

Afsluttende udtalelse

vedrørende

udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

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



Betænkning nr. 1109
1987



ISBN 87-503-6794-3

Ju 00-191-bet.

JJ trykteknik a-s, København

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Forord	5
Indledende bemærkninger	9
Udkast til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien	19
Bemærkninger til udkast til lov om friheds- berøvelse og anden tvang i psykiatrien	35

Afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Forord.

Hermed afgiver udvalget vedrørende sindslidendes retsstilling sin afsluttende udtalelse i form af udkast til en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Udvalget blev nedsat i foråret 1983 af justitsministeren. Udvalgets nedsættelse havde bl.a. baggrund i en forespørgselsdebat den 3. februar 1983 (F.T. 1982-83, sp. 5394-5454). Udvalget fik som hovedopgave at overveje,

"hvorvidt der bl.a. ud fra retssikkerhedsmæssige hensyn er behov for at ændre sindssygeloven og de hertil knyttede administrative forskrifter samt i givet fald udarbejde udkast til nye regler. I forbindelse hermed vil der kunne være anledning til at drøfte det spørgsmål om behovet for en særlig lovgivning vedrørende sindslidende, som blev rejst under den nævnte forespørgselsdebat. Udvalget skal endvidere overveje spørgsmålet om anvendelse af tvang i forbindelse med behandlingen af sindslidende."

Herudover fik udvalget til opgave at overveje spørgsmålet om registrering af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister og blev anmodet om forlods at afgive en deludtalelse herom.

Udvalget afgav herefter i november 1983 delbetænkning om registrering af tvangsindlæggelser i Det centrale Kriminalregister.

I februar 1986 afgav udvalget principbetænkning om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986).

Justitsministeriet har udsendt principbetænkningen til høring hos en række myndigheder, styrelser og organisationer. De ind-

hentede hørings svar er blevet videregivet til udvalget til brug for udvalgets afsluttende arbejde med udformningen af det endelige lovudkast med bemærkninger.

Ved udarbejdelsen af den foreliggende udtalelse omfattende udvalgets lovudkast med bemærkninger har udvalget haft følgende sammensætning:

Landsdommer H. Kallehaug, formand,
Overlæge, dr. med. Hans Adserballe, (Retslægerådet),
Landsformand Rigmor Berg, (Landsforeningen Sindslidendes Vel og De samvirkende Invalideorganisationer),
Politimester Erik Christensen, (Foreningen af politimestre i Danmark),
Kontorchef C.C. Duus, (Justitsministeriet),
Læge Hans Iver Enemark, (Den almindelige danske Lægeforening),
Advokat Povl Holm-Jørgensen, (Advokatrådet),
Sygeplejelærer Britta Løvbo Jensen, (Dansk Sygeplejeråd),
Overlæge, dr.med. Knud Jensen, (Det centrale Handicapråd),
Kontorchef Margit Jespersen, (Socialministeriet),
Kontorchef Stig Lohmann, (Amtsrådsforeningen),
Branchekomitéformand Holger Pedersen, (Forbundet for offentligt Ansatte, Dansk Kommunal Arbejderforbund),
Vicedirektør Claus Mørch Petersen, (Københavns og Frederiksberg kommuner),
Professor, dr.med. Ole J. Rafaelsen, afløst af Agnes Hauberg, (Sundhedsstyrelsen),
Professor, dr.med. Niels Reisby, (Dansk Psykiatrisk Selskab),
Fuldmægtig Søren Thorning, (Indenrigsministeriet),
Byretsdommer Niels Viltøft, (Den danske Dommerforening).

Udvalget har afholdt 4 heldagsmøder. Siden 1. september 1986 har overlæge Agnes Hauberg repræsenteret Sundhedsstyrelsen i stedet for professor, dr. med. Ole J. Rafaelsen.

Kontorchef i Justitsministeriet Michael Elmer har ydet udvalget lovteknisk bistand.

Hvervet som sekretær for udvalget er varetaget af fuldmægtig
Poul D. Jensen, Justitsministeriet.

April 1987.

H. Kallehauge		Hans Adserballe
(formand)		Rigmor Berg
Erik Christensen	C.C.	Duus
Hans Iver Enemark		Agnes Hauberg
Povl Holm-Jørgensen		Britta Løvbo Jensen
Knud Jensen		Margit Jespersen
Stig Lohmann		Holger Pedersen
Claus Mørch Petersen		Niels Reisby
Søren Thorning		Niels Vilttoft
		Poul D. Jensen
		(sekretær)

1. Indledende bemærkninger.

1.1. Udvalget har på grundlag af de høringssvar, der er afgivet til Justitsministeriet og som ministeriet har stillet til udvalgets rådighed, foretaget en fornyet gennemgang af det udkast til lovregler, der er optrykt i principbetænkning om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986) s. 31-50.

I disse indledende bemærkninger skal kort fremdrages de hovedspørgsmål, som udvalget i forbindelse med den fornyede gennemgang navnlig har drøftet, og som på visse punkter har givet anledning til realitetsændringer i forhold til udvalgets foreløbige lovudkast i principbetænkningen. De enkelte spørgsmål vil blive behandlet mere udførligt nedenfor i bemærkningerne til de enkelte bestemmelser. Efter de indledende bemærkninger gengives udvalgets endelige og lovteknisk gennemarbejdede lovudkast samt bemærkninger til de enkelte bestemmelser.

Bortset fra de steder, hvor det udtrykkeligt er angivet, har der været enighed i udvalget om indholdet af det udarbejdede lovudkast. Det kan således nævnes, at der i udvalget bl.a. er enighed om så centrale spørgsmål som udformningen af det psykiatriske sygdomskriterium som betingelse for frihedsberøvelse, om reguleringen af anvendelse af tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering og om hele patientrådgiverordningen. Med hensyn til spørgsmål, hvor der i udvalget ikke har kunnet opnås fuld enighed, er dissenser, forbehold og andre mindretalsudtalelser kun udførligt gengivet i de indledende bemærkninger og ikke i tilknytning til bemærkningerne til de enkelte bestemmelser.

1.2. I principbetænkningens lovudkast § 5 stillede udvalget - med henblik på en legalisering af nugældende tvangsindlæggelsespraksis, hvor ca. 20 % af de tvangsindlagte efterfølgende diagnosticeres som ikke-sindssyge - forslag om adgang til tvangsindlæggelse af visse ikke sikkert sindssyge personer. Endvidere foreslog udvalget en bestemmelse om begrænset

adgang til at tvangstilbageholde ikke-sindssyge selvmordstruede patienter, jfr. § 6, stk. 2, i lovudkastet i betænkningen. Begge regler, der formelt set indebærer en udvidelse af adgangen til at frihedsberøve i forhold til den gældende lov, der alene omfatter sindssyge personer, er i høringssvarene blevet mødt med megen kritik. Der er navnlig blevet peget på risikoen for udglidning af praksis med en stigning i antallet af frihedsberøvelser til følge.

Udvalget har på den baggrund på ny overvejet kriterierne for frihedsberøvelse og foreslår nu, at sindssygdomskriteriet i 1938-loven fastholdes, dog suppleret med "tilstande, der ganske må ligestilles hermed", jfr. § 5 i det endelige lovudkast samt bemærkningerne hertil.

Et flertal - alle medlemmer undtagen Rigmor Berg og Knud Jensen - foreslår, at der som betingelse for frihedsberøvelse ud over det nævnte psykiatriske sygdomskriterium skal foreligge enten behandlingsindikation eller farlighedindikation forstået som nærliggende og væsentlig fare for patienten selv eller andre.

Et mindretal - Rigmor Berg og Knud Jensen - finder, at kun behandlingshensyn og afværgelse af alvorlig overhængende fare for personen selv kan legitimere tvangsforanstaltninger over for personer, der lider af sindssygdom. Afværgelse af fare for andre er en politimæssig opgave, der ikke skal søges løst gennem en lovgivning, der bygger på en behandlingsideologi. Mindretallet anbefaler derfor, at farlighedskriteriet i § 5 begrænses til kun at vedrøre fare rettet mod personen selv. Bestemmelserne i kap. 11, §§ 41 og 42 om anbringelse af ekstraordinært farlige personer i den til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsanstalt, bør ifølge mindretallets opfattelse af samme grund udgå af lovudkastet.

1.3. I principbetænkningen foreslog udvalget en særlig begrænsning i adgangen til at tvangsbehandle med elektrostimulation, således at sådan tvangsbehandling kun må anvendes i tilfæl-

de, hvor der foreligger en livstruende tilstand.

Navnlig fra lægelig side er der blevet anført betæneligheder ved en sådan særlig begrænsning af adgangen til at tvangsbehandle med elektrostimulation. Der henvises især til, at elektrostimulation er en skånsom behandlingsform, og at en særlig begrænsning derfor vil kunne bevirke, at denne behandlingsform med urette kommer i miskredit hos patienter og pårørende.

Et flertal i udvalget - Hans Adserballe, Rigmor Berg, Erik Christensen, Hans Iver Enemark, Povl Holm-Jørgensen, Knud Jensen, Margit Jespersen, Holger Pedersen, Claus Mørch Petersen og Niels Reisby - anbefaler på den baggrund, at den særlige begrænsning, hvorefter elektrostimulation kun må anvendes som led i en tvangsbehandling, såfremt der foreligger en livstruende tilstand - vital indikation -, udgår.

Et mindretal i udvalget - H. Kallehauge, C.C. Duus, Agnes Hauberg, Britta Løvbo Jensen, Stig Lohmann, Søren Thorning og Niels Viltoft - går ind for en opretholdelse af betænkingsforslagets begrænsning til vital indikation. Der henvises til § 12 i det endelige lovudkast samt bemærkningerne hertil.

1.4. For så vidt angår spørgsmålet om udformningen af den fremtidige klageordning har udvalget ligesom i principbetænkningen delt sig i et flertal og et mindretal.

Et flertal bestående af Hans Adserballe, Rigmor Berg, Hans Iver Enemark, Povl Holm-Jørgensen, Britta Løvbo Jensen, Knud Jensen, Margit Jespersen, Kallehauge, Holger Pedersen og Niels Reisby går ind for decentrale klagenævn, som i første instans skal behandle alle klager vedrørende frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse.

Et mindretal bestående af Erik Christensen, C.C. Duus, Agnes Hauberg, Stig Lohmann, Søren Thorning, Claus Mørch Petersen og Niels viltoft foreslår, at afgørelser vedrørende frihedsberøvelse indbringes direkte for domstolene uden nogen for-

udgående administrativ klagebehandling, mens afgørelser vedrørende tvangsbehandling, fiksering m.v. kan påklages til det centrale patientklagenævn, som vil blive oprettet ved vedtagelse af indenrigsministerens forslag til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (lovforslag nr. L 58, folketingsåret 1986-87).

Såvel flertallets som mindretallets forslag er medtaget i udvalgets endelige lovudkast, jfr. udkastets kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse.

1.5. Spørgsmålet om sammenhængen mellem tvang og ressourcer har også i udvalgets afsluttende drøftelser givet anledning til særlig overvejelse. Der er i udvalget enighed om, at der er en nøje sammenhæng mellem på den ene side omfanget af tvangsanvendelse og på den anden side de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehusvæsen fungerer, og de øvrige ressourcer, som tilføres denne del af sundhedsvæsenet.

Overvejelserne vedrørende dette spørgsmål er der redegjort nærmere for i principbetænkningen s. 313-320. En udtrykkelig bestemmelse herom blev imidlertid ikke medtaget i lovudkastet i principbetænkningen.

Udvalget har efter fornyet overvejelse besluttet at optage en bestemmelse i det endelige lovudkast, der peger på denne sammenhæng, jfr. lovudkastets § 2. Bestemmelsen har fået denne fremskudte placering i kapitlet med almindelige bestemmelser for derved at fremhæve det synspunkt, at forbedrede forhold for psykiatriske patienter ikke alene skabes ved fastsættelse af en række formelle retsgarantier, men måske i endnu højere grad afhænger af, at der afsættes de fornødne midler til at sikre patienterne sygehusophold under tidssvarende forhold og fysiske rammer, herunder med hensyn til udstyr, lokaler og bygninger, personale, beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder m.v.

Endvidere foreslår et flertal i udvalget - H. Kallehauge, Hans Adserballe, Rigmor Berg, Hans Iver Enemark, Povl Holm-Jørgen-

sen, Britta Løvbo Jensen, Knud Jensen, Holger Pedersen, Niels Reisby og Niels Viltoft - at der for så vidt angår frihedsberøvede patienter fastsættes særlige materielle patientrettigheder som kompensation for den frihedsberøvelse, som de i forbindelse med behandlingen undergives, jfr. lovudkastets § 24 og bemærkningerne hertil.

Et mindretal bestående af Erik Christensen, C.C. Duus, Agnes Hauberg, Margit Jespersen, Stig Lohmann, Claus Mørch Petersen og Søren Thorning kan fuldt ud tilslutte sig, at der som resultat af udvalgsarbejdet ikke blot bør ske en styrkelse af psykiatriske patienters retsstilling, men at der på mange psykiatriske afdelinger tillige er behov for en væsentlig forbedring af de fysiske rammer, hvorunder det psykiatriske sygehusvæsen fungerer. En sådan målsætning er i overensstemmelse med det i principbetænkningen s. 313-320 anførte.

Mindretallet er endvidere enig med flertallet i, at de særlige patientrettigheder, der er omtalt i flertallets forslag til § 24, er rettigheder, som bør tilkomme alle patienter på de psykiatriske afdelinger. Mindretallet finder imidlertid ikke, at en udtrykkelig lovfæstelse af de særlige regler om de fysiske og behandlingsmæssige rammer, som de har fundet udtryk i § 24, er et egnet middel til at sikre, at rammerne for de psykiatriske patienter generelt forbedres.

Det umiddelbare driftsansvar for såvel det somatiske som psykiatriske sygehusvæsen påhviler ifølge sygehusloven amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner (for Rigshospitalets vedkommende Staten), og disse har hermed ret og pligt til selv at fastlægge de rammer, hvorunder sygdomsbehandlingen foregår - naturligvis under generelt set betryggende forhold og under tilsyn af Sundhedsstyrelsen.

Lovbestemmelser, der fastsætter mere præcise standarder og normer, der skal regulere sygehusvæsenets ydelser over for en bestemt patientgruppe, griber derfor ind i sygehusmyndighedernes kompetence til efter sygehusloven at foretage den nærmere sygehusplanlægning og prioritering af ressourcefor-

bruget inden for den samlede sygehussektor. Den foreslåede lovregulering vil således være et brud på de lovgivningsprincipper, som lovgivningsmagten har lagt til grund i forbindelse med udlægningen af ansvaret for sygehusvæsenet til landets amtskommuner.

Konkret indebærer gennemførelsen af flertallets forslag endvidere en risiko for, at opfyldelsen af de materielle rettigheder for frihedsberøvede patienter, hvis indlæggelsestid i øvrigt ofte vil være af kortere varighed end andre patienters, vil ske på bekostning af en tilsvarende forbedring af forholdene for de frivilligt indlagte psykiatriske patienter, der udgør mere end 95 % af alle indlagte.

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

Som nævnt fører Sundhedsstyrelsen bl.a. tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres i forbindelse med sygdomsbehandling. Som anført i bemærkningerne til § 36 i mindretallets forslag til klageregler vil det centrale patientklagenævn i forbindelse med behandlingen af klagesager kunne henvende Sundhedsstyrelsens opmærksomhed på forhold, der synes at vise, at de fysiske rammer på en bestemt afdeling ikke opfylder en standard, der sikrer, at tvangsanvendelse i videst muligt omfang undgås. Sådanne forhold vil ligeledes kunne indgå i patientklagenævnets afgørelse af, om anvendelse af tvang i konkrete tilfælde har været nødvendig. Disse regler vil efter mindretallets opfattelse på en mere smidig måde sikre, at forholdene for alle psykiatriske patienter opnår en forsvarelig standard.

1.6. En regulering af retsstillingen for de patienter, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse - de såkaldte retslige patienter - rejser

en række særlige problemer, som ikke er direkte omfattet af udvalgets kommissorium. Udvalget har derfor afstået fra at regulere spørgsmålet nærmere, men har i stedet overladt det til justitsministeren at fastsætte nærmere regler om, i hvilket omfang reglerne i loven skal finde tilsvarende anvendelse på retslige patienter, jfr. lovudkastets § 43 og bemærkningerne hertil.

1.7. Spørgsmålet om hvorvidt sindssygelovgivningen fortsat skal henhøre under justitsministeren eller om den eventuelt bør overføres til indenrigsministerens ressort har været drøftet i udvalget både forud for og efter afgivelsen af principbetænkningen om tvang i psykiatrien. I principbetænkningen side 32 begrænsede udvalget sig til at udtale følgende vedrørende ressortspørgsmålet i erkendelse af, at spørgsmålet om forretningernes fordeling efter grundlovens § 14 henhører under statsministeren:

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

Det er fortsat opfattelsen hos et flertal i udvalget, at udvalget bør afstå fra at tage endelig stilling til spørgsmålet om, under hvilken minister loven som sådan skal henhøre. Et mindretal - Hans Adserballe, Rigmor Berg, Hans Iver Ene-mark, Knud Jensen, Britta Løvbo Jensen, Holger Pedersen og Niels Reisby - kan derimod stærkt anbefale, at loven flyttes

til indenrigsministerens område.

Derimod er der i udvalget enighed om at foreslå en delt kompetence for så vidt angår spørgsmålet om udstedelse af nærmere administrative regler til udfyldelse af lovens bemyndigelsesbestemmelser, således at kompetencen er henlagt til henholdsvis justitsministeren og indenrigsministeren afhængig af, om der er tale om retsgarantispørgsmål, eller det drejer sig om spørgsmål af mere behandlings- og sundhedsmæssig art.

1.8. Der kan være grund at knytte nogle bemærkninger til nogle af de generelle begreber, der anvendes i lovudkastet.

Udtrykket "psykiatrisk afdeling", der er anvendt i en lang række bestemmelser i lovudkastet, omfatter både de psykiatriske afdelinger og afsnit, der findes på psykiatriske sygehuse, og de psykiatriske afdelinger der findes i tilknytning til de fleste somatiske sygehuse. Psykiatrisk afdeling er således lovens betegnelse for såvel en samling af psykiatriske afdelinger, der i forening udgør et psykiatrisk sygehus, som for den eller de enkelte psykiatriske afdelinger, der udgør en del af et sygehus med såvel somatiske som psykiatriske afdelinger. Ikke kun voksenpsykiatriske men også børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er omfattet.

Der sigtes i første række til psykiatriske afdelinger, der drives af det offentlige, i almindelighed amtskommunerne. Udvalget har ikke ment at burde tage stilling til, hvorvidt adgangen til i visse tilfælde at meddele autorisation til privatdrevne afdelinger bør opretholdes. En sådan autorisation indebærer, at lovens regler helt eller delvis også skal gælde for disse afdelinger. Det bør dog efter udvalgets opfattelse være hovedreglen, at eventuelle privatdrevne afdelinger ikke gives adgang til at anvende tvang, men at patienternes ophold og behandling på sådanne afdelinger må hvile på frivillighed.

Ved "sygeplejepersonalet" forstås sygeplejersker og plejere og dermed hele den gruppe af personalet, hvis hovedopgave det

er at tage sig af patienternes pleje og pasning.

Hvor der i lovudkastet står "overlægen" menes der den læge, der har det lægelige ansvar for det sengeafsnit, hvorpå patienten er indlagt. Det kan være den administrerende overlæge, men behøver ikke at være det. Når den, der er udnævnt til overlæge for den eller de pågældende psykiatriske afdelinger, er bortrejst eller af anden årsag er midlertidigt fraværende, har den læge, der under chefens fravær fungerer som overlæge, overlægens kompetence, medmindre der er truffet anden særlig bestemmelse i det enkelte tilfælde.

1.9. Udvalget har en række steder i principbetænkningen, bl.a. s. 164-165 og 318-319, peget på betydningen af, at holdningen til personer, der lider af sindssygdom, præges af viden og forståelse, som er en nødvendig forudsætning for menneskelig accept. Da man desværre må erkende, at en stor del af befolkningen kun har et meget begrænset kendskab til de belastninger rent menneskeligt og de sociale problemer, de sindslidende har bl.a. med hensyn til bolig, uddannelse og arbejde, og at holdningen som følge heraf præges af urigtige forestillinger og fordomme, er der utvivlsomt behov for øget oplysning. I forbindelse med vedtagelse af ny lovgivning på området ville det være nærliggende at iværksætte en informationskampagne, dels for at informere om de nye reglers indhold, dels for at give befolkningen mere almindelig oplysning om sindssygdom og de sindslidendes forhold. Et sådant oplysningsarbejde, som formentligt bør forestås af Statens Informationstjeneste, bør iværksættes i samråd med Det Centrale Handicapråd, de sindslidendes egne organisationer og amtskommunerne. Udvalget anbefaler, at der sammen med lovforslagets vedtagelse træffes foranstaltninger hertil.

1.10. Udvalget forudsætter, at der udarbejdes en patientvejledning, som giver klar og fyldestgørende vejledning om lovens regler med hovedvægten lagt på en beskrivelse af patienternes rettigheder og klageadgang.

UDKAST

t i l

lov om frihedsberøvelse og anden tvang psykiatrien.

Kapitel 1

Lovens område m.v.

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

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

Kapitel 2

Almindelige bestemmelser.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 3

Frihedsberøvelse.

Fælles regler om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

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

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

Tvangsindlæggelse.

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

Stk. 2. På grundlag af sin undersøgelse og de modtagne

oplysninger skønner lægen, om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig. Modsætter patienten sig sådan indlæggelse, afgør lægen, om tvangsindlæggelse er påkrævet.

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

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

Stk. 2. Tvangsindlæggelse må kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge, der er ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted.

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

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

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

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

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

Tvangstilbageholdelse.

§ 10. Tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt

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

Stk. 2. Overførelse af en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, til lukket psykiatrisk afdeling behandles efter reglerne om tvangstilbageholdelse, såfremt patienten modsætter sig overførelsen.

Stk. 3. Fremsættes begæring om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske. Fremsættes begæring om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen. Er begæringen fremsat af patientrådgiveren, jfr. §§ 25-30, underrettes tillige denne.

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

Kapitel 4

Tvangsbehandling.

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

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

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

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

for væsentlig fare.

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

Stk. 3. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling.

Kapitel 5

Fiksering m.v.

Tvangsfiksering.

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

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

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

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

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

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

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

Anvendelse af fysisk magt m.v.

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

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

Beskyttelsesfiksering.

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

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

Bemyndigelsesbestemmelse.

§ 19. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt m.v. samt om beskyttelsesfiksering .

Kapitel 6

Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse.

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

Stk. 2. Indenrigsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang

til sygehusmyndigheden og til den myndighed, der fører tilsyn med de psykiatriske afdelinger.

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

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

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

Kapitel 7

Særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehandling.

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

Stk. 2. Psykokirurgisk indgreb må endvidere kun foretages efter forudgående godkendelse fra et lægeråd, der nedsættes af Sundhedsstyrelsen.

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

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

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

Kapitel 8

Patientrettigheder.

Almindelige bestemmelser.

§ 24. Sygehusmyndigheden skal sørge for, at **enhver**, der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, har adgang til:

- 1) ophold på enestue, når dette er lægeligt indiceret,
- 2) ophold under tidssvarende bygningsmæssige forhold,
- 3) passende tilbud om beskæftigelse og undervisning,
- 4) mindst 1 times ophold i frisk luft dagligt, og
- 5) ledsaget udgang efter behov.

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

ivere.

§ 25. Der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter begæring fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved fiksering m.v., jfr. kapitel 5.

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

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

Stk. 2. Beskikkelse sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske hurtigst muligt underretter **patientrådgiveren** om tvangsindgrebet og beskikkelsen. Patient-

rådgiverne beskikkes efter tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på fortegnelsen.

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

Stk. 4. Fremsætter patienten begæring om beskikkelse af en person, som ikke er optaget på fortegnelsen, sker der foreløbig beskikkelse af den person, der står for tur efter stk. 2. Statsamtmanden træffer bestemmelse om, hvorvidt den af patienten foreslåede person kan beskikkes. Patientens begæring skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt.

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

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

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

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

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

Patientråd.

§ 31. På hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

Kapitel 9

Underretning og klagevejledning m.v.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 10

Klageadgang og domstolsprøvelse.

Flertallets forslag.

§ 35. Der oprettes i hver amtskommune samt i • Københavns

og i Frederiksberg kommune et patientklagenævn bestående af en formand, en eller flere næstformænd samt et antal andre medlemmer. Formanden og næstformændene, der skal være dommere, beskikkes af justitsministeren, der også beskikker de øvrige medlemmer. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

Stk. 2. Ved nævnets behandling af en sag medvirker foruden formanden eller en næstformand to andre medlemmer beskikket efter indstilling fra henholdsvis Den almindelige danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer.

§ 36. For patientklagenævnet kan indbringes klager over afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, fiksering m.v., samt forsøgsbehandling.

Stk. 2. Nævnet kan af egen drift tage en sag op til undersøgelse, indhente oplysninger om den praksis, der følges, samt aflægge uanmeldte besøg på de psykiatriske afdelinger for herigennem at føre tilsyn med de forhold på de psykiatriske afdelinger, som har forbindelse med de i stk. 1 nævnte sager.

Stk. 3. Er reglerne i § 16 om fast vagt og § 24 om rettigheder for personer, der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, ikke opfyldt, kan patientklagenævnet efter begæring fra patienten eller patientrådgiveren træffe bestemmelse om, at den pågældende patient skal overføres til anden psykiatrisk afdeling.

§ 37. Patienten eller patientrådgiveren kan fremsætte klage som nævnt i § 36, stk. 1, over for overlægen eller patientklagenævnet.

Stk. 2. Når en afgørelse indbringes for patientklagenævnet, skal sygehusmyndigheden til nævnet fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen og kopi af eventuelle tvangsindlæggelsespapirer, samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer.

Stk. 3. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde hvor

patientens helbred ville blive udsat for væsentlig fare ved at deltage i forhandlingerne, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket herfra.

Stk. 4. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 5. Justitsministeriet fastsætter en forretningsorden for patientklagenævnet.

§ 38. Efter begæring fra patienten eller patientrådgiveren skal patientklagenævnet indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Nævnets andre afgørelser kan påklages til det centrale patientklagenævn.

§ 39. Godkender patientklagenævnet, at patienten tvangstilbageholdes, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet i patientklagenævnet, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse. Har spørgsmålet om tvangstilbageholdelsens lovlighed været indbragt for retten, jfr. § 38, stk. 1, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

§ 40. Amtskommunen, henholdsvis Københavns og Frederiksberg kommuner, stiller fornøden sekretariatsbistand og lokaler til rådighed for patientklagenævnet og afholder de hermed forbundne udgifter, herunder vederlag til formand, næstformænd og nævnets andre medlemmer.

Mindretallets forslag.

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

Stk. 2. Godkender retten, at patienten tvangstilbageholdes, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prø-

vet efter stk. 1, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse.

§ 36. Klage over tvangsbehandling og fiksering m.v. indbringes for det centrale patientklagenævn.

Stk. 2. Om sagernes behandling ved det centrale patientklagenævn gælder i øvrigt reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

(§§ 37-40 findes ikke i mindretallets forslag).

Kapitel 11

Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer.

§ 41. I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i den til Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsanstalt.

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

Stk. 3. Bortset fra §§ 5-11, § 21, stk. 2, § 24, stk. 1, nr. 5, og § 36, stk. 3, (i flertallets forslag) finder bestemmelserne i denne lov tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsanstalten efter stk. 1, jfr. dog stk. 4 og 5.

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

Stk. 5. Reglerne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse gælder ikke med hensyn til afgørelser om frihedsberøvelse.

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

Stk. 2. Er en begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen om ophævelse af anbringelsen blevet afslået af justitsministeren, kan spørgsmålet først på ny rejses, når der er forløbet 2 måneder efter justitsministerens afgørelse. Har justitsministerens afslag været forelagt for retten efter reglen i stk. 1, 4. pkt., regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

Kapitel 12

Patienter i ndlagt i henhold til strafferetlig afgørelse.

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

Kapitel 13

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser.

§ 44. Loven træder i kraft den 1. januar 1988 og gælder for alle afgørelser, der træffes efter lovens ikrafttræden.

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

§ 45. I § 3 i lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførel-

se af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland udgår: "i overensstemmelse med indhentet erklæring fra Sundhedsstyrelsen".

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

Bemærkninger til
udkast
til

lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Kapitel 1

Lovens område m.v.

Bemærkninger til lovudkastets titel og § 1.

I modsætning til 1938-loven om sindssyge personers hospitalsophold nævner lovudkastets titel ikke den personkreds, der er omfattet af bestemmelserne i lovudkastet. Udvalget har her ved ønsket at vise, at der hverken er tale om en generel regulering af sindssyges retsstilling eller om en særlov om alle sindssyge. Lovforslaget indeholder de regler, der skal regulere adgangen til at anvende tvang som et led i behandlingen af visse sindssyge, enten i form af frihedsberøvelse eller anden form for tvangsanvendelse. Det betyder både, at alle andre retsforhold, hvori sindssyge optræder, falder uden for loven, og at de sindssyge, der klarer sig uden behov for indlæggelse, eller som lader sig indlægge og behandle frivilligt, heller ikke omfattes af lovens tvangsbestemmelser.

I lovudkastets titel fremhæves det, at lovens centrale område er en regulering af adgangen til at anvende tvang i forbindelse med psykiatrisk behandling. En sådan regulering er nødvendig, idet anvendelse af tvang i mangel af lovhjemmel hertil ellers ville udgøre et strafbart forhold efter straffelovens regler, herunder navnlig som en overtrædelse af reglerne om legemsangreb, ulovlig tvang og frihedsberøvelse. Ud over at tilvejebringe den fornødne hjemmel til foretagelsen af visse tvangsindgreb fastlægges samtidig udtrykkelige be-

grænsninger i denne adgang, således at tvang kun må anvendes, når visse nærmere angivne klare betingelser er opfyldt, ligesom der opstilles særlige retsgarantier til sikring af overholdelsen og efterprøvelsen heraf.

Anvendelse af ordet sindssyg i titlen ville i øvrigt heller ikke være fuldt ud dækkende, fordi enkelte regler i lovudkastet vedrører en videre kreds af psykiatiske patienter end de sindssyge. Det gælder navnlig reglerne i § 3 om vejledningspligt og krav om opstilling af en behandlingsplan, som foreslås indført for at forbedre mulighederne for opnåelse af informeret samtykke. Disse bestemmelser gælder for alle psykiatiske patienter, der indlægges på psykiatrisk sygehus eller afdeling. Bestemmelserne i §§ 14-19 om anvendelse af tvangsmidler, beskyttelsesmidler og fysisk magt, kan anvendes over for alle, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, forudsat de i de enkelte bestemmelser nærmere angivne betingelser er opfyldt. Reglen i § 31 om patientråd m.v. gælder ligeledes for alle, der indlægges på psykiatrisk afdeling.

Reglerne om informeret samtykke, behandlingsplan, patientråd m.m. vedrører ikke umiddelbart spørgsmålet om tvangsanvendelse og er for så vidt ikke dækket af lovens titel. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at disse regler vil medvirke til at forebygge tvangsanvendelse og dermed til at understrege, at loven i første række bør opfattes som en lov, der i videst muligt omfang skal forebygge tvang, jfr. også § 2.

I S 1, stk. 1, fastlægges lovens anvendelsesområde. Dette spørgsmål er behandlet i principbetænkningens kapitel 18 s. 493 ff. Som altovervejende hovedregel gælder lovens bestemmelser kun for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling. Den i loven hjemlede tvangsanvendelse kan således kun udøves på psykiatrisk afdeling. Heraf følger modsætningsvis, at lovens regler om f.eks. tvangsbehandling ikke kan anvendes på personer, der opholder sig uden for psykiatrisk afdeling. Disse personer kan - så længe de ikke er indlagt - kun behandles frivilligt, uanset om de måtte opfylde de materielle betingelser for at kunne tvangsbehandles. Hvad der nær-

mere skal forstås ved "indlagt" er behandlet i betænkningens kapitel 18, s. 498-510.

Også efter den nugældende retstilstand er det afgørende kriterium, om en person er indlagt på eller udskrevet fra afdelingen. Dette foreslås nu blot præciseret. Nathospitalspatienter, som kun sover på afdelingen, er ikke udskrevet og er dermed omfattet af loven, hvorimod daghospitalspatienter, som kun kommer i dagtimerne på hospitalet til behandling og eventuelt for at arbejde i terapi og på værksteder, er udskrevet, hvorfor de som andre ambulante patienter falder uden for reglerne. Det betyder i praksis, at de ikke kan tvangstilbageholdes, og at proceduren for tvangsindlæggelse skal følges, hvis iværksættelse af frihedsberøvelse anses for nødvendig. Der er derimod ingen forskel med hensyn til de materielle betingelser for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, jfr. §§ 6, stk. 3, og 10 sammenholdt med § 5.

Hvis en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, ikke frivilligt vender tilbage til denne, opstår ligeledes spørgsmålet om lovens rækkevidde. Hvis der er tale om en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient, som har terrænfrihed eller udgang, kan sygeplejepersonalet om fornødent med magt bringe patienten tilbage til afdelingen, så længe patienten befinder sig på hospitalets egen grund. Uden for dette område tilkommer det ikke andre end politiet at udøve magt. Hvis overlægen inden eet døgn, efter at udeblivelse eller bortgang har fundet sted, anmoder om politiets bistand til at føre patienten tilbage til afdelingen, må det være tilstrækkeligt, at overlægen således beslutter, at patienten skal tvangstilbageføres med henblik på fortsat tvangstilbageholdelse. Går der derimod længere tid, eller gives der udgang med tilladelse til mere end en enkelt overnatning, forekommer det rettest, at man anvender reglerne om tvangsindlæggelse som grundlag for begæringen om politiets medvirken.

Loven gælder heller ikke for personer, der opholder sig på institutioner uden for det psykiatriske sygehusvæsen, selv om disse personers tilstand som sådan måtte være omfattet af

denne lov. Bestemmelserne i denne lov gælder således ikke for personer, der opholder sig på plejehjem under bistandsloven, herunder de tidligere H-plejehjem, som ved lov nr. 349 af 4. juni 1986 fra 1. januar 1987 er overført fra Indenrigsministeriet til Socialministeriets område eller på institutioner for personer med vidtgående fysiske eller psykiske handicap, hvor Socialministeriets magtanvendelsesbekendtgørelser nr. 568 og 569 af henholdsvis 21. og 22. december 1979 finder anvendelse.

Hovedreglen om, at lovens anvendelsesområde i stedlig henseende kun er psykiatrisk afdeling, fraviges på to punkter. For det første regulerer loven den tvang, det er nødvendigt at anvende uden for psykiatrisk afdeling i forbindelse med selve tvangsindlæggelsen. Den tvang og magtanvendelse, som undertiden er nødvendig ved gennemførelse af en tvangsindlæggelse, skal, ligesom det er tilfældet efter 1938-loven, udøves af politiet, jfr. § 7. For det andet gælder bestemmelserne i lovudkastet for tvangstilbageholdelige personer, der midlertidigt overføres fra psykiatrisk afdeling til somatisk afdeling med henblik på behandling af en legemlig lidelse. Dette gælder ikke blot i tilfælde, hvor der bliver tale om tvangsbehandling af en legemlig lidelse, jfr. § 13, men også i tilfælde hvor en frihedsberøvet patient frivilligt undergiver sig behandling af en legemlig lidelse og med henblik herpå overføres til somatisk afdeling, hvis tvangsanvendelse her senere viser sig nødvendig.

§ 1, stk. 1, fastslår, at der ikke må anvendes tvang i forbindelse med psykiatrisk behandling i andre tilfælde og under andre betingelser end foreskrevet i denne lov, medmindre der findes anden lovhjemmel herfor. Bestemmelsen skal således forstås med det forbehold, der følger af adgangen til at anbringe personer på psykiatrisk sygehus eller afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse, jfr. § 43 og bemærkningerne til denne bestemmelse, ligesom der i § 6 i lov nr. 498 af 23. december 1970 om udlevering til andet nordisk land i anledning af visse beslutninger om forsorg eller behandling findes en særlig hjemmel til frihedsberøvelse.

Det følger af reglen i § 1, stk. 2, der i sit indhold svarer til § 1, stk. 2, i lovudkastet i betænkningen, at der ved tvang i dette lovudkast forstås anvendelse af foranstaltninger og midler - være sig indlæggelse, fortsat ophold, behandling, tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering - som den pågældende patient modsætter sig. Hvis en patient hverken med ord eller i sin adfærd protesterer mod foranstaltningen, anses den som frivillig, selv om der ikke foreligger udtrykkeligt samtykke eller accept. Det svarer til den praksis, man har fulgt i henhold til 1938-lovens regler. En anden forståelse af begrebet tvang vil medføre, at meget store grupper af psykiatriske patienter skal tvangsindlægges, tvangstilbageholdes og tvangsbehandles, allerede fordi de befinder sig i en tilstand, hvor det ikke er muligt at opnå et klart svar fra dem, være sig samtykke eller protest. Det gælder ikke blot ældre konfuse, men også mange depressive, hallucinerede eller stærkt urolige patienter, som det er særdeles vanskeligt eller direkte umuligt at komme i kontakt med.

En regel om, at der kun er tale om tvang, hvis patienten modsætter sig en bestemt foranstaltning, være sig verbalt eller non-verbalt gennem en umisforståelig adfærd, vil opretholde den hidtidige retstilstand, som ikke på dette punkt har givet anledning til kritik. Man må tværtimod forvente, at mange pårørende vil stille sig uforstående, hvis tvangsindlæggelse skulle være nødvendig, fordi den, der skal indlægges på psykiatrisk afdeling, er så dårlig, at vedkommende er ude af stand til at tage stilling til spørgsmålet, om han eller hun vil give samtykke til indlæggelse.

Hvis der stilles krav om et positivt samtykke fra patienten, vil indlæggelse af patienter, som er ude af stand til at give samtykke, kun kunne finde sted, såfremt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. Krav om samtykke vil således afskære en gruppe psykiatriske patienter, som ikke kan afgive samtykke, fra hospitalsindlæggelse, når betingelserne for tvangsindlæggelse ikke er opfyldt, selv om de utvivlsomt har behov for behandling. Dette forekommer ikke acceptabelt.

Spørgsmålet om samtykke ville også til stadighed blive aktuelt under indlæggelse, hvor lægerne i så fald løbende skulle vurdere, om patienterne blev så dårlige, at de ikke længere kunne give samtykke til fortsat ophold på afdelingen, hvorefter tvangstilbageholdelse i givet fald måtte iværksættes for at legalisere patientens fortsatte ophold på afdelingen. Det samme ville gælde med hensyn til den lægelige behandling.

En ændring af den nugældende retstilstand på dette punkt vil le medføre et omfattende lægeligt merarbejde, som blot vil le have karakter af en unødigt bureaukratisering af psykiatrien, fordi man ikke ved en sådan ændring ville opnå - blot tilnærmelsesvis - en hertil svarende øget retssikkerhed.

Det må dog fremhæves, at begrebsbestemmelsen i § 1, stk. 2, indebærer en begrænsning af tvangsbegrebet og en tilsvarende udvidelse af frivillighedsbegrebet i forhold til sædvanlig juridisk teori, hvor der normalt stilles krav om gyldigt samtykke som betingelse for, at der foreligger frivillighed. Spørgsmålet er nærmere behandlet i betænkningens kapitel 18, s. 493-496, hvortil der henvises.

Kapitel 2

Almindelige bestemmelser.

Bemærkninger til § 2.

Der er tale om en prøve og amer klær i ng gældende for hele lovudkastet. Det har været magtpåliggende for udvalget at understrege, at spørgsmålet om retssikkerhed og retsgarantier for patienterne kun er den ene side af problemet om patienternes retsstilling. Selv om man ikke udsættes for overgreb eller misbrug, og selv om man modtager behørig klagevejledning, får bistand til at iværksætte klager og opnår en hurtig og tilbunds gående **efterprøvelse** af klagerne, siger det ikke ret meget om, hvordan det er at være frihedsberøvet på en lukket

psykiatrisk afdeling.

De faktiske forhold, hvorunder frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang foregår, er af stor og selvstændig betydning, dels fordi der er en nøje sammenhæng mellem den tvang, der anvendes, og de ressourcer, der er til rådighed, jfr. betænkningen s. 313-320, dels fordi de ydre forhold og den tid, læger og sygeplejepersonale har til at tage sig af hver enkelt patients behandling, øver afgørende indflydelse på patienternes holdning til hospitalsopholdet og dermed på deres afgivelse af samtykke til behandlingen.

Anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang kan kun legitimeres moralsk, hvis de psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger, på hvilke frihedsberøvelse m.v. finder sted, opfylder, hvad der til enhver tid må anses som god psykiatrisk sygehusstandard.

Reglen indeholder en generel forpligtelse for den for sygehuset ansvarlige myndighed til at tilbyde alle patienter, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling på psykiatrisk afdeling, ophold, behandling og pleje, som lever op til det, der må kræves af god psykiatrisk sygehusstandard. Reglen stiller dermed krav om, at der er tilstrækkeligt kvalificeret, d.v.s. uddannet, personale og et sådant sygehusudstyr samt sådanne bygninger og lokaler, at tvangsanvendelse forebygges og nedbringes til det mindst mulige.

Kravet er for så vidt selvfølgeligt, men da de forhold, hvorunder frihedsberøvelse på lukket afdeling i dag foregår, ikke overalt i landet er tidssvarende, har udvalget anset det for påkrævet, at der ad lovgivningens vej opstilles en målsætning, som det påhviler sygehusmyndighederne at leve op til.

Ud over den generelle målsætning, som er udtrykt i § 2 ved kravet om at yde ophold, behandling og pleje, som opfylder de krav, der til enhver tid med rette kan og skal stilles, for at afdelingen og sygehuset kan anses for at leve op til

god psykiatrisk sygehusstandard, findes der i §§ 16 og 24 nogle enkeltregler, såkaldte patientrettigheder, som nærmere specificerer, hvad den generelle standard i § 2 i hvert fald skal medføre i forhold til visse patientgrupper. Det nærmere indhold af disse patientrettigheder vil blive fastlagt dels gennem administrativt fastsatte forskrifter, dels gennem den praksis, der opstår ved behandling af klagesager, jfr. § 36.

Når det anses for påkrævet under visse nærmere i lovudkastet anførte betingelser at kunne frihedsberøve og tvangsbehandle visse patienter, må sygehusvæsenet også leve op til et krav om, at denne tvangsbehandling har et sådant indhold og foregår under sådanne ydre vilkår, at der ikke kan rettes nogen rimeligt begrundet kritik imod den.

Man må påregne, at lovudkastets vedtagelse vil gøre det nødvendigt, at der en række steder i landet foretages ombygninger og gennemføres andre forbedringer, herunder med hensyn til normering af de lukkede psykiatriske afdelinger. Udvalget har forudsat, at dette sker ved at tilføre det psykiatriske sygehusvæsen øgede ressourcer. Om sammenhængen mellem tvang og ressourcer henvises i øvrigt nærmere til de indledende bemærkninger, pkt. 1.5.

Bemærkninger til § 3.

Tvangsanvendelse skal begrænses mest muligt dels ved kun at benytte tvang, når ingen anden udvej findes, dels ved i videst muligt omfang at søge at opnå patientens frivillige medvirken til den nødvendige behandling.

Det er ikke en ny målsætning inden for psykiatrien, at frivillighed altid bør gå forud for tvang. Da frivillig medvirken er det bedste grundlag for al behandling og det mål, som man søger at nå, er det særlig vigtigt at fremhæve dette i selve teksten i en lov, der som denne handler om tvangsanvendelse. Inden tvang med rette kan bringes i anvendelse, bør alle muligheder for at undgå tvang søges udnyttet, og den tvang, der herefter nødtvunget benyttes, bør være så begræn-

set som muligt.

Udgangspunktet og langt det mest almindelige er da også i dag, at man opnår patientens frivillige medvirken til gennemførelse af den fornødne psykiatriske behandling. Denne praksis bør selvsagt fortsætte og styrkes mest muligt.

Med henblik herpå foreslås for det første, at der lovfæstes en almindelig regel om pligt for lægen til på eget initiativ at informere ikke kun sindssyge, men alle psykiatriske patienter om behandlingsens mål og midler i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk afdeling, jfr. § 3, stk. 2. En sådan vejledningspligt vil sikre, at patienten får det fornødne grundlag for at tage stilling og herefter eventuelt afgive informeret samtykke. Reglen i stk. 2 retter sig både til den indlæggende læge og til lægerne på psykiatrisk afdeling. Den indlæggende læge skal navnlig vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, og sygehusets læger navnlig om selve sygehusopholdet og den behandling, der agtes iværksat. Udsigterne til en bedring af patientens helbredstilstand indgår som det grundlæggende tema i vejledningen såvel for den indlæggende læge som for sygehuslægerens vedkommende. For så vidt der bliver tale om tvangsindlæggelse, fremgår vejledningspligten tillige af § 32.

For det andet foreslår udvalget, at der indføres en pligt for overlægen til at opstille en behandlings plan for alle psykiatriske patienter, hvad enten de er frihedsberøvede eller opholder sig frivilligt på psykiatrisk afdeling, jfr. § 3, stk. 3. Efter udvalgets opfattelse vil en behandlingsplan, som opstilles snarest muligt efter indlæggelsen og som løbende justeres, i sig selv være et velegnet middel til opnåelse af informeret samtykke. Om informeret samtykke henvises til betænkningen kap. 11, s. 355 ff. Behandlingsplanen er selve grundlaget for det samtykke, som søges indhentet hos patienten. Ved vurderingen af om tvangsbehandling kan være berettiget, jfr. § 12 sammenholdt med § 4, er behandlingsplanens indhold af afgørende betydning. Uden en behandlingsplan kan patienten ikke vide, hvad der skal ske, og hvad han samtykker i el-

ler eventuelt modsætter sig, ligesom det under en eventuel klagesag ikke er muligt at foretage en reel efterprøvelse, medmindre der er tale om eksakte behandlingsforslag. Behandlingsplanen bør derfor angive behandlingens nærmere form og indhold. Det skal herunder ikke blot anføres, hvilke behandlingsformer der agtes anvendt, men også det nærmere indhold af de valgte behandlingsformer skal angives, såsom elektrostimulation, samtaler og/eller valg af præparat og dosering ved medicinering. Nærmere regler om behandlingsplanens udformning og indhold vil blive udfærdiget af Sundhedsstyrelsen.

Forslaget om at lovfæste kravet om en behandlingsplan er alene begrundet i, at behandlingsplanen er en nødvendig del af den retsbeskyttelse, som psykiatriske patienter må have krav på, henset til at der i visse tilfælde kan blive tale om tvangsbehandling. Det er allerede af den grund ikke nogen afgørende indvending, at en tilsvarende regel ikke er lovfæstet inden for det somatiske sygehusvæsen.

Kravene til behandlingsplanen må ifølge sagens natur forstås med den modifikation, at der i den første tid umiddelbart efter indlæggelsen kun kan være tale om en rent foreløbig behandlingsplan. Kravene til behandlingsplanen øges, efter at den indledende observation af patienten, eventuelt i medicinfri tilstand, er foretaget. Behandlingsplanen justeres løbende og skal til enhver tid afspejle, hvilke behandlinger der er igang, og det mål, der i hvert fald på kortere sigt søges realiseret ved de aktuelle behandlinger.

Bemærkninger til § 4.

Bestemmelsen indeholder en opregning af de generelle principper for al tvangsanvendelse efter denne lov, se betænkningen kapitel 9, afsnit 8, s. 320-335. Som anført i bemærkningerne til § 3 og fastslået udtrykkeligt i § 3, stk. 1, er det hovedreglen, at indlæggelse og psykiatrisk behandling er frivillig. Patienten vil i almindelighed efter behørig vejledning og eventuelt efter en vis betænkningstid acceptere den behandling, som lægen foreslår. Men i et fåtal af tilfælde

vil det forekomme, at patienten protesterer mod indlæggelse og afviser at medvirke til den foreslåede behandling. En sådan nægtelse af samtykke skal som udgangspunkt respekteres med den virkning, at man afstår fra at iværksætte indlæggelse og behandling. Kun under de i denne lov nærmere angivne betingelser og under iagttagelse af de foreskrevne fremgangsmåder kan der ske indlæggelse og behandling mod patientens vilje, jfr. § 1, stk. 1.

Indlæggelsestallene illustrerer klart forholdet imellem frivillige indlæggelser og tvangsindlæggelser. Af de ca. 40.000 årlige indlæggelser på psykiatrisk afdeling på landsplan udgør antallet af tvangsindlæggelser nu ca. 1.300 pr. år. Inden for de sidste godt 10 år er antallet af tvangsindlæggelser faldet fra ca. 2.000 til ca. 1.300 om året. Se i øvrigt betænkningen s. 72-75, hvor tvangsindlæggelsesstatistikken er nærmere omtalt.

For at sikre at der ikke skrives ind med tvang, før alle muligheder for at opnå patientens accept er udtømt, bestemmes det i § 4, stk. 1, at patientens samtykke skal søges opnået, og at der uden for akutte situationer skal indrømmes patienten en passende betænkningstid til at tage stilling hertil. Det kan bl.a. dreje sig om at motivere patienten til at lade sig indlægge frivilligt, til frivilligt at undergive sig behandling eller til frivilligt at afholde sig fra at udvise en vis adfærd.

Hvis det alligevel ikke lykkes at motivere patienten til at medvirke frivilligt, og spørgsmålet om tvangsanvendelse derfor - såfremt betingelserne herfor i øvrigt måtte være til stede - kommer på tale, gælder "det mindste middels princip", som skal iagttages ved enhver form for tvangsudøvelse. Denne særlige udformning af proportionalitetsprincippet ville også være gældende uden udtrykkelige lovbestemmelser herom, men udvalget har ved at lovfæste regler om, at der ikke må anvendes mere tvang end formålet tilsiger, og at tvangen i sig selv skal stå i et rimeligt forhold til det, der søges opnået ved tvangen, ønsket at understrege betydningen af overholdelsen af dette princip, således at den i denne lov hjem-

lede tvangsanvendelse begrænses til det absolut nødvendige. Der henvises til § 4, stk. 2-4.

Udvalget har derimod anset det for overflødig at lovfæste regler om, at tvang og magt ikke må benyttes som afstraffelse af patienterne, ligesom nedværdigende og ydmygende behandling er forbudt. Når tvang skal udøves så skånsomt som muligt og uden at forvolde unødigt krænkelser eller ulemper ligger det heri, at straffende foranstaltninger og nedværdigende behandling så meget desto mere er forbudt, jfr. § 4, stk. 3. Patienterne har krav på at blive behandlet som ligeværdige mennesker og med al den hensyntagen, som også deres psykiatriske lidelse betinger.

Kapitel 3

Frihedsberøvelse

Bemærkningerne til § 5.

De materielle betingelser for tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse er behandlet i betænkningens kapitel 7, s. 214 ff. Bestemmelsen indeholder de materielle betingelser for tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse. Reglen svarer i alt væsentligt til den nugældende retstilstand. Betingelserne for frihedsberøvelse er søgt præciseret, men bygger ellers som hidtil dels på et krav om sindssygdom, der dog foreslås suppleret af tilstande, der ganske må ligestilles hermed, dels på at betingelserne ifølge enten behandlings- eller farlighedsindikation skal være opfyldt. Ulempeindikationen foreslås ophævet, se principbetænkningen s. 231-236.

Det fremgår direkte af bestemmelsens ordlyd, at alle tvangsendlæggelser - også indlæggelse på farlighedsindikation - sker "med henblik på behandling". Hvis der ikke er et behandlings-sigte med indlæggelsen, hører den pågældende ikke hjemme på psykiatrisk afdeling. Det er endvidere et krav, at behovet for indlæggelse skal være så stærkt, at det ville være direk-

te uforsvarligt ikke at foretage frihedsberøvelse. Kun i så kvalificerede tilfælde er tvangsindlæggelse berettiget. Det samme gælder for tvangstilbageholdelse.

Frihedsberøvelse på behandlingsindikation kan kun finde sted, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring ellers vil blive væsentligt forringet, jfr. § 5, nr. 1. Det kan ikke kræves, at der skal være udsigt til en egentlig helbredelse af sindssygdommen som sådan således forstået, at patienten efter hospitalsbehandling må forventes at blive varigt rask, men det skal være sandsynligt, at behandling vil give en væsentlig bedring eller dog forebygge en betydelig akut forringelse af tilstanden. En mærkbar lindring vil også være tilstrækkeligt til, at kravene til behandlingsindikation kan anses for opfyldt. Der skal være rimelig grund til at antage, at patientens tilstand som følge af hospitalsbehandling vil blive så meget bedre, at behandlingen vil resultere i udskrivning. Der henvises til betænkningen kapitel 7, afsnit 1, s. 216-220.

Farlighedsindikation kan foreligge enten som en fare for personen selv, typisk i form af risiko for selvmord, eller som en fare for andre, hvilket spiller en langt mindre rolle i praksis, jfr. § 5, nr. 2. Om farlighedsindikation henvises til betænkningen kapitel 7, afsnit 2, s. 220-231.

Det foreslås, at loven stiller krav til farens aktualitet og grad. Kun en nærliggende fare er relevant. Direkte overhængende fare kan ikke kræves, men en blot mulig eller mere fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig er ikke tilstrækkelig. Farlighedsbegrebet i den nugældende sindssygelov omfatter aktuel fare for person, herunder også trusler om vold, brandstiftelse og lignende farlige handlinger, som man med rimelighed må befrygte kan komme til udførelse når som helst. Verbale forulempelser er derimod ikke tilstrækkeligt. Det er udvalgets tanke, at det hidtidige farlighedsbegreb, således som det her er beskrevet, fortsat skal finde anvendelse. Faren må anses for væsentlig, når den retter sig imod personer eller i øvrigt er af den her nævnte kvalificerede karakter.

Farlighedsindikationen har navnlig praktisk betydning i form af fare rettet mod den sindssyge selv. Sindssyge har en væsentligt højere selvmordsfrekvens end ikke sindssyge, og der er i udvalget enighed om, at man ikke kan undvære hjemmel for frihedsberøvelse i sådanne tilfælde. Selv om der begrebsmæssigt er en klar forskel mellem at være farlig for sig selv og farlig for andre, må man erkende, at disse to forskellige former for farlighed ofte kan foreligge samtidig, og at det i praksis kan være vanskeligt at afgøre, om begge former eller kun en af dem er til stede.

Selv om fare for andre end den sindssyge selv kun spiller en mindre rolle i praksis, kan reglen ikke undværes. Vel er sindssyge mennesker statistisk set næppe mere farlige end andre, men det ændrer ikke det faktum, at der findes en talmæssigt lille gruppe af sindssyge, som i visse situationer kan vise sig at være farlige. Hjemmel for tvangsindlæggelse i henhold til farlighedsindikation som følge af fare for andre giver mulighed for at gribe forebyggende ind ikke alene af hensyn til at beskytte andre mennesker, men også af hensyn til den sindssyge selv, som ved tvangsindlæggelse beskyttes imod at begå lovovertrædelser, der kan nødvendiggøre strafferetlig forfølgning og herunder eventuelt **varetægtsfængsling**. Som følge heraf og da man herved også sikrer, at sindssyge, der er farlige for andre, kan tvangsindlægges og tvangstilbageholdes med henblik på behandling, foreslås den nugældende retstilstand ikke ændret. Udvalget finder, at man må tillægge disse hensyn afgørende betydning. Sindssygeloven har heller ikke for så vidt angår farlighedsindikation i form af fare for andre givet anledning til praktiske vanskeligheder. Udelukkende at behandle disse tilfælde som straffesager måtte derimod forekomme betænkeligt såvel ud fra en menneskelig og en behandlingsmæssig som ud fra en mere retsteknisk synsvinkel.

Med hensyn til det psykiatriske sygdomskriterium stillede udvalget i betænkningens lovudkast § 5, jfr. betænkningens s. 34, for så vidt angår tvangsindlæggelse forslag om, at der med henblik på en legalisering af nugældende tvangsindlægge-

sespraksis, hvor ca. 20 % af de tvangsindlagte efterfølgende ikke diagnosticeres som sindssyge, udformes en bestemmelse om fakultativ adgang til tvangsindlæggelse af visse ikke sikkert sindssyge. Endvidere foreslog udvalget, at der for så vidt angår kriterierne for tvangstilbageholdelse skulle være adgang til tvangstilbageholdelse af ikke-sindssyge selvmordstruede patienter, jfr. § 6, stk. 2, i lovudkastet i betænkningen s. 35. Et mindretal udtalte sig imod flertallets forslag og anbefalede i stedet en udformning, hvorefter "tilstande, der ganske må ligestilles med sindssygdom" omfattes af det psykiatriske kriterium både ved tvangsindlæggelse og ved tvangstilbageholdelse, jfr. betænkningen s. 231.

Begge de af udvalgsflertallet foreslåede regler, der formelt set indebærer en udvidelse af adgangen til at frihedsberøve i forhold til 1938-loven, som alene omfatter sindssyge personer, er i høringssvarene blevet mødt med megen kritik. Udvalget har på den baggrund taget disse kriterier for frihedsberøvelse op til fornyet overvejelse.

Med hensyn til tvangsindlæggelse finder udvalget det på den ene side ønskeligt at fremkomme med det bedst mulige løsningsforslag på problemet med legalisering af de 20 % såkaldte ulovmedholdelige tvangsindlæggelser. På den anden side er det udvalgets opfattelse, at man bør afstå fra at foreslå en legalisering af denne praksis, såfremt det vil medføre risiko for udglidning og dermed en ændring af nugældende indlæggelsespraksis. Det er ikke blot et spørgsmål om at give en subsidiær tvangsindlæggelsesregel en mere eksakt udformning - hvilket i sig selv kan være overmåde vanskeligt, som de hidtil fremkomne forslag klart illustrerer - men det er også et spørgsmål, om eksistensen af en sådan ny regel vil påvirke den indtil nu fremherskende gode lægelige praksis, hvorefter der udvises megen tilbageholdenhed, før der skrives til tvangsindlæggelse. En ny subsidiær regel kan uanset de intentioner, der ligger bag en sådan bestemmelse, meget vel risikere efter et par års forløb at blive den i praksis mest anvendte og eventuelt også føre til en stigning i antallet af tvangsindlæggelser.

Efter en fornyet gennemgang af argumentationen for og imod en legaliseringsbestemmelse og den eventuelle udformning heraf og i lyset af de modtagne høringssvar har udvalget besluttet at fastholde 1938-lovens krav om sindssygdom som grundbetingelse for frihedsberøvelse, således at udkastets § 5 og § 6, stk. 2, i betænkningen som en konsekvens heraf udgår.

Udvalget kan ikke anbefale, at man opgiver sindssygdom som den centrale grundbetingelse for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Andre sygdoms- eller tilstandskriterier er videre og mere ubestemte. Risikoen for udglidning er større, hvis man foretager en ændring på dette punkt, end hvis man opretholder det nugældende krav om sindssygdom. Af hensyn til retssikkerheden og for ikke utilsigtet at udvide kredsen af personer, der kan frihedsberøves, bygger forslaget i § 5 på sindssygdom som den afgørende, primære betingelse. Selv om det ikke er muligt at give en fuldstændig eksakt og eentydig definition af begrebet sindssygdom, lader begrebet sig dog beskrive. Der henvises herom til betænkningen kapitel 6, se navnlig s. 191-204, hvor retslægerådet s. 197 er citeret for følgende beskrivelse:

"Sindssygdom (synonymt med psykose) er en psykisk abnorm tilstand, i første række kendetegnet ved en ændring af realitetsvurderingen, et indgreb i patientens muligheder for at opleve og vurdere sin omverden og sig selv, sin tilstand og sine handlinger i overensstemmelse med "virkeligheden", d.v.s. i overensstemmelse med hans egen tidligere oplevelse af samme emner, respektive med omgivelsernes vurdering heraf. Der hersker efter retslægerådets opfattelse udbredt faglig enighed om, hvad sindssygdom (psykose) er. Uanset divergenser i afgrænsningen af de enkelte psykosekategorier inden for de enkelte psykiatriske skoler og uanset de vanskeligheder, der i konkrete tilfælde kan være forbundet med at træffe afgørelsen: psykotisk - ikke-psykotisk, ligger psykosebegrebet (sindssygdomsbegrebet) således i det væsentlige fast. At erstatte betegnelsen sindssygdom med f.eks. "alvorlig sindslidelse" vil efter retslægerådets mening kunne afstedkomme unødigt uklarhed, specielt i relation til neurosebegrebet."

Kriteriet sindssygdom foreslås dog suppleret af tilstande, der kvalitativt og/eller kvantitativt kan ligestilles med sinds-

sygdom, og som i undersøgelsesøjeblikket ikke lader sig skelne fra sindssygdom, og som derfor også med rette bør behandles på samme måde, hvis tillægskriteriernes krav ifølge behandlings- og/eller farlighedsindikation samtidig er opfyldt. Det er med en sådan regel ikke tanken at udvide den kreds af personer, som kan tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes, men at skabe bedre lovhjemmel for at opretholde hidtidig praksis.

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

Udvalgets endelige forslag med hensyn til det psykiatriske sygdomskriterium svarer således til det standpunkt, som mindretallet indtog i betænkningen s. 231.

Sindssygdom eller en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse for at iværksætte tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Personen skal som foran anført herudover enten opfylde behandlingskriteriet eller farlighedskriteriet.

Spørgsmålet om mindreåriges retsstilling i forbindelse med indlæggelse på psykiatrisk afdeling er udførligt behandlet i betænkningens kap. 13 s. 381 ff. Udvalget har ikke ment at burde fremsætte forslag til ændring af den nugældende retstilstand for så vidt angår personer under 18 år.

Mindreårige, der er sindssyge, eller som befinder sig i en sindstilstand, der ganske må ligestilles hermed, er direkte

omfattet af lovudkastets bestemmelser og vil - hvis de protesterer - kun kunne tvangsindlægges og tvangstilbageholdes, når lovens betingelser er opfyldt.

I andre tilfælde vil forældremyndighedens indehaver i overensstemmelse med de beføjelser, som myndighedsloven giver forældre til bl.a. at bestemme, hvor deres barn skal opholde sig, kunne begære et barn indlagt på eller udskrevet fra hospital, herunder på eller fra psykiatrisk afdeling. Det er dog her som ellers overlægen, der afgør, om barnet skal modtages til behandling.

En mindreårig vil også selv kunne fremsætte begæring om udskrivning. Overlægen vil være forpligtet til at tage stilling ikke blot til forældrenes, men også til den mindreåriges egne begæringer, hvis den mindreårige efter et konkret skøn over den pågældendes modenhed må anses for at være i stand til at overskue konsekvenserne og betydningen af den fremsatte begæring.

Udvalget er af den opfattelse, at en eventuel særlig regulering af spørgsmålet om indlæggelse til psykiatrisk behandling af mindreårige, der ikke er sindssyge eller befinder sig i hermed ligestillede tilstande, næppe vil kunne gennemføres uden at gribe ind i forældremyndigheden. Da dette ikke er direkte omfattet af udvalgets kommissorium, og da der efter udvalgets opfattelse næppe heller er noget større praktisk behov for at skabe særregler om ikke sindssyge mindreåriges indlæggelse på og udskrivning fra psykiatrisk afdeling og om efterprøvelse af overlægens beslutninger herom, har udvalget fundet det rettest at afstå fra at fremsætte forslag herom.

Tvangsindlæggelse.

Bemærkninger til §§ 5-9.

I §§ 6-9 beskrives fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse. Bestemmelserne er i overensstemmelse med §§ 11-13 i betænkningens udkast til lovregler. Der er alene tale om redaktionel-

le eller lovteknisk begrundede ændringer. Tvangsindlæggelsesproceduren er mere indgående behandlet i betænkningen kapitel 17, s. 475 ff, hvortil der i det hele henvises.

Bemærkninger til § 6.

Reglen svarer i det væsentlige til det, der også gælder i dag. De nærmeste, det vil navnlig sige ægtefælle, samlever, forældre, voksne børn og personer, der hører til husstanden, har pligt til at tilkalde læge, hvis en person, der må antages at være sindssyg, ikke selv søger fornøden behandling. Hvis lægen efter sine undersøgelser når til, at betingelserne for tvangsindlæggelse er til stede, herunder at det vil være uforvarsomt ikke at foretage frihedsberøvelse, skal lægen udfærdige en erklæring til brug for tvangsindlæggelse, hvis patienten ikke frivilligt vil lade sig indlægge. Der er altså tale om en lægelig pligt.

Tvangsindlæggelsespapirerne skal i dag underskrives dels af den indlæggende læge, dels af de pårørende, som dermed kommer til at stå som rekvirent af tvangsindlæggelsen, hvilket ofte opleves som en belastning, jfr. betænkningen s. 480. For at undgå en sådan unødigt belastning af forholdet mellem patienten og dennes nærmeste pårørende, foreslås det, at politiet, som nødvendigvis må medvirke som rekvirent i de tilfælde, hvor ingen andre gør det, overtager denne opgave fuldt ud. Fremtidig er det politimesteren og ikke de pårørende, der skal underskrive tvangsindlæggelsespapirerne som rekvirent.

Bemærkninger til § 7.

Bestemmelsen i stk. 1 svarer til nugældende retstilstand. Politiets medvirken er nødvendig, da ikke andre end politiet vil være beføjet til om fornødent at benytte magt i forbindelse med selve tvangsindlæggelsens gennemførelse. Hjemmelen hertil findes dels i de almindelige regler om politiets beføjelser, jfr. retsplejelovens § 108, dels i denne lovs § 1.

Det forekommer i praksis, at den indlæggende læge skønner,

at det vil være mere skånsomt at give en meget urolig og voldsom patient et beroligende middel end at lade politiet fastholde patienten og belægge denne med håndjern under indtransport til psykiatrisk afdeling. En sådan fremgangsmåde er, når dette er lægeligt indiceret, et udslag af nødret og som sådan næppe kritisabel.

Politiets medvirken udgør en ekstra retsgaranti, idet politimesteren skal påse, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, forinden indlæggelsespapirerne underskrives af politimesteren som den myndighed, der tiltræder, at tvangsindlæggelse skal iværksættes, jfr. betænkningen s. 483. Politimesteren vil altid påse, at de formelle betingelser er opfyldt, og at den rette fremgangsmåde er fulgt, men vil i praksis i givet fald også vurdere, om kravene til farlighedsindikation er til stede.

Om politiets medvirken ved tvangsindlæggelser henvises til betænkningen s. 480. Tvangsindlæggelse skal både af hensyn til patienten og til dennes pårørende foregå så skånsomt og så diskret som muligt. Politiets medvirken bør, som nu, så vidt mulig foregå, uden at politiet optræder i uniform.

Det er i stk. 2 præciseret, at tvangsindlæggelse kun må finde sted på grundlag af en undersøgelse, som lægen selv har foretaget med henblik på at tage stilling til, om tvangsindlæggelse skal ske. Om kravene til lægeundersøgelsen se betænkningen s. 481 ff. Om kravene til lægeerklæringens indhold kan henvises til Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 27 af 28. februar 1975.

For at undgå at tvangsindlæggelse på behandlingsindikation foretages på grundlag af en lægeundersøgelse, som ikke er aktuell, er den nugældende frist, inden for de sidste 4 uger før indlæggelsen, foreslået erstattet af 7 dage. Overholdes denne frist ikke, må der foretages ny lægeundersøgelse og udfærdiges et nyt sæt tvangsindlæggelsespapirer. Fristen for indlæggelse på farlighedsindikation er reduceret til 24 timer.

Bemærkninger til § 8.

Ved indlæggelse på farlighedsindikation vil der altid være tale om akut tvangsindlæggelse, og her vil den indlæggende læge ikke kunne undgå at være til stede sammen med politifolkene, medens lægeundersøgelsen står på, og papirerne udfærdiges. Det gælder derimod ikke, når der er tale om indlæggelse på behandlingsindikation, hvor indlæggelsens gennemførelse ikke sker i umiddelbar fortsættelse af lægens undersøgelse af patienten. Lægens tilstedeværelse har betydning både for patienten og for politifolkene, som derved får mulighed for at drøfte eventuelle tvivlsspørgsmål med den læge, som har udfærdiget den erklæring, der danner grundlag for tvangsindlæggelsen. Der henvises herom til betænkningen s. 482 og 485. Udvalget foreslår, at den indlæggende læge så vidt muligt altid skal være til stede, indtil politiet forlader stedet sammen med patienten. Dette vil ved indlæggelse på behandlingsindikation, hvor der kan være gået op til 7 dage, siden lægen undersøgte patienten, forudsætte, at politiet underretter den pågældende læge om tidspunktet for iværksættelse af tvangsindlæggelse, således at lægen kan komme til stede. Lægens tilstedeværelse ved indlæggelse på behandlingsindikation vil dels give patienten en sidste mulighed for at rådføre sig med lægen, dels sikre at lægen i det øjeblik, hvor tvangsindlæggelsen effektueres, påser, at betingelserne stadig er opfyldt.

Bemærkninger til § 9.

Bestemmelsen vedrører den psykiatriske afdelings modtagepligt og skal ses i sammenhæng med § 7, stk. 3, der vedrører spørgsmålet om, hvor gammel lægeerklæringen må være.

Medens fristen i 1938-loven er op til 4 uger, foreslås det, at den længste frist, der må forløbe, efter at den indlæggende læge har afsluttet sin undersøgelse, er 7 dage, når der er tale om tvangsindlæggelse på behandlingsindikation, jfr. § 7, stk. 3. Udvalget er fuldt ud opmærksom på, at det kan være en meget stor belastning at have en sindssyg patient,

som skal tvangsindlægges til behandling, i op til 7 dage i hjemmet, efter at den indlæggende læge har truffet sin afgørelse. Det skal understreges, at 7 dage er det længste tidsrum, der må gå, og at det i praksis bør ske hurtigere i alle de tilfælde, hvor dette er indiceret. Fristen har i de ikke altid meget hastende tvangsindlæggelser på behandlingsindikation den fordel, at det giver tid til fremsendelse af papirerne og mulighed for, at overlægen på den modtagende afdeling kan tage foreløbig stilling til indlæggelsen, inden patienten ankommer. Det forekommer ikke helt sjældent, at overlægen allerede på grundlag af indlæggelsespapirerne nægter at modtage patienten som tvangsindlagt, fordi betingelserne for tvangsindlæggelse ikke kan anses for opfyldt. Fristen giver også patienten ekstra betænkningstid og mulighed for eventuelt senere at samtykke i indlæggelsen, lige indtil iværksættelse bliver aktuel.

Da tvangsindlæggelse på farlighedsindikation ifølge sagens natur altid vil være hastende, foreslås ordningen efter 1938-loven, hvorefter sådanne patienter skal modtages straks, opretholdt.

I § 9, stk. 2, bestemmes, at det er overlægen på den modtagende afdeling, der træffer den endelige afgørelse om, hvorvidt patienten skal modtages som tvangsindlagt. Overlægen er således ikke bundet af det skøn, som den indlæggende læge og i et vist omfang politiet har udøvet.

Tvangstilbageholdelse.

Bemærkninger til § 10.

Bestemmelsen regulerer adgangen til at tvangstilbageholde, d.v.s. nægte udskrivning af en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling. Tvangstilbageholdelsen etableres, når en fremsat begæring om udskrivning afslås. Ved begæring forstås her en klar tilkendegivelse, der fastholdes ikke blot momentant, men i nogle timer eller natten over.

Det påhviler sygeplejerspersonalet nøje at observere og rapportere de udtalelser, som patienterne fremsætter vedrørende deres fortsatte ophold på afdelingen, således at begæring om udskrivning uanset ytringernes form altid forelægges for vagthavende læge. Der er tale om oplysninger, der skal rapporteres ved sygeplejerspersonalets vagtskifte, således at der ikke kan være tvivl om, hvad patienten har sagt og hvornår, da dette er grundlaget for beregningen af fristerne i stk. 3. Det er utvivlsomt journalpligtigt stof, som bør registreres af vagthavende sygeplejerske i dennes journal - cardex - og af lægen i patientens journal. Afgørelsen noteres ligeledes begge steder, og bliver der truffet beslutning om tvangstilbageholdelse indføres denne i tvangsprotokollen, jfr. § 20, stk. 1.

Som nævnt i bemærkningerne til § 5 foreslår udvalget, at de materielle betingelser for tvangstilbageholdelse og tvangsindlæggelse skal være sammenfaldende, således at kun sindsyge og hermed ligestillede patienter, der opfylder enten behandlingskriteriet eller farlighedskriteriet, kan frihedsberøves.

Efter de nugældende regler kan tvangstilbageholdelse dels ske i de tilfælde, hvor betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, dels på ulempeindikation, d.v.s. når udskrivning vil medføre væsentlige ulemper for patienten selv, og Justitsministeriet tiltræder dette.

Ulempe i indikation er så godt som fuldstændigt gået af brug som selvstændig indikation for tvangstilbageholdelse, hvilket bl.a. hænger sammen med, at de sociale tilbud er blevet væsentligt bedre og mere udbyggede end de var, da sindssygeloven af 1938 blev til. Under hensyn hertil og da en opretholdelse af ulempeindikationen næppe er forenelig med **Europaråds-rekommandation** nr. 2 af 22. februar 1983, foreslår udvalget, at ulempeindikationen ophæves. Der henvises herom til betænkningen s. 231 ff.

De foreslåede kriterier for tvangstilbageholdelse adskiller

sig fra betænkningens lovudkast ved, at bestemmelsen om adgang til at tvangstilbageholde ikke sindssyge selvmordstruede patienter i op til 7 dage er udgået, sammenhold § 6, stk. 2, i betænkningens udkast til lovbestemmelser. Nogle af disse selvmordstruede vil dog - hvis de befinder sig i en tilstand, der ganske kan ligestilles med sindssygdom - kunne tilbageholdes i medfør af lovudkastets bestemmelser.

I § 10, stk. 2, foreslås en udtrykkelig regel, der fastslår, ^{at} overførsel af en psykiatrisk patient til en lukket afdeling mod patientens protest sidestilles med en tvangstilbageholdelse. Dette medfører, at sådan overflytning mod den pågældendes protest kun kan ske, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. En regel af dette indhold svarer til praksis i dag, jfr. betænkningen s. 331 og s. 500 f. og § 6, stk. 3, i lovudkastet i betænkningen s. 35.

Tvangstilbageholdelse er ikke ensbetydende med anbringelse på lukket afdeling. Hvis tvangstilbageholdelse foregår på åben afdeling, og patienten tilkendegiver, at han vil forlade den, må overførsel ske til lukket afdeling, hvilket ikke kræver anden beslutning, end at patienten skal flyttes.

§ 10, stk. 3, indeholder en regel om, hvor lang tid overlægen har til at tage stilling til en fremsat begæring om udskrivning. I almindelighed har overlægen op til 24 timer her til. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor patienten første gang ytrer ønske om udskrivning, uanset om begæringen først på et senere tidspunkt kan siges at have fået karakter af en klar og fastholdt begæring. Reglen gælder ikke kun for patientens første udskrivningsbegaering, men også i tilfælde, hvor patienten tidligere har fået afslag på en begæring om udskrivning og på ny fremsætter begæring herom, hvilket patienten har fri adgang til.

Begæring om udskrivning kan kun fremsættes med retsvirkning i henhold til § 10, stk. 3, af patienten selv, dennes patientrådgiver eller andre, som patienten har bemyndiget hertil. Bliver en patient, som er mindreårig eller umyndiggjort i per-

sonlig henseende, tvangsindlagt og/eller **tvangstilbageholdt**, kan forældremyndighedens indehaver eller værgen fremsætte begæring om udskrivning med samme virkning, som hvis patienten selv havde gjort dette.

Pårørende, ægtefælle, børn eller andre familiemedlemmer, samlever eller nære venner bør derimod ikke i almindelighed have beføjelse til at begære udskrivning, medmindre patienten har bemyndiget dem hertil. De kan selvsagt tale med overlægen herom og opfordre denne til af egen drift at udskrive patienten og klage over, at en sådan begæring eventuelt ikke tages til følge, men nogen beføjelse til at handle for patienten har de ikke, og det bør de heller ikke tillægges efter udvalgets opfattelse. Det vil give uklarhed og anledning til vanskelige afgrænsninger i forhold til patienter, som har svært ved at tage stilling til spørgsmålet, om de begærer sig udskrevet. Denne uklarhed undgås bedst ved at lade frihedsberøvede patienter, som ikke er umyndiggjorte i personlig henseende eller under 18 år, være enebeføjede til sammen med patientrådgiveren at fremsætte begæring om udskrivning og til at iværksætte klager i eget navn.

I § 10, stk. 3, 2. pkt., foreslås en særregel, der alene tager sigte på den situation, at en tvangsindlagt patient begærer sig udskrevet umiddelbart efter tvangsindlæggelsen. I den situation vil det være nødvendigt at indrømme overlægen en vis observationstid for at tage stilling til, om den tvangsindlagte skal tvangstilbageholdes. Man må erindre, at overlægen har pligt til at udøve tvangstilbageholdelse, hvis betingelserne herfor er opfyldt, jfr. § 10, stk. 1. En rimelig observation lader sig normalt ikke gennemføre, hvis tidsfristen forkortes yderligere. Er det undtagelsesvis forsvarligt at udøve skønnet hurtigere, skal dette dog gøres, således at ingen tvangstilbageholdes længere end nødvendigt. Er der tale om en patient, som overlægen i forvejen kender, er det ikke givet, at afgørelsen ikke kan foreligge i god tid inden fristens udløb. Udvalget foreslår, at der indrømmes overlægen en frist på indtil 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen. Reglen er i overensstemmelse med det i betænkningen fo-

reslåede, jfr. udkast til lovbestemmelser i betænkningen § 6, stk. 4, s. 35, og betænkningen s. 236-238.

Bemærkningert i § 11.

Reglen svarer til § 7, stk. 1, s. 35, i betænkningens udkast til lovbestemmelser. Efter § 11 skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør, når de materielle betingelser for frihedsberøvelse efter § 5 ikke længere er opfyldt. Dette skal ske, uanset om patienten har fremkaldt afgørelsen ved at fremsætte en begæring om udskrivning efter § 10, stk. 3, eller en sådan begæring ikke er fremsat, jfr. § 21, stk. 1, hvorefter overlægen af egen drift løbende skal tage stilling til spørgsmålet. En ophævelse af frihedsberøvelse er ikke nødvendigvis ensbetydende med udskrivning, idet patienten kan vælge at forblive indlagt på frivilligt grundlag.

Kapitel 4

Tvangsbehandling.

Bemærkninger til § 12.

Der henvises til betænkningens kapitel 9 navnlig s. 323-326 og kapitel 11 s. 355 ff om informeret samtykke samt til § 8 i betænkningens udkast til lovregler, s. 37-38.

Reglerne i §§ 12-13 om tvangsbehandling svarer med visse sproglige og lovtekniske begrundede ændringer til forslaget i betænkningen. Dog indeholder § 12, stk. 3, 2. pkt., en udtrykkelig regulering af den magt, det kan være nødvendigt at anvende for at kunne gennemføre tvangsbehandlingen. Endvidere er forslaget til en særlig begrænsning i adgangen til at anvende elektrostimulation som led i tvangsbehandling udgået.

§ 12, stk. 1, opstiller den materielle betingelse for tvangsbehandling, at patienten skal opfylde betingelserne for tvangstilbageholdelse, hvorved bemærkes, at kun indlagte patienter

kan undergives tvangsbehandling. Det er overlægen, der træffer afgørelse om tvangsbehandling, jfr. § 12, stk. 3.

I det lovudkast, der findes i betænkningen, foreslog udvalget omend under megen tvivl og trods udtalt betænkelighed fra lægelig side at indføre en regel om, at tvangsbehandling med **elektrostimulation** kun måtte finde sted, hvis der foreligger en livstruende tilstand, jfr. § 8, stk. 7, s. 38 og 325 i betænkningen.

Om **elektrostimulationsbehandling**, således som den benyttes i dag, henvises til betænkningen s. 95-97, hvor fremgangsmåde og indikationer for denne behandlingsform er nærmere beskrevet.

Denne regel er blevet kritiseret i høringssvar fra Retslægerådet, Dansk Psykiatrisk Selskab, af en række overlæger og af Sindslidendes Vel. Elektrostimulation (NCE-behandling) anses fra lægelig side for en på en gang virksom og meget skånsom behandling, der i mange tilfælde må anses for et mindre indgribende middel end behandling med de mest potente psyko-farmaka. Reglen er derfor blevet opfattet som en unødigt negativ vurdering af en lægeligt anerkendt behandlingsform, hvilket kun kan styrke befolkningens ubegrundede frygt og modvilje over for elektrostimulationsbehandling. I lyset af disse svar har udvalget på ny drøftet denne bestemmelse.

Et flertal af udvalgets medlemmer, jfr. ovenfor i de indledende bemærkninger pkt. 1.3, finder det af de ovenfor anførte grunde så væsentligt at undgå, at elektrostimulationsbehandling bringes i miskredit, at man allerede af den grund bør undlade at foretage en lovregulering, som med urette kan opfattes, som om denne behandlingsform er forbundet med fare eller særligt alvorlige bivirkninger. Under hensyn hertil og for at sikre, at lovens udformning ikke kan opfattes som en negativ stempning af elektrostimulationsbehandling, har flertallet besluttet, at reglen ikke bør medtages i lovfor-slaget.

Til fordel for at opretholde bestemmelsen er det af et mindretal i udvalget gjort **gældende**, at det ikke er elektrostimulationsbehandling som sådan, reglen regulerer, men kun de i praksis forholdsvis sjældne tilfælde, hvor tvangsbehandling kan komme på tale. Da man allerede i dag på en række afdelinger følger den praksis ikke at iværksætte elektrostimulationsbehandling mod patientens indsigelse, medmindre tilstanden er livstruende og anden relevant behandling ikke findes, har disse medlemmer af udvalget fundet det ubetænkeligt at lovfæste denne praksis. Da der ikke synes at være behov for en videregående adgang til tvangsbehandling, foreslår mindretallet, at reglen fra lovudkastet i betænkningen opretholdes som § 12, stk. 2, med følgende formulering:

"Elektrostimulation må dog kun benyttes som led i tvangsbehandling, såfremt der foreligger en livstruende tilstand."

Ved tvangsmedicinering skal der i overensstemmelse med det mindste middels princip anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, jfr. § 12, stk. 2. Ved afprøvede lægemidler forstås præparater, der er velkendte, og som findes optaget i Sundhedsstyrelsens specialitetsregister, jfr. Lægeforeningens medicinfortegnelse og lægemiddelkataloget. Sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinier, der er angivet i lægemiddelfortegnelsen, samt det der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser - megadoser - vil således være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen overlægen ikke kender. Bivirkninger skal observeres nøje og bør, så snart de konstateres at foreligge, søges modvirket bedst mulig, jfr. betænkningen s. 324-325. Ved tvangsmedicinering bør der altid være en læge til stede. Medicinering må ikke foregå skjult for patienten ved medicintilsætning til mad og drikke eller sammen med andre præparater, som patienten er vant til at tage.

Det er overlægen, der afgør, om der skal foretages tvangsbe-

handling, herunder hvilken form for behandling, der skal anvendes, hvilke præparater der skal benyttes, om magt skal kunne anvendes, hvis dette viser sig nødvendigt, samt hvornår fornyet vurdering skal ske. Da der altid skal være en læge til stede, når der foretages tvangsbehandling, påhviler det denne læge på konferencer m.v. løbende at indhente overlægens beslutninger om, hvor længe tvangsbehandling i givet fald skal fortsætte, hvilket hver gang skal noteres i tvangsprotokollen, jfr. § 20.

Bemærkninger til § 13.

§ 13 indeholder hjemmel til i visse tilfælde at tvangsbehandl^{le} legemlige lidelser hos sindssyge patienter. En sådan mulighed kendes også efter den nugældende retstilstand, omend der har hersket nogen tvivl herom. Den fremgangsmåde, der har været anvendt - personlig umyndiggørelse og herefter indhentelse af samtykke fra værgeren - må anses som uhensigtsmæssig, jfr. betænkningen s. 506-510.

Efter lovudkastet kræves for det første, at der er tale om en indlagt patient, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Patienten skal således være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed, samt opfylde enten behandlingskriteriet eller farlighedskriteriet. For det andet skal den legemlige lidelse være så alvorlig, at den udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Afgørelse om eventuel iværksættelse af somatisk tvangsbehandling træffes af overlægen ved psykiatrisk afdeling, hvor patienten er indlagt, og vedkommende overlæge ved somatisk afdeling i fællesskab. Kravet om, at de to overlæger skal være enige om, at betingelserne for tvangsbehandling er opfyldt, giver reelt patienterne større retssikkerhed end den nuværende ordning med umyndiggørelse i personlig henseende, idet både dommeren og den værge, der beskikkes for den umyndiggjorte, har vanskeligt ved at efterprøve diagnosens rigtighed og dermed berettigelsen af at iværksætte tvangsbehandling. I fremtiden stilles der krav om, at de to overlæger skal nå til samme resultat. De to overlæger vil dermed

komme til at kontrollere hinanden.

Patienten kan overføres til somatisk afdeling med henblik på behandlingens gennemførelse. Dette bør finde sted, når det er nødvendigt for at sikre en adækvat og forsvarlig behandling af den somatiske lidelse. Viser det sig under opholdet på somatisk afdeling nødvendigt at anvende tvang, finder dette sted i overensstemmelse med reglerne i denne lov. Tvangsforanstaltninger vil i så fald blive iværksat af **sygepleje**-personale fra psykiatrisk afdeling.

Kapitel 5

Fiksering m.v.

Bemærkninger til § 14.

Spørgsmålet om anden tvangsanvendelse end frihedsberøvelse er behandlet i kapitel 9 i betænkningen s. 279 ff. Fiksering omtales i betænkningen navnlig s. 283 og 285. S. 288-294 omtales hyppigheden af tvangsanvendelse i form af mekanisk tvang, herunder fiksering. S. 298-304 refereres kritikken af nugældende retstilstand, og s. 320-322 sammenholdt med s. 41-42 og s. 44, hvor forslag til lovbestemmelse er gengivet, formuleres udvalgets indstilling.

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

Tvangsfiksering skal forstås i modsætning til beskyttelsesfiksering, hvis anvendelse er reguleret i § 18.

Hvis det af de i § 14, stk. 2, nævnte grunde anses for nødvendigt at benytte bælte være sig af læder eller stof, skal man følge fremgangsmåden i § 15 med forudgående lægeordina-

tion i hvert enkelt tilfælde og opfyldte **betingelserne**, som de er beskrevet i § 14. Dette gælder for alle patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling og dermed også for gerontopsykiatriske patienter. Reglerne om tvangsmidler omfatter også ikke-sindssyge, der er indlagt på psykiatrisk afdeling.

Bestemmelsen indeholder i § 14, stk. 2, en beskrivelse af de tilfælde, hvor tvangsmidler må bringes i anvendelse.

Reglen svarer ikke helt til det udkast, som er gengivet i betænkningen s. 44. Betingelserne for at anvende tvangsmidler var her foreslået begrænset til tilfælde, hvor nogen ved "sin adfærd udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide ikke uvæsentlig legemlig skade eller overlast." Udkastet blev s. 42 i betænkningen ledsaget af nogle bemærkninger om, at "hverken blot støjende eller en hvilken som helst form for urolig eller generende adfærd kan begrunde disse indgreb. Der skal foreligge farlig adfærd, d.v.s. normalt vold over for sig selv eller andre eller i det mindste tingsødelæggelse, som truer med at udvikle sig til voldelig eller selvødelæggende adfærd." Det var udvalgets tanke herved og ved kravet om, at der skal foreligge en nærliggende fare, at begrænse brugen af tvangsmidler til det mindst mulige.

Der er i en række af de høringssvar, udvalget har modtaget, peget på, at tingsødelæggelse og hærværk vil blive en alvorlig belastning på mange psykiatriske afdelinger, hvis der ikke kan gribes ind heroverfor.

Det foreslåede kriterium var så snævert, at man også ville være nødt til at affinde sig med støjende og generende adfærd, indtil den udviklede sig til mere belastende situationer, selv om en tidligere indgriben i reglen ville være en fordel både for den urolige patient og for dennes medpatienter.

På denne baggrund har udvalget på ny vurderet dette spørgsmål og har besluttet at give bestemmelsen en formulering, der giver hjemmel for indgriben ved anvendelse af tvangsmidler på et tidligere tidspunkt. Hensynet til andre patienter, der

er henvist til at opholde sig, eventuelt som frihedsberøvet, på samme afdeling, må i denne forbindelse tillægges betydelig vægt.

Tvangsmidler kan efter den nu foreslåede regel med rette bringes i anvendelse, når nogen udsætter

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

Stk. 2 er bygget op, således at reglerne i nr. 1 og 2 vedrører overgreb mod personer, medens nr. 3 regulerer tingsdelæggelse.

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

Der er tale om et farekriterium. For at faren kan anses som nærliggende, skal der være tale om en konkret, aktuel og påviselig fare. En latent fare, der eventuelt vil manifestere sig under visse betingelser eller omstændigheder, som kan komme til at foreligge senere, vil derimod ikke være tilstrækkelig.

Grænsen drages ved nærliggende fare for skade på legeme eller helbred. Ikke fare for enhver voldelig adfærd bør kunne begrunde indgriben ved anvendelse af tvangsfiksering. Skade på legeme eller helbred skal forstås på samme måde som i straffelovens § 244, stk. 3, og § 245, stk. 1.

Efter retspraksis foreligger der skade på legeme, når angre-

bet har nødvendiggjort lægehjælp eller har medført længere tids sygeleje eller uarbejdsdygtighed. Sår, der kræver syning, og tænder, der slås ud eller bliver løse, anses for skade på legeme eller helbred. Det er nærliggende fare for skade af den art, der kræves i stk. 2, nr. 1.

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

Tvangsfiksering kan i medfør af nr. 2 kun anvendes over for den, der forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, men ikke personale og besøgende. Personalet er uddannet til at klare sig i omgangen med patienterne, og hvis en patient groft forulemper besøgende, bør dette problem løses ved at holde parterne adskilt, medens besøg pågår. Brug af tvangsmidler vil i disse tilfælde normalt stå i misforhold til formålet.

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

Medpatienter, herunder frihedsberøvede, skal derimod kunne opholde sig på afdelingen uden at risikere at blive udsat for at blive forfulgt eller groft forulempet. En blot almindeligt støjende eller urolig adfærd er ikke tilstrækkelig. Der kræves dels kvalitativt noget mere, d.v.s. mere end de gener, som det ofte vil være forbundet med at være indlagt på en psykiatrisk afdeling med urolige patienter, dels at der er tale om direkte forfølgelse eller grov forulempelse rettet mod en eller flere bestemte patienter. Bestemmelsen i stk. 2, nr. 2, omfatter dels vold, som ikke er så kvalificeret, at den indeholder en fare, som er omfattet af nr. 1, dels andre former for forfølgelse eller grov forulempelse, som er af ikke-voldelig art.

Medens enhver form for vold over for medpatienter kan gøre

indgriben berettiget og om fornødent også føre til anvendelse af tvangsmidler navnlig i form af bæltefiksering, bør grænsen, hvis en patient alene udsætter sig selv for skade, drages snævrere. Dette følger allerede af proportionalitetsgrundsætningen, jfr. § 4, stk. 2 og 4. Hvis der er nærliggende fare for, at en patient pådrager sig selv legemsskade, d.v.s. en skade, der vil nødvendiggøre lægelig behandling, er indgriben dog altid indiceret i henhold til § 14, stk. 2, nr. 1, men også her gælder reglen om, at tvangsmidler ikke må anvendes, hvis formålet, at afværge en given fare, kan sikres ved at anvende mindre indgribende foranstaltninger end fiksering. Brug af handsker vil i visse tilfælde af selvbeskadigelser kunne være et egnet middel hertil.

Forfølgelse eller grov forulempelse kan bl.a. bestå i seksuelt prægede tilnærmelser, kraftigt råbende eller stærkt drilende adfærd eller gennemroden og tilegnelse af andres ting. I disse tilfælde vil det dog altid være særligt nærliggende at overveje, om en midlertidig flytning af den patient, der groft forulemper medpatienter, eventuelt kan løse problemet.

Reglen i stk. 2, nr. 3, vedrører hærværk. Ved hærværk forstås ødelæggelse, beskadigelse eller bortskaffelse af fysiske genstande af enhver art. Ikke blot løsøre, men også fast ejendom, bygningsdele og tilbehør er omfattet af reglen. Det kan ikke kræves, at der skal være tale om genstande eller effekter af formueværdi. Også breve, fotografier, tegninger, private optegnelser og andet, som alene har affektionsværdi er beskyttet af reglen, som herved er søgt afgrænset på samme måde som tingsødelæggelse i straffelovens § 291. Ordet hærværk skal, sammen med tilføjelsen "af ikke ubetydeligt omfang" sikre, at ikke enhver enkeltstående handling, hvorved en effekt knuses eller noget beskadiges, anses omfattet af bestemmelsen. Det forekommer rimeligt at stille krav om, at der skal være tale om enten mere systematisk hærværk, hvor adfærden står på i et vist tidsrum og fortsat pågår, og hvor angrebet består i en række handlinger rettet mere i almindelighed mod de fysiske omgivelser, eller at der er tale om et påbegyndt, men ikke afsluttet angreb rettet imod effekter af en sådan

art og værdi, at indgriben for at bringe denne adfærd til ophør er velbegrunder, selv om den kun har stået på i kort tid. Hvis man f.eks. alene knuser tallerkner en ad gangen, er adfærdens nok støjende og generende, men næppe af en sådan art, at den kan legitimere bæltefiksering, hvorimod ødelæggelse af afdelingens mere værdifulde inventar, møbler, ruder og TV snarere kan begrunde dette, forudsat andre foranstaltninger ikke er tilstrækkelige til at bringe denne form for hærværk til ophør.

Bemærkninger til § 15.

Det er hovedreglen, at tvangsmidler kun må benyttes efter forudgående lægeordination. Hvis der ganske undtagelsesvis er behov for ikke blot at bæltefikseres, men tillige for anvendelse af hånd- og fodremme, tilkommer kompetencen til at træffe beslutning om et så intensivt indgreb alene vedkommende overlæge, jfr. § 15, stk. 2. Kun hvis det er uforsvarligt af hensyn til patientens egen eller af hensyn til andres sikkerhed, kan fremgangsmåden med forudgående lægeordination fraviges, jfr. stk. 3. Hertil kræves, at der er tale om særligt hastende tilfælde, hvor det ville være sikkerhedsmæssigt uforsvarligt på grund af nærliggende fare for skade på legeme eller helbred at udsætte iværksættelse af bæltefiksering i så lang tid, som der må forventes at gå, førend en vagthavende læge kan komme til stede. Denne tidsfaktor skal bedømmes helt konkret, således som forholdene er her og nu på denne afdeling med hensyntagen til det aktuelle vagtberedskab, tidspunkt på døgnet og de oplysninger, der gives, når lægen tilkaldes, normalt telefonisk. Den anden faktor, som skal tillægges betydning, er, om mindre indgribende foranstaltninger end bæltefiksering, navnlig personalets blotte tilstedeværelse i tilstrækkeligt omfang og eventuelt fastholden af patienten, vil være tilstrækkeligt, indtil lægen kan indfinde sig. Farens nærmere art og grad bør også indgå i vurderingen.

Kompetencen til at træffe afgørelsen, om der skal anlægges bælte, inden lægen kan indfinde sig, tilkommer i henhold til stk. 3 sygeplejepersonalet. Som udgangspunkt må det være den

vagthavende sygeplejerske eller dennes stedfortræder, der træffer afgørelsen, men i mere akutte situationer må det blive den sygeplejerske eller plejer, der er til stede, som gør det. I de tilfælde, hvor der foreligger en så alvorlig og akut situation, at det ville være sikkerhedsmæssigt uforsvarligt at afvente, at den vagthavende sygeplejerske eller dennes stedfortræder kunne nå at indfinde sig, er det personale, som er til stede, naturligvis forpligtet til at træffe de nødvendige foranstaltninger af fareafværgende karakter. En undladelse heraf ville være en pligtforsømmelse.

Det forekommer ikke helt sjældent i praksis, at en patient begærer sig lagt i bælte, f.eks. fordi vedkommende føler sig dårlig og er bange for, hvad han eventuelt selv kan komme til at gøre, når han bliver urolig. Når fiksering sker efter udtrykkelig begæring fra den pågældende patient selv, er der ikke tale om tvangsfiksering. Forholdet falder dermed uden for §§ 14-16. En sådan begæring fra en patients side bør dog kun efterkommes med samtykke fra den vagthavende læge. Fiksering bør også i sådanne tilfælde noteres i journalen og i tvangsprotokollen.

Selv om kompetencen til at beslutte tvangsfiksering er lægernes, tilkommer det, således som det også praktiseres efter de nugældende regler, til enhver tid sygeplejerspersonalet at bringe bæltefikseringen til ophør, når der ikke længere er behov for at opretholde denne. Tidspunktet for ophævelsen skal noteres i tvangsprotokollen.

Bemærkninger til § 16.

Der er, som det fremgår af betænkningen bl.a. s. 427-430, en meget nøje sammenhæng mellem de ressourcer, der stilles til rådighed for det psykiatriske sygehusvæsen, navnlig med hensyn til personale og bygningsmæssige forhold, og det behov, der opstår for at anvende tvang over for patienterne. Det forholder sig dog på den ene side næppe således, at man selv med anvendelse af optimale ressourcer ville kunne undgå enhver form for tvang, mens det på den anden side må erkendes, at

den mængde tvang, der i dag benyttes, vil kunne nedbringes i meget betydeligt omfang, hvis ressourcetildelingerne øges.

Brug af fast vagt vil utvivlsomt kunne begrænse brugen af bæltefiksering, navnlig således at den tidsmæssige udstrækning formindskes.

Bestemmelsen i § 16 fastslår, at en patient, der bæltefikseres, skal have fast vagt. Det er hermed navnlig hensigten at betage bæltefiksering noget af den traumatiske effekt, som det kan være forbundet med at blive fikseret og ladet alene uden at have den støtte, som personalet kan yde, jfr. betænkningen s. 430-431. Der opnås herved tillige en sikring af den bæltefikserede imod eventuelle overgreb eller gener fra medpatienter. Hvis der altid skal anvendes fast vagt, vil det også være muligt at overveje, om en plejer eller sygeplejerske, som specielt tager sig af en enkelt urolig patient i et vist tidsrum, eventuelt vil være et egnet alternativ til bæltefiksering. Reglen i § 16 svarer med en sproglig ændring til det udkast, der findes gengivet i betænkningen s. 44.

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

Anvendelse af fysisk magt m.v.

Bemærkninger til § 17.

Spørgsmålet om adgangen til at benytte fysisk magt er omtalt i betænkningen s. 37, 44-45, 288-294 og 323. Medens magtanvendelse forstået som selve det at fastholde en patient og med magt at føre vedkommende til et andet opholdssted ikke tidligere har været reguleret i loven, forekommer det udval-

get rigtigst, at der nu skabes klar lovhjemmel for den magt-anvendelse, som ikke kan undværes.

Overskrides grænserne for lovlig magtanvendelse, er der tale om vold eller ulovlig tvang i straffelovens forstand. Både af hensyn til patienternes og personalets retssikkerhed bør der ikke kunne herske tvivl om, hvilke former for magt-anvendelse, der må forekomme, og i hvilke situationer, med hvilket formål og i hvilket omfang brug af fysisk magt er berettiget.

Det materielle kriterium i stk. 1 er det samme som i § 14, stk. 2, således at lovens betingelser for bæltefiksering og for brug af fysisk magt er identiske. Spørgsmålet om, hvilket middel der skal anvendes i det enkelte tilfælde, må afgøres under iagttagelse af det mindste middels princip, jfr. § 4. Man kan i øvrigt næppe bortse fra, at der ved fortolkningen af kriterierne i § 14, stk. 2, og § 17 også må anlægges en proportionalitetsbetragtning, således at kravene skærpes, jo mere indgribende en foranstaltning, der er tale om. Som nævnt ovenfor i bemærkningerne til § 14, stk. 2, nr. 3, er der ikke hjemmel til at anvende bæltefiksering over for en patient, der f.eks. knuser tallerkener én ad gangen. I et sådant tilfælde vil der imidlertid være hjemmel til at søge at hindre ødelæggelserne ved under anvendelse af den fornødne fysiske magt at fratage den pågældende tallerkenerne eller føre patienten til et andet opholdssted.

I stk. 1, 2. pkt., findes en bestemmelse, der giver hjemmel for at anvende den magt, der er nødvendig for at sikre, at frihedsberøvede patienter ikke forlader afdelingen. Reglen giver bl.a. overlægen ret til at bestemme, at afdelingens yderdøre skal holdes aflåsed. En lukket afdeling er en psykiatrisk afdeling, der har ret til at aflåse yderdøren, og som er beregnet og normeret til at modtage patienter, der skal holdes frihedsberøvede. En lukket afdeling er i praksis ikke altid lukket, men kan i kortere eller længere tidsrum fungere, uden at yderdøren holdes aflåst. Omvendt kan det forekomme, at en ellers åben afdeling må aflåse yderdøren i en

kortere periode for at sikre en bestemt patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Om disse spørgsmål henvises til betænkningen s. 287 og 331-332. Beslutning om at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre skal registreres i tvangsprotokollen med angivelse af tidspunktet for iværksættelse og begrundelse for indgrebet. Se også bemærkningerne til § 18.

I stk. 2 findes en regel om adgangen til at anvende en beroligende indsprøjtning som et egnet middel til at få en meget urolig patient til at falde til ro. Dette kan dels være påkrævet af helbredsgrunde, idet en bedring af patientens tilstand i visse tilfælde forudsætter, at han falder i søvn, dels kan det efter omstændighederne være et mindre vidtgående indgreb at give et beroligende middel om fornødent med magt end at fastholde en patient igennem et ikke helt kort tidsrum eller at bæltefikser patienten. Det må bero på en helt konkret vurdering, hvilket middel der i den givne situation er det mindst indgribende. En beroligende indsprøjtning kræver lægeordination. Når lægen tilkaldes i anledning af en situation, hvor sygeplejepersonalet skønner, at bæltefiksering er nødvendig, må lægen som et led i den beslutning, det tilkommer ham at tage i medfør af § 15, samtidig afgøre, om det i dette tilfælde vil være en mindre indgribende foranstaltning at give patienten et beroligende middel, være sig som indsprøjtning eller på anden lægelig adækvat vis. Patientens egen holdning hertil bør også tillægges betydning. Det vil kræve meget tungtvejende grunde af lægelig art at foretrække at give et beroligende middel som det mindre indgribende middel, hvis patienten giver udtryk for, at han hellere vil bæltefikseres.

Hjemmelen for at anvende den magt, som kan vise sig nødvendig til gennemførelse af tvangsbehandling, findes i § 12, stk. 3. Tvangsmedicinering, hvor indsprøjtninger gives som et led i behandlingsplanen, kan kun ske i henhold til § 12 efter overlægens ordination, hvorimod det, den vagthavende læge har hjemmel til at gøre i henhold til § 17, stk. 2, alene er helt akut i enkeltstående tilfælde at benytte en beroligende indsprøjtning som det mindst indgribende middel, der er egnet til at

løse det foreliggende problem. Lægen bør være til stede, medens en sådan indsprøjtning gives.

Bestemmelsen i stk. 2 omfatter ikke blot **indsprøjtning**, men også andre former for indgivelse af et beroligende middel.

Ud over eller ved siden af den magtanvendelse, som er hjemlet i §§ 14 og 17, gælder den almindelige regel om straffrihed for handlinger, der udføres i lovlig nødværge, jfr. straffelovens § 13, hvilket udvalget ikke har fundet fornødent at nævne i selve lovteksten, dels fordi dette følger direkte af straffeloven, dels fordi der kun sjældent er brug for at anvende denne bestemmelse på psykiatrisk afdeling.

Beskyttelsesfiksering.

Beskyttelsesmidler og anvendelsen heraf er omtalt i betænkningens kapitel 9, navnlig s. 282-283, 286-287, 295-298 og 326-330. Formålet med at anvende en given foranstaltning er som udgangspunkt afgørende for, om et bestemt middel, som bringes i anvendelse mod patientens vilje, skal anses som et tvangsmiddel eller et beskyttelsesmiddel. Ud over formålet tillægges også midlets art en vis betydning ved afgørelsen af, om det er reglerne for tvangsfiksering eller reglerne om beskyttelsesfiksering, der skal følges.

De midler, der må anvendes til tvangsfiksering, er opregnet udtømmende i § 14, stk. 1, og må kun benyttes i de tilfælde, der er omfattet af § 14, stk. 2.

Ved et beskyttelsesmiddel forstås et middel, der benyttes til beskyttelsesfiksering, d.v.s. tvangsforanstaltninger, der udelukkende bringes i anvendelse for at beskytte patienten selv imod, at denne utilsigtet udsætter sit eget legeme for væsentlig fare typisk ved at forsøge at foretage dagligdags handlinger eller udvise en helt almindelig **adfærd**, som vedkommende blot ikke længere er i stand til at udføre uden- at løbe

en væsentlig risiko for at komme til skade, navnlig ved at falde.

Der er således her tale om foranstaltninger, der tjener til at beskytte en person mod visse former for fare eller måske snarere risici, som vedkommende ved sin adfærd udsætter sig selv for, fordi han eller hun befinder sig i en sindstilstand, hvor risikoen ved en vis adfærd ikke erkendes. Det kan skyldes senil demens, men kan også forekomme hos personer, som er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand. Der er tale om et fænomen, som navnlig men ikke kun forekommer hos gerontopsykiatriske patienter. Midler, som anvendes til fiksering i henhold til § 14, d.v.s. bælte, fod- eller håndremme eller handsker, må ikke anvendes til beskyttelsesfiksering, jfr. nedenfor vedrørende sondringen mellem tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering, når midlet er bælte eller rem, der anvendes til fiksering i en seng. Man skal altid følge den strengere regel i § 14, når formålet er afværgelse af de farer, som de i § 14, stk. 2, beskrevne former for adfærd udgør.

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

Sondringen imellem tvangsfiksering med bælte og anvendelse af lagen eller stofrem over dynen som beskyttelsesfiksering i seng kan måske umiddelbart give anledning til en vis tvivl. Udvalget har ikke ment at kunne foreslå den retsteknisk mest enkle og klare løsning, at enhver fiksering i seng uanset det anvendte middel - bælte, stofrem eller lagen - skal behandles som tvangsfiksering i medfør af §§ 14-15. Der vil for et meget stort antal senildemente, konfuse og bevidsthedsslørede patienters vedkommende være behov for, at de søges fast-

holdt i deres seng om natten, uden at betingelserne for tvangsfiksering i § 14, stk. 2, er opfyldt. Hjemmel for at anvende et beskyttelsesmiddel hertil må derfor anses for nødvendig. Bestemmelsen i § 18 omfatter derfor også adgang til efter lægeordination, når andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, at anvende lagen eller en stofrem over dynen for at sikre, at patienten forbliver liggende i sin seng om natten, og når sengeleje i øvrigt er nødvendigt af hensyn til behandling eller hvile.

Sondringen mellem bælte i seng som tvangsfiksering og den foran beskrevne form for beskyttelsesfiksering bygger primært på formålet. Hvis man ved en fiksering vil afværge farer eller risici, som er omfattet af § 14, stk. 2, er der tale om tvangsfiksering, hvorfor betingelserne for og fremgangsmåden i henhold til §§ 14-15 skal overholdes. Hvis der kan være tvivl om, hvorvidt der kan være tale om beskyttelsesfiksering, skal de strengere regler om tvangsfiksering følges. Den form for bælte, hånd- og fodremme eller handsker, der anvendes til tvangsfiksering, må ikke benyttes til beskyttelsesfiksering. Normalt vil de bælte, der anvendes til tvangsfiksering, være af læder.

Det er dog ikke materialets art, men derimod tvangsmidlets art, der er afgørende. Selv om et bælte er af stof, kan det godt være omfattet af § 14. De stofremme og lagner, som er egnede til beskyttelsesfiksering, vil derimod ikke være af en sådan art, at de opfylder de krav, der stilles til et bælte, som skal benyttes til tvangsfiksering.

I medfør af § 19 i lovudkastet fastsætter indenrigsministeren nærmere regler bl.a. om tvangs- og beskyttelsesfiksering og vil herunder f.eks. kunne godkende de bælte og stofremme, som må benyttes ved henholdsvis tvangs- og beskyttelsesfiksering.

Foranstaltningen anses for tvungen, ikke blot når patienten direkte formulerer en protest, men også når vedkommende ved sin adfærd viser, at han eller hun søger at frigøre sig for

det beskyttelsesmiddel, der anvendes. Hvis patienten selv kan frigøre sig og ikke søges hindret heri, foreligger der ikke beskyttelsesfiksering, men et hjælpemiddel.

Aflåsning af afdelingens yderdør eller brug af en lås, som gerontopsykiatriske patienter ikke kan finde ud af at anvende, kan også anses som en tvungen form for beskyttelse. Aflåsning benyttes navnlig, når døren ikke kan lades uaflåst, fordi en eller flere patienter må befrygtes at ville forlade afdelingen og herved vil udsætte sig for betydelig risiko for tilskadekomst i trafikken eller for eventuelt at forkomme, fordi de ikke selv kan finde tilbage til afdelingen. Formålet med aflåsning som beskyttelsesforanstaltning er således forskellig fra det formål, der kan begrunde aflåsning i medfør af § 17, stk. 1, 2. pkt. Når senildemente, konfuse eller bevidsthedsslørede patienter søger til afdelingens yderdør uden at kunne redegøre nærmere for deres hensigt hermed, må overlægen tage stilling til, om dette nødvendiggør aflåsning af yderdøren. Aflåsning kan kun benyttes, når betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Når aflåsning sker, må den eller de patienter, der herved søges forhindret i at forlade afdelingen, artses for frihedsberøvede, forudsat deres adfærd kan siges at indebære en klar og utvetydig begæring om udskrivning, jfr. bemærkningerne til § 10.

Både § 14 og § 18 omfatter adfærd, der er farlig for vedkommende patient selv. Forskellen imellem faren for f.eks. selvlæmlæstelse, som er omfattet af § 14, og faren for at falde og brække en arm eller et ben, som er omfattet af § 18, er ikke blot en normalt kvalitativ forskel, men også at den adfærd, der er omfattet af § 14, er af en sådan art, at den vil udgøre en væsentlig fare for enhver, der udfører den, hvorimod de handlinger, der er omfattet af § 18 typisk kun er farlige, fordi vedkommende ikke længere er i stand til at holde balancen eller til at stå og gå og derfor vil falde, hvis han eller hun rejser sig og prøver at gå. Alle, der dunker hovedet ind i en væg, vil komme mere eller mindre til skade, men kun den, der ikke kan holde balancen, falder, når han rejser sig, og kun den, der har glemt, at det forholder sig så-

dan, gør det. Medens § 14 således omfatter generelt farlige handlinger, er § 18's område den individuelle fare, som normal-adfærd kan udsætte f.eks. en gerontopsykiatrisk patient for.

Beskyttelsesfiksering kræver også lægeordination. Lægen skal efter indstilling fra sygeplejepersonalet ordinære, i hvilket omfang og i hvilke situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må benyttes og samtidig bestemme, hvornår ordinationen skal tages op til fornyet vurdering, hvilket efter de første fire ordinationer dog mindst skal ske hver 4. uge, jfr. § 21, stk. 3.

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

Det påhviler også sygeplejepersonalet at påse, at beskyttelsesfiksering ikke benyttes i videre omfang, end hensynet til patientens sikkerhed kræver, og at spørgsmålet om ændring af ordinationen rejses så snart, der er anledning dertil. Beskyttelsesfiksering skal i videst muligt omfang erstattes af andre foranstaltninger, som giver fornøden sikkerhed. Tilstrækkeligt personale til at tage sig af ikke blot patienternes behov for pleje og omsorg, men også til at tage sig af deres almindelige velbefindende og give dem mulighed for at skifte opholdssted, gå tur og opnå anden form for personlig udfoldelse, er utvivlsomt det middel, der begrænser beskyttelsesfiksering mest effektivt.

Ved vurderingen af, om der er væsentlig fare for, at en patient vil komme til skade, hvis der ikke anvendes beskyttelsesfiksering, må man på den ene side lægge vægt på, hvilken risiko der er for, at en vis skade vil indtræde, det vil sige, hvor høj grad af sandsynlighed er der for, at skaden vil indtræde, og hvor farlig denne skade vil være for patientens helbred, og på den anden side på, hvor intensivt er det tvangsindgreb, der skal til for at afværge skaderisikoen.

Jo mere indgribende beskyttelsesfikseringen er og i jo længere tid den varer, og jo værre det opleves af patienten, jo mere skal der til for at gøre beskyttelsesfiksering berettiget.

Brug af beskyttelsesfiksering kan altid begrænses ved at øge personalet og ved anskaffelse af det mest hensigtsmæssige udstyr og vil i vidt omfang helt kunne undværes, hvis normeringen og den øvrige ressourcetildeling indrettes med henblik på at realisere denne målsætning.

Bemærkninger til § 19.

Indenrigsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering og herunder om adgangen til at foretage aflåsning af yderdøre. Der kan dels blive behov for at udfærdige mere detaljerede forskrifter om disse former for tvangsanvendelse, dels for fastsættelse af mere instruksoriske forskrifter til personalet.

Kapitel 6

Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse.

Bemærkninger til § 20.

Spørgsmålet om registrering af tvangsanvendelse er omtalt i betænkningen s. 336-339. Hensynet til patienternes retssikkerhed kræver, at tvangsanvendelse registreres. Uden et nøje kendskab til, hvornår, hvorfor og nærmere hvordan tvang anvendes, kan man ikke føre kontrol med, om de gældende regler overholdes.

Registreringen medfører, at personalet gennem de tilførsler, der skal foretages i tvangsprotokollen, nødsages til at redegøre for, hvad der er foretaget og begrunde dette. Selve

registreringen kommer til at virke som en løbende konfrontation med egen og kollegers praksis, hvilket giver selvindsigt og en naturlig anledning til også regelmæssigt at vurdere, om den praksis man følger nu også er rigtig, eller om man eventuelt kunne have nøjedes med et mindre vidtgående indgreb.

Den faktiske anvendelse af tvang, være sig tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse eller aflåsning af en ellers åben afdeling, skal i hvert enkelt tilfælde registreres og indføres i tvangsprotokollen, jfr. § 20, stk. 1. For så vidt angår beskyttelsesfiksering har man fundet det tilstrækkeligt, at selve lægeordinationen indføres i tvangsprotokollen for ikke at fylde denne op med en lang række daglige notater. Ordinationsnotatet skal indeholde specifikation af de situationer, hvor beskyttelsesfiksering må bringes i anvendelse, og af de midler, der må benyttes.

Indberetning skal ske både til amtsrådet/Københavns eller Frederiksberg kommune som den ansvarlige sygehusmyndighed, for Rigshospitalets vedkommende til Indenrigsministeriet, og til den myndighed, der fører tilsyn med tvangsanvendelsen på de psykiatriske sygehuse og sygehusafdelinger, jfr. § 36 i flertallets forslag om patientklagenævnets opgaver.

Indberetningernes form, herunder den grad af anonymisering, som er mest hensigtsmæssig, fastsættes af indenrigsministeren, jfr. stk. 2. Indberetningerne skal ikke indeholde andre oplysninger end nødvendigt for tilsynets udførelse. Kendskab til patienternes identitet vil normalt ikke være nødvendig for udøvelse af det generelle tilsyn med tvangsanvendelsen på de enkelte afdelinger.

Udvalget har ikke ment at burde lovfæste regler om, hvilke tilførsler der bør ske til de journaler, der føres af henholdsvis læger og sygeplejepersonale. Det forudsættes dog, at det, der skal tilføres tvangsprotokollen, også er journalpligtigt stof, jfr. lægelovens § 13.

En patient har altid ret til at gøre sig bekendt med, hvad der er tilført tvangsprotokollen om patienten selv. Patientrådgiveren har samme ret for så vidt angår den eller de patienter, som patientrådgiveren er beskikket for.

Bemærkninger til § 21.

I § 21, stk. 1, præciseres det, at det er overlægen, der har ansvaret for, at der ikke anvendes frihedsberøvelse og anden tvang i videre omfang end nødvendigt, både i relation til det mindste middels princip, jfr. § 4, og med hensyn til den tidsmæssige udstrækning af tvangsanvendelsen. Overlægen er ansvarlig for, at der til stadighed føres det fornødne tilsyn hermed. Overlægen skal tilrettelægge arbejdsgangen på afdelingen herefter. Ved den anvendte formulering gives der udtryk for, at det er overlægen, som i tilfælde af klage skal sandsynliggøre, at tvangsanvendelsen ikke kun har været formelt berettiget, men også nødvendig.

§ 21, stk. 2, indeholder en regel om obligatorisk efterprøvelse af, om betingelserne for fortsat tvangstilbageholdelse stadig er opfyldt (reviews). Reglen svarer i sit indhold til § 7, stk. 2, i betænkningens lovudkast.

Overlægen skal altid af egen drift og til stadighed bl.a. påse, at ingen holdes frihedsberøvet i længere tid end nødvendigt. Baggrunden for reglen i § 21, stk. 2, er ønsket om at supplere denne løbende efterprøvelse, som bør ske regelmæssigt, med en mere formaliseret procedure.

Efter reglen skal overlægen i relation til enhver patient, der er frihedsberøvet, på eget initiativ tage spørgsmålet om fortsat frihedsberøvelse op til formel prøvelse med de i bestemmelsen angivne intervaller. Resultatet af denne obligatoriske efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen med en udførlig begrundelse for afgørelsen. Finder overlægen, at betingelserne for fortsat frihedsberøvelse ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks ophæves, jfr. § 11. For det tilfælde, at overlægen finder fortsat frihedsberøvelse

nødvendig, følger det af stk. 2, 2. pkt., at patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten skal underrettes om afgørelsen.

Det bør fremhæves, at den nævnte procedure naturligvis ikke afskærer patienten fra til enhver tid selv at fremsætte begæring om udskrivning, jfr. § 10, stk. 3.

Den formaliserede obligatoriske efterprøvelse skal netop sikre, at spørgsmålet tages op regelmæssigt og uafhængigt af en begæring efter § 10, stk. 3, fra patienten, alt med det formål, at frihedsberøvelsen begrænses til det absolut nødvendige.

Endvidere indeholder § 21, stk. 3, en særbestemmelse for så vidt angår efterprøvelse af ordination af beskyttelsesfiksering. Man har fundet det rigtigt i loven at bestemme den længste tid, en ordination af tvangsmæssig brug af et beskyttelsesmiddel må stå ved magt. For at sikre, at der ikke anvendes beskyttelsesfiksering i videre omfang end påkrævet, foreslås det, at der skal ske en fornyet vurdering henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter den første ordination og herefter mindst hver 4. uge. Sker der ikke fornyet lægeordination på disse tidspunkter, falder beslutningen og hermed hjemmel for at benytte det pågældende beskyttelsesmiddel bort. Det er dog også her hovedreglen, at ingen beskyttelsesforanstaltning må benyttes i længere tid eller i andre tilfælde end strengt påkrævet. Hvis forholdene derfor ændrer sig, påhviler det sygeplejepersonalet straks at give meddelelse herom til lægerne, således at ordinationen kan blive ændret. Der gælder ikke nogen pligt for personalet til fortsat at benytte beskyttelsesfiksering, hvis den er blevet overflødig.

Kapitel 7

Særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehand-
ling.

Bemærkninger til § 22.

Der henvises til betænkningen s. 97 f og 325 samt udkast til lovregler § 8, stk. 8.

Reglerne i §§ 22 og 23 svarer til forslaget i betænkningen, se s. 37-38. Reglerne om psykokirurgi er skilt ud fra afsnittet om tvangsbehandling for tydeligere at markere forbuddet mod at anvende tvang i forbindelse med psykokirurgi.

Et psykokirurgisk indgreb medfører en varig (irreversibel) ændring af hjernens funktion. Bivirkningerne ved sådanne indgreb er alvorlige, idet der dels optræder postoperativ epilepsi hos 15 til 30 % af patienterne, dels udvikler de mere eller mindre udtalt en demenslignende tilstand med følelsesmæssig affladning, mindsket initiativ og aktivitet, ændret holdning til egne normer og nedsat evne til at strukturere livssituationer. Sundhedsstyrelsen har siden 1983 centraliseret udførelse af psykokirurgiske indgreb, således at de kun må foretages på Rigshospitalet. Psykokirurgisk indgreb foretages i stadigt færre og færre tilfælde og er siden 1983 ikke blevet foretaget her i landet.

Selv om psykokirurgiske indgreb som behandlingsform er så godt som ophørt, har udvalget fundet det rigtigt at lovregulere denne form for behandling.

Psykokirurgisk indgreb kræver ikke kun informeret og skriftligt samtykke fra patienten - eller, efter umyndiggørelse, af dennes værge - men tillige forudgående godkendelse fra et lægeråd udpeget af Sundhedsstyrelsen, jfr. § 22. Inden en værge eventuelt skal tage stilling til spørgsmålet om gennemførelse af et psykokirurgisk indgreb, bør denne have lejlighed

til at rådføre sig med overlægen.

Bemærkninger til § 23.

Der henvises til betænkningens kapitel 12 s. 376 ff og s. 37-38.

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

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

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

Kapitel 8

Patientrettigheder.

Bemærkninger til kapitel 8.

I dette kapitel findes reglerne om patientrettigheder, patientrådgivere og om patientmøder og patientråd. Disse spørgsmål er nærmere omtalt i betænkningen i kapitel 10, 14 og 15, henholdsvis s. 340 ff. om tilsynsværge eller patientrådgiver, s. 404 ff. om patienternes medindflydelse og s. 427 ff. om

patientrettigheder. I det sidstnævnte kapitel omtales bl.a. spørgsmål som enestue, opholdsrum, beskæftigelse, undervisning, besøgsforhold, ledsaget udgang, flytning og medindflydelse ud fra synsvinklen, om patienterne bør have ret til at kræve en vis minimumstandard på disse og andre tilsvarende områder.

Bemærkninger til § 24.

Reglen i § 24 skal ses i sammenhæng med programerklæringen § 2, ligesom der henvises til, hvad der i de indledende bemærkninger, pkt. 1.5, nærmere er anført vedrørende spørgsmålet om lovfæstelse af materielle patientrettigheder. Bestemmelsen omfatter direkte kun personer, som er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Det følger af § 41, stk. 3, at de her nævnte patientrettigheder, bortset fra nr. 5 om ledsaget udgang, også skal gælde for personer, der er anbragt i Sikringsanstalten ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, og at de helt eller delvis kan komme til at gælde for patienter, der indlægges i henhold til strafferetlig afgørelse, jfr. § 43.

Medens § 2 i dette lovudkast foreskriver en vis standard - god psykiatrisk sygehusstandard - som det påhviler den ansvarlige sygehusmyndighed, normalt amtskommunen, at tilvejebringe, er denne standard i § 24 sat i relation til nogle bestemte behov, som de frihedsberøvede patienter har med hensyn til enestue, fælles opholdsrum, besøgsrum, beskæftigelse, undervisning, adgang til udendørsophold og ledsaget udgang. Den opregning, der findes i § 24, angiver nogle områder, hvor det må anses for særlig vigtigt, at der nu bliver gjort en indsats for at højne standarden på landsplan med henblik på at skabe tidssvarende forhold.

Der findes nyere psykiatriske sygehusafdelinger, som uden videre må anses for at være i god overensstemmelse med de krav, der med rette kan stilles i dag i henhold til § 24. Det er imidlertid ikke meningen at låse udviklingen fast. Der er tale om en retlig standard, hvis indhold vil ændre sig med tiden. God psykiatrisk sygehusstandard er et relativt begreb,

som dog ikke bør være afhængig af sted, men nok af tid.

Bestemmelsen angiver sammen med § 2, at sygehusmyndigheden skal sørge for, at der er tilstrækkeligt personale, bygninger og andet udstyr til opfyldelse af de krav, som må stilles for at anse god psykiatrisk sygehusstandard for opfyldt, navnlig med henblik på at forebygge tvangsanvendelse.

Medens målsætningen på længere sigt må være tilbud om enestue til alle frihedsberøvede, der ønsker dette, må man med de nuværende bygningsmæssige forhold nøjes med at gøre retten til enestue afhængig af, • om dette er lægelig indiceret, enten af rent behandlings- og helbredelsesmæssige grunde, eller fordi patienten ved at få tilbudt enestue eventuelt kan blive så meget mindre urolig, at brugen af tvangsmidler kan reduceres i ikke ringe omfang.

En lukket psykiatrisk afdeling bør være udstyret med mindst 2 dagopholdsrum ud over gangen, separat besøgslokale, og yde et passende tilbud om beskæftigelse, undervisning og motion 5 dage om ugen samt adgang til mindst 1 times ophold udendørs hver dag, også i week-enden. Se nærmere herom betænkningens s. 331 ff.

Når der er behov for det, bør der være personale til rådighed, som om fornødent kan ledsage en frihedsberøvet patient under udgang.

Hvis de krav, en frihedsberøvet patient med rette stiller i medfør af § 24, således som det eventuelt måtte blive fastslået efter en klagesag, ikke bliver opfyldt, kan patientklagenævnet efter flertallets forslag i § 36, stk. 3, efter omstændighederne træffe bestemmelse om, at den frihedsberøvede skal flyttes til et andet sygehus, om fornødent uden for amtskommunen, hvor der kan tilbydes ophold, der opfylder kravene .

I henhold til stk. 2 bemyndiges indenrigsministeren til at fastsætte nærmere regler til gennemførelse af bestemmelser-

ne om patientrettigheder for **frihedsberøvede** patienter.

Bemærkninger til § 25.

Patientrådgiverne, som skal afløse de nuværende tilsynsværger, er omtalt i betænkningens kapitel 10 s. 340-354.

Bestemmelsen angiver, hvornår beskikkelse skal ske. Det er hensigten at sikre omgående, automatisk beskikkelse i alle tilfælde af frihedsberøvelse og tvangsbehandling, fordi behovet for hurtig patientrådgiverbistand her føles særlig stærkt.

Beskikkelse af patientrådgiver skal således ske, uden at der fremsættes nogen begæring herom i alle tilfælde af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse eller tvangsbehandling.

Ved anden form for tvangsanvendelse, d.v.s. tvangsfiksering, jfr. § 14, fysisk magtanvendelse eller beskyttelsesfiksering, jfr. §§ 17 og 18, skal der kun beskikkes en patientrådgiver, hvis patienten selv fremsætter begæring herom. Beskikkelsen er ikke fakultativ i den forstand, at det tilkommer den vagt-havende sygeplejerske eller andre at skønne over, om begæringen er mere eller mindre velbegrundet. Når en begæring er fremsat af patienten selv, skal beskikkelse straks finde sted.

Bestemmelsen i stk. 2 indeholder en beskrivelse af de vigtigste dele af patientrådgiverens arbejde. Patientrådgiveren er ikke værge for patienten og normalt ikke beføjet til at handle på egen hånd uden patientens samtykke, men skal handle i samråd med patienten, rådgive og vejlede denne samt yde fornøden bistand ved gennemførelse af eventuelle klager.

Da frivillighed altid bør gå forud for tvang, er det en central del af patientrådgiverens arbejde at søge at give patienten en sådan indsigt og forståelse, at udsigten til, at patienten vil medvirke frivilligt til gennemførelse af den nødvendige behandling under fortsat ophold på psykiatrisk afdeling, bliver bedst mulig. Om informeret samtykke henvises til betænkningens kapitel 11, s. 355 ff.

Bemærkninger til § 26.

I § 26 findes reglerne om, hvorledes patientrådgiveren beskikkes til hvervet. Om hvervets ophør se § 29.

Hvervet som patientrådgiver kan ikke forventes udført, som det bør, hvis man skal bygge alene på frivillige rekrutteret blandt familiemedlemmer, pårørende og nære venner til patienterne. Det viser de erfaringer, som man har gjort med den eksisterende tilsynsværgeordning. Der henvises herom til betænkningen s. 341-342.

Det foreslås i stedet, at man indfører en ordning med en kreds af faste patientrådgivere, der antages efter ansøgning blandt personer, som må anses for egnede både fagligt og personligt. De bør antages med pligt til at udføre arbejdet på deltid, normalt ikke over 4-6 timer pr. uge. Hvervet bør honoreres med en timebetaling, som giver kompensation for eventuelt tab af arbejdsfortjeneste.

Patientrådgiverne tænkes navnlig rekrutteret fra personale med ansættelse i sundheds- og socialsektoren i vid forstand. Også andre interesserede bør dog kunne komme i betragtning f.eks. præster, psykologer, lærere og andre, der må anses for særligt egnede.

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

Patientrådgiverne er ikke sygehuspersonale og skal være uafhængige af såvel overlægen som sygehusets administrative ledelse. Kompetencen til at antage patientrådgiverne foreslås

derfor tillagt statsamtmanden, i København overpræsidenten, under hvem de også bør høre med hensyn til aflønning.

Hver afdeling udstyres med en liste over patientrådgivere, som er antaget til hvervet. I det enkelte tilfælde sker beskikkelse ved, at den vagthavende sygeplejerske fra den nævnte liste udtager den patientrådgiver, som står for tur. Den vagthavende sygeplejerske iværksætter straks beskikkelse i det enkelte tilfælde, normalt ved telefonisk underretning til patientrådgiveren om indgrebet, medmindre meddelelsen kan gives direkte til patientrådgiveren, fordi denne tilfældigvis befinder sig på afdelingen i anden anledning.

Fremsætter patienten begæring om at få en anden patientrådgiver, som er optaget på fortegnelsen, beskikket, skal en sådan begæring så vidt muligt tages til følge. Begæringen kan f.eks. skyldes ønsket om at få en bestemt patientrådgiver, men kan også skyldes, at patienten føler, at der er opstået et modsætningsforhold til patientrådgiveren. Da formålet med at beskikke patientrådgivere er at yde patienterne støtte, er det vigtigt, at patienten har tillid til patientrådgiveren.

Begæring om at få en bestemt eller blot en anden patientrådgiver beskikket kan fremsættes dels i forbindelse med den første beskikkelse, der skal ske i henhold til § 25, stk. 1, når et vist tvangsindgreb iværksættes, dels på et senere tidspunkt som et ønske om at få den allerede beskikkede patientrådgiver udskiftet med en anden. Hvis patienten holder sig inden for den kreds af personer, der står opført på fortegnelsen over faste patientrådgivere, behandles begæringen i medfør af stk. 3 og ellers i medfør af stk. 4. Udskiftning af en allerede beskikket patientrådgiver med en anden fra listen skal dog kun tages til følge, når dette er rimeligt begrundet. Afgørelsen herom træffes af overlægen. Eventuelt afslag kan påklages til statsamtmanden, der træffer den endelige administrative afgørelse.

Medens afdelingens beskikkelse i henhold til stk. 2 altid skal

ske i henhold til listen over faste patientrådgivere, kan andre end disse godt beskikkes som patientrådgiver af statsamtmanden i henhold til patientens udtrykkelige begæring, jfr. **stk. 4.** Ved vurderingen af, om en sådan begæring bør tages til følge, bør der lægges vægt på, om begæringen er rimeligt begrundet, herunder om den, der ønskes beskikket, kan anses for egnet til hvervet. Nære pårørende til patienten og dennes venner kan meget vel være de eneste, som patienten har tillid til, hvilket selvsagt er en væsentlig, om end ikke i sig selv tilstrækkelig betingelse for beskikkelse. Ved patientrådgivere valgt af patienten fra familiens kreds og blandt andre pårørende og venner kan man ikke stille krav om særlig indsigt eller kendskab til de forhold, som de faste patientrådgivere forudsættes at have erhvervet sig, men derimod nok om en umiddelbar forståelse for, hvad hvervet indebærer. Der må heller ikke foreligge interessemodsætninger, som patienten eventuelt ikke selv er tilstrækkelig opmærksom på.

Patientens begæring om at få beskikket en person som patientrådgiver, som ikke står på fortegnelsen, skal imødekommes, medmindre dette er utilrådeligt. Et eventuelt afslag kan påklages til Justitsministeriet.

Bemærkninger til § 27.

Det følger af reglen i stk. 1, at patientrådgiveren snarest muligt efter., at han eller hun er blevet underrettet om beskikkelsen, skal opsøge patienten. Første besøg skal **aflægges inden** 24 timer. Underretning om beskikkelsen vil typisk blive givet telefonisk, men vil efterfølgende blive bekræftet skriftligt. Under denne første samtale med den vagthavende sygeplejerske vil patientrådgiveren navnlig modtage oplysning om patientens identitet, helbredstilstand, baggrunden for indlæggelsen og om, hvilket tvangsindgreb der er tale om samt begrundelsen for dets anvendelse. Patientens øjeblikkelige tilstand og reaktioner vil også blive oplyst. Det er ikke mindst disse forhold, som må være afgørende for, om patientrådgiveren straks bør indfinde sig, eller om det eventuelt er mere hensigtsmæssigt først at indfinde sig senere., f.eks.

fordi patienten har fået en beroligende indsprøjtning og ikke vil være i stand til at føre en samtale før nogle timer senere.

Besøg bør aflægges efter behov. Først og fremmest når patienten ytrer ønske herom, men også når personalet anser det for nyttigt. Besøg bør altid aflægges mindst een gang om ugen, så længe en patient er frihedsberøvet eller undergivet andre tvangsforanstaltninger, som har medført, at der er beskikket en patientrådgiver.

Der er i betænkningen s. 351-352 foretaget en forsigtig beregning af det tidsforbrug, som patientrådgiverordningen under visse nærmere forudsætninger må antages at ville medføre.

Det er imidlertid vanskeligt at foretage en realistisk opgørelse, da man hverken kender det antal personer, som vil blive omfattet af nyordningen, eller det antal besøg og disses varighed, som vil blive resultatet af denne.

Hvis man således som lovudkastet nu er udformet, imidlertid regner med et samlet tidsforbrug på 12.000 timer, og hvis man sætter det gennemsnitlige timetal, som en patientrådgiver kan påtage sig, til 4 om ugen, svarer det, hvis man regner med 40 arbejdsuger på et år, til ca. 160 timer om året for hver patientrådgiver. Hvis timerne fordeles jævnt, hvad de ikke fuldt ud kan, vil der blive behov for at antage 75 patientrådgivere på landsplan. Det må herefter være rimeligt at skønne, at der ikke vil blive behov for at antage mere end ca. 100 patientrådgivere i alt.

Bestemmelsen fastslår i stk. 2, at patientrådgiveren har ret til fri og uhindret forbindelse med den patient, for hvem han eller hun er beskikket som rådgiver. Patientrådgiveren har ret til at komme på afdelingen og kan når som helst aflægge besøg alene med de begrænsninger, som igangværende behandling nødvendigvis må sætte. Patientrådgiveren og patienten har også ret til at holde sig i telefonisk forbindelse med hinan-

den og kan ikke henvises til kun at benytte brevveksling.

Bemærkninger til § 28.

Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt. Det er disse modstridende hensyn, som er søgt afbalanceret over for hinanden ved udformningen af reglen i § 28, stk. 1.

Patientrådgiveren har ret til at modtage alle oplysninger af lægelig, behandlingsmæssig og personlig art om patienten. Efter forvaltningslovens § 28, stk. 1, er udgangspunktet, at sensitive informationer såsom bl.a. oplysninger om helbredsforhold ikke må videregives til en anden forvaltningsmyndighed. Efter forvaltningslovens § 28, stk. 2, nr. 2, gælder dette dog kun, når ikke andet bestemmes ved lov. Efter § 28, stk. 2, nr. 4, kan videregivelse også ske, når videregivelse er et nødvendigt led i sagens behandling eller er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- eller kontrolopgaver. Udvalget har fundet det nødvendigt at medtage en udtrykkelig bestemmelse vedrørende spørgsmålet om, i hvilket omfang patientrådgivere skal have meddelt de oplysninger, der er nødvendige for at udføre hvervet, idet anvendelsen af de nye regler i forvaltningsloven ellers ville kunne give anledning til en vis tvivl i relation til patientrådgiverordningen.

Patientrådgiveren bør ikke have informationer som af lægelige grunde ikke meddeles patienten. Patienten og patientrådgiveren bør i denne henseende stilles lige, således at patientrådgiveren altid kan sige alt det til patienten, som han eller hun har fået oplyst af læger og sygeplejepersonale, hvilket kan være nødvendigt, hvis patienten skal bevare tilliden til patientrådgiveren.

Overlægen er forpligtet til at give patientrådgiveren de op-

lysninger, som er nødvendige, for at patientrådgiveren kan varetage sit hverv. Det må også gælde, selv om patienten direkte modsætter sig dette, da patientrådgiverordningen ellers kan sættes ud af kraft af den enkelte patient, hvilket ud fra en generel retssikkerhedsmæssig betragtning må forekomme betænkeligt. Hvis en sådan situation opstår, bør overlægen dog altid søge afklaret, om beskikkelse af en anden patientrådgiver eventuelt vil ændre patientens holdning til spørgsmålet og i givet fald rejse sag herom.

Medens patientrådgiveren uanset patientens eventuelle modstand må have adgang til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen, jfr. bemærkningerne til § 20, finder udvalget det rigtigst, at patientrådgiverens adgang til aktindsigt i patientens journal må kræve et samtykke fra patienten, jfr. offentlighedslovens § 9 og Indenrigsministeriets vejledning af 5. november 1986 om aktindsigt i sygehusjournaler. Udvalget er opmærksom på, at der kan forekomme tilfælde, hvor det på grund af patientens psykiske tilstand vil være forbundet med vanskeligheder at indhente et sådant samtykke.

Det er ikke tanken, at kommunikationen mellem patientrådgiveren og lægerne og sygeplejepersonalet skal foregå skriftligt. Man bør undgå enhver unødigt formalisering. Normalt vil mundtlig besvarelse af patientrådgivernes spørgsmål være fuldt tilstrækkelig til opfyldelse af formålet. Kun egentlige klager fra patientens side bør normalt afgives og besvares skriftligt.

Som et naturligt modstykke til de fortrolige oplysninger, patientrådgiverne modtager, har de tavshedspligt efter de gældende regler i forvaltningslovens § 27 og straffelovens § 152. En udtrykkelig bestemmelse herom ville derfor være overflødig.

Bemærkninger til § 29.

Hvervet som patientrådgiver ophører samtidig med det tvangsindgreb, som har udløst beskikkelsen. Patientrådgiveren skal

dog færdiggøre påbegyndt arbejde ved fortsat at yde bistand til gennemførelse af klager, der allerede er indgivet, eller som iværksættes samtidig med, at tvangsindgrebet ophører.

Bemærkninger til § 30.

I § 30 bemyndiges justitsministeren til at udfærdige nærmere regler om antagelse af patientrådgivere, deres opgaver og beføjelser samt honorar.

For at give patientrådgiverne det fornødne grundlag for deres virke skal der centralt afholdes kurser, hvor såvel gældende regler som praksis gennemgås. Det påhviler justitsministeren at træffe de hertil nødvendige foranstaltninger, herunder at udarbejde en vejledning for patientrådgivere om deres arbejde og dets nærmere udførelse.

Patientråd.

Bemærkninger til § 31.

Patientråd og afholdelse af patientmøder på de enkelte afdelinger er omtalt i betænkningens kapitel 14, s. 404 ff.

Den medindflydelse, som patienterne tillægges, har betydning både for patienternes følelse af eget værd og for personalets holdning til patienterne. Patienternes medindflydelse må endvidere tillægges vægt som en kontrolforanstaltning, der kan medvirke til at forebygge eventuelt misbrug.

Der er ikke tvivl om, at det, som det også er påpeget i en række høringssvar, vil være lettere at få en ordening med regelmæssig afholdelse af patientmøder og oprettelse af et patientråd til at fungere for de grupper af patienter, der er indlagt igennem nogen tid, end for korttidsindlagte.

Patientråd vil ikke umiddelbart give nogen større mulighed for reel medindflydelse for akut indlagte patienter med kort tids ophold på psykiatrisk afdeling. Man må dog herved erin-

dre, dels at deltagelse i afdelingens patientmøder står åben for alle, der den dag er indlagt, hvilket giver korttids-indlagte patienter mulighed for at rejse spørgsmål og kritik, som andre kan følge op, dels vil den generelt positive virkning, som oprettelse af patientråd må antages at medføre, komme alle indlagte til gode, også de korttids-indlagte.

For ikke at skabe for store praktiske vanskeligheder for denne nyordnings gennemførelse foreslås det, at den legale forpligtelse begrænses til et krav om, at der enten indføres patientråd for hele det psykiatriske sygehus eller dog afholdes patientmøder på de enkelte psykiatriske afdelinger, hvor dette må anses for mest hensigtsmæssigt.

En ordning med formaliseret patientindflydelse har ikke direkte noget med frihedsberøvelse og tvangsanvendelse at gøre. Men netop for det mindretal af patienter, der undergives en eller anden form for tvang, er det særlig betydningsfuldt, at der hersker gode forhold på sygehuset. Det drejer sig om, at tvang anvendes så lidt som muligt og under nøje overholdelse af reglerne, samt om at tvang udøves så skånsomt som muligt og uden at forvolde nogen unødigt krænkelser, jfr. § 4, stk. 3. Overholdelse af disse og andre regler forudsætter imidlertid, at personalet har de rigtige holdninger til patienterne, og det er i denne sammenhæng, man bør se betydningen af patientmøder og patientråd for de patienter, der undergives frihedsberøvelse eller anden form for tvangsanvendelse.

Ordningens indførelse foreslås gjort obligatorisk, da der er tale om en del af den faktiske retsbeskyttelse, som ydes patienterne. Reglernes nærmere indhold fastsættes af indenrigsministeren. Der henvises til det udkast til regler, som er gengivet i betænkningen s. 423-426.

Kapitel 9

Underretning og klagevejledning m.v.

Bemærkninger til. kap i tel 9 om underretning og klagevejledning m.v.

Dette kapitel er nyt i forhold til udkast til lovregler i principbetænkningen, men det består i vidt omfang af regler fra betænkningensudkastet.

§ 32 svarer med enkelte sproglige ændringer til § 3, stk. 2, i udkastet til lovregler i betænkningen. Underretning som nævnt i § 32, stk. 1, kan i særligt hastende tilfælde undlades ved anvendelse af tvangsmidler og fysisk magt, jfr. stk. 2. Der tænkes herved på de akutte situationer, hvor tvang anvendes for at afværge mere overhængende fare. I sådanne tilfælde ville det være urealistisk og efter omstændighederne uforsvarligt, hvis underretningspligten i stk. 1 skulle opfyldes, før indgrebet kunne foretages.

§ 33, stk. 1, indeholder en regel om klagevejledning. Forvaltningslovens regler om klagevejledning gælder kun for afgørelser, der meddeles skriftligt. Det er derfor nødvendigt at medtage en udtrykkelig bestemmelse, såfremt en sådan pligt til at vejlede om klageadgang, uden at patienten har forespurgt herom, ønskes lovfæstet. Der er ikke i bestemmelsen taget stilling til, hvornår klagevejledningen skal gives. Dette må nærmere fastsættes i de regler, der i medfør af § 34 udfærdiges af justitsministeren. Dog skal klagevejledning altid gives, før beslutning om tvangsbehandling effektueres, såfremt der er mulighed for opsættende virkning, jfr. § 33, stk. 3.

En udnyttelse af klageadgangen har i almindelighed ikke opsættende virkning, § 33, stk. 2. Dog gælder der en særregel ved tvangsbehandling, jfr. § 33, stk. 3, der svarer til § 8, stk. 4, i udkastet til lovregler i betænkningen.

Kapitel 10

Klageadgang og domstolsprøvelse.

Klageordning og domstolskontrol er omtalt i betænkningen i henholdsvis kapitel 16, s. 439 ff. og kapitel 19, s. 516 ff.

Der er i udvalget enighed om, at det ikke i sig selv kan anses for ønskeligt at indføre særlige klageorganer og andre særordninger for de psykiatriske patienter. Hvis de regler, der gælder eller som kommer til at gælde for det øvrige sygehusvæsen, indeholder tilstrækkelige retsgarantier, bør de finde anvendelse på alle patientklager. Ved vurderingen af, om retsgarantierne i det almindelige klagesystem er tilstrækkelige, må man lægge afgørende vægt på, at der for nogle af de psykiatriske patienter bliver tale om frihedsberøvelse, tvangsbehandling og anden form for tvangsanvendelse, hvilket stiller ekstraordinært store krav med hensyn til retssikkerhed.

Da den klageordning, der skal gælde inden for sundhedsvæsenet som sådant, for tiden er til behandling i Folketinget i forbindelse med forslag til lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse - oprettelse af sundhedsvæsenets patientklagenævn - har udvalget måttet træffe sit valg på grundlag af det lovforslag, der er fremsat. Udvalget har her delt sig i et flertal og et mindretal svarende til det, der blev resultatet, da betænkningen blev afgivet. Flertallet og mindretallet har også samme sammensætning. Der henvises til de begrundelser, der er gengivet i betænkningen s. 461, s. 469-471, for så vidt angår flertalsindstillingen og s. 471-474 for så vidt angår mindretalsindstillingen.

Flertallets forslag.

Bemærkninger til § 35.

Bestemmelsen indeholder reglerne om oprettelse af lokale patientklagenævn, mindst eet i hver amtskommune og i henholds-

vis Københavns og Frederiksberg kommuner.

Flertallet har lagt afgørende vægt på, at der oprettes lokale nævn, som kan fungere hurtigt og smidigt, og har derfor begrænset antallet af medlemmer til tre. Af hensyn til de amtskommuner, som har meget store psykiatriske sygehuse eller flere af dem og eventuelt derudover psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse, kan det meget vel vise sig at være hensigtsmæssigt, at der oprettes flere patientklagenævn i amtskommunen. Reglen i **stk. 1, 1. pkt.**, indeholder hjemmel herfor.

Nævnsmedlemmerne beskikkes af justitsministeren for 4 år ad gangen.

I lyset af de indkomne høringssvar foreslås det, at nævnets formand og en eller flere næstformænd skal være dommere. Der er tale om sager, der vedrører frihedsberøvelse og anden tvang, hvilket må tillægges en særlig vægt også ved nævnets sammensætning. Med en uafhængig dommer som formand vil sagsbehandlingen ved nævnet blive mødt med større tillid, og nævnets afgørelser blive tillagt mere vægt.

De to andre medlemmer vil hver med deres indsigt og erfaring som henholdsvis læge og som repræsentant for de sindslidende bidrage til at sikre en mere alsidig og indgående bedømmelse af klagesagerne.

Bemærkninger til § 36.

Patientklagenævnets saglige kompetence omfatter klager over frihedsberøvelse, tvangsbehandling, forsøgsbehandling og anden tvangsanvendelse, d.v.s. tvangsfiksering, magtanvendelse og beskyttelsesfiksering.

Uden for patientklagenævnets kompetence falder afgørelser om frihedsberøvelse efter reglerne i kapitel 11 og 12 om de ekstraordinært farlige personer og personer, der er indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse.

I medfør af stk. 2 er patientklagenævnet beføjet til af egen drift at tage en sag op til undersøgelse, når nævnet finder anledning hertil. Uden denne kompetence begrænses nævnets hand- lefrihed i en sådan grad, at det må forekomme betænkeligt. Nævnet kan også udbede sig oplysning om den praksis, man føl- ger på de forskellige psykiatriske afdelinger i amtskommunen for bedre at kunne foretage sammenligninger. Endelig kan næv- net aflægge uanmeldte besøg på de psykiatriske afdelinger for at føre tilsyn med de forhold, som har forbindelse med tvangs- indlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling samt tvangs- og beskyttelsesfiksering, som er nævnets primære ar- bejdsområde. Nævnet kan som led heri kræve sig tvangsproto- kollen forelagt og udbede sig supplerende oplysninger. Næv- net forudsættes at prioritere de uanmeldte besøg særlig højt for så vidt angår de afdelinger, hvor der ligger gerontopsy- kiatriske patienter og andre, der har særlig vanskeligt ved selv at fremsætte begæring, gøre indsigelse og klage.

I medfør af stk. 3 kan nævnet efter begæring bestemme, at en patient, som ikke får opfyldt de krav, der kan stilles i hen- hold til § 16 og § 24, stk. 1, nr. 1-5, skal flyttes til en anden afdeling, hvor dette er muligt, om fornødent til en af- deling i en anden amtskommune.

Bemærkninger til § 37.

Reglen indeholder de forskrifter, der skal gælde om sagsbe- handlingen i patientklagenævnet. Klager kan fremsættes over for overlægen eller indgives direkte til patientklagenævnet. Når 'sygehusmyndigheden bliver bekendt med, at der er indgi- vet en klage, skal sagens akter, herunder en udskrift af det, der er tilført tvangsprotokollen om det, der klages over, en kopi af eventuelle indlæggelsespapirer og en erklæring fra overlægen hurtigst muligt fremsendes eller overbringes til patientklagenævnet. Hvis nævnet ønsker yderligere oplysnin- ger, træffer nævnet selv foranstaltning hertil. Det kan f.eks. dreje sig om supplerende lægelige oplysninger eller en udta- lelse fra afdelingens sygeplejepersonale eller enkelte per- soner blandt dette, hvis der klages over enkeltpersoner.

Parter i sagen er sygehusmyndigheden og patienten. For at undgå en unødigt belastning af forholdet mellem læge og patient anses overlægen derimod ikke som part. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. Patienten kan kun udelukkes, helt eller delvis, fra at deltage i forhandlingerne, hvis deltagelse vil udsætte patientens helbred for væsentlig fare, hvilket kun sjældent vil være tilfældet. Hvis dette gøres gældende fra sygehusmyndighedens side, må der fremlægges lægelig dokumentation herfor.

Overlægen og eventuelt tillige andre repræsentanter for sygehusmyndigheden har ligeledes ret til at overvære og deltage i forhandlingerne i patientklagenævnet, men ikke i nævnets votering. I voteringen deltager kun nævnets formand og de to andre medlemmer. Nævnets sekretær har dog lov til at overvære voteringen.

Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Det bør i praksis betyde normalt inden 14 dage efter klagens modtagelse. Nævnet bør mødes mindst een gang hver uge og i det faste ugentlige møde afgøre de sager, der er indkommet. Hvis 14-dages-fristen undtagelsesvis ikke kan overholdes, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren, normalt skriftligt, om grunden hertil og om, hvornår afgørelsen kan forventes truffet. I den patientvejledning, som bør udfærdiges om de nye regler, vil det formentlig være hensigtsmæssigt at nævne, at det er tidsbesparende at indgive klagen direkte til overlægen, således at denne fremsender klagen til patientklagenævnet bilagt de fornødne oplysninger, herunder overlægens egen udtalelse, da man herved sparer en høring.

Bemærkninger til § 38.

Klage over nævnets afgørelser vedrørende frihedsberøvelse indbringes efter begæring for domstolene ved nævnets foranstaltning. Sagerne behandles her ved byretten i henhold til retsplejelovens kapitel 43 a om administrativt bestemt frihedsberøvelse, jfr. § 38, stk. 1.

Det følger af retsplejelovens § 470, stk. 1, at man under sagens behandling i retten anser den, om hvis frihedsberøvelse der er rejst sag, den der handler på hans vegne og den besluttede myndighed som parter. Ved besluttende myndighed forstås i denne forbindelse sygehusmyndigheden, normalt amtskommunen, som arbejdsgiver for den overlæge, der i medfør af § 9, stk. 2, eller § 10, stk. 3, har truffet bestemmelse om frihedsberøvelse. Herved bliver sygehusmyndigheden både part under sagens behandling ved patientklagenævnet og ved en eventuel efterfølgende domstolsprøvelse af frihedsberøvelsens lovlighed, hvilket må foretrækkes frem for, at patientklagenævnet skulle optræde som part ved domstolsbehandlingen.

Klager over andre forhold - anden tvang end frihedsberøvelse - kan som anden instans indbringes for det centrale patientklagenævnet, som må forventes oprettet, hvis regeringens forslag til en ny lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. vedtages, jfr. § 38, stk. 2.

Bemærkninger til § 39.

I lighed med den nugældende lovs § 9, stk. 4, foreslås det, at der i loven indsættes en regel, som sætter en grænse for, hvor hurtigt en patient kan kræve en fornyet prøvelse af berettigelsen af, at han eller hun fortsat er tvangstilbageholdt. Efter 1938-loven er fristen 4 måneder. Har sagen været indbragt for retten, regnes denne frist fra rettens afgørelse. Man skal herved være opmærksom på, at retten ikke blot påkender spørgsmålet, om betingelserne for tvangstilbageholdelse var opfyldt, da der blev truffet beslutning herom, men tillige om betingelserne for tvangstilbageholdelse stadig er til stede, når retten påkender sagen. Det foreslås, at denne frist nu fastsættes til 2 måneder.

Bemærkninger til § 40.

Reglen foreskriver, at det er amtskommunen, henholdsvis Københavns og Frederiksberg kommuner, som skal sørge for sekre-

tariatsbistand til det eller de patientklagenævn, der nedsættes, og afholde de hermed forbundne udgifter. For Rigshospitalets vedkommende er det Indenrigsministeriet, der har disse opgaver.

Mindretallets forslag.

Bemærkninger til § 35.

Sager vedrørende frihedsberøvelse skal uden forudgående administrativ klagesagsbehandling indbringes direkte for domstolene ved byretten som første instans. Det giver den hurtigste sagsbehandling og sikrer samtidig en kvalificeret og uafhængig afgørelse også i første instans.

En forudgående bedømmelse foretaget af en administrativ myndighed eller et nævn er i en række høringssvar blevet opfattet som et forsinkende mellemlid i forhold til den endelige afgørelse ved domstolene. Det er ikke særlig ønskeligt, at der anvendes ressourcer og tid på en administrativ sagsbehandling forud for domstolsprøvelsen, hvis denne alligevel skal til.

Hensynet til retssikkerheden og de retsgarantier, der bør omgive enhver frihedsberøvelse, gør det ønskeligt, at klager over frihedsberøvelse altid efterprøves af domstolene. Det er derfor på dette område ikke, som så ofte ellers, et mål i sig selv at søge at aflaste domstolene ved en forudgående enklere, hurtigere og dermed også billigere administrativ sagsbehandling, som i en række ukomplicerede tilfælde kan gøre domstolsprøvelse overflødig. Frihedsberøvelse er et så alvorligt indgreb, at den grundlovssikrede ret til domstolsprøvelse også bør være den praktiske hovedregel i alle klagesager.

Domstolenes uafhængighed giver garanti for en fuldstændig upartisk efterprøvelse, og domstolsprocessen giver de bedste muligheder for en grundig og dybtgående efterprøvelse.

Sagerne behandles ved byretten som første instans i henhold

til reglerne om administrativt bestemt **frihedsberøvelse** i retsplejelovens kapitel 43 a. Byretternes domme i disse sager kan ankes til vedkommende landsret, jfr. retsplejelovens § 475. Ankefristen er 4 uger. Anke iværksættes ved den blotte meddelelse herom til byretten. Det påhviler i medfør af retsplejelovens § **469**, stk. 2, den for sygehuset ansvarlige myndighed inden 5 søgnedage efter, at klagen er rejst, at indbringe sagen for byretten ledsaget af de fornødne oplysninger, lægeerklæring, redegørelse for klagen m.v. Parter i sagen er sygehusmyndigheden og patienten, jfr. retsplejelovens § 470, stk. 1.

Der er blandt alle udvalgets medlemmer enighed om, at disse sager bør fremmes med størst mulig hast ved domstolene. Det vil for at opnå dette resultat kunne være praktisk, at der inden en kortere frist på f.eks. 7 dage efter, at sagen er indbragt for retten, afholdes et forberedende retsmøde. I et sådant forberedende retsmøde, hvor patienten og patientrådgiveren også bør være til stede, kan retten sammen med parterne og deres advokater tage stilling til, hvilke yderligere oplysninger der skal tilvejebringes, førend sagen kan berammes til domsforhandling.

Vedrørende spørgsmålet om værneting henvises til betænkningen s. 531. Det vil efter udvalgets opfattelse være hensigtsmæssigt at ændre retsplejelovens § 469, således at disse sager, så længe patienten ikke er udskrevet, behandles ved byretten i den retskreds, hvor sygehuset ligger, og ikke ved byretten der, hvor patienten har sin bopæl. En sådan regel vil sikre umiddelbar bevisførelse ved den dømmende ret og spare tid for parter og vidner, som normalt alle vil have kortere afstand til byretten i den retskreds, hvor sygehuset ligger, end til patientens hjemting.

Bemærkning_e_r til § 36.

Klager over anden tvangsanvendelse end tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse skal ikke behandles ved domstolene, men bør i lighed med andre klager inden for sygehusvæsenet behand-

les efter det regelsæt, som findes i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

Klagerne indgives direkte til patientklagenævnet. Afgørelserne træffes af det centrale patientklagenævn, hvor man af praktiske grunde eventuelt kan lade en af formændene have ansvaret for de psykiatriske klagesager, således at der opstår et særskilt kendskab til dette område i formandskabet.

Efter mindretallets opfattelse bør der ikke tillægges klagenævnet en kompetence svarende til den, som flertallet har foreslået, jfr. flertalsindstillingen § 36, stk. 2 og 3. Nævnet har ikke selvstændige tilsynsfunktioner, men kan anmode Sundhedsstyrelsen om som tilsynsmyndighed at undersøge forhold, som har forbindelse med de sager, som nævnet behandler, og som nævnet måtte ønske en nærmere undersøgelse af. I øvrigt afgiver nævnet en årlig redegørelse til indenrigsministeren, og også i den forbindelse vil nævnet kunne henlede opmærksomheden på eventuelle kritisable forhold, hvilket vil kunne give anledning til nærmere undersøgelse.

De afgørelser, det centrale patientklagenævn træffer, kan dels indbringes for Folketingets Ombudsmand, dels som andre administrative afgørelser efterprøves af domstolene, men der vil under en civil retssag anlagt af en klager ikke gælde nogen udvidet adgang til domstolsprøvelse af det administrative og lægelige skøn, som altid indgår som et led i disse afgørelser.

Kapitel 11

Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært **farlige personer**.

Bemærkninger til §§ 41 og 42.

Bestemmelserne, der regulerer adgangen til at afsige de såkaldte farlighedsdekreter, svarer med sproglige ændringer til § 10 i principbetænkningens udkast til lovregler. Spørgsmå-

let er mere udførligt behandlet i betænkningens kapitel 8, s. 258 ff., hvortil der i det hele henvises.

Udvalget har overvejet, om denne regel bør flyttes til et andet regelsæt, eventuelt til en selvstændig lov om Sikringsanstalten ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland til afløsning af lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindsygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland. Som lovforslaget nu fremtræder, kan det anføres, at reglerne om farlighedsdekret egentlig ikke hører hjemme i loven.

Bestemmelserne svarer til den nugældende lovs § 10, bortset fra en sproglig præcisering, og tænkes ikke anvendt i videre omfang end efter nugældende praksis. Det har i perioden 1974-1984 drejet sig om ikke over 8 og i gennemsnit kun 3 tilfælde om året. Da sikringsanstalten alene modtager mænd, er der i praksis ikke nogen mulighed for at anvende disse bestemmelser på kvinder, hvilket der heller ikke hidtil har været et sådant behov for, at dette har kunnet begrunde oprettelse af tilsvarende sikret institution for kvinder.

Reglen kan kun bringes i anvendelse rent undtagelsesvis og kun over for sindssyge personer, der er ekstraordinært farlige for andre. Reglen omfatter kun personer, der er aktuelt sindssyge, d.v.s. der skal foreligge psykose på det tidspunkt, hvor farlighedsdekretet afsiges. Selv om man fortsat må foretrække, at der gennemføres strafferetlig forfølgning, hvor dette efter den udviste adfærd findes påkrævet, er der utvivlsomt behov for i et begrænset antal tilfælde meget hurtigt at kunne overføre virkeligt farlige sindssyge fra psykiatrisk sygehusafdeling eller fra en af kriminalforsorgens institutioner til sikringsanstalten.

Det hidtidige kriterium - fare for retssikkerheden - er ikke specifikt, men angiver kun det, der er hovedsigtet med bestemmelsen. Udvalget har efter at have gennemgået praksis ikke fundet anledning til, hverken helt eller delvis, at tage afstand fra denne, men har af principielle grunde fundet det rigtigst i loven at søge at præcisere, hvornår frihedsberø-

velse i form af anbringelse på sikringsanstalten kan finde sted.

I § 41, stk. 1, foreslås kriteriet udformet således, at det alene omfatter sindssyge personer, der vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og over hænge n de fare. Det drejer sig navnlig om personer, som har gjort sig skyldig i manddrab, voldtægt eller legemsbeskadigelse eller i forsøg herpå, jfr. straffelovens §§ 237, 216, 245, 246, eller som truer med at begå sådanne handlinger, således at der fremkaldes alvorlig og velbegrundet frygt for andres liv eller velfærd, jfr. straffelovens § 266. Forvolder en sindssyg lignende fare for andres liv eller legeme ved almenfarlige handlinger som f.eks. brandstiftelse, jfr. straffelovens § 180, vil dette også kunne begrunde anbringelse i sikringsanstalten. Der skal foreligge en vedvarende mere kvalificeret og konkret farlighed rettet mod andres liv eller legeme. Det er endvidere en betingelse, at denne farlighed ikke kan imødegås eller afværges ved andre mindre indgribende foranstaltninger end anbringelse i sikringsanstalten.

Under hensyn til en sådan foranstaltnings særdeles indgribende karakter foreslås der indført en ordning med efterfølgende obligatorisk domstolsprøvelse af disse indgreb, jfr. § 41, stk. 2. Hidtil er domstolsprøvelse kun blevet iværksat efter begæring.

Kompetencen til at træffe afgørelse om anbringelse efter denne bestemmelse tilkommer Justitsministeriet. Det er ligeledes Justitsministeriet, der har den administrative kompetence til at ophæve en sådan anbringelse, jfr. § 42, stk. 1. Heraf følger, at overlægen ved sikringsanstalten ikke selv kan træffe bestemmelse om ophævelse. Også spørgsmålet om ophævelse er undergivet den for patienten lette adgang til domstolsprøvelse efter retsplejelovens kapitel 43 a, såfremt han fremsætter begæring herom, jfr. § 42, stk. 1.

På baggrund af de samme hensyn, der ligger til grund for bestemmelsen i § 39 (i flertallets forslag) og § 35, stk. 2,

(i mindretallets forslag), foreslås der også for farlighedsdekreters vedkommende fastsat frister, der skal forløbe, før spørgsmål om fornyet efterprøvelse kan rejses, jfr. § 42, stk. 1, 3. pkt., og § 42, stk. 2. Det skal fremhæves, at de nævnte frister ikke er til hinder for, at overlægen ved sikringsanstalten kan anmode Justitsministeriet om at ophæve foranstaltningen, uanset at de angivne frister ikke er forløbet.

Kapitel 12

Patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse.

Bemærkninger til § 43.

Spørgsmålet om de såkaldte retslige patienter - d.v.s. personer, der i henhold til dom eller retskendelse afsagt i en straffesag opholder sig på psykiatrisk sygehus eller afdeling - er kortfattet behandlet i betænkningen s. 497-498.

For at undgå, at der opstår regelkonflikter eller tvivlsomme afgrænsningsproblemer foreslås det, at man gør op med spørgsmålet ved at lade justitsministeren fastsætte nærmere regler om, hvilke bestemmelser der skal finde anvendelse på de retslige patienter. Udvalget er bekendt med, at Justitsministeriets cirkulære nr. 227 af 15. november 1977 om meddelelse af friheder m.v. til personer, der i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 er dømt til anbringelse i hospital for sindslidende, for tiden er under revision.

Medens der ikke er behov for, at reglerne om frihedsberøvelse, adgangen til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, jfr. lovens kapitel 3, skal gælde for de retslige patienter, hvis ophold hviler direkte på rettens afgørelse i en sag, der behandles i strafferetsplejens former, f.eks. fængslingskendelse med anbringelse på psykiatrisk sygehusafdeling, kendelse om indlæggelse til mentalobservation eller dom til behandling eller anbringelse på sindssygehospital, gælder der noget andet om en række af lovens andre bestemmelser. Om foranstalt-

ninger over for visse psykisk afvigende kriminelle, kan der henvises til rigsadvokatens cirkulære nr. 234 af 10. december 1976.

De almindelige bestemmelser i lovens kapitel 2, kapitel 4 om tvangsbehandling, kapitel 5 om fiksering m.v., kapitel 6 om tvangsprotokol, men ikke om obligatorisk efterprøvelse af frihedsberøvelse, kapitel 7 om psykokirurgiske indgreb og forsøg, og kapitel 8 for så vidt angår § 24, stk. 1, nr. 1-4, om patientrettigheder kan formentlig finde anvendelse på de retslige patienter, hvis klager over disse forhold ligeledes kan behandles efter de samme regler, som gælder for ikke-retslige patienter. For så vidt angår patientrettigheder må der dog gælde den begrænsning, der er en følge af hensynet til retssikkerheden, som overlægen altid skal tage i betragtning, når det drejer sig om personer, hvis ophold på afdelingen følger af en strafferetlig afgørelse.

Reglerne om patientrådgivere bør næppe finde anvendelse på de retslige patienter. Indtil endelig dom er afsagt, varetages deres interesser af den beskikkede forsvarer, og dømmes de til behandling eller anbringelse på sindssygehospital, får de beskikket en bistandsværge.

Der er derimod ikke noget til hinder for, at reglerne i kapitel 9 vedrørende underretning og klagevejledning finder anvendelse, og kapitel 10 for så vidt der er tale om klager over andet end frihedsberøvelse.

Det er ligeledes en konsekvens af det særlige retsgrundlag, som disse patienters ophold bygger på, at deres tilstedeværelse på afdelingen skal sikres om fornødent ved anbringelse på lukket afdeling og ved anvendelse af fysisk magt for at afværge flugtfare, sammenhold herved reglen i § 17, stk. 1, 2. pkt.

Det er ikke hensigten at ændre retstilstanden vedrørende de retslige patienters anbringelse, deres udskrivning og eventuelle genindlæggelse i forhold til de nugældende regler. For

disse patienter er det straffeloven, retsplejeloven og den enkelte dom eller retskendelse, der er afgørende.

Da de problemer, som de retlige patienters særlige forhold kan give anledning til at overveje, ikke er direkte omfattet af udvalgets kommissorium, foreslås det, at man overlader det til justitsministeren at fastsætte regler om, i hvilket omfang loven bør finde anvendelse på disse patienter.

Kapitel 13

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser.

Bemærkninger til kapitel 13, §§ 44-46.

I § 44 angives ikrafttrædelsesdato, og som overgangsbestemmelse foreslås, at de nye regler finder anvendelse på alle afgørelser, der træffes efter ikrafttrædelsesdatoen, hvorimod ældre afgørelser skal bedømmes efter den nugældende lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold.

§ 45 ophæver pligten til i henhold til lov nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland at indhente en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen. Denne høringsforskrift fra 1913 må efter oprettelsen af **Retslægerådet** anses for overflødig. Ophævelse af høringspligten vil ikke kun have betydning ved behandlingen af farlighedsdekreter, men også ved behandlingen af straffesager, hvor der opstår spørgsmål om anbringelse i sikringsanstalten.

Det følger af § 46, at loven ikke umiddelbart skal gælde for Færøerne og Grønland, men den kan ved kongelig anordning sættes i kraft helt eller delvis for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske eller grønlandske forhold tilsiger. Indtil det sker, vil 1938-loven fortsat være gældende på Færøerne, og for Grønlands vedkommende gælder lov nr. 259 af 27. maj 1981.

