå den anbragte med problemer, som kan opstå under opholdet. Bliiver værger selv opmærksom på problemer, eller opstår der spørgsmål, som værger ønsker nærmere oplysninger om, kan han henvende sig til personalet.

4. Refusion af udgifter m. v.

Bistandsværger og tilsynsværger kan mod fornøden dokumentation normalt få godtgjort udgiften til indtil to besøgsrejser årligt. Refusion af sådanne rejseudgifter kan ske ved henvendelse til institutionen eller hospitalet.

Bistandsværger, der er beskikket for personer, som er *dømt* til anbringelse på hospital eller institution, kan endvidere få godtgjort rejseudgifter i forbindelse med deltagelse i retsmøder. Henvendelse herom sker til politiet.

Tilsynsværger, der er beskikket for en person, som er anbragt på hospital eller institution, kan få godtgjort rejseudgifter til deltagelse i retsmøder. Henvendelse herom sker til retten.

Justitsministeriet, den 21. juni 1977.

Orla Møller.

/ Lundbæk Andersen.

"Socialstyrelsens cirkulæreskrivelse
nr. 667 af 6. februar 1980.

Om beboerråd og beboermøder ved døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap og særlige plejehjem.
(Til kommuner og amtskommuner).

Ophold på døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap og særlige plejehjem skal tilrettelægges i et nært samarbejde mellem institutionens medarbejdere og beboerne. Dagligdagen tilrettelægges i samråd med beboerne eller de, der varetager disses interesser, således at der sikres beboerne den bedst mulige tilværelse, og således at formålet med opholdet for den enkelte tilgodeses, uanset om der er tale om et midlertidigt eller et mere vedvarende ophold.

Beboerråd oprettes, og der afholdes jævnligt beboermøder med henblik på at aktivere beboerne og at skabe et samarbejde mellem beboerne og medarbejderne om spørgsmål af interesse for det daglige liv på institutionen. Herved tilstræbes at forbedre institutionens socialpædagogiske muligheder samt at styrke beboernes interesse for egen og andres trivsel og at øge deres selvstændighed.

Medarbejdernes interesse i og aktive støtte til arbejdet forudsættes at være tilstede, da det er af afgørende betydning for, at beboerråd kan fungere.

Hvor det under hensyn til beboernes tilstand må skønnes udelukket, at et beboerråd kan fungere, kan amtsrådet beslutte, at samarbejdet med de, der varetager beboernes interesser (f.eks. forældre, værge, pårørende m.fl.), formaliseres til et råd med funktioner svarende til et beboerråds. Beboermøder kan i sådanne tilfælde erstattes af tilsvarende møder med de, der varetager beboernes in-

teresser.

I. Beboerråd.

I henhold til pkt. 63 og 79 i socialministeriets cirkulære af 29. juni 1979 om institutioner under amtskommunerne for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap fastsættes følgende vejledende regler om beboerråd ved døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap og særlige plejehjem:

1. Beboerrådet vælges af og blandt beboerne på institutionen. Beboerrådet, der skal have normalt 5 og mindst 3 medlemmer, vælges for et år ad gangen. Beboerrådsmedlemmer udtræder af rådet, når vedkommende beboer udskrives af institutionen, hvorefter supplerende valg foretages ved førstkommende beboermøde for resten af valgperioden. Institutionens leder påser, at valg og supplererung finder sted.

På institutioner med under 12 beboere udgør samtlige beboere beboerrådet.

Institutionens leder påser, at der ydes beboerrådsmedlemmerne fornøden vejledning og assistance, således at beboerrådet kan fungere.

Beboerrådet vælger selv sin formand og fastsætter selv sin forretningsorden.

Beboerrådet eller dets formand kan anmode enhver, der har med institutionens virksomhed at gøre, om at deltage i rådets drøftelser, uden stemmeret.

2. Beboerrådet har medindflydelse på følgende spørgsmål, således at beboerrådet skal høres, inden der træffes beslutning.
 - a. Retningslinier for institutionens omsorgsmæssige og øv-

rige socialpædagogiske arbejde.

- b. Institutionens budgetforslag.
- c. Administration af konti til beklædning, befordring og aktiviteter som foredrag, underholdninger, udflugter m.v.
- d. Planer, funktionsbeskrivelser og lignende til nye bygninger for den pågældende institution eller ombygning af og tilbygning til institutionen, lokaleindretning og inventaranskaffelse eller ændringer i øvrigt i institutionens funktion af betydning for beboerne.

Herudover behandles i samarbejde med beboerrådet retningslinier for:

- e. Udarbejdelse af kostplaner.
- f. Personaleansættelser
- g. Tilsynets udøvelse.
- h. Andre sociale aktiviteter end de under c nævnte, f.eks. modtagelse af nye beboere og af gæster.

Beboerrådet skal desuden kunne medinddrages i behandlingen af klager over forholdene på institutionen, og beboerrådet skal herudover selvstændigt eller på andre beboeres vegne kunne indbringe klager til institutionens ledelse og/eller tilsynsmyndigheden.

Beboerrådet kan iøvrigt tage ethvert spørgsmål vedrørende institutionens funktion op til drøftelse.

Beboerrådet kan begære drøftelse med institutionens leder og repræsentanter for de øvrige medarbejdere.

Det påhviler institutionens leder at holde formanden for beboerrådet løbende orienteret om sådanne sager, som er omtalt under a-h.

Når der i en sag foreligger erklæring fra beboerrådet, skal denne vedlægges ved sagens forelæggelse for højere myndighed.

3. De med beboerrådets virksomhed forbundne udgifter dækkes af institutionen, som også stiller passende lokaler til rådighed for møderne.

II. Beboermøder.

4. På døgninstitutioner for voksne med vidtgående fysiske eller psykiske handicap og særlige plejehjem afholdes beboermøder.

Institutionens leder påser, at beboermøder afholdes regelmæssigt efter nærmere af lederen og medarbejderne i samarbejde med beboerne fastsatte regler.

Lederen påser, at der ydes beboerne fornøden vejledning og assistance, således at beboermødet kan fungere. Lederen påser, at medarbejdere, når beboerne ønsker det, overværer beboermødet for under dette at yde fornøden vejledning og assistance.

5. På beboermødet har beboerne adgang til med institutionens leder eller dennes stedfortræder og repræsentanter for de øvrige medarbejdere at drøfte forholdene på institutionen samt til at fremkomme med forslag til ændringer og forbedringer heraf.

Institutionens leder eller dennes stedfortræder skal på beboermødet orientere beboerne om udviklingen på de områder, der vedrører beboernes forhold.

Når der i en sag foreligger erklæring fra beboerne, skal denne medfølge ved sagens forelæggelse for højere myndighed.

Kapitel 43 a

Prøvelse af administrativt bestemt frihedsberøvelse.

§ 468. Reglerne i dette kapitel finder, når andet ikke er bestemt ved lov, anvendelse ved frihedsberøvelse uden for strafferetsplejen, der ikke er besluttet af en dømmende myndighed.

§ 469. Begærer den, der administrativt er berøvet sin frihed, eller den, som handler på hans vegne, at frihedsberøvelsens lovlighed prøves af retten, skal den myndighed, som har besluttet frihedsberøvelsen eller nægtet at ophæve den, forelægge sagen for byretten på det sted, hvor den, om hvis frihedsberøvelse, der er spørgsmål, har bopæl (hjemting), jfr. § 235.

Stk. 2. Forelæggelsen for retten skal finde sted inden 5 søgnedage efter begæringens fremsættelse og sker ved fremsendelse af sagens akter med fornødne oplysninger om den beslutning, hvis lovlighed kræves prøvet, herunder angivelse af den bestemmelse, i medfør af hvilken beslutningen er truffet, en kortfattet redegørelse for de omstændigheder, der påberåbes som grundlag for den, og henvisning til de i sagen foreliggende bevisligheder, der vil kunne have betydning for rettens afgørelse. Indbringes sagen for en domstol, der ikke er rette værneting, henviser dommeren sagen til rette værneting.

Stk. 3. Begæring om sagens indbringelse for retten hindrer ikke frihedsberøvelsens iværksættelse eller opretholdelse, medmindre retten bestemmer det.

Stk. 4. Begæring om sagens indbringelse for retten efter reglerne i dette kapitel skal fremsættes inden 4 uger efter frihedsberøvelsens ophør. Senere fremsættelse af begæringen kan indtil 6 måneder efter frihedsberøvelsens ophør undtagesvis tillades af justitsministeren, når der foreligger særlig grund til at afvige fra fristen.

Stk. 5. Er lovligheden af den pågældende frihedsberøvelse stadfæstet ved dom, kan begæring om fornyet prøvelse ikke rejses med pligt for den beslutende myndighed efter denne paragraf, forinden der er forløbet sådan frist, som måtte være fastsat i vedkommende særlige lov.

Stk. 6. Krav om erstatning af det offentlige for ulovlig frihedsberøvelse skal efter begæring pådømmes under sagen om frihedsberøvelsens lovlighed. Retten kan dog udskyde erstatningsspørgsmålet til behandling efter afgørelsen om frihedsberøvelsens lovlighed.

§ 470. Som parter anses den, om hvis frihedsberøvelse der er spørgsmål, den, der handler på hans vegne, samt den beslutende myndighed.

Stk. 2. Retten beskikker en advokat til at varetage dens tarv, hvis frihedsberøvelse sagen angår, medmindre han selv har antaget en advokat. Når der skønnes at være fornøden anledning dertil, kan retten endvidere beskikke en advokat for den beslutende myndighed eller andre parter.

Stk. 3. Dommeren bestemmer snarest muligt tid for sagens foretagelse, hvorom parterne underrettes med et af dommeren fastsat varsel. Meddelelsen skal indeholde oplysning om, at sagen i tilfælde af udeblivelse uden lovligt forfald kan fremmes til dom på det foreliggende grundlag.

Stk. 4. Er frihedsberøvelsen iværksat, skal den frihedsberøvede bringes til stede i retten, hvis retten bestemmer det. Det samme gælder, hvis han selv fremsætter ønske herom, medmindre retten efter de foreliggende oplysninger om hans tilstand finder, at fremstilling ikke bør finde sted. Retten bestemmer, om den frihedsberøvede skal bringes til stede for den dømmende ret, eller om det må anses for tilstrækkeligt, at der gives ham lejlighed til at udtale sig over for retten på det sted, hvor han har ophold.

§ 471. Retten drager omsorg for sagens oplysning og træffer selv bestemmelse om afhøring af parter og vidner samt om tilvejebringelse af udtalelser fra sagkyndige og af andre bevismidler.

Stk. 2. Når særlige omstændigheder taler derfor, kan retten bestemme, at den frihedsberøvede eller den, der handler på hans vegne, skal forlade retssalen under bevisførelsen eller under en del af denne. Når den pågældende atter er indladt i retssalen, skal han gøres bekendt med det under hans fraværelse forefaldne.

Stk. 3. Såfremt retten anser det for fornødent, at en til vedkommende hospital eller anstalt knyttet person afhøres som vidne i retten, bør den pågældende i almindelighed ikke kræves afhørt uden for den retskreds, i hvilken han bor eller opholder sig, eller i hvilken hospitalet eller anstalten er beliggende. På samme måde bør en til den besluttede myndighed knyttet person i almindelighed ikke kræves afhørt uden for den retskreds, i hvilken han bor eller opholder sig, eller i hvilken den beslutende myndighed har sit sæde.

Stk. 4. Retten indkalder selv parter og vidner. Politiet skal på begæring bistå retten med fremskaffelse af oplysninger om parters og vidners bopæle eller opholdssteder eller andre af retten nærmere angivne forhold.

§ 472. Efter at parterne har haft lejlighed til at udtale sig, og bevisførelsen er sluttet, afgør retten ved dom, om frihedsberøvelsen som lovlig bør stå ved magt, eller om den vil være at ophæve.

Stk. 2. Udebliver nogen af parterne uden oplyst lovligt forfald, afgør retten, om frihedsberøvelsens lovlighed kan prøves på det foreliggende grundlag, eller om udsættelse skal finde sted.

§ 473. Retten kan bestemme, at der ved offentlig gengivelse af forhandlingen i retten og af dommen ikke må ske offentliggørelse af navn, stilling eller bopæl for nogen af de under sagen nævnte personer. Overtrædelse af sådant forbud straffes med bøde.

§ 474. Om salær og godtgørelse for udlæg til de beskikkede advokater gælder samme regler som i tilfælde, hvor der er meddelt fri proces, jfr. kap. 31. Retten kan bestemme, at også andre udgifter skal afholdes på denne måde.

Stk. 2. Retten bør kun, når der er særlig anledning dertil, pålægge en part helt eller delvis at udrede sagsomkostninger.

§ 475. Anke sker ved meddelelse til dommeren. Ankefristen er 4 uger fra dommens afsigelse. Anke kan dog undtagelsesvis tillades af justitsministeren indtil et år efter dommens afsigelse. Byretten sender meddelelsen om anken samt sagens akter til landsretten, der berammer mundtlig forhandling af sagen i et retsmøde, til hvilket parterne indkaldes af retten med et af denne bestemt varsel.

Stk. 2. Om sagens behandling i landsretten gælder tilsvarende regler som fastsat for byretsbehandlingen.

Stk. 3. Landsrettens dom kan ikke ankes til højesteret. Bestemmelserne i § 371, stk. 1, 2. pkt., og stk. 2, finder dog tilsvarende anvendelse.

Stk. 4. Anke har kun opsættende virkning, når det bestemmes af den ret, hvis afgørelse påankes, eller af den ret, til hvilken anke sker.

