

Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst

Magt og afmagt i psykiatrien



Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst



I denne tekst beskrives den del af psykiatrien, hvor der bliver anvendt tvang. I teksten beskrives blandt andet nogle af de tvangsindgreb, der i dag i det danske sundhedsvæsen kan anvendes over for personer med svære psykiske lidelser, og under hvilke betingelser dette kan ske. I teksten behandles også de retssikkerhedsgarantier, der skal sikre, at en patient ikke udsættes for magtudøvelse, der går udover det i loven tilladte.

Anvendelse af tvang

Anvendelse af tvang er et indgreb i en persons grundlæggende ret til selvbestemmelse over eget liv og legeme. Der skal derfor være meget tungtvejende grunde til, at samfundet griber til tvangsmæssige indgreb i denne rettighed. Omvendt er det også et civiliseret samfunds pligt at drage omsorg for de mennesker, der ikke kan klare sig selv. Indebærer dette, at samfundet har en pligt til at tvangsbehandle mennesker, der har en svær sygdom i sindet, men som modsætter sig behandling af denne? Og hvilke omstændigheder er tungtvejende nok til at tillade en sådan anvendelse af tvang? Tvangsomsorg for mennesker med psykisk sygdom har traditionelt haft to forskellige formål: hensynet til patienten selv og hensynet til omgivelserne – andre mennesker eller i bredere forstand samfundet.

Det skal bemærkes, at langt hovedparten af patienter, som modtager behandling af det psykiatriske sundhedsvæsen, modtager denne på frivillig basis. Udgangspunktet for psykiatrien er den samme som for somatikken: al behandling hviler på patientens eget ønske om behandling, forudgået af grundig information om patientens helbredstilstand og de behandlingsmuligheder, der kan tilbydes. Afviser patienten behandling, må dette som klar hovedregel respekteres. Kun over for en mindre gruppe af patienter med alvorlig sygdom i sindet gennemtvinges behandling mod patientens ønske.

Begrebet "tvang"

I denne tekst anvendes begrebet tvang i overensstemmelse med psykiatrilovens¹ definition.

Siden 2006 har psykiatriloven haft følgende definition af tvang: "Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven".²

¹ Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr. 1729 af 2. december 2010.

² Før 2006 anførtes i psykiatriloven: "Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig".

Undertiden vil en patient samtykke på baggrund af en vis pression – patienten oplever det måske som trusler – fra omgivelserne. Patienten kan da opleve sin situation som tvang, en tvang som dog ikke skal følge de formelle ”spilleregler” for udøvelse af tvang, og som heller ikke registreres som tvang, i og med at patienten formelt har givet sit samtykke.

Denne form for skjult tvang er vanskelig at håndtere både etisk og juridisk. At der lægges et vist pres på patienten for, at denne fx skal tage sin medicin, er til en vis grad tilladeligt. Patienten må dog ikke udsættes for *utilbørlig* pression. Men hvornår vil der være tale om utilbørlig pression? I en juridisk sammenhæng kan det klart defineres som ulovlig tvang at motivere patienten til at opgive sin modstand mod behandling ved at opstille magtanvendelse som alternativ, hvis denne magtanvendelse ikke lovligt kan anvendes.³ Personalet må fx ikke anvende ”truslen” om tvangsfiksering som pression for at få patienten til ”frivilligt” at ændre adfærd, hvis lovens betingelser for at tvangsfiksere patienten ikke er opfyldt. Omvendt vil det antageligt ikke blive anset som tvang, hvis patienten oplyses om, at tvang kan komme på tale, hvis dette er en sandsynlig konsekvens af fx patientens medicinvægring.⁴ Der kan også være tale om at opstille andre konsekvenser for patienten, hvis denne fortsat ikke frivilligt vil tage sin medicin. Den beskrevne konsekvens skal have en saglig sammenhæng med (undladelse af) medicinindtagelse, fx inddragelse af kørekort eller restriktioner i lokalfriheden på afdelingen (på baggrund af uro) eller lignende.

I det følgende behandles alene de tvangsforanstaltninger, som er hjemlet i psykiatriloven, og som dermed bliver registreret i afdelingens tvangsprotokol. Der kan være tale om mange andre foranstaltninger og restriktioner i forhold til patienter og deres adfærd på en psykiatrisk afdeling, fx udtrykt i husordner, som kan opleves som tvang – antageligt i nogen grad afhængig af, om man er patient, pårørende, plejepersonale eller læge. Sådanne problemstillinger diskuteres i teksten ”Kulturen i psykiatrien”, da både den samfundsmæssige holdning til psykiatriske patienter og kulturen/miljøet på den enkelte afdeling har stor indflydelse på denne form for ”skjult tvang”.

Hvorfor tvang i psykiatrien?

Op gennem 1990-erne skete der en omfattende retlig regulering af sundhedssektoren. Der blev lagt vægt på at give patienter håndfaste individuelle rettigheder, og mange områder af sundhedssektoren, som ikke tidligere havde været retligt reguleret, fik detaljeret lovgivning. Autonomiprincippet var fremherskende, man forlod den paternalistiske grundholdning og hyldede selvbestemmelsen for den enkelte patient. Princippet om det informerede samtykke blev stadfæstet.

På ét område – for mennesker med alvorlige sygdomme i sindet - må samfundet dog stadig forholde sig til anvendelsen af tvang, som afgørende bryder med princippet om personlig integritet og autonomi.

Afgrænsningen af, hvad der er henholdsvis ”normalt” og ”afvigende” er til dels både tids- og kulturbestemt. De værdier og principper, som den statslige regulering til enhver tid udtrykker, har således deres rod i et bestemt samfund og en bestemt tidsalder. Det er ikke et enkelt spørgsmål, hvad samfundet kan tillade sig af indgreb over for den, der har

³ Se om skjult tvang i Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Skjult tvang i psykiatrien*, s. 6-7 og 12.

⁴ Se sag nr. 0978205 ved (tidligere) Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

en psykisk sygdom. Svære spørgsmål er, hvor meget samfundet kan tillade sig i form af frihedsberøvelse og fysisk fastholden? Og er det samfundet, der skal afgøre, om det er bedre for patienten med en bestemt behandling end uden?

I forbindelse med forarbejdet til psykiatriloven af 1989 (som erstattede sindssygeloven fra 1938) skrev en gruppe psykiatere til Folketingets Retsudvalg. I brevet fremhævede de, at når det gælder de etiske overvejelser, må tvangsbehandling stilles op mod "retten til at bestemme over egen krop, retten til at leve på andre livskvaliteter end de gængse, herunder retten til at foretrække sindssygdom frem for en måske grå og trist tilværelse på medicin".⁵

Psykiateren Hans Adserballe skriver i sin bog om *Etik i psykiatrien* fra 1997⁶: "I grunden ligger også det spørgsmål, om samfundet med psykiaterens hjælp har ret til at berøve et individ friheden på grund af påstået psykisk sygdom. Hvis det er tilfældet, hvilke grunde skal der da være til at foretage en sådan handling? Er farlig adfærd, herunder trusler, den eneste legale grund, eller kan psykiatere også handle alene for individets eget bedste? Dette er vigtige etiske emner i en diskussion, som i tiltagende grad har præget psykiatrien og samfundet i de sidste årtier".

Når det skal fastsættes, hvilke former for tvang, lovgivningen skal tillade, skal de positive virkninger af tvang afvejes mod de mulige skadevirkninger. Der kan være tale om forskellige former for skader ved brug af tvang, fx:

- fysisk skade og død,
- vold og overgreb,
- traumer og posttraumatisk stresssyndrom,
- krænkelse af autonomi og psykisk og fysisk integritet samt begrænsninger i bevægelsesfrihed,
- krænkelser, tab af værdighed og oplevelse af straf,
- psykisk ubehag i form af skam, angst, afmagt, depression og reduceret selvtillid,
- sociale belastninger, skade på social identitet og forringede muligheder for senere at deltage i almindelig socialt liv,
- tab af tilgang til egne mestringsressourcer og selvudviklingsmuligheder,
- skade på behandlingsrelationer og mistillid til sundhedsvæsenet.

De positive sider af tvang er tydeligst, når de negative konsekvenser af *ikke* at anvende tvang er de største. I principbetænkningen bag 1989-loven (se om udviklingen af lovgivningen nedenfor) anførte lovudvalget om det etisk acceptable i at anvende tvang i forbindelse med behandling af patienter med psykiske sygdomme:

"Den moralske begrundelse for at anvende tvang i disse tilfælde er, at den sindsyge som følge af, at han som en del af sin lidelse mister realitetssans, samtidig i tilsvarende grad fortaber den ret han ellers – ganske som andre mennesker – har til at leve sit eget liv og til at træffe sine egne beslutninger og leve med konsekven-

⁵ *Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068* (1986), side 151-152.

⁶ *Etik i psykiatrien* (1997), Munksgaard, s. 96.

⁷ Oplistningen er fra NOU 2011:9: *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, s. 118 og bilag 5.



serne heraf. Der opstår i takt med realitetstabet et behov for, at andre kan disponere og varetage vedkommendes virkelige interesser. Dette behov kan blive så udtalt, at det er moralsk forkasteligt – selv ud fra en nok så antiformynderisk holdning – at undlade at gribe ind og beskytte den pågældende imod i hvert fald visse former for selvdestruktion”. Og videre: ”Tvangsindgreb legitimeres etisk i sådanne tilfælde ved en afvejning af den type, som er velkendt i tilfælde af nødret, hvor en truende fare retmæssigt kan afværges med selv meget drastiske midler, når truslens art og det angrebne retsgodes art og betydning opvejer eller begrundet dette, fordi man ofrer det mindre gode til fordel for det større”.⁸

I psykiatrilovens § 2 anføres, at ”Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.”

I de følgende afsnit beskrives nogle af de tvangsindgreb, der i dag i det danske sundhedsvæsen kan anvendes over for personer med svære psykiske lidelser, og under hvilke betingelser dette kan ske. For en mere udtømmende og detaljeret gennemgang af tvangsforanstaltninger i psykiatrien kan henvises til Sundhedsstyrelsens udredning *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning* fra 2009.

I afsnittet behandles også kortfattet de retssikkerhedsgarantier, der omgiver disse tvangsforanstaltninger. Retssikkerhedsgarantierne skal sikre, at en patient ikke udsættes for magtudøvelse, der går udover det i loven tilladte. For en mere detaljeret beskrivelse kan der henvises til psykiatriloven og dennes tilhørende bekendtgørelser og vejledninger.

Betingelser for frihedsberøvelse efter dansk ret

Efter Grundlovens § 71 må frihedsberøvelse kun ske med hjemmel i lov. Dette er baggrunden for psykiatrilovens særlige regler om frihedsberøvelse.

Med Grundloven indførtes ”Folketingets § 71, stk. 7-tilsyn”. Dette udvalg består af 9 folketingsmedlemmer og har efter Grundloven til opgave at føre tilsyn med behandlingen af administrativt⁹ frihedsberøvede personer, herunder tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter. Uden for tilsynets kompetence falder spørgsmål vedrørende lovligheden af en administrativ frihedsberøvelse, som i stedet varetages af domstolene, jf. grundlovens § 71, stk. 6.

Danmark fik sin første lov for psykiatrien i 1938 – lov om sindssyge personers hospitalshold.¹⁰ Denne lov lagde vægt på det behandlingsmæssige aspekt i brugen af tvang. I loven var kun adgangen til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse direkte lovreduceret, hvorimod adgangen til tvangsbehandling og tilhørende tvangsmidler ikke var omtalt i loven. I 1954 blev loven revideret med regler om adgang til domstolsprøvelse. I

⁸ *Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068* (1986), s. 209.

⁹ Administrativ frihedsberøvelse står i modsætning til frihedsberøvelse bestemt af domstolene (jf. magtens tredeling).

¹⁰ Lov nr. 118 af 13. april 1938.

1989 blev en ny psykiatrilov vedtaget – lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.¹¹ 1989-loven lagde stor vægt på patienternes retssikkerhed, herunder en nøje regulering af de enkelte magtmidler, der kunne tages i anvendelse. Der blev indført omfattende kontrolprocedurer og ”det mindste middels princip” samt større indsigt i brugen af tvang ved bestemmelser om registrering og indberetning af tvang. I 1998 og i 2006 blev loven revideret, og lovens titel er ændret til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. I 2010 blev der i loven indført mulighed for tvangsanvendelse efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling (tvungen opfølgning). Seneste udgave af loven er bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, nr. 1729 af 2. december 2010.

Det følger af psykiatriloven, som den ser ud i dag, at en persons husstand eller politiet har en pligt til at sørge for, at en person, som må formodes at være sindssyg, bliver tilset af en læge. Den tilkaldte læge (den praktiserende læge eller vagtlæge) tager i første omgang stilling til, om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig. Giver patienten ikke sit informerede samtykke til sådan indlæggelse, afgør lægen, om tvangsindlæggelse er påkrævet. Skønner den tilkaldte læge, at patienten er sindssyg og bør behandles, yder politiet bistand til indlæggelse, som enten kan ske på ”gule papirer” eller ”røde papirer”, på henholdsvis behandlingsindikation eller farlighedsindikation (se om betingelser for tvangsindlæggelse nedenfor). Den indlæggende læge, som ikke må være ansat på den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted, udsteder lægeerklæring. Sker tvangsindlæggelsen på røde papirer, skal patienten straks modtages. Sker tvangsindlæggelse på gule papirer, skal patienten modtages snarest muligt inden for en frist på syv dage. Lægen på den modtagende psykiatriske afdeling afgør, om betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt.¹²

Tvangsindlæggelse skal ske, når betingelserne herfor er opfyldt. Udøvelse af tvang forudsætter, at det ikke er muligt at få patientens samtykke til indlæggelse.

Tvangsindlæggelse

For at tvangsindlægge en patient på en psykiatrisk afdeling skal to betingelser (begge) være opfyldt:

1. Patienten skal være sindssyg eller i en tilstand, der svarer til sindssyge.
2. Det skal være uforsvarligt at lade være med at indlægge patienten for at give behandling. Dette er tilfældet:
 - når udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller
 - når patienten er til væsentlig fare for sig selv eller andre.

Sindssygdom er altså en nødvendig, men ikke tilstrækkelig grund til at frihedsberøve en person. Som yderligere legal betingelse stilles et krav om, at det skønnes uforsvarligt at undlade behandling af patienten, enten fordi behandling tjener patienten bedst, eller at patienten udviser farlig adfærd.

¹¹ Lov nr. 331 af 24. maj 1989.

¹² Se om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, BEK nr. 1340 af 2. december 2010.

Der er selvsagt gråzoner i disse definitioner og rum for subjektiv fortolkning:

Sindssygdom

Man kan for det første stille det spørgsmål, hvad sindssygdom egentlig er? Lovens brug af begrebet *sindssygdom* blev grundigt diskuteret under revisionen af den danske sindssygdomslov fra 1938. Man fandt i det lovudvalg, der var nedsat til at se nærmere på eventuelle ændringer, at sindssygdomsbegrebet i praktisk-juridisk forstand ikke havde en absolut, men relativ karakter, afhængig af den foreliggende sammenhæng – et bøjeligt begreb vurderet efter den foreliggende situation i en konkret, formålsbestemt bedømmelse.¹³ Man fandt det imidlertid vanskeligt at definere begrebet nærmere og fastholdt lovens formulering. Hans Adserballe skrev om denne diskussion i sin bog *Etik i psykiatrien*¹⁴, at "Begrebet blev forklaret på traditionel vis med svigtende virkelighedsopfattelse som et kardinalt symptom, der kaldte på paternalistisk præget beskyttelse. I realiteten bliver således psykiatriens opfattelse af "virkeligheden" afgørende – en illustration af begrebets svaghed med støtte til den påstand, at abnormitetsbegreber er psykiaterens "ejendom".

Anne Lindhardt skriver i sin bog *Etik og værdier i psykiatrien*¹⁵, at sindssygdom først og fremmest betyder, "at ens virkelighedsopfattelse er forvrænget på en måde, der er privat, dvs. der ikke deles af andre. Det viser sig gennem forskellige symptomer, fx hallucinationer, vrangforestillinger, forstyrrelse i sprog og tanke, og måske gennem en urolig og usammenhængende adfærd".¹⁶ Hun beskriver endvidere i en artikel i *Ugeskrift for Læger* fra 2012¹⁷ diagnosticeringsprocessen som omfattende dels de subjektive symptomer, som er patienternes egne udtryk for indre/private oplevelsesmåder, tanker, følelser og forestillinger, dels hvad der kan iagttages, og dels fortolkning af interaktionen mellem læge og patient. Hun henviser i den forbindelse til "psykosefølelsen", som kan opstå, når man møder en psykotisk patient, hvor man fornemmer, at personen tænker og opfatter ud fra en privat logik, der influerer på al adfærd.

Behandlingsindikation

Kriteriet behandlingsindikation er udtryk for en subjektiv opfattelse af patientens samlede situation – og dermed baseret på en paternalistisk grundholdning. Selvom der her og nu ud fra et medicinsk synspunkt vil ske en bedring af patientens tilstand, vil nogle hævde, at det på ingen måde er dokumenteret, at en person med psykisk sygdom på langt sigt får det bedre ved at blive tvunget i behandling.

Behandlingsindikationen i 1938-loven blev formuleret således, at tvangsindlæggelse skal ske, hvis lægen "finder det uforsvarligt at undlade indlæggelse, fordi udsigterne for den syges helbredelse væsentlig vil forringes, hvis indlæggelse ikke finder sted....". Altså et helbredelseskriterium. Denne indikation blev ændret i 1989-loven til en behandlingsindikation "udsigten til helbredelse *eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden* ellers vil blive væsentlig forringet...". I betænkningen anføres om udvalgets overvejelser, at "når man ved, at man fx ved medikamentel behandling kan lindre en

¹³ Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068 (1986), s. 203.

¹⁴ *Etik i psykiatrien* (1997), s. 61.

¹⁵ *Etik og værdier i psykiatrien* (2011), Psykiatrifondens Forlag.

¹⁶ S. 82.

¹⁷ *Ugeskrift for Læger* 27 (2012): "Der er særlige etiske konsekvenser af psykosediagnosen", s. 31.

patients meget forpinte tilstand, selv om patienten modsætter sig sådan behandling, kan man formentlig med lige så stor føje som den, hvormed kritikken fremføres, hævde, at det hverken ville være etisk eller lægeligt forsvarligt at undlade at tvangsbehandle patienten".¹⁸

Hans Adserballe skriver om denne situation, at "lægen må forsøge at afveje patientens lidelser i forhold til de aktuelle behandlingsmuligheder og den belastning, som frihedsberøvelse kan være. Det er væsentligt i beslutningen, om patienten virkelig er forpint."¹⁹

Farlighedskriterium

Mennesker med psykiske sygdomme kan optræde på en truende eller farlig måde og dermed opleves som en trussel mod andre på forskellig måde. Vedkommende kan eventuelt genere sine omgivelser ved sin optræden, så der skabes uro og angst, og i nogle situationer måske udgøre en direkte fysisk fare for andre. En betingelse for anvendelse af tvang er, at farligheden skal udspringe af en sindssygdom – farlighed kan altså ikke stå alene som grundlag for tvangsindlæggelse.

I forarbejderne til psykiatriloven af 1989 diskuterede man legitimiteten af at opretholde et farekriterium. En gruppe psykiatere havde henvendt sig til Folketingets Retsudvalg og om farekriteriet anført, at det kan virke diskriminerende, at der for sindssyge findes en særlig bestemmelse, der hjemler tvangsindlæggelse som følge af farlighed for andre: "Det er aldrig bevist, at sindssyge er farligere end andre, og selv om dette ved en undersøgelse måtte kunne påvises statistisk, er dette ikke et tilstrækkeligt argument for en sådan særlov, da man ikke byder andre borgere administrativt bestemt frihedsberøvelse, selv om de er farlige. Man kan spørge, med hvilken begrundelse man anser vold udført af en sindssyg for farligere end vold udført af en ikke-sindssyg".²⁰ Det er også anført i debatten, at opretholdelse af farlighedskriteriet medvirker til en fortsat stempning af sindssyge som særligt farlige.²¹

Faren kan også være rettet mod patienten selv, fx ved fare for skade på sig selv eller selvmord.

Der ses en stigning i antallet af patienter med svære psykiatriske lidelser, der begår selvmord, i modsætning til antallet af selvmord opgjort i den almindelige befolkning.²² Mennesker med psykisk sygdom har cirka 20 gange større risiko for at dø ved selvmord end resten af befolkningen.²³ Patienter, der mindst en gang har været indlagt på psykiatrisk afdeling, tegner sig for cirka halvdelen af selvmordene i Danmark.²⁴

Det mindste middels princip

Det fastslås udtrykkeligt i psykiatriloven, at der ikke må bruges tvang, før der er gjort alt for at få patienten til at medvirke frivilligt. En beslutning om at anvende tvang skal stå i

¹⁸ Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068 (1986), s. 216-217.

¹⁹ Etik i psykiatrien (1997), s. 102.

²⁰ Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068 (1986), s. 152.

²¹ Sundhedsstyrelsen anfører i *National strategi for psykiatri 2009* på side 12, at "Mediernes dagsorden og fokus på de ulykkelige tilfælde, hvor psykisk syge er involveret i personfarlig kriminalitet, bekræfter myter og fordomme og kan medføre u hensigtsmæssige reaktioner. Der bør i oplysningsindsatsen derfor bl.a. sættes fokus på, at den altdominerende hovedpart af psykisk syge ikke er farlige for deres omgivelser".

²² Med satspuljeaftalen for 2009-2012 blev der afsat 20 mio. kr. til at styrke behandlingen af personer, der har forsøgt selvmord. Se spørgsmål 4 i SUU alm. del, 2010-11.

²³ Sundhedsstyrelsen: *National strategi for psykiatri 2009*, s. 9.

²⁴ Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2011-12, SUU alm. del, svar på spørgsmål 48.

rimeligt forhold til det, man forsøger at opnå. Er mindre foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse bruges. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede mål: Det mindste middels princip

Tilbageholdelse og tilbageførsel

Udtrykker en indlagt patient (indlagt frivilligt eller ved tvang) et ønske om at blive udskrevet, kan overlægen på afdelingen beslutte, at patientens ønske ikke skal imødekommes, men at patienten skal tvangstilbageholdes. Betingelserne for tvangsindlæggelse skal så være opfyldt. Forlader en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient afdelingen, kan vedkommende med politiets bistand føres tilbage til afdelingen. Der er mulighed for at låse afdelingens døre – dog må døre til patientstuer ikke låses (der gælder dog noget særligt for den særlige sikringsafdeling i Nykøbing Sjælland). Sindssygeloven af 1938 indeholdt et "ulempekriterium". Ifølge dette kunne tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling finde sted dels på samme indikationer, som gælder for tvangsindlæggelse, dels hvis udskrivning vil "medføre væsentlige ulemper for patienten selv, og justitsministeren tiltræder nægtelsen" af at udskrive patienten. Ulempekriteriet blev ophævet ved 1989-loven.

Antal frihedsberøvede personer i psykiatrien: 2002: 3.507, 2010: 4.403.²⁵

I 2010 blev der foretaget 3143 tvangsindlæggelser, hvoraf 1313 blev foretaget af helbredsmæssige grunde (gule papirer), og 1830 på grund af farlighed (røde papirer).

Andre former for tvang anvendt i psykiatrien

Udover at indlægge en sindssyg person mod dennes vilje er der i psykiatriloven nogle yderligere muligheder for tvangsanvendelse. Det skal pointeres, at disse tvangsindgreb alene kan anvendes over for patienter, der er indlagt på en (offentlig) psykiatrisk afdeling. Patienten kan enten være tvangsindlagt, jf. ovenstående, eller være frivilligt indlagt.

Antal indlagte patienter på de psykiatriske sengeafsnit: 2002: 40.800 udskrivinger, 2010: 47.300 udskrivinger, svarende til en stigning på 16 %.²⁶

Antal normerede sengepladser i psykiatrien: 2001: 4.031 sengepladser i alt, heraf 43 senge på retspsykiatriske afdelinger, 2010: 3.175 senge ialt, heraf 273 senge på retspsykiatriske afdelinger. Dvs. en stigning i antallet af senge på retspsykiatriske afdelinger svarende til 534 %, mens det samlede antal senge i samme periode har et fald på 21 %.²⁷

Enhedsudgift pr. patient i psykiatrien: 2001: 77.438 kr., 2009: 66.724 kr.²⁸

Antal tvangsforanstaltninger på psykiatriske afdelinger: 2004: 20.437, 2009: 29.942, svarende til en stigning på 46,5 % (andel af patienter berørt af tvang, dvs. antal patienter set i forhold til antal af indlagte patienter, er steget fra 20,0 til 21,3 %).²⁹

²⁵ Sundhedsstyrelsens opgørelse for 2010 over anvendelse af tvang i psykiatrien.

²⁶ Indenrigs- og sundhedsministerens svar på spørgsmål 844, SUU alm. del, 2010-11.

²⁷ Se Indenrigs- og sundhedsministerens svar på spørgsmål 842, SUU alm. del, 2010-11.

²⁸ SUU alm. del, 2010-11, spørgsmål 683.

²⁹ SUU alm. del, 2010-11, spørgsmål 877.

Tvunget lægelig behandling

Behandling af patientens psykiske lidelse mod dennes vilje kan ske, hvis de samme betingelser, som gælder for tvangsindlæggelse, er opfyldt. Patienten skal forsøges motiveret til frivilligt at acceptere behandling. Først når dette har vist sig umuligt, kan tvangsbehandling iværksættes.

En klage over beslutning om iværksættelse af tvangsmedicinering har som udgangspunkt opsættende virkning, dvs. at iværksættelsen udskydes, indtil det psykiatriske patientklagenævn har behandlet klagen. Dette gælder dog ikke, hvis omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlige fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Medikamentel tvangsbehandling omfatter længerevarende sammenhængende planlagt medikamentel behandling, primært med antipsykotiske lægemidler. Nogle patienter oplever under behandling med antipsykotiske lægemidler at være i en "medicinsk spændetrøje", og at deres personlighed ændres, sammenlignet med de perioder, hvor de er medicinsk ubehandlede, men så eventuelt er præget af symptomer på sindssygdom.

Antal personer, der er blevet tvangsmedicineret: 2004: 487, 2009: 583, svarende til en stigning på 19,7 % (andel af tvangsmedicinerede personer, dvs. antal tvangsmedicinerede set i forhold til antal indlagte, er steget fra 2,0 til 2,2 %).³⁰ Tallet for 2010 er 586.

En særlig form for behandling er anvendelse af elektrochok (ECT-behandling). En sådan form for behandling mod patientens vilje kan ske, hvis overlægen vurderer, at patienten (udover at opfylde grundbetingelserne for anvendelse af tvang) befinder sig i en aktuell eller potentiel livstruende tilstand, fx ved truende udvikling af akut delir (i 2010 blev 91 personer udsat for ECT-behandling med tvang). Også ernæring kan gives ved tvang. Dette forudsætter, at tvangsernæring er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred (i 2010 fik 54 personer tilført ernæring ved tvang).

Også behandling af somatisk lidelse kan ske ved tvang, hvis betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt, og såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare (I 2009 blev der overfor 223 personer gennemført tvangsbehandling af legemlig lidelse).³¹

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Psykiatriloven indeholder nogle særlige bestemmelser om den fortsatte behandling, når det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbredelse. I disse tilfælde har den behandlingsansvarlige læge ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommunen, praktiserende læger, m.v. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det drejer sig om en mindre gruppe patienter med alvorlige kroniske sindslidelser med risiko for at droppe ud af behandlingen og leve et liv på kanten af samfundet med hjemløshed og kriminalitet til følge. Disse mennesker har behov for en samlet indsats fra både sund-

³⁰ SUU alm. del, 2010-11, spørgsmål 878.

³¹ Alle tal er fra Sundhedsstyrelsens opgørelse for anvendelse af tvang i psykiatrien.

heds- og socialsektor og for, at der efter indlæggelse bliver fulgt op med klare aftaler og klar ansvarsfordeling.³²

Hvis patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten. Hverken de sociale eller de behandlingsmæssige tilbud kan gennemtvinges over for patienten.³³

Særligt om tvungen opfølgning (ambulant tvangsbehandling)

I 2010 vedtog Folketinget at ændre psykiatriloven, så det fra 1. oktober 2010 er blevet muligt at anvende tvang forebyggende – som tvungen opfølgning efter udskrivning for visse patienters vedkommende. Ordningen løber i en 4-årig forsøgsperiode, og ministeren er efter loven forpligtet til at fremsætte forslag til revision af loven i folketingsåret 2014-15. I lovens kapitel 4a er der fastsat regler for opfølgning efter udskrivning overfor visse patienter:

Formålet med at indføre hjemmel til denne form for tvangsforanstaltning er ifølge lovens bemærkninger³⁴ at sikre, at det bliver muligt at fastholde patienter med de sværeste psykiske lidelser i den nødvendige behandling. Manglende tvangsanvendelse kan ifølge bemærkningerne udgøre et omsorgssvigt over for patienten, og tvungen opfølgning kan medvirke til at forebygge og reducere gentagne tvangsindlæggelser. Bestemmelserne tager sigte på "patienter, som gang på gang bliver tvangsindlagt, men som dropper behandlingen, når de velbehandlet bliver udskrevet, for efterfølgende at få det dårligere og dårligere, inden de atter indlægges med tvang".

Betingelserne for et påbud om tvungen opfølgning er, at patienten

- Aktuelt skal være tvangsindlagt.
- Skal have været tvangsindlagt mindst tre gange inden for tre år.
- Har været tilknyttet et intensivt ambulant og opsøgende behandlingsteam inden for det seneste halve år, men alligevel har undladt at følge behandlingen.
- Skal have undladt at følge behandlingen i henhold til en udskrivningsaftale mindst en gang inden for de seneste tre år.

Det anføres i lovens bemærkninger, at det først og fremmest er hensynet til patienten, der begrunder en fravigelse af selvbestemmelsesretten: "Et vigtigt formål med tvungen opfølgning er at give patienter i målgruppen for tvungen opfølgning efter udskrivning mulighed for også efter udskrivning at opleve et stabilt behandlingsforløb og dermed mulighed for at søge at opnå en bedre livskvalitet". Det forudsættes, at overlægen kun træffer beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning i forhold til patienter, hvor "den konkrete behandling har haft en dokumenteret god effekt på patientens tilstand, og hvor behandlingen ikke har været forbundet med uforholdsmæssigt store bivirkninger".

³² Lindhardt, Anne (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, s. 90.

³³ Se om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011.

³⁴ L 128, Folketingstidende 2009-10.

Tvungen opfølgning består i et pålæg til patienten om at møde op til medicinsk behandling i det psykiatriske sygehusvæsen. Patienten kan således ikke medicineres tvangsmæssigt i eget hjem. Møder en patient med et sådan pålæg ikke op til den aftalte behandling, kan overlæge beslutte, at patienten skal afhentes af politiet og føres ind til tvangsmedicinering på psykiatrisk afdeling.

Fiksering eller anden magtanvendelse

Der er også mulighed for under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling at spænde patienten fast (tvangsfiksering). Tvangsfiksering kan anvendes, når det skønnes nødvendigt ud fra et eller flere af de følgende hensyn:

1. Patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred,
2. patienten forfølger eller på anden måde groft forulemper de andre patienter, eller
3. patienten laver hærværk af betydeligt omfang.

Tvangsfiksering må kun ske ved at anvende bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Tvangsfiksering foregår ved, at patienten føres til en seng, bliver lagt på ryggen og spændt fast med et mavebælte, der låses med en særlig låseanordning. Derudover kan anvendes hånd- eller fodremme, hvor patientens hænder og fødder fastspændes til sengen ved håndled eller ankler. En patient, der er fikseret, skal have fast vagt, og der skal ske fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering i nærmere fastsatte tidsrum. Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en uafhængig læge (speciallæge i psykiatri), der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering.

Antal personer, der er blevet tvangsfikseret med bælte og/eller remme: 2004: 2.549, 2009: 3.117, svarende til en stigning på 22,3 % (andel af tvangsfikserede personer, dvs. antal tvangsfikserende set i forhold til antal indlagte, er steget fra 10,2 til 12,0 %).³⁵ Tallet for 2010 er faldet til 2.966.

Varighed af bæltefikseringer: Antal fikseringer i alt 2009: 5.958, hvoraf 641 havde en varighed på over 48 timer.³⁶ Tallet for 2010 er 5.056, hvoraf 557 med varighed over 48 timer.

Anvendelse af fysisk magt i form af at personalet holder patienten fast og eventuelt fører denne til et andet opholdssted på sygehuset, må bruges i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at patienten udsætter sig selv eller andre for fare, forfølger eller på anden måde groft forulemper andre patienter, eller laver betydeligt hærværk. Hvis en patient er meget urolig, kan der med tvang gives et beroligende middel. Hvilket tvangsmiddel, der i en konkret situation vælges (fiksering, anden fastholdelse af patienten eller indgivelse af et beroligende middel), skal vurderes efter mindste middels princippet.

Er der risiko for, at patienten begår selvmord, eller på anden måde skader sig selv eller andre, eller prøver patienten at forfølge eller på anden lignende måde groft at forulempe

³⁵ SUU alm. del, 2010-11, spørgsmål 879.

³⁶ Sundhedsstyrelsen har særligt fokus på anvendelsen af tvangsfikseringer på psykiatriske afdelinger og kontrollerer hvert kvartal via det elektroniske indberetningssystem langvarige fikseringer, se SUU alm. del, 2010-11, spørgsmål 415.

andre, kan man på afdelingen beslutte, at ét eller flere personalemedlemmer konstant skal befinde sig i umiddelbar nærhed af patienten (kaldet personlig skærmning), også når denne er i fx bad eller på toilettet. Først fra 2007 blev dette opfattet som en tvangsforanstaltning med den konsekvens, at det blev obligatorisk at indberette foranstaltningen, når den foretages uden patientens samtykke og varer uafbrudt mere end 24 timer.

Der er ikke efter loven mulighed for at anvende isolation som tvangsforanstaltning i Danmark.³⁷

Andre tvangsforanstaltninger

Hvis patienten på baggrund af sin sygdom ikke selv er i stand til at foretage nødvendig personlig hygiejne, kan patienten – uanset modvilje herimod - blive fx vasket, få skiftet tøj, etc., hvis det skønnes nødvendigt af hensyn til patienten selv eller dennes omgivelser.

Der er mulighed for at åbne patientens post, undersøge patientens stue og ejendele, eller foretage kropsvisitation af patienten, hvis personalet mener, at der er begrundet mistanke om, at der er eller vil blive forsøgt indført medikamenter, rusmidler eller farlige genstande til patienten.

For patienter, der har risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare, kan der anvendes beskyttelsesfiksering med stofbælter. Lider patienten af demens, kan der anvendes personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse for at hindre, at patienten forlader den psykiatriske afdeling og fx ikke kan orientere sig og finde tilbage.

Rettigheder og retssikkerhedsgarantier for patienter, der udsættes for tvang

Patienter, der har en alvorlig psykisk lidelse, har naturligvis samme rettigheder efter sundhedslovgivningen som andre patienter. Dette gælder fx retten til at læse sin journal, retten til at personalet udviser fortrolighed i forhold til personlige oplysninger, m.v.

Psykiatriloven giver mulighed for frihedsberøvelse bestemt af offentlige myndigheder. Psykiatriens baggrundshistorie og nutidige grundlæggende juridiske principper har ført til, at nogle af lovens vigtigste funktioner i dag er at fastsætte en retlig beskyttelse af patienter, som udsættes for tvangsindgreb. Patienter med alvorlig psykisk sygdom er i en særlig sårbar situation, og deres retssikkerhed må derfor sikres.

Retssikkerhed

Men hvad betyder retssikkerhed egentlig? Retssikkerhed defineres i juridisk ordbog som: "retssikkerhed er udtryk for samfundsforholdenes regulering ved klare og gennemtvungelige retsregler" dvs. et krav om, at borgeren entydigt kan fastslå sin retlige stilling, eller at sikre den største mulige forudsigelighed i individets retsstilling. En borger skal altså med størst mulig sikkerhed kunne forudsige hvilke kriterier, der kan udløse tvangen, og patienter skal behandles på samme måde i forhold til de i lovgivningen fastsatte krav, så vilkårlig tvang ikke forekommer. Desuden skal der i loven være passende

³⁷ Det er tilladt i Danmark at aflåse patientstuer over for patienter, der er anbragt på Sikringsafdelingen, men dette defineres ikke i psykiatriloven som isolation. I Sundhedsstyrelsens udredning om tvangsforanstaltninger i psykiatrien 2009, s. 12, anføres, at Danmark er det eneste land omfattet af udredningen, hvor det ikke er tilladt at anvende isolation. Omvendt er det ulovligt i England at anvende tvangsfiksering. Her anvendes til gengæld isolation.

muligheder for klage og kontrol af tvangsudøvelsen. Retssikkerheden varetages ved materielle lovregler, der angiver betingelserne for indgreb, og ved sagsbehandlingsregler hvis formål er at sikre, at disse betingelser er opfyldt. I jo højere grad kriterierne for tvangsbehandling hviler på et skøn foretaget af lægen (og andet sundhedspersonale), des vigtigere er sagsbehandlingsreglerne – også kaldet retssikkerhedsgarantierne, som skal garantere demokratisk kontrol og være garant mod vilkårlighed og overgreb.

I SOU 1998:32³⁸ anføres, at når det gælder tvangsindgreb mod personer med psykiske sygdomme kan man se på retssikkerheden i et videre perspektiv end det rent juridiske:

”Till rättssäkerhet i vid mening bör höra patientens anspråk på skydd, trygghet samt en effektiv vård och behandling. Det bör i detta sammanhang påpekas att det inte alltid ligger i patientens intresse att slippa tvång eller tvångsåtgärder; en tvångslagstiftning går inte vara så snäv att den omöjliggör för en patient som saknar sjukdomsinsikt att få den vård och behandling som patienten behöver. Det kan också sägas ligga i patientens intresse att genom tvångsvård hindras från att begå gärningar som kan skada både honom själv, anhöriga eller andra. Vid sådana överväganden måste dock givetvis patientens krav på självbestämmande och integritet respekteras.”

Som nævnt ovenfor lagde man i psykiatriloven af 1989 stor vægt på patienters retssikkerhed. En patient, der udsættes for tvangsmæssige indgreb, har efter psykiatriloven nogle særlige rettigheder.

Patienten har krav på at blive informeret i forløbet af en tvangsanvendelse:

- Krav på at få at vide, hvorfor man anser det for nødvendigt at bruge tvang.
- Krav på at få at vide, hvilken betydning behandlingen (herunder undladelse af behandling) kan forventes at have for helbredstilstanden.
- Krav på at få vejledning om klagemuligheder.
- Krav på at få tilbud om samtale efter ophør af tvangsforanstaltning.

Psykiatriloven skal således sikre, at der er gennemsigtighed, når man beslutter og begrundet tvangsindgreb. Psykiatriloven stiller krav om, at det under tvangsmæssige indgreb løbende skal vurderes, om betingelserne for tvang til stadighed er opfyldt. Lovens krav om tvangsprotokoller og obligatorisk efterprøvelse skal også ses som retssikkerhedsgarantier for patienter.

Forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner og eftersamtaler

En patient har ret til forud for og i forbindelse med indlæggelsen at fremsætte sine personlige ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold. Patientens tilkendegivelser skal så vidt muligt inddrages som vejledende for overlægens overvejelser om behandling.

Den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling.

³⁸ Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén (1998): *Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård*, Stockholm, s. 195-196.

Patienten skal vejledes om behandlingsplanens indhold, og patientens samtykke bør til stadighed søges opnået. Lægen skal herunder overveje og diskutere patientens eventuelle forslag om andre behandlingsformer. Planen skal udleveres til patienten, medmindre vedkommende ikke ønsker at opbevare denne.

Efter ophør med enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler. Formålet er at søge at forebygge eller reducere tvangsanvendelse over for den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt at gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre krænkende måde for patienten. Desuden er formålet at forklare patienten baggrunden for iværksættelse af den aktuelle tvangsforanstaltning.

Patientrådgiver og klageadgang

Patienter, der undergives tvangsforanstaltninger, skal have beskikket en patientrådgiver. Dette gælder dog ikke ved personlig hygiejne gennemført ved tvang, personlig skærmning, der varer under 24 timer, samt ved undersøgelse af patientens ejendele, m.v. Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten om alt i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på sygehuset. Desuden skal patientrådgiveren hjælpe patienten med eventuelle klager.

Hvis en patient er blevet udsat for et tvangsindgreb, kan patienten forlange, at sagen behandles i det psykiatriske klagesystem. Fremsætter patienten ønske herom, skal sygehusmyndigheden således indbringe patientens klage over tvangsindgrebet til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen. Nævnet tager herefter stilling til, om betingelserne for tvangsanvendelsen er opfyldte og kan enten godkende eller tilside-sætte den påklagede afgørelse.

Ved hver statsforvaltning findes et psykiatrisk patientklagenævn, som behandler klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue, i det pågældende område.³⁹ Klagenævnet består af tre medlemmer: direktøren for statsforvaltningen og to medlemmer udpeget af sundhedsministeren efter indstilling fra henholdsvis Lægeforeningen og Danske Handicaporganisationer. Nævnet vurderer, om de materielle og formelle betingelser for tvangsudøvelse er opfyldt. Nævnet kan også tage stilling til, om der ved tvangsudøvelsen blev anvendt unødigt stor fysisk magt.

Er patienten utilfreds med afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn kan patienten forlange, at sagen indbringes for retten (afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel til afdelingen, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen), eller at sagen vurderes af Det Psykiatriske Ankenævn, der sekretariatsbetjenes af Patientombuddet (afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer).

³⁹ Se om sagsbehandlingen i BEK nr. 1339 af 2. december 2012 om forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævne, samt psykiatrilovens § 36.

Det Psykiatriske Ankenævn består af en formand, der skal være dommer, to medlemmer, der skal være psykiatere, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Gennemsnitligt bliver der klaget over cirka 20 % af afgørelserne fra de psykiatriske patientklagenævn (til henholdsvis retten eller Det Psykiatriske Ankenævn). I 2011 blev der indgivet 124 klager til Det Psykiatriske Ankenævn, hvoraf langt størstedelen var klager over tvangsbehandling. Gennemsnitligt bliver cirka 15 % af de indgivne klager ændret af Ankenævnet.

Registrering og indberetning af tvang

I 1989 blev Danmark det første europæiske land, hvor det ved lov blev pålagt nationalt at indrapportere anvendelsen af tvangsforanstaltninger. Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport fra 2009⁴⁰ findes der kun nationale registre i tre af de undersøgte lande, nemlig Norge, Finland og Danmark. Kun få lande har tilsvarende kvalitet og fuldstændighed af data.

Ifølge loven skal oplysning om enhver anvendelse af tvang tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Data indberettes til Sundhedsstyrelsen og udgives én gang årligt i 4. kvartal i det efterfølgende kalenderår.

Internationale regler

Generelt for internationale regelsæt gælder, at nogle er bindende, mens andre har mere vejledende karakter. Traktater, konventioner, m.v. er aftaler mellem staterne, hvor de stater, som tilslutter sig konventionen, forpligter sig til at overholde dennes bestemmelser. Konventioner kan – for langt de flestes vedkommende – ikke anvendes direkte af borgerne i de enkelte lande, men skal ses som en rettesnor for udformningen og fortolkningen af rettigheder i landenes egen lovgivning. Erklæringer, resolutioner, rekommandationer, m.v. har ikke bindende karakter, men kan have en vis betydning i kraft af sine anbefalinger.

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) er (som den eneste konvention) inkorporeret i dansk ret og kan anvendes direkte af borgerne. Af de nyere konventioner kan nævnes, at Bioetik-konventionen blev ratificeret af Danmark i 1999, og FN-konventionen om rettigheder til mennesker med nedsat funktionsevne blev ratificeret af Danmark i 2009.

Ifølge EMRK (1950) artikel 3 må ingen udsættes for tortur eller umenneskelig og nedværdigende behandling eller straf. Efter artikel 5 har enhver "ret til frihed og personlig sikkerhed". Bestemmelsen regulerer blandt andet administrativ frihedsberøvelse. Artiklen fastslår, at frihedsberøvelse kun kan ske på basis af en beslutning fra en legal autoritet og under betryggende retlig kontrol. En frihedsberøvelse skal (for ikke at være i strid med konventionen) falde ind under nærmere bestemte kategorier, herunder blandt andet personer med sindssygdomme. Artikel 8 fastsætter, at enhver har ret til beskyttelse af sit privat- og familieliv, sit hjem og sin korrespondance. Kernen i beskyttelsen af privat-

⁴⁰ *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning* (2009), s. 11.

livet er menneskets fysiske og psykiske integritet. Alle indgreb, som medfører tvang i form af overvindelse af modstand, betragtes som indgreb i privatlivet. Tvangsbehandling, som forfølger et ifølge konventionen tilladt formål (blandt andet for at forebygge uorden eller kriminalitet, for at beskytte helbred eller moral, eller for at beskytte andres rettigheder og friheder), som er hjemlet i lov og som er "nødvendig" i artiklens forstand, vil ikke komme i konflikt med beskyttelsen af privatlivet i artikel 8. Konventionen fastslår, at enhver som berøves friheden, skal have sin sag prøvet af en domstol.

I 1987 vedtog Europarådet en *Konvention til forebyggelse af tortur og umenneskelig eller uværdig behandling eller straf*, som uddyber forbuddet efter artikel 3 i EMRK. Formålet med konventionen er at styrke retssikkerheden for mennesker, som er frihedsberøvet fx i form af tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Efter konventionens artikel 1 skal der oprettes en komite (Den Europæiske Torturforebyggelseskomité), som skal gennemføre inspektioner af afdelinger, hvor mennesker holdes frihedsberøvede. Efter hvert besøg skal komiteen udarbejde rapport.

I 1997 blev Europarådets *Konvention om menneskerettigheder og biomedicin* vedtaget. Formålet med konventionen er ifølge artikel 1 at beskytte alle menneskers værdighed og identitet, og – uden forskelsbehandling – respektere deres integritet, rettigheder og fundamentale friheder ved anvendelse af biologi og medicin. Artikel 7 fastsætter en beskyttelse af sindslidende personer: "Patienter, der er sindslidende i alvorlig grad, kan, uden deres samtykke er indhentet og i overensstemmelse med de beskyttende regler, der er fastlagt ved lov, inklusive procedurer for tilsyn, kontrol og efterprøvelse, underkastes en intervention, der har til formål at behandle deres sindslidelse, såfremt der er risiko for alvorlig skade på deres helbred, såfremt en sådan behandling ikke foretages". Farlig-hedskriteriet nævnes ikke i artikel 7. Ifølge konventionens artikel 26 kan der dog undtagelsesvist ske begrænsninger i de i konventionen fastsatte rettigheder i det omfang, de er "foreskrevet ved lov og som er krævet i et demokratisk samfund i den offentlige sikkerheds interesse, til forebyggelse af forbrydelse, til beskyttelse af offentlig sundhed eller til beskyttelse af andres rettigheder og frihed".

I 2004 vedtog Europarådet *Rekommandation 2004 (10) om beskyttelse af menneskerettigheder og værdighed til personer med psykisk lidelse*. Rekommandationens formål er at styrke beskyttelsen af værdigheden og menneskerettighederne til personer med psykiske lidelser, særlige de som er underlagt tvungen indlæggelse og behandling. Hovedvilkåret for tvungen indlæggelse er, at personen har en alvorlig psykisk lidelse. I tillæg hertil må tilstanden medføre en betydelig risiko for alvorlig helbredsmæssig skade for personen selv eller alvorlig skade for andre. Videre kræves, at institutionsophold må have et behandlingsmæssigt formål.

På EU området skal nævnes, at Parlamentet i tæt samarbejde med WHO i 2008 vedtog *Den europæiske pagt for mental sundhed og trivsel*. Man udvalgte i denne nogle kerne-områder, som skal have særlig fokus: unge, gamle, selvmordsforebyggelse og depressionsforebyggelse, psykisk sundhed og arbejdsliv samt stigmatisering og diskriminering.

FN Konventionen om borgerlige og politiske rettigheder fra 1966 stiller i artikel 10 en del generelle krav, som har betydning for behandlingen af patienter under tvang. I første afsnit anføres: "All persons deprived of their liberty shall be treated with humanity and with respect for the inherent dignity of the human person".

En relativt ny FN-konvention fra 2006 har også betydning for patienter med psykiske lidelser. Det drejer sig om *Konvention om rettigheder for personer med handicap*. Mennesker med psykiske lidelser er omfattet af konventionen, hvis funktionsnedsættelsen har en alvorlig og varig karakter. Centralt for konventionen er et ikke-diskriminerende princip. Konventionen lægger vægt på betydningen af individuel selvbestemmelse og uafhængighed, inklusive friheden til at foretage egne valg, også for personer med nedsat funktionsevne, samt retten til respekt for den fysiske og psykiske integritet for personer med nedsat funktionsevne på lige fod med andre. Det skal af de tiltrædende stater anerkendes, at mennesker med nedsat funktionsevne har retlig handleevne på lige fod med andre på alle livets områder, og der skal træffes hensigtsmæssige tiltag for at give adgang til den nødvendige støtte for at kunne bruge sin retlige handleevne.

Ifølge artikel 14 skal deltagerstaterne sikre, at personer med handicap på lige fod med andre: a) har ret til frihed og personlig sikkerhed, og b) ikke ulovligt eller vilkårligt berøves deres frihed, og at enhver frihedsberøvelse følger lovens forskrifter, samt at eksistensen af et handicap i intet tilfælde kan berettige til frihedsberøvelse. Deltagerstaterne skal ligeledes sikre, at personer med handicap ved en eventuel frihedsberøvelse i forbindelse med en proces på lige fod med andre har krav på garantier i overensstemmelse med de internationale menneskerettigheder og skal behandles under overholdelse af denne konventions målsætninger og principper, herunder ved en rimelig tilpasning.

Ifølge artikel 19 har alle mennesker med nedsat funktionsevne samme ret som andre til at leve i samfundet med de samme valgmuligheder, og staterne skal træffe effektive og hensigtsmæssige tiltag for at mennesker med nedsat funktionsevne lettere skal kunne nyde denne rettighed fuldt ud og blive fuldt inkluderet og deltage i samfundet. Der hersker en vis uenighed blandt landene, om konventionen forbyder særlige indgrebshjemler over for mennesker med nedsat funktionsevne, som repræsenterer en forskelsbehandling sammenlignet med retstilstanden for personer uden funktionsnedsættelser.⁴¹

Hawaii-deklarationen var den første etiske deklaration, der gælder specifikt for psykiatri. Deklarationen blev vedtaget i 1977 af World Psychiatric Association (WPA) som etiske retningslinjer for psykiatere i hele verden.

WPA vedtog i 1996 *Madrid-deklarationen*, som er en form for international psykiatrisk grundlov udarbejdet af psykiatrien selv efter en lang proces, herunder høring af brugerorganisationer.

⁴¹ Se NOU 2011:9: *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, s. 72-74.

Litteratur



Adserballe, Hans (1997): *Etik i psykiatrien*, Munksgaard.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Skjult tvang i psykiatrien*.

Justitsministeriet (1986): *Principbetænkning om tvang i psykiatrien nr. 1068*.

Lindhardt, Anne (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, Psykiatrifondens Forlag.

Lindhardt, Anne (2012): "Der er særlige etiske konsekvenser af psykosediagnosen", i *Ugeskrift for Læger* 27, s. 31.

NOU 2011:9: *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*.

Sundhedsstyrelsen (2009): *National strategi for psykiatri*.

Sundhedsstyrelsens (2009): *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning*.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Anvendelse af tvang i psykiatrien 2009*.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010*.

Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén (1998): *Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård*, Stockholm.

DET ETISKE RÅD
Rentemestervej 8
2400 København NV
Tel: +45 7221 6860
www.etiskraad.dk

Psykatri og tvang i en juridisk kontekst
Magt og afmagt i psykiatrien

© Det Etske Råd 2012

ISBN: 978-87-91112-26-3

Udgivet af Det Etske Råd 2012

Illustrationer: Peter Waldorph

Fotos: iStockphoto, Colourbox

Publikationen kan downloades på Det Etske Råds webside www.etiskraad.dk