

## **Abstract**

In long periods of the psychiatry history, psychiatric patients have lived in wretched conditions. There were no legislation of mental illness and psychiatric patients were often treated with violence and force. Since the 13th century it has been common to lock psychiatric patients in little dark bedlams, and isolate them from the society. Denmark gets its first law of mental illness in 1938. Although this law only contained 14 paragraphs it established the first legal rights for mental patients.

In 1989 the law of mental illness was replaced by law of psychiatry, whereas the rules of psychiatry were significantly extended. The law of psychiatry helped fuel a debate about unevenness between patients in the psychiatric system and the somatic system. The government's ambition to create more equal worth between patients can be seen by the desire to improve the psychiatric patients' legal position and limit the use of force. Thereby, the dissertations main aim have been to clarify if the psychiatric patient have achieved a better legal position since 1989, and if the government has succeeded to limit the use of force used in psychiatric wards. Furthermore, the dissertation will involve relevant rules in relation to ECHR and The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and clarify, if Denmark lives up to its international obligations. The dissertation is based on legislation, legal literature, preliminary works of law, judgments from the courts, and administrative settlements.

Overall there have been three significant amendments of the law of psychiatry between 1989 and today. Characteristic for these has been a continuing improvement of the psychiatric patients' legal position along with a continuing extending of the possibilities of use of force in the law of psychiatry. The improvement of the psychiatric patients' legal position has been in keeping with the government's ambition to create more equal worth between patients, whereas it has not been the government's ambition to extend the possibilities of use of force. The improvement of the psychiatric patient's legal position can be seen by the enhanced self-determination, self-involving, self-awareness, enhanced control and ways to appeal. The enhanced protection of psychiatric patients is sustained by the rules in ECHR and The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Danish psychiatry is

for the first time ever found to have been in breach of ECHR art. 3, concerning prohibition of torture or to inhuman or degrading treatment or punishment, in 2014.

Even though there are positive developments of the psychiatric patients' legal position, numbers from The State Serum Institute show, that overall the use of force is increasing. This is against the government's objectives to limit the use of force.

# Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	5
1.1 Emne og emnebegrundelse .....	5
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Afgrænsning.....	8
1.4 Begrebsdefinitioner.....	8
1.4.1 Retsstilling .....	8
1.4.2 Retssikkerhed .....	8
1.4.3 Sindssygdom .....	9
1.4.4 Informeret samtykke .....	9
1.4.5 Sundhedspersoner .....	9
1.5 Strukturoversigt.....	9
2. Metode .....	10
3. Psykiatriens historie .....	12
3.1 Dansk lovgivning og retspraksis om psykiatri .....	12
3.1.1 Howitz, Hübertz og Selmer.....	13
3.1.2 Tiden fra 1852-1930'erne .....	15
3.1.3 Sindssygeloven af 1938 .....	16
4. Psykiatriloven.....	19
4.1 Baggrund og formål .....	19
4.2 Anvendelsesområde .....	19
4.3 Hjemlens klarhed og grundlovsbeskyttelsen.....	20
5. Udviklingen af den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven .....	21
5.1 PL af 1989.....	22
5.1.1 Lovens finjustering .....	23
5.1.2 Indsættelse af kap. 2 om almindelige bestemmelser .....	24
5.1.3 Indsættelse af kap. 3 om frihedsberøvelse .....	26
5.1.4 Indsættelse af kap. 8 om patientrådgivere og patientråd mv.....	27
5.1.5 Indsættelse af andre væsentlige kapitler.....	29
5.2 Væsentlige ændringer i PL af 1998.....	30
5.2.1 Udvidelse af § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard .....	30
5.2.2 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner .....	31
5.2.3 Tilbageførsel .....	31

5.2.4 Forenkling af klagesystemet .....	32
5.3 Væsentlige ændringer i PL af 2006.....	32
5.3.1 Ny tvangsdefinition.....	32
5.3.2 Eftersamtaler ved tvang.....	34
5.3.3 Udvidelse af §§ 2 og 3, og indsættelse af § 2a.....	35
5.3.4 Udvidelse af tvangsforanstaltninger.....	35
5.3.5 Øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse .....	36
5.3.6 Skærpet samtykkekrav til psykokirurgiske indgreb .....	36
5.3.7 Skriftlig og mundtlig underretning om påtænkt tvang .....	37
5.3.8 Patientrådgiver ved ethvert indgreb .....	37
5.3.9 Direkte ankeadgang til retten .....	37
5.4 Væsentlige ændringer i PL af 2010.....	38
5.4.1 Tvungen opfølgning efter udskrivning.....	38
5.5 Retspraksis .....	38
5.6 Udviklingen i tal.....	41
5.7 Delkonklusion .....	43
6. Den psykiatriske patients retsstilling i forhold EMRK samt FN's Handicapkonvention ...	48
6.1 EMRK .....	49
6.1.1 Frihedsberøvelse og artikel 5 .....	49
6.1.2 Tvangsbehandling og artikel 8.....	51
6.1.3 Tvangsfiksering og artikel 3.....	52
6.2 FN's Handicapkonvention .....	53
6.2.1 Frihedsberøvelse og artikel 14 .....	54
6.2.2 Tvangsbehandling og artikel 12, 17 og 25 .....	55
6.2.3 Tvangsfiksering og artikel 14-16 .....	56
6.3 Delkonklusion .....	56
7. Konklusion.....	59
Litteraturliste.....	63

# 1. Indledning

## 1.1 Emne og emnebegrundelse

Gennem historien har synet på afsindige eller gale gennemgået en stor udvikling, både hvad angår årsagen til denne tilstand og håndteringen heraf. I ældre tid herskede fordømmelse og ydmygelse af de afsindige, og de blev typisk anbragt i små kolde og mørke dårekister, hvorimod nutidens syn på psykisk lidelse afspejler en mangesidet og kompliceret sygdomstilstand.<sup>1</sup> Psykiatrien har således ikke altid været præget af humanitet, men nu bliver det anset for at være et civiliseret samfunds pligt at drage omsorg for mennesker, der ikke kan klare sig selv.<sup>2</sup> Pligten til at drage omsorg for psykisk syge står for en umiddelbar betragtning i skærende kontrast til anvendelse af tvang. Anvendelse af tvang overfor psykiatriske patienter har imidlertid to grundlæggende hensyn, nemlig hensynet til den tvangspåførte selv og hensynet til andre borgere i samfundet.<sup>3</sup> Hvis en psykisk syg gør skade på sig selv eller andre, er det derfor vigtigt, at det offentlige kan træde til og anvende tvangsmæssige foranstaltninger, hvorved patienten kan genvinde kontrollen med sit eget liv.<sup>4</sup> Dette står i kontrast til, at indespærring, fysisk tvang mv. er et fundamentalt indgreb i et menneskes liv og berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder. Det fremgår både af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) og grundloven (GRL), at borgeren har ret til personlig frihed og til respekt for sin fysiske og psykiske integritet. Disse rettigheder gør, at der sættes en naturlig begrænsning for brugen af tvang, som kun skal anvendes i klart definerede undtagelsestilfælde.<sup>5</sup> Både regeringen<sup>6</sup> og den offentlige debat har fokus på forebyggelse af tvang, og der er enighed om, at tvang så vidt muligt skal undgås. For nogle patienter kan oplevelsen af tvang betyde et livslangt traume, en følelse af ydmygelse, af ikke at blive respekteret mv., hvilket bevirker et samfundsmæssigt ønske om at begrænse tvang. Når tvang anvendes, skal indgrebet derfor have klar og tydelig lovhjemmel. Hjemlen findes blandt andet i den danske psykiatrilov (PL), epidemiloven samt straffelovens §§ 13 og 14 om nødværge og nødret. Disse nødværge- og nødretsbetragtninger gælder ved siden af PL's regler, og så er det også forudsat efter straffelovens § 42, at personer

---

<sup>1</sup> Det Ethiske Råd, Formål med projektet om psykiatri

<sup>2</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Indledning, s. 1

<sup>3</sup> Ibid., Indledning, s. 1

<sup>4</sup> Det Ethiske Råd, Formål med projektet om psykiatri

<sup>5</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Indledning, s. 1

<sup>6</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsministeren vil have mindre tvang i psykiatrien, 2014

kan anbringes på psykiatrisk sygehus eller afdelinger ud fra strafferetlige afgørelser.<sup>7</sup> Afhandlingen vil udelukkende fokusere på tvangsanvendelsen efter PL.

Afhandlingen tager sit afsæt i psykiatritret, som er en specialdisciplin inden for sundhedsretten. Kendetegnet ved sundhedsretten er en høj grad af selvbestemmelse. Hovedreglen er, at de behandlingsforslag, som en sundhedsperson fremsætter, kun skal betragtes som tilbud. Det er altså et grundlæggende princip i sundhedsretten, at en patient selv vælger, om der skal iværksættes behandling eller ej.<sup>8</sup> Af SL § 15, stk. 1, fremgår det, at

*”Ingen behandling må indledes eller forsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.”*

Der er efter sundhedsloven (SL) dermed ikke hjemmel til at indlede eller forsætte behandling, hvis der ikke foreligger et informeret samtykke fra patienten selv eller den legale repræsentant efter SL §§ 17-18, og uden, at der foreligger et øjeblikkeligt behandlingsbehov efter SL § 19. Undtagelsesvis giver SL §§ 141 a-g hjemmel til, at gravide alkoholmisbrugere kan tilbageholdes som led i behandling.<sup>9</sup> Ellers kræver anvendelse af tvang særskilt hjemmel, og denne hjemmel findes blandt andet i PL.<sup>10</sup> Med PL åbnes der mulighed for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, fiksering mv. Der er således med PL et langt større spektrum for tvangsforanstaltninger end SL, hvilket er en væsentlig forskel på de to love.<sup>11</sup> I og med at PL indeholder langt flere situationer, hvor tvang kan anvendes, er der også en forskel på, hvordan patienter bliver betragtet, alt efter om de er psykiatriske eller somatiske. Et forskelligt syn på de to patientgrupper er ikke noget nyt fænomen, men det er først ved PL's indførelse i 1989, at regeringen for alvor får fokus på et samfundsmæssigt ønske om større ligestilling mellem patientgrupper.<sup>12</sup> Ved indførelsen af PL blev det overvejet, om en egentlig særlovgivning på området ikke var udtryk for forskelsbehandling eller diskrimination af de sindssyge, eftersom selve udskillelsen til særbehandling bidrager til stigmatisering og styrker de negative fordomme, som store dele af befolkningen har overfor sindslidende.<sup>13</sup> Disse fordomme er på mange måder ubegrundede, da det ikke kan sandsynliggøres, at

---

<sup>7</sup> Bødker: Psykiatritret, 2013, s. 17 -18

<sup>8</sup> Ibid., s. 13

<sup>9</sup> Bødker: Sundhedsret, 2014, s. 446

<sup>10</sup> Bødker: Psykiatritret, 2013, s. 13

<sup>11</sup> Ibid., s. 1

<sup>12</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 39

<sup>13</sup> Ibid., s. 40

sindssyge er til større fare for andre end den øvrige del af befolkningen.<sup>14</sup> Når det er sagt, kan man ifølge regeringen ikke i ligestillingens navn overse den fundamentale forskel, at selvom der ikke tilnærmelsesvis er samme behov for tvangsbehandling af somatiske lidelser, bliver det anset for et nødvendigt og uundværligt middel inden for psykiatrien.<sup>15</sup> Lovgivningens mål er derfor ikke, at have ens regler for somatiske og psykiatriske patienter, men at optimere den psykiatriske patients retsstilling løbende, og i videst muligt omfang begrænse adgangen til tvang, således at divergensen mellem de to patientgrupper bliver mindst mulig.<sup>16</sup> Afhandlingens omdrejningspunkt vil således være udviklingen af den psykiatriske patients retsstilling siden 1989, og om der er sket et fald i brugen af tvang.

## 1.2 Problemstilling

Regeringens målsætning har siden PL's indførelse i 1989 været at skabe større ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter. Regeringens ambition om at skabe større ligestilling kommer til udtryk ved ønsket om at forbedre den psykiatriske patients retsstilling og begrænse anvendelsen af tvang. Afhandlingens fokus vil således være, at klarlægge, om det er lykkedes regeringen at forbedre den psykiatriske patients retsstilling i forbindelse med de forskellige lovændringer siden 1989, og om det er lykkedes at begrænse brugen af tvang. Eftersom tvang berører nogle de mest grundlæggende menneskerettigheder, vil afhandlingen inddrage de relevante bestemmelser i EMRK og FN's Handicapkonvention.

*Afhandlingens analytiske del vil dermed vurdere udviklingen af den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven, og den psykiatriske patients retsstilling i forhold til EMRK samt FN's Handicapkonvention.*

For at afdække og beskrive udviklingen af den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven vil det være nødvendigt at redegøre for de forskellige lovændringer siden PL's indførelse i 1989 og fremdrage de væsentligste bestemmelser på området. Analysens første del vil desuden indeholde eksempler fra retspraksis, som skal afdække betydningen af den retstillingsmæssige udvikling, og endelig vil det blive

---

<sup>14</sup> Ibid., s. 57

<sup>15</sup> Ibid., s. 41

<sup>16</sup> Ibid., s. 41

klarlagt, om der statistisk set er sket et fald i tvangsanvendelsen. Analysens anden del vil vurdere de psykiatriske patienters væsentligste rettigheder ift. EMRK og FN's Handicapkonvention og tillige indeholde en undersøgelse af, om Danmark overholder sin internationale forpligtelse på området.

### **1.3 Afgrænsning**

Tanker om psykiatri og sindssyge har eksisteret i århundreder, og er et særdeles omfangsrigt emne. Det redegørende afsnit om psykiatriens historie vil derfor have fokus rettet mod lovgivningsmæssige ændringer gennem tiden og udviklingen i samfundets syn på psykisk syge. Derudover er afhandlingens formål først og fremmest at beskrive udviklingen i den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven og vil således indeholde en grundig undersøgelse af de forskellige lovændringer af PL siden 1989. Omfanget af ændringerne har været stort, så kun de væsentligste vil blive inddraget siden 1989 og op til den nugældende PL af 2010, mens mindre korrektioner uden betydning for den psykiatriske patients retsstilling vil blive udeladt. Endvidere vil afhandlingen ikke nærmere forholde sig til de særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, region Sjælland, nævnt i PL §§ 18a-c, eller PL's kap. 11 og 12 omhandlende særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer, eller patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse.

### **1.4 Begrebsdefinitioner**

#### **1.4.1 Retsstilling**

Retsstilling er den måde som man er stillet på i et retsforhold med hensyn til juridiske rettigheder.<sup>17</sup>

#### **1.4.2 Retssikkerhed**

Begrebet retssikkerhed kan opdeles i materiel og formel retssikkerhed. Materiel retssikkerhed er udtryk for, at forvaltningen handler i overensstemmelse med generelle normer, og formel retssikkerhed er udtryk for, at myndighedernes

---

<sup>17</sup> Den Danske Ordbog, Retsstilling



beslutninger træffes under former, der frembyder størst mulig sikkerhed for en lovlig og korrekt behandling af borgerne.<sup>18</sup>

### 1.4.3 Sindssygd

Sindssygd er synonymt med psykose og

*”... er en samlebetegnelse for en række forskelligartede indgribende psykiske abnormtilstande, 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”, dvs. i overensstemmelse med hans egen tidligere oplevelse af samme emner, respektive med omgivelsernes vurdering heraf.”<sup>19</sup>*

### 1.4.4 Informeret samtykke

Ved et informeret samtykke forstås et samtykke, hvor der er givet fyldestgørende information fra sundhedspersonalet. Heri ligger, at en patient skal have den mængde information, der skal til, for at denne har det tilstrækkelige grundlag for en meningsfuld stillingtagen til den påtænkte foranstaltning, og oplysningerne skal være i overensstemmelse med den til enhver tid gældende faglige norm på området.<sup>20</sup> Hvornår der foreligger en et gyldigt informeret samtykke, herunder en klar meningstilkendegivelse fra patienten, skal efter lovændringen fortolkes i overensstemmelse med samtykkereglerne i SL's kapitel 5.<sup>21</sup>

### 1.4.5 Sundhedspersoner

Ved sundhedspersoner forstås efter SL § 6

*”personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.”*

En sundhedsperson kan altså være en læge, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, men også andre, som eks. lægesekretærer, der ikke er autoriseret eller sundhedsfaglig uddannet, men handler som lægens medhjælp.<sup>22</sup>

## 1.5 Strukturoversigt

For at forstå nutidens syn på psykiatriske patienter og deres retstilling, er det oplagt at gennemgå psykiatriens forhistorie. Kapitel 3 vil således gennemgå de første

---

<sup>18</sup> Von Eyben: Juridisk ordbog, 2008, s. 330

<sup>19</sup> Lov nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, note 23

<sup>20</sup> Bødker: Sundhedsret, 2014, s. 187

<sup>21</sup> Lov nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, note 6

<sup>22</sup> Bødker: Psykiatiret, 2013, s. 18

bestemmelser om psykiatri på dansk jord, og hvorledes lovgivningen og det samfundsmæssige syn på psykiatriske patienter har udviklet sig op til sindssygeloven af 1938. Det næste skridt i lovgivningens udvikling er PL. Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af PL's anvendelsesområde, hjemlens klarhed og grundlovsbeskyttelsen. Derefter vil afhandlingen gå over i analysedelens kapitel 5 og 6, som vurderer udviklingen af den psykiatriske patients retstilling efter psykiatriloven og den psykiatriske patients retstilling i forhold til EMRK samt FN's Handicapkonvention. Kapitel 5 om den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven gennemgår betydningsfulde ændringer i lovgivningen efter PL's indførelse i 1989 og op til den nugældende lov af 2010. Kapitel 6 om den psykiatriske patients retsstilling i forhold til EMRK samt FN's Handicapkonvention gennemgår de væsentligste bestemmelser på området og klarlægger, hvorvidt Danmark overholder sin internationale forpligtelse på området. Endelig sammenfattes analysen og gældende ret søges afklaret.

## 2. Metode

Udarbejdelsen af afhandlingen tager afsæt i den retsdogmatiske metode, hvilket kortlægger gældende ret ud fra fortolkning og analyse af retskilder<sup>23</sup>. Til brug for afhandlingens udformning anvendes lovgivning, juridisk litteratur, lovforarbejder samt domme og administrative afgørelser. I den retsdogmatiske metode anvendes love som den primære retskilde<sup>24</sup>. Ved udarbejdelsen af dette projekt anvendes psykiatriloven (PL), sindssygeloven, Grundloven (GRL), Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) og FN's Handicapkonvention. Retskildehierarkiet er opbygget således, at GRL er øverst og har forrang for EMRK.<sup>25</sup> EMRK har dog særstilling i dansk ret, hvilket skyldes, at det er den eneste konvention, der er inkorporeret i dansk ret, hvilket indebærer, at danske borgere kan anvende dens bestemmelser direkte.<sup>26</sup> Danske domstole kan også fortolke GRL's rettighedsbestemmelser efter parallelle rettigheder i EMRK, hvilket bevirker, at

---

<sup>23</sup> Blume: Retssystemet og juridisk metode, 2014, s. 40

<sup>24</sup> Ibid., s. 131

<sup>25</sup> Rytter: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – og dansk ret, 2011, s. 36-37

<sup>26</sup> Betænkning 2014 nr. 1546, s. 47

EMRK opnår forfatningsrang og dermed har forrang for almindelig lovgivning.<sup>27</sup> Hvad angår FN's Handicapkonvention, så er spørgsmålet om dennes retskildeværdi ikke helt ukompliceret. FN's Handicapkonvention er ligesom alle de øvrige FN konventioner juridisk forpligtende for den danske stat. Handicapkonventionen indeholder dog meget forskellige rettigheder, både økonomiske, sociale, kulturelle rettigheder kontra civile og politiske rettigheder, og forpligter i forskelligt omfang.<sup>28</sup> Uden at gøre dette til en større teoretisk diskussion kan det overordnet konkluderes, at Handicapkonventionen principielt har samme retskildeværdi som EMRK, men at den manglende inkorporering i dansk ret medfører, dels et mindre kendskab til konventionen, dels en tilbageholdenhed hos domstolene med at anvende den. En anden vigtig retskilde er retspraksis, og til brug for analysen anvendes to judicielle afgørelser samt to administrative afgørelser, nemlig U.2014.3300Ø, U.2013.3074H, PKN 0128202A og PKN 0343704P.<sup>29</sup> Endvidere anvendes lovforarbejder til PL. Lovforarbejderne har en væsentlig betydning, da de fremlægger de overvejelser, lovgiver havde, da loven blev vedtaget, og de bidrager således til forståelse og fortolkning af loven. I retskildehierarkiet anses lovforarbejder ikke for at være en selvstændig retskilde på niveau med love og domme, og forarbejder kan ikke i sig selv være bindende eller forpligtende.<sup>30</sup> Endeligt anvendes juridisk litteratur, såsom bøger, artikler og relevante hjemmesider til at afdække og beskrive den psykiatriske patients retsstilling. Retskildeværdien af den juridiske litteratur kan diskuteres, eftersom den mangler legitimitet til at påvirke retsforholdene. Juridiske forfattere er ikke lovgivere, og har ikke adgang til at diktere gældende ret, men til gengæld kan litteraturen bruges som argumentation i juridiske diskussioner og kan i et vist omfang bruges som fortolkningsbidrag. Juridiske forfatteres opfattelse af retstilstanden kan derved bidrage til løsning af retlige konflikter.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Rytter: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – og dansk ret, 2011, s. 36-38

<sup>28</sup> Betænkning 2014 nr. 1546, S. 26

<sup>29</sup> Blume: Retssystemet og juridisk metode, 2014, s. 113

<sup>30</sup> Ibid., s. 112

<sup>31</sup> Ibid., s. 115-116

## 3. Psykiatriens historie

### 3.1 Dansk lovgivning og retspraksis om psykiatri

På dansk jord blev den første bestemmelse om sindssyge indsat i Eriks Sjællandske Lov, som er en af landskabslovene, nedskrevet i midten af 1200-tallet.<sup>32</sup> Lovens 3. bog, kapitel 36, indeholder udtrykket ”om mand vorder gal” og omhandler umyndiggørelse af den sindssyge ved tinge. Hvad der præcist skulle ske med den gale, var ikke lovreguleret, men det var kutyme med privat internering (’husarrest’). Den gale blev indespærret i hjemmet og var under opsyn af familiemedlemmer. Ellers tog øvrigheden sig af de sindssyge og anbragte dem i dårekiste, hvilket typisk var et lille bræddeskur, bygget af tykke planker<sup>33</sup>, og fra det 16. århundrede blev der indført dårekister eller særlige rum til sindslidende på de almindelige hospitaler.<sup>34</sup>

Et mere præcist lovgrundlag blev først nøjere fastlagt i Christian den Femtes danske lov fra 1683, nærmere bestemt 1-19-7, som bestemte, at

*”Findis nogen rasende, eller galind, da maa hvem der vil hannem binde, og føre ham til Tinge, og tilbyde hans Frænder hannem, og de ere pligtige at forvare hannem, saa fremt de have Middel dertil; Hvis ikke, da bør Øvrigheden at sette hannem i Forvaring.”*<sup>35</sup>

Det var således først og fremmest familiens ansvar at tage vare på den sindssyge<sup>36</sup>, og hvorledes dette skulle foregå, var helt op til familien. Hvis familien til gengæld ikke kunne tage vare på vedkommende, måtte øvrigheden bringe den gale i forvaring, og bestemmelsen blev specielt suppleret med et retsskrift af 15. februar 1793 om at indespærre farlige afsindige i dårekiste.<sup>37</sup> Foruden denne bestemmelse indeholdt danske lov også andre bestemmelser, som var med til at begrænse den sindssyges retsstilling, eks. 3-16-5, som bestemte, at der ikke kunne ske trolovelse med en person, der ikke er *ved sin rette Fornuft og Forstand*.<sup>38</sup>

Bestemmelsen i 1-19-7 i Chr. d. V.’s danske lov fra 1683 var den gyldige hjemmel til frihedsberøvelse indtil 1938, hvor den blev erstattet af sindssygeloven<sup>39</sup>, og psykisk syge var i mellemtiden anbragt under kummerlige forhold. Selv ved 1800-tallets

<sup>32</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000., s. 13

<sup>33</sup> Det Ethiske råd, Samfundet og ”de gale”, 2012, s. 3

<sup>34</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 13-14

<sup>35</sup> KONG CHRISTIAN DEN FEMTIS DANSKE LOV, s. 63

<sup>36</sup> Det Ethiske råd, Samfundet og ”de gale”, 2012 s. 3

<sup>37</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 14

<sup>38</sup> KONG CHRISTIAN DEN FEMTIS DANSKE LOV, s. 36

<sup>39</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 14

begyndelse blev afsindige henvist til dels private dårekister og dels offentlige dårekister ved hospitaler, klostre og fængsler, og udover at den sindssyge var undergivet familiens eller formynderes forgodtbefindende, så var tidens behandling af sindssyge også præget af afstraffelse.<sup>40</sup> Den ældste offentlige institution for sindssyge, det gamle pesthus<sup>41</sup> i København, fra 1766 benævnt Sct. Hans Hospital<sup>42</sup>, var landets eneste institution med et større antal sindslidende indtil 1852. Fra starten af 1800-tallet var det antagelsen, at den afsindige ville få sin fornuft tilbage ved hjælp af fysisk undertvingelse af drifterne, hård disciplin og fysisk tvang. Dette foregik eksempelvis ved hjælp af tvangsstole, styrtebade, spændetrøjer, sulte- og tørstekure, kvalmemiksturer osv. Selvom denne fremgangsmåde i et nyere perspektiv må anses for at være yderst tvivlsom, så var det historisk set de første tegn på en direkte behandling af patienter. At der bliver sat fokus på behandling af sindssyge bunder i en ny lægelig anskuelse. Tidligere blev sindssygdom begrundet med seksuelle udskejelser og synd mod Helligånden, men en lægelig-medicinsk opfattelse af, at sindssygdom skyldes sygdom i hjernen, fik efterhånden overtaget. Kuren var først og fremmest terapeutisk behandling i anstaltsregi, som skulle hjælpe de syge til at genvinde kontrollen over deres sind.<sup>43</sup> Denne disciplinære og chokinspirerede behandlingsform, også kaldet den psykiske kurmetode, blev især anvendt af overlæge Johan Henrik Seidelin, ansat på Sct. Hans Hospital på Bidstrupgaard ved Roskilde i 1816. På samme tid med Seidelins ansættelse på Sct. Hans Hospital blev Danmark anset for at have sin første egentlige helbredsanstalt for sindssyge<sup>44</sup>, men Seidelins metoder blev senere voldsomt kritiseret, og Seidelin blev afskediget i 1831. Ledelsen af Sct. Hans Hospital blev derefter overtaget af overlæge A.V.T. Göricke, som brød med den psykiske kurmetode og var en af de første læger, der kritiserede den meget mangelfulde lovgivning om sindslidelser og sindslidende<sup>45</sup>.

### **3.1.1 Howitz, Hübertz og Selmer**

Efter bruddet på den psykiske kurmetode var psykiatrien dermed på vej over i en ny fase, og særligt tre læger var fremtrædende i denne periode, hvor der blev sat begyndende fokus på udbygning af sindssygevæsenet og regler for de sindssyges

---

<sup>40</sup> Ibid., s. 17-18

<sup>41</sup> Oprindelig en stiftelse for pestsmittede, fattige og mennesker med mentale anormaliteter

<sup>42</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 14 og 18

<sup>43</sup> Det Ethiske råd, Samfundet og "de gale", 2012, s. 3

<sup>44</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 18

<sup>45</sup> Ibid., s. 19

retslige stilling. Professor i farmakologi og retsmedicin Frantz Gotthard Howitz (1789) var den første i Danmark, som beskæftigede sig indgående med psykiske abnormitetsbegreber og om lægers og juristers opfattelse af begrebet *afsindighed*. Howitz slog eksempelvis fast, at

*”Afsindighed bestaar i en Indskrænkning af Fornuften eller Fornuftens Brug formedelst en Sygdom i de materielle Organer for Sjælens Virksomhed”.*<sup>46</sup>

Derudover slog Howitz fast, at afsindighed var en legemlig sygdom, og at der var mellemgrader imellem afsindighed og almindelig fornuft, såsom laster og lidenskab, og at vreden eks. var en kortvarig galskab. Howitz berørte således nogle meget væsentlige problematikker, som også har haft indflydelse på juraen lige siden.<sup>47</sup>

Lægen Jens Rasmussen Hübertz (1794-1855), som var ansat ved fattigvæsnet og hospitalet i Aalborg med tilknyttet dåreanstalt i årene 1838-44, var i særdeleshed forkæmper for, at der skulle laves en lovgivning for de sindssyges retlige stilling, hvilket blandt andet kan udledes af hans bog *Om Daarevæsenets Indretning i Danmark*. I denne bog beskriver Hübertz, hvad retstilstanden er i Danmark, hvad retstilstanden er i andre lande, og hvorledes afsindige skal helbredes<sup>48</sup>. Han skriver:

*”Hvad de Afsindiges Helbredelse angaaer, da er man over hele Europa enig om, at denne alene lader sig bevirke i egne, dertil indrettede Anstalter”.*<sup>49</sup>

Det er nemlig Hübertz’s overbevisning, at anstalter er med til at give samfundet sikkerhed og samtidig tilgodese nogle af de hensyn, som den afsindige har krav på<sup>50</sup>, og her mener Hübertz ikke juridiske krav, men mere krav i henhold til helbredelsesanstaltens fysiske rammer, eksempelvis at den skal have en smuk, landlig beliggenhed med et passende areal af jord, marker og have, adgang til ferskvand, opdeling af mænd og kvinder, forskellige afdelinger alt afhængig af sygdommens art, stadie og patientens tilstand, at der skal være et tilstrækkeligt plads til det antal patienter der anbringes mv.<sup>51</sup> Hübertz var endvidere den første til skelne afsindige og idioter fra hinanden, og Hübertz mente, at afsindige er dem, der har haft forstandens brug, men senere har mistet den, hvorimod idioterne er født med ufuldkomne sjæleevner, og at sygdommen varer hele livet. Dette havde stor betydning for den

---

<sup>46</sup> Ibid., s. 19

<sup>47</sup> Ibid., s. 20

<sup>48</sup> Om Daarevæsenets Indretning i Danmark, 1843, s. 3, 9 og 55

<sup>49</sup> Ibid., s. 55

<sup>50</sup> Ibid., s. 56

<sup>51</sup> Ibid., s. 56

senere juridiske tankegang.<sup>52</sup> Endelig var der Harald Selmer (1814-79), kendt for at være dansk psykiatris fader, som blandt andet arbejdede med oprettelse og indretning af helbredanstalter. Selmer kritiserede den utidssvarende og manglende lovgivning på området, hvilket kom til udtryk i hans bog fra 1846 *Almindelige Grundsætninger for Daarevæsnets Indretning*. Bogen betegnes som den danske anstaltslitteraturs klassiske værk og beskriver denne tids kummerlige håndtering og indespærring af afsindige i arrester, dårekister, fattiggårde mv.<sup>53</sup> Den 1. september 1852 blev der åbnet helbredsanstalt i Nørrejylland, hvor Selmer blev ansat som overlæge. Her udarbejdede han et regulativ, som fik stor betydning og blev anset for at være et paradigme for senere regulativer i forbindelse med statens sindssygeanstalter. I regulativet stod blandt andet, at en patient som udgangspunkt ikke må optages på en psykiatrisk anstalt, før dennes tilstand er undersøgt og hans sindssygdom er blevet bekræftet af en autoriseret læge ved udfyldning af en blanket. Grundet disse regulativer har Danmark i modsætning til mange andre europæiske lande først sent fået en egentlig sindssygelov.<sup>54</sup>

### 3.1.2 Tiden fra 1852-1930'erne

Tiden fra 1852 til 1890 var præget af, at der blev oprettet flere psykiatriske institutioner, blandt andet Oringe ved Vordingborg i 1858, Københavns Kommunehospitals 6. afdeling for sinds- og nervesygdomme i 1875 mv. På Københavns Kommunehospitals 6. afdeling var der stadig ikke særlige bestemmelser i henhold til de psykiatriske patienter, og ej heller for de sindssyge, som befandt sig i de små anstalter eller stadig var under privat varetægt.<sup>55</sup> Anderledes var det på det strafferetlige felt, og i almindelig borgerlig Straffelov af 10. februar 1866 kom der i § 38 en bestemmelse om, at handlinger foretaget af afsindige var straffrie.<sup>56</sup> Endvidere kom der i § 39 en bestemmelse om, at der skulle anvendes en mildere straf end den lovbestemte, når det kommer til

*”Taaber eller andre Personer, der, om de end ikke mangle al Bevidsthed, dog paa Grund af særegne Tilstande, som have Indflydelse paa Villiens Frihed, ikke kunne antages i Gjærningens Øieblik at have været i Besiddelse af den Tilregnelighed, der findes hos voxne og sjælssunde Personer.”*<sup>57</sup>

---

<sup>52</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 20

<sup>53</sup> Ibid., s. 21

<sup>54</sup> Ibid., s. 22

<sup>55</sup> Ibid., s. 22-23

<sup>56</sup> Almindelig borgerlig Straffelov af 10. februar 1866, s. 8

<sup>57</sup> Ibid., s. 8

I perioden mellem 1890 og 1930, må der siges at være lovgivningsmæssigt stilstand i psykiatrien, men perioden har stadig en utilfredsstillende håndtering af psykisk syge. Specielt i slutningen af 1890'erne kom der fokus på Københavns Kommunehospitals 6. afdeling i forbindelse med en række klager over frihedsberøvelse, og der var særligt angreb rettet mod afdelingens overlæge, professor Knud Pontoppidan (1853-1916). En af klagerne var forfatterinden Amalie Skram, som blev tvangsindlagt i 1894 for sin psykisk ustabile adfærd. Året efter indlæggelsen udgiver Skram sin dobbeltroman *Professor Hieronymus og Paa Sct. Jørgen s*, som er en delvis selvbiografisk roman, hvor førstnævnte bog skildrer Skrams aktuelle erfaring med 6. afdeling. Skram giver afdelingen skarp kritik og beskriver, hvorledes hun fuldstændig fratages sin selvbestemmelse og handleevne, og kun i begrænset omfang har kontakt til omverdenen.<sup>58</sup> Dette var bare en ud af flere klager, og blev endnu engang anset for at understrege et samfundsmæssigt behov for en sindssygelov på området.

Først i 1930'erne begynder den lovgivningsmæssige udvikling at tage fart, og ordet *sindssygdom* findes nu i § 16 i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930, hvor der står, at

*”Straffrie er Handlinger foretagne af Personer, der er utilregnelige paa Grund af Sindssygdom eller Tilstande, der maa ligestilles dermed, eller Aandssvaghed i højere Grad.”*<sup>59</sup>

Hvad der præcist skulle lægges i ordet *sindssygdom*, var ikke helt fastlagt.<sup>60</sup> Professor i psykiatri Hjalmar Helweg (1886-1960) skrev den første danske lærebog om retspsykiatri i 1939 og konstaterede heri, at ordet *sindssygdom* var et rent empirisk samlebegreb, der savnede afgrænsning. Med dette mente Helweg, at ordet *sindssygdom* betegnede en gruppe sygdomme, der var sammenfattet i den disciplin, som kaldes psykiatri, og hvilke sygdomme der nærmere bestemt er omfattet, afgøres af den psykiatriske skole<sup>61</sup>. Det lidt løse sindssygebegreb blev bevaret langt op i tiden.<sup>62</sup>

### 3.1.3 Sindssygeloven af 1938

I 1938 kommer Danmarks første sindssygelov i Danmark. Allerede i 1927 udarbejdede Familieretskommissionen sammen med et underudvalg af

---

<sup>58</sup> Professor Mogens Møllergård, Videnskab og praksis – statusartikel, 2007

<sup>59</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 28

<sup>60</sup> Ibid., s. 35

<sup>61</sup> Overlæge Mette Brandt-Christensen & læge Aksel Bertelsen, Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov, 2010, s. 1

<sup>62</sup> Se afsnit 5.1.1



sindssygelæger et *Udkast til Lov om sindssyge og aandssvage Personers Hospitalsophold*, som i opbygning og principper kom til at ligne den endelige sindssygelov i 1938. Da udkastet skulle forelægges Rigsdagen i 1930-31, blev loven sat i bero, hvilket blandt andet skyldtes en udbredt modstand imod forlagets mulighed for, at der også kunne ske tvangsindlæggelse af ikke-farlige sindssyge. Forhandlingerne i Rigsdagen var strandet indtil 1937, og i den mellemliggende periode blev åndssvage udskilt fra udkastet i 1934, der herefter udelukkende kom til at handle om personer med egentlige sindssygdomme.<sup>63</sup> Herefter blev lovforslaget fremsat i Folketinget af den socialdemokratiske justitsminister K. K. Steincke og vedtaget med et beskedent flertal i Landstinget med titlen *Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold*, også kaldet sindssygeloven.<sup>64</sup> Ved vedtagelsen havde loven kun 14 paragraffer, men den var stadig et stort skridt på vejen mod en forbedring af den psykiatriske patients retsstilling. Sindssygeloven lagde særligt vægt på det behandlingsmæssige aspekt i brugen af tvang<sup>65</sup> og indeholdt regler om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af sindssyge, herunder ikke-kriminelle og ikke-farlige personer<sup>66</sup>, hvorimod adgangen til tvangsbehandling og anvendelse af tvangsmidler ikke blev nævnt. Lovens anvendelsesområde angik efter § 1, stk. 1, behandling af sindssygdomme på private og offentlige hospitaler eller anstalter, og stk. 2 anførte, at indlæggelse og tilbageholdelse af en sindssyg kun måtte finde sted på de af stk. 1 nævnte steder, når det skete mod dennes vilje.<sup>67</sup> Med sindssygelovens § 2, stk. 1 blev det også for første gang muligt med frivillig indlæggelse på begæring af patienten selv, og hvis det ikke skete frivilligt, var kriterierne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse efter § 2, stk. 1 og 2 og § 8, stk. 1, at patienten efter lægens vurdering anses for at være sindssyg suppleret med, at den syge efter lægens undersøgelse anses for at være farlig for sig selv eller andre, eller at udsigterne til helbredelse væsentlig ville forringes uden frihedsberøvelse. Desuden kunne tvangstilbageholdelse også ske, hvis det måtte antages, at det ville medføre væsentlige ulemper for den sindssyge selv at blive udskrevet, og at justitsministeren tiltrådte nægtelsen, jf. § 8, stk. 2.<sup>68</sup> Andre væsentlige hovedtræk findes i lovens § 3, hvor det bliver indskrevet, at indlæggelse til behandling af

---

<sup>63</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 33-34

<sup>64</sup> Ibid., s. 34

<sup>65</sup> Det Ethiske råd, Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst, 2012, s. 5

<sup>66</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 34

<sup>67</sup> Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge Personers Hospitalshold

<sup>68</sup> Ibid.

sindssyge kun kan ske på baggrund af en lægeerklæring. I § 6, stk. 1 blev det bestemt, at hvis en sindssyg skulle tvangsindlægges ved politiets bistand, så skulle den sindssyge tildeles en tilsynsværge, fortrinsvis en nær pårørende. Tilsynsværgen måtte dog ikke være den person, der fik foranlediget den sindssyges tvangsindlæggelse, og hvis forholdene ikke talte imod, skulle der ved beskikkelsen også tages hensyn til den sindssyges eget ønske. Tilsynsværgens opgave var at holde sig underrettet om den sindssyges tilstand og drage omsorg for, at opholdet på hospitalet eller helbredelsesanstalten ikke blev længere end nødvendigt, jf. § 6, stk. 1, 2. pkt. Hvis tvangsindlæggelsen ikke foregår ved politiets bistand, så skal den sindssyge stadig tildeles en tilsynsværge, hvis den sindssyge selv fremsætter ønsker herom, jf. § 6, stk. 2. Efter sindssygelovens § 9, stk. 1 blev det også muligt for patienten selv at begære udskrivning, og det samme gjaldt for eksempelvis tilsynsværgen, patientens forældre, myndige børn eller nære slægtninge. Hvis en begæring om udskrivning blev afslået, skulle sagen forelægges for justitsministeren, som så traf afgørelse om, hvorvidt udskrivning kunne finde sted eller ej, jf. § 9, stk. 2.<sup>69</sup>

Sindssygeloven har mellem 1938 og 1989 kun været ændret på et væsentligt punkt.<sup>70</sup> I 1954 blev der adgang til, at den sindssyge eller den, der handlede på den sindssyges vegne efter § 9, stk. 1, fik adgang til at forelægge justitsministerens afgørelse i klagesager for domstolen, jf. § 9, stk. 3 og § 10, stk. 3.<sup>71</sup> Den nye ændring opstod på baggrund af grundlovsændringen året før. I 1953 blev der i GRL's § 71, stk. 6 indsat regler om adgang til domstolsprøvelse.<sup>72</sup> Det var derfor vigtigt, at sindssygeloven blev bragt i overensstemmelse hermed.<sup>73</sup> Hvad angår andre væsentlige juridiske ændringer, blev der i 1975 indført lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne, hvilket fra regeringens side var et forsøg på at ligestille behandlingen af psykiatriske og somatiske sygdomme.<sup>74</sup> Det næste skridt var PL af 1989.

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 11

<sup>71</sup> Retsinformation, Lov om ændringer i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold

<sup>72</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 11

<sup>73</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 34

<sup>74</sup> Ibid., s. 34

## 4. Psykiatriloven

### 4.1 Baggrund og formål

PL blev første gang fremsat af regeringen i 1987 under titlen *lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*. Loven blev vedtaget i Folketinget i maj 1989 efter en genfremsættelse. Den trådte i kraft den 1. oktober 1989 og er baseret på betænkning 1986 nr.1068 og betænkning 1987 nr. 1109.<sup>75</sup> Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien afløste den tidligere sindssygelov<sup>76</sup> fra 1938, som havde fundet anvendelse i mere end 50 år. Den nye lov medførte skærpede bestemmelser for sundhedspersonales adgang til at anvende tvang over for psykiatriske patienter ved indlæggelse, ophold og behandling. Loven har senere gennemgået tre betydningsfulde ændringer, nemlig ved lov nr. 849 af 2. december 1998, lov nr. 1111 af 1. november 2006 og lov nr. 1729 af 2. december 2010. Loven har medført adskillige ændringer i forhold til den psykiatriske patients retsstilling. Formålet med PL var grundlæggende at forbedre den psykiatriske patients rettigheder i forbindelse med tvangsanvendelse. Fra regeringens side kom der fokus på, at den psykiatriske patient i større omfang skulle inddrages i egen behandling og generelle forhold.<sup>77</sup>

### 4.2 Anvendelsesområde

Siden 1989 har lovens formål været det samme:

*”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.”*, jf. PL § 1.

PL's bestemmelser kan derved som udgangspunkt alene finde anvendelse på personer, der indlægges på psykiatriske hospitalsafdelinger og udelukker således personer, der opholder sig andre steder, som f.eks. i eget hjem, kriminalforsorgens institutioner eller på offentligt område.<sup>78</sup> En psykisk syg person, som i øvrigt opfylder de materielle kriterier for tvangsbehandling efter PL, kan derfor kun behandles på frivilligt grundlag, når denne ikke er indlagt på psykiatrisk afdeling.

---

<sup>75</sup> Bødker: Psykiatret, 2013, s. 14

<sup>76</sup> Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge Personers Hospitalshold

<sup>77</sup> Bødker: Psykiatret, 2013, s. 14

<sup>78</sup> Ibid., s. 14-15

Der er der nogle undtagelser fra dette i PL. Ifølge PL § 13, stk. 1, gælder loven også for tvangstilbageholdte personer, der midlertidigt overføres fra psykiatrisk til somatisk afdeling med henblik på behandling af en legemlig lidelse. Her er det underordnet, om patienten giver sit samtykke eller ej, men det er dog en betingelse, at lidelsen skal udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Derudover indeholder PL i § 10a, stk.1, den undtagelse, at hvis en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person forlader en psykiatrisk afdeling og ikke frivilligt vender tilbage, så kan overlægen beslutte, at vedkommende skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand og dermed være undergivet reglerne igen. Det samme gælder for patienter, der udebliver efter udgang.<sup>79</sup> Endelig indeholder PL § 13d hjemmel til, at overlægen kan træffe beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning af patienter fra psykiatriske afdelinger, hvis der er begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten ikke efterfølgende vil følge den nødvendige behandling. Denne bestemmelse åbner mulighed for, at overlægen kan give psykiatriske patienter pålæg om at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, jf. stk. 2, og hvis patienten ikke opfylder pålægget, kan overlægen beslutte, at patienten afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling, jf. stk. 3.<sup>80</sup> Eftersom patienter som hovedregel skal være indlagt på en psykiatrisk afdeling for at PL's regler om tvang skal kunne finde anvendelse, medfører dette, at PL ikke finder anvendelse på ambulante psykiatriske patienter og daghospitalpatienter. Sidstnævnte gruppe kommer primært kun på den psykiatriske afdeling i dagtimerne for at modtage behandling og evt. terapi og er således ikke indlagt. Denne persongruppe kan altså ikke tvangstilbageholdes eller tvangsbehandles, medmindre der er belæg for tvangsindlæggelse.<sup>81</sup>

### **4.3 Hjemlens klarhed og grundlovsbeskyttelsen**

Det fremgår af SL § 15, stk. 1, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-10. Dette er i overensstemmelse med GRL § 71, stk. 2, som kræver, at administrativ frihedsberøvelse har klar og utvetydig hjemmel.

---

<sup>79</sup> Ibid., s. 15

<sup>80</sup> Ibid., s. 15

<sup>81</sup> Ibid., s. 15

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på en sygehusafdeling er således indgreb, som omfattes af grundlovsbeskyttelsen, og det samme gælder for andre administrative tvangsforanstaltninger, der indebærer væsentlige indgreb i den personlige frihed og integritet.<sup>82</sup> Der gælder således et skærpet hjemmelskrav ift. al anvendelse af tvang i behandlingsøjemed, hvilket ledsages af intensitetssynspunkter, således at kravet til hjemlens klarhed skærpes, jo mere indgribende tvangsforanstaltningen er, både mht. til indgrebets genstand, art og udstrækning.<sup>83</sup> Hovedreglen om at der skal være klar og utvetydig lovhjemmel ift. tvang kan dog fraviges i visse afgrænsede situationer, såsom akut livstruende tilfælde, hvor tvang ville kunne legitimeres ud fra nødretsbetragtninger eller forholdets natur.<sup>84</sup> Endvidere indeholder GRL særlige processuelle retsbeskyttelsesgarantier i forbindelse med tvang, hvilket kan udledes af § 71, stk. 6 og 7. Stk. 6 indeholder hjemmel til domstolskontrol for visse tvangsforanstaltninger efter PL. Dette betyder, at anke til retten stadig er gældende, selv hvis PL § 37 ikke fandtes. Stk. 7 indeholder det såkaldte § 71-tilsyn, hvorved der hjemles et særligt parlamentarisk tilsyn med behandlingen af personer, der administrativt er berøvet deres frihed.<sup>85</sup>

## **5. Udviklingen af den psykiatriske patients retsstilling efter psykiatriloven**

PL har over den seneste årrække været under kraftig udvikling, og har gradvist sat større fokus på den psykiatriske patients selvstændige retsstilling. PL har rod tilbage til 1989, hvor den hed *lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*, men blev ændret til *lov om anvendelse af tvang i psykiatrien* ved lov nr. 1111 af 1. november 2006. PL har siden 1989 gennemgået tre betydningsfulde ændringer, nemlig ved lov nr. 849 af 2. december 1998, lov nr. 1111 af 1. november 2006 og lov nr. 1729 af 2. december 2010, og hvor sidstnævnte er nugældende.

---

<sup>82</sup> Ibid., s. 18-19 og 25

<sup>83</sup> Ibid., s. 19

<sup>84</sup> Ibid., s. 19-20

<sup>85</sup> Ibid., s. 20-21

## 5.1 PL af 1989

I maj 1982 var der i Folketinget enighed om, at regeringen skulle undersøge behovet for en revision af sindssygeloven fra 1938 med senere ændringer. Behovet udsprang af, at der var blevet fremsat tiltagende kritik af sindssyges retsstilling. En af de mere betydningsfulde og initiativrige kritikere var Landsforeningen Sindslidendes Vel, som fremsatte en række reformforslag og deltog aktivt i den offentlige debat om sindslidendes retsstilling.<sup>86</sup> På baggrund af Vel og den øvrige kritik på området nedsatte justitsministeren i 1983 et udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling, bestående af læger, psykiatere og jurister. Landsdommer Holger Kallehauge var formand. Udvalget havde til opgave at overveje, hvorvidt der bl.a. ud fra retssikkerhedsmæssige hensyn var behov for at ændre sindssygeloven, om der skulle udarbejdes nye lovregler, om der var behov for en særlig lovgivning, og om der var behov for at se nærmere på spørgsmålet om anvendelse af tvang i forbindelse med behandlingen af sindslidende.<sup>87</sup> Udvalget udarbejdede betænkning 1986 nr. 1068 om tvang i psykiatrien og betænkning 1987 nr. 1109, som ligger til grund for lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. PL blev første gang fremsat af regeringen i 1987, men blev først vedtaget i Folketinget i maj 1989 efter en genfremsættelse. PL overtog sindssygeloven af 1938, og PL's titel nævner i modsætning til sindssygeloven ikke den personkreds, der er omfattet af bestemmelserne i loven. Det var udvalgets ønske at vise, at der ikke var tale om en generel regulering af sindssyges retsstilling eller en særlov om alle sindssyge.<sup>88</sup> Med PL sker der en væsentlig udbygning af reglerne på området, og hvor der tidligere var 14 paragraffer i sindssygeloven, var der nu 47 paragraffer i hovedloven af 1989.<sup>89</sup> Derudover var der også den forskel, at hvor sindssygeloven især lagde vægt på det behandlingsmæssige aspekt i brugen af tvang, så lagde PL især vægt på patienternes retssikkerhed og kontrol, og der blev lavet en nøje regulering af de magtmidler, som kunne anvendes på psykiatriske afdelinger.<sup>90</sup> Med PL blev reglerne for tvangsbehandling og brugen af mekanisk tvang lovfæstet<sup>91</sup>, og selvom der sker en udbygning af tvangsmulighederne, skulle loven stadig opfattes som en lov, der i

---

<sup>86</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 38-39

<sup>87</sup> Ibid., s. 1

<sup>88</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 7

<sup>89</sup> Bødker: Psykiatret, 2013, s. 14

<sup>90</sup> Det Ethiske råd, Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst, 2012, s. 5-6

<sup>91</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 36

videst muligt omfang forebygger tvang.<sup>92</sup> Generelt sker der en stor omvæltning i forhold til den tidligere sindssygelov, hvilket både kan udledes af nogle finjusteringer og konkretiseringer af loven, og kan ses i form af indførelse af specifikke lovbestemmelser.

### 5.1.1 Lovens finjustering

Først og fremmest blev anvendelsesområdet i § 1, stk. 1 ændret fra

*”behandling af sindssygdomme på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredsanstalter”*, i sindssygeloven<sup>93</sup>, til

*”frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling”* i PL.

Lovens anvendelsesområde blev dermed præciseret, og tvangsanvendelse kunne således ikke længere foregå andre steder end på den psykiatriske afdeling. Denne hovedregel fraviges dog i to henseender. For det første regulerer loven stadig den tvang, som politiet er nødsaget til at anvende ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, mens patienten stadig er uden for afdelingens område. For det andet gælder loven stadig i de situationer, hvor en tvangstilbageholdt person overføres fra psykiatrisk afdeling til somatisk afdeling med henblik på behandling af en legemlig lidelse.<sup>94</sup> Endvidere fik loven sin første tvangsdefinition i § 1, stk. 2, hvorved tvang er *anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig*. Foranstaltninger kan være alt fra indlæggelse over forsæt behandling til fiksering mv.<sup>95</sup>

Selve kriterierne for frihedsberøvelse og tilbageholdelse var omtrent de samme, hvorved sindssygekriteriet suppleret af farlighedsindikationen eller behandlingsindikationen bibeholdes i lovens § 5<sup>96</sup>, mens ulempeindikationen ved tilbageholdelse ophæves, da denne blev anset for at være overflødig.<sup>97</sup> Mht. sindssygekriteriet tilføjes det, at tvangsindgreb ikke kun må finde sted, hvis patienten er sindssyg, men også hvis denne *befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed*. I praksis omfatter denne tilføjelse kun et meget snævert område, eks. affektionseksplorative tilstande, abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af

---

<sup>92</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 8

<sup>93</sup> Retsinformation, Datasammenskrivning af lov om sindssyge personers hospitalsophold

<sup>94</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 8

<sup>95</sup> LFF1988-1989, Forslag til Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, s. 16

<sup>96</sup> Se de afsnit 3.2.3

<sup>97</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 10

bevidsthedsændringer, patologiske reaktioner på alkohol eller psykofarmaka mv.<sup>98</sup> Hvad angår selve sindssygebegrebet, så har der tidligere været vanskeligheder forbundet med at klarlægge definitionen heraf, men retslægerrådet har i forbindelse med lovens tilblivelse ladet begrebet beskrive, og der henvises til afhandlingens afsnit 1.4.3.<sup>99</sup> Mht. farlighedskriteriet tilføjes det, at den sindssyge skal frembryde *en nærliggende og væsentlig* fare for sig selv eller andre, således at der nu stilles krav til farens aktualitet og grad. Direkte overhængende fare er ikke et krav, en mulig eller mere fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig er ikke tilstrækkelig, men opfyldelse af farlighedskriteriet skal findes herimellem. I denne forbindelse kan trusler om vold, brandstiftelse eller lign. være tilstrækkeligt, hvorimod verbale forulempelser ikke er.<sup>100</sup> Mht. behandlingskriteriet tilføjes det, at det ikke bare kan være udsigten til helbredelse, der vil forringes væsentligt, men også udsigten til en *betydelig og afgørende bedring af tilstanden*. Der er hermed ikke krav om, at patienten skal blive rask ved behandlingen, men at det skal være sandsynligt, at det vil give en væsentlig bedring eller forebygge en betydelig akut forringelse af tilstanden. Selv en mærkbar lindring vil være tilstrækkelig.<sup>101</sup> Tilføjjelsen til farlighedskriteriet må anses for at være en skærpelse i forhold til tvangsansvendelse, hvorimod der kan argumenteres for, at tilføjjelsen til sindssygekriteriet og behandlingskriteriet udvider adgangen til at frihedsberøve og tilbageholde i forhold til sindssygeloven af 1938. Til dette anfører udvalget bag loven, at det ikke har været tanken at udvide den kreds af personer, som kan tvangsindlægges eller tvangstilbageholdes, men skabe bedre lovhjemmel for at opretholde hidtidig praksis.<sup>102</sup>

### **5.1.2 Indsættelse af kap. 2 om almindelige bestemmelser**

Hvad angår direkte indsættelse af lovbestemmelser, der tilgodeser den psykiatriske patients retssikkerhed, bliver der eks. i § 2 indsat en bestemmelse om, at sygehusmyndigheden skal tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard for at forebygge brugen af tvang. Bestemmelsen indeholder ikke noget katalog over de materielle patientrettigheder<sup>103</sup>, men med god

---

<sup>98</sup> Ibid., s. 11

<sup>99</sup> Ibid., s. 11

<sup>100</sup> Ibid., s. 10-11

<sup>101</sup> Ibid., s. 10

<sup>102</sup> Ibid., s. 11

<sup>103</sup> Lov nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, note 7



sygehusstandard menes der, at sygehusmyndigheden har pligt til at overholde nogle generelle målsætninger, f.eks. at der skal være kvalificeret personale, tilstrækkeligt sygehusudstyr, bygninger, lokaler til rådighed mv.<sup>104</sup> Derudover suppleres bestemmelsen også af PL §§ 16 og 24, som er såkaldte patientrettigheder, og disse paragraffer bidrager til en forståelse af, hvad den gode sygehusstandard ellers skal omfatte.<sup>105</sup> PL § 24 inddrages senere, og PL § 16 omhandler patientens ret til fast vagt ved tvangsfiksering med bælte. Selvom § 2 er møntet på varetagelsen af patienten, så har bestemmelsen stadig stor og selvstændig betydning for patientens retsstilling ud fra to perspektiver. For det første har det forskningsmæssigt vist sig, at der er nøje sammenhæng mellem den tvang, der anvendes, og de ressourcer, der er til rådighed. For det andet har de ydre forhold og den tid, som sundhedspersonalet har til at tage sig af hver enkelt patients behandling, afgørende indflydelse på patienternes holdning til hospitalsopholdet og dermed på deres afgivelse af samtykke til behandlingen.<sup>106</sup> Bestemmelsen må således anses for at være afgørende med hensyn til den psykiatriske patients retsstilling i samtiden.

Forbedringen af retsbeskyttelsen viser sig også mht. lovfæstelsen af samtykkekravet i lovens § 3, og her lovbestemmes det, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling som hovedregel skal ske med patientens samtykke jf. § 3, stk. 1. Derudover nævner bestemmelsen også, at lægen skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen, og hvad udsigterne er en til bedring af helbredstilstanden, jf. § 3, stk. 2, og overlægen skal lave en behandlingsplan for hver enkelt patient og vejlede om planens indhold, jf. § 3, stk. 3. Behandlingsplanen skal være grundlaget for samtykket, og i forbindelse med ændringer skal overlægen til stadighed forsøge at opnå patientens samtykke.<sup>107</sup> Ud fra behandlingsplanen skal det være klart og gennemskueligt, hvad patienten samtykker i eller modsætter sig, og derved stilles der visse krav til behandlingsplanens udformning og indhold. Behandlingsplanens indhold har afgørende betydning for, om en evt. tvangsbehandling er berettiget ved efterprøvelse.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 9

<sup>105</sup> Ibid., s. 9

<sup>106</sup> Ibid., s. 9

<sup>107</sup> Ibid., s. 9

<sup>108</sup> Ibid., s. 9-10

Endvidere bliver proportionalitetsprincippet indført i lovens § 4, stk. 1-4, hvilket kort og godt går ud på, at hvis der er et valg mellem flere typer af indgreb, så er der pligt til at vælge det mindst indgribende middel, som er tilstrækkeligt til opnåelse af formålet. Indgrebet skal altså være nødvendigt. Derudover skal indgrebet være forholdsmæssigt, dvs. indgrebet skal stå i rimeligt forhold til det mål, der forfølges.<sup>109</sup> Proportionalitetsprincippet ville dog være gældende uden udtrykkelig lovbestemmelse herom, men indførelsen af proportionalitetsprincippet i loven er med til at understrege vigtigheden af at overholde den på området<sup>110</sup>, hvilket er et ansvar, der tilkommer overlægen, jf. § 21. Proportionalitetsprincippet indførelse viser, at patienter har krav på at blive behandlet som ligeværdige medmennesker og med al den hensyntagen, som også deres psykiske lidelse betinger.<sup>111</sup>

### 5.1.3 Indsættelse af kap. 3 om frihedsberøvelse

Andre væsentlige tilføjelser til loven findes i § 7, stk. 1, hvor politiet træffer bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse og yder bistand hertil. Ud fra denne bestemmelse tillægges politimesteren den opgave at påse, om de formelle betingelser for tvangsindlæggelse er opfyldt, inden indlæggelsespapirerne underskrives, hvilket udgør en ekstra retsgaranti.<sup>112</sup> Bestemmelsen skal også ses i sammenhæng med § 8, hvor det bestemmes, at den indlæggende læge så vidt muligt også skal være til stede ved politiets gennemførelse af tvangsindlæggelsen. Lægens tilstedeværelse har både betydning for patienten selv og for politiet. Politiet får mulighed for at få klarlagt eventuelle tvivlsspørgsmål i forbindelse med indlæggelsen, og ved indlæggelse på baggrund af behandlingsindikation vil patienten få en sidste mulighed for at rådføre sig med lægen, og lægen vil være med til at påse, om tvangsindlæggelsen effektueres i overensstemmelse med reglerne.<sup>113</sup> I § 7, stk. 2 tilføjes, at lægeerklæringen ikke må være udstedt af en læge, der er inhabil efter forvaltningslovens § 3, hvilket er med til at forhindre, at der ikke er en fyldestgørende lægeerklæring om den pågældende patient. Endvidere bestemmes det i § 7, stk. 3., at lægens undersøgelse af patienten skal være foretaget inden for det seneste døgn, hvis tvangsindlæggelsen sker på baggrund af farlighedsindikationen, og hvis tvangsindlæggelsen sker på baggrund af behandlingsindikationen, skal lægens

---

<sup>109</sup> Bødker: Sundhedsret, 2014, s. 414

<sup>110</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 10

<sup>111</sup> Ibid., s. 10

<sup>112</sup> Ibid., s. 12

<sup>113</sup> Ibid., s. 12-13

undersøgelse være foretaget inden for de seneste 7 dage forud for indlæggelsen.<sup>114</sup> Dette er et stort fremskridt ift. 1938-loven hvor fristen var 4 uger, og den nye bestemmelse sikrer patienten en mere aktuel lægelig undersøgelse.<sup>115</sup> Fristen går igen mht. reglen om den psykiatriske afdelings modtagepligt i § 9, stk. 1, hvor det bestemmes, at hvis tvangsindlæggelse sker på baggrund af farlighedsindikationen, skal patienten modtages straks, og at tvangsindlæggelse på baggrund af behandlingsindikationen skal ske snarest muligt inden for 7-dages fristen. Endelig indsættes der også en frist i § 10, stk. 3, hvor anmodning om udskrivning skal vurderes af overlægen snarest muligt, og at overlægen inden 24 timer skal meddele patienten, om der kan ske udskrivning eller ej. Hvis anmodningen fremsættes inden for indlæggelsens første døgn, skal overlægens beslutning meddeles inden for 48 timer, regnet fra tvangsindlæggelsen. Sidstnævnte frist skyldes, at overlægen i en sådan situation har brug for en rimelig observationstid til at tage stilling til spørgsmålet.<sup>116</sup> I forhold til 1938-loven har patientens ægtefælle, myndige børn mv. heller ikke længere beføjelse til at begære udskrivning, medmindre patienten har bemyndiget vedkommende hertil. Generelt set må bestemmelserne, heri de nye frister, anses for at være klare tegn på, at den psykiatriske patients retsstilling forbedres.

#### **5.1.4 Indsættelse af kap. 8 om patientrådgivere og patientråd mv.**

Særlig vigtigt er lovens kapitel 8 om patientrådgivere og patientråd mv. Efter de nugældende regler beskikkes en patientrådgiver for alle, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller tvangsbehandles, og der skal tildeles en patientrådgiver ved fiksering, hvis patienten anmoder om dette, jf. § 24, stk. 1. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med § 2, hvor der stilles krav om visse faciliteter for at opfylde god psykiatrisk sygehusstandard, hvilket skal forebygge tvangsanvendelse. Tidligere var der tale om tildeling af en tilsynsværge, hvis opgave det var at holde sig underrettet om den sindssyges tilstand og drage omsorg for, at opholdet på hospitalet eller helbredelsesanstalten ikke blev længere end nødvendigt, jf. § 6, stk. 1, 2. pkt.<sup>117</sup>, men nu er der tale om tildeling af en patientrådgiver, hvis opgave er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og

---

<sup>114</sup> Farlighedsindikationen fremgår af § 5, nr. 2 og behandlingsindikationen fremgår af § 5, nr. 1

<sup>115</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 12

<sup>116</sup> Ibid., s. 14

<sup>117</sup> Retsinformation, Datasammenskrivning af lov om sindssyge personers hospitalsophold

behandling på psykiatrisk afdeling, herunder at bistå patienten med at klage, jf. § 24, stk. 2. Udvalget var af den holdning, at den tidligere betegnelse 'tilsynsværge' var uheldig, da den leder tanken hen på umyndiggørelse. Dette er misvisende, da en patient, som får beskikket en tilsynsværge i henhold til sindssygeloves regler, er lige så myndig og habil, som vedkommende var før beskikkelsen.<sup>118</sup> I stedet vælges betegnelsen patientrådgiver, hvorved der sættes mere fokus på, at patientrådgiveren i samråd med patienten skal støtte og vejlede denne, og at patienten altså ikke er undergivet værgefunktion.<sup>119</sup> Tidligere skulle tilsynsværgeren fortrinsvis være en nær pårørende, hvorimod patientrådgiverbeskikkelsen nu foregår på den måde, at alle patientrådgivere er optaget i en fortegnelse, og at de beskikkes efter tur i den rækkefølge, som de optaget i fortegnelsen, jf. § 25. stk. 2. Patienten er ikke nødvendigvis bundet af beskikkelsen og kan fremsætte anmodning om at få beskikket en anden patientrådgiver i eller uden for fortegnelsen. Såfremt anmodningen gælder en anden patientrådgiver i fortegnelsen, skal overlægen træffe beslutning herom og så vidt muligt imødekomme anmodningen. Hvis overlægen ikke imødekommer anmodningen, kan denne påklages til statsamtmanden.<sup>120</sup> Hvis anmodningen omhandler en patientrådgiver uden for fortegnelsen, skal der foreløbig ske beskikkelse af den person, der står for tur i fortegnelsen, indtil statsamtmanden træffer afgørelse om anmodningen, og statsamtmanden skal imødekomme anmodningen, medmindre det er utilrådeligt. Grunden til, at hvervet ikke længere varetages af de pårørende, er, at det erfaringsmæssigt havde vist sig, at ikke alle pårørende levede op til opgaven eller var egnede hertil.<sup>121</sup> Generelt viser ændringen, at patienten til stadighed tildeles større medbestemmelse. Eftersom patientrådgivere som udgangspunkt beskikkes efter tur i den rækkefølge, som de er optaget i fortegnelsen, bliver der også tale om en mere objektiv behandling af sagen, end hvis denne varetages af patientens nærtstående familie. Endvidere lovbestemmes det, at patientrådgiverens første møde med patienten skal foregå inden 24 timer efter beskikkelsen, og at besøg herefter skal finde sted mindst en gang om ugen og i øvrigt efter behov, og at patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten, jf. § 26, stk. 1 og 2. Der opstilles således

---

<sup>118</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 89

<sup>119</sup> Ibid., s. 89

<sup>120</sup> Nu statsforvaltningen

<sup>121</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 88

minimumsregler for kontaktens hyppighed, og vigtigst af alt er det nu patientens ret, at kontakten skal foregå frit og uforstyrret.

### **5.1.5 Indsættelse af andre væsentlige kapitler**

Endvidere er det værd at nævne, at der kommer et kapitel 6 om tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse, da det af hensyn til patienternes retssikkerhed kræves, at tvangsansvendelsens nærmere indhold og begrundelse registreres. Selve registreringen kommer til at foregå som en løbende konfrontation med sundhedspersonalets praksis. På denne måde får den enkelte sundhedsperson mere indsigt i, hvad der foregår, og eftersom protokollen skal indberettes, ansporer dette til regelmæssigt at vurdere, om den praksis, der følges, er rigtig, eller om mindre indgreb er tilstrækkelige.<sup>122</sup> Kapitlet indeholder også en pligt for overlægen til på eget initiativ at tage spørgsmålet om forsat frihedsberøvelse og beskyttelsesfiksering op til prøvelse efter nærmere bestemte intervaller, nævnt i § 21, stk. 2 og 3. Endeligt indføres der også et kapitel 7 om særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehandling, hvor det bestemmes, at psykokirurgiske indgreb, hvilket er en varig ændring af hjernens funktion<sup>123</sup>, kræver skriftligt samtykke fra patienten eller dennes værge, hvis patienten ikke er i stand til at afgive et gyldigt samtykke. Derudover kræver indgrebet også forudgående godkendelse fra et lægeråd, nedsat af Sundhedsstyrelsen, jf. § 22. Kapitlet understreger også, at der ikke må ske forsøgsbehandling på frihedsberøvede eller frivilligt indlagte patienter, uanset om der foreligger samtykke hertil.

Ydermere indsættes et kapitel 9 om underretning og klagevejledning mv., hvor patienten som hovedregel skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål, inden den anvendes, samt vejledes om adgangen til at påklage indgrebet, jf. §§ 31-32. Der er altså den klare opdeling, at det er lægens opgave at informere om klagemuligheder ved tvangsindgreb, hvorimod det er patientrådgiverens opgave at hjælpe patienten med udformning af klagen.<sup>124</sup> Der indsættes et kapitel 10 om domstolsprøvelse og klageadgang, hvor det nu er sygehusmyndighedens ansvar at indbringe afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten, når patienten eller patientrådgiveren anmoder herom. Der oprettes patientklagenævn til behandling af klager over tvangsbehandling,

---

<sup>122</sup> Betænkning 1987 nr. 1109, s. 19

<sup>123</sup> Ibid., s. 19

<sup>124</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 72

tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Klagen skal indbringes af sygehusmyndigheden efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren, jf. §§ 35-36. Patientklagenævnet skal træffe afgørelse snarest muligt, og hvis dette ikke er sket inden 14 dage efter klagens modtagelse, underrettes patienten eller patientrådgiveren om grunden hertil, og hvornår afgørelse forventes at foreligge, jf. § 37, stk. 3. Der indsættes bestemmelse om, at patientklagenævnets afgørelse kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 38, stk. 1. Eftersom reglerne for domstolsprøvelse og klageadgang udbygges og præciseres, og der indsættes regler om underretning og klagevejledning, øges den psykiatriske patients retssikkerhed.

## **5.2 Væsentlige ændringer i PL af 1998**

### **5.2.1 Udvidelse af § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard**

Der blev i 1998 foretaget en mindre revision af PL. En af ændringerne var, at bestemmelsen i § 2 præciserer, hvad der er god sygehusstandard, idet teksten nu siger, at der skal tages

*”hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.”*<sup>125</sup>

Denne supplerung til § 2 skulle være med til at understrege behovet for og vigtigheden af en optimering af forholdene på de psykiatriske afdelinger, især mht. bygningsstandard. Der blev lavet en undersøgelse i årene 1991-93, som viste, at de psykiatriske afdelinger ikke helt levede op til de mål for god sygehusstandard, som blev opstillet i forbindelse med vedtagelse af PL af 1989. Der var mangel på enestuer og opholds- og besøgsrum, begrænset undervisningstilbud og adgang til udendørs ophold.<sup>126</sup> Bestemmelsen i § 2 blev således udvidet og præciseret i håb om, at patienten fik bedre forhold, fik lov til at være i fred og have et privatliv.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> LFF1997-1998, Forslag til Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven, s. 5

<sup>126</sup> Ibid., s. 11

<sup>127</sup> Ibid., s. 11

<sup>127</sup> Gælder derfor ikke frivilligt indlagte patienter, og hvis overlægen ønsker at tilbageføre eller tilbageholde disse, skal de opfylde betingelserne for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

### 5.2.2 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Med blandt andet inspiration fra norsk ret<sup>128</sup> bliver der i lovens § 3, stk. 4-6 indført bestemmelse om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Overlægen har ansvaret for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis det må antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, jf. § 3, stk. 4. Hvis patienten ikke vil medvirke til udarbejdelse af udskrivningsaftalen, påhviler det overlægen i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., at der udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, jf. § 3, stk. 5. Bestemmelserne er møntet på en mindre gruppe alvorligt sindslidende patienter, og som har behov for en opfølgning efter udskrivning, idet der er sandsynlighed for, at de ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller de relevante sociale tilbud, der stilles til rådighed. Det skal altså klarlægges, hvem der har pligten til at følge patienten, eftersom vedkommende skal kontakte patienten, hvis denne fx ikke møder som aftalt hos den praktiserende læge. Selvom udskrivningsaftalen og koordinationsplanen ikke kan gennemtvinges over for patienten, er disse stadig med til at sikre, at patienterne ved, hvad der skal ske efter udskrivning, og disse aftaler og planer kan forhindre, at patienter ubemærket falder ud af behandlingssystemet. Hvis en patient falder ud af behandlingssystemet, kan det have store konsekvenser for patienten selv og dennes omgivelser. Patienten kan risikere at få tilbagefald og atter skulle indlægges. Udskrivningsaftalen og koordinationsaftalen er således vigtige for en god og sammenhængende psykiatrisk behandling.<sup>129</sup>

### 5.2.3 Tilbageførsel

Endvidere kommer der i § 10a en undtagelse til § 1, stk. 1's hovedregel om, at PL som udgangspunkt kun finder anvendelse på personer, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Efter lovens § 10a kan overlægen bestemme, at en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person, som har forladt en psykiatrisk afdeling og ikke frivilligt er vendt tilbage, skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Tilbageførelsen kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er vedkommende

---

<sup>128</sup> LFF1997-1998, Forslag til Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven, s. 19-20

<sup>129</sup> Ibid., s. 20-21

udeblevet efter udgang, kan tilbageførelse i øvrigt kun ske, når der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.<sup>130</sup> Formålet med sidstnævnte er at forbedre mulighederne for, at frihedsberøvede patienter kan få udgang i weekender eller lign. I og med bestemmelsen åbner mulighed for at tvangstilbageføre vedkommende patient, nedsætter det betænkeligheden ved at tillade udgang.<sup>131</sup> Dette medfører, at selvom bestemmelsen udvider tvangsanvendelsesområdet, er den også med til at tilgodese psykiatriske patienters mulige ønsker om at komme på familiebesøg eller lign.<sup>132</sup>

#### **5.2.4 Forenkling af klagesystemet**

Derudover skete der ved revisionen i 1998 den forenkling, at alle klager over tvang indbringes for det lokale patientklagenævn i første instans med mulighed for anke til retten vedrørende tvangsinlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførelse, mens der forsat kunne ske anke til Sundhedsvæsenets patientklagenævn vedrørende andre typer af tvang, jf. §§ 35, 37 og 38.<sup>133</sup> Tidligere blev klager over frihedsberøvelse forelagt for byretten med mulighed for appel til landsretten, hvorimod klager over andre typer tvang var forbeholdt det lokale patientklagenævn med mulighed for appel til Sundhedsvæsenets patientklagenævn. På denne måde går man altså fra et to-strengt klagesystem til et enklere én-strengt klagesystem.<sup>134</sup> Ændringen blev dog kritiseret af læge- og juristkredse, der hævdede, at frihedsberøvelse er så alvorligt et indgreb i den personlige frihed, at borgeren skal have direkte adgang til at klage over dette til retten i første instans.<sup>135</sup>

### **5.3 Væsentlige ændringer i PL af 2006**

#### **5.3.1 Ny tvangsdefinition**

PL blev ved lov nr. 1111 af 1. november 2006 undergivet en større justering. En af de mest markante ændringer var af tvangsdefinitionen i § 1, stk. 2. Oprindeligt lød tvangsdefinitionen i § 1, stk. 2, således:

---

<sup>130</sup> Ibid., s. 19

<sup>131</sup> Ibid., s. 19

<sup>132</sup> Ibid., s. 19

<sup>133</sup> Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000, s. 36

<sup>134</sup> Ibid., s. 72

<sup>135</sup> Ibid., s. 72-73



*”Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.”*

Bestemmelsen giver udtryk for, at en foranstaltning anses for at være frivillig, hvis en patient ikke modsætter sig foranstaltningen ved ord eller adfærd. Dette gælder, selvom der ikke foreligger et udtrykkeligt samtykke eller accept fra patienten<sup>136</sup>, og i praksis blev det antaget, at en patients passivitet over for en foranstaltning som hovedregel blev sidestillet med frivillighed. En foranstaltning blev også anset for frivillig, hvis en patient med beklagelse indvilligede heri, lod sig overbevise eller overtale til at medvirke. Derimod var der ikke de store krav til tilkendegivelsens klarhed, og selv en begrænset protest fra patienten kunne medføre, at en den påtænkte foranstaltning ikke kunne gennemføres, medmindre betingelserne for tvangsmæssig gennemførelse var til stede.<sup>137</sup>

Fra regeringens side blev den dagældende tvangsdefinition anset for at være problematisk, da der ikke var overensstemmelse mellem tvangsbegreberne i PL og patientretsstillingsloven.<sup>138</sup> At passivitet hører ind under frivillig behandling efter PL, og at der kræves informeret samtykke efter SL, bevirker, at der er en lavere tærskel for et gyldigt samtykke hos psykiatriske patienter end for patienter med somatiske lidelser. Dette var efter regeringens opfattelse utidssvarende.<sup>139</sup> Nærmere bestemt bestod problematikken i, at der ved den dagældende tvangsdefinition var nogle gråzone-områder, hvor det ikke generelt kunne udledes, om der var tale om tvang<sup>140</sup>, hvilket gjaldt de patienter, der ikke havde mulighed for at tilkendegive deres mening, som eks. ældre konfuse patienter og visse afasipatienter.<sup>141</sup> Denne gruppe af patienter kan nemt komme til at udvise passivitet, fordi de ikke forstår, hvad der foregår omkring dem. Passiviteten bevirker, at de bliver omfattet af den frivillige behandling, hvorved de bliver afskåret fra at få tildelt en patientrådgiver til at varetage deres interesser, fordi der ikke foreligger tvang.

Forskellen mellem regelsættene var ifølge regeringen også uheldig på den måde, at hvis en patient er varigt inhabil og indlagt på en somatisk afdeling, så giver patientretsstillingsloven hjemmel til, at patientens pårørende eller værgen kan give et stedfortrædende samtykke til, om behandling iværksættes eller ej, men hvis patienten

---

<sup>136</sup> Lov nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, note 6

<sup>137</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 9-10

<sup>138</sup> Sundhedsloven pr. 1. januar 2007

<sup>139</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 10

<sup>140</sup> Ibid., s. 10

<sup>141</sup> Lov nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, note 6

er indlagt på en psykiatrisk afdeling og skal behandles for en psykisk lidelse, så bevirker passiviteten, at der gives samtykke til behandlingen, og det er tvivlsomt hvorledes de pårørende, som må anses for kende patientens holdning bedst, har nogen indvirkning herpå.<sup>142</sup>

Ud fra disse hensyn fandt regeringen, at samtykkebegrebet skulle bringes i overensstemmelse med patientretsstillingslovens samtykkebegreb<sup>143</sup>, og ved ændringen i 2006 kom bestemmelsen i § 1, stk. 2, således til at lyde:

*”Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.”*

Hermed blev der konvergens mellem de to loves grænse for, hvornår en foranstaltning er frivillig, eller hvornår der modsat er tale om tvang. Konvergens bevirker, at tvangsbegrebet i PL blev skærpet, og der blev i den forbindelse skabt mulighed for et stedfortrædende samtykke. Selve de materielle kriterier for anvendelse af tvang blev ikke ændret, men det blev sikret, at passivitet fra patientens side ikke længere måtte opfattes som samtykke og dermed frivillig behandling. Endvidere bliver det med det sikret, at patienter der udviser passivitet, som eks. ældre konfuse patienter og visse afasipatienter, også får tildelt patientrådgiver og får samme klageadgang på lige fod med andre der udsættes for tvang.<sup>144</sup>

### **5.3.2 Eftersamtaler ved tvang**

Ændringen tilførte også PL § 4, stk. 5, som anfører, at patienten efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal tilbydes en eller flere eftersamtaler. Bestemmelsen indsættes på baggrund af et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt om tvang i psykiatrien, som fandt sted i 2004-2005. Kvalitetsudviklingsprojektet viste, at omfanget af tvangsansvendelse kunne nedbringes betydeligt ved brug af systematiske og strukturerede eftersamtaler, og det var derfor regeringens tanke, at denne positive erfaring skulle gælde generelt ved tvang.<sup>145</sup> Meningen med den systematiske og strukturerede eftersamtale er, at den skal give patienten en større forståelse for årsagen til den påførte tvangsforanstaltning og dermed bidrage til en større patienttilfredshed. At patienten via eftersamtalerne får større selvindsigt i sin egen situation og mulighed for meningstilkendegivelse bevirker ikke bare en formindskelse

<sup>142</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 10

<sup>143</sup> Ibid., s. 10

<sup>144</sup> Ibid., s. 10

<sup>145</sup> Ibid., s. 17

af senere tvangsanvendelsessituationer, men bevirker også øget retssikkerhed. Hvor mange eftersamtaler, der skal iværksættes, er en konkret vurdering. Der skal som minimum tilbydes patienten én eftersamle, men der kan være behov for flere. Det er Sundhedsstyrelsen, der fastsætter regler for gennemførelse af og proceduren i eftersamtaler.<sup>146</sup>

### 5.3.3 Udvidelse af §§ 2 og 3, og indsættelse af § 2a

Derudover sker der mindre forbedringer i lovens §§ 2-3. Bestemmelsen i PL § 2 om psykiatrisk sygehusstandard omfatter efter ændringen også *omsorg* udover behandling og pleje samt *personalets kompetencer og politikker i relation til patienter og pårørende*.<sup>147</sup> Efter regeringens opfattelse var der behov for, at PL hjemler mulighed for, at psykiatriske patienter får den tilstrækkelige behandling og omsorg på psykiatriske afdelinger, hvilket de ikke altid selv er i stand til at opsøge på grund af deres lidelser.<sup>148</sup> Ændringen er lille, men sætter i høj grad fokus på psykiatriske patienters livskvalitet. I lovens § 2a indføres bestemmelse om, at sygehusmyndigheden har pligt til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden<sup>149</sup>, som er tilgængelig for patienterne.<sup>150</sup> En tilgængelig og kendt husorden kan modvirke, at patienterne opfatter helt generelle foranstaltninger som ureguleret tvang, rettet mod enkeltpersoner.<sup>151</sup> Derudover indføres i lovens § 3, stk. 3, 2. pkt., at der skal udleveres en kopi af behandlingsplanen til patienten. Herved sikres det, at patienten både modtager mundtlig og skriftlig vejledning om planens indhold, jf. § 3, stk. 3, 1. pkt., og samtidig får patienten mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.<sup>152</sup> Efter regeringens mening bidrager ændringerne til øget inddragelse af patienter og pårørende i forhold på afdelingerne.<sup>153</sup>

### 5.3.4 Udvidelse af tvangsforanstaltninger

I forbindelse med ændringen udvides tvangsmulighederne, og der indføres regler om elektrostimulation (ECT) efter § 12, stk. 3, personlig skærmning og døraflåsning efter §§ 18d-18f, personlig hygiejne under anvendelse af tvang efter § 18g, undersøgelse af

---

<sup>146</sup> Ibid., s. 17

<sup>147</sup> Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007

<sup>148</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 14

<sup>149</sup> Husordenen skal efter forarbejderne indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

<sup>150</sup> Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007

<sup>151</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 6

<sup>152</sup> Ibid., s. 17

<sup>153</sup> Ibid., s. 5

post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. efter § 19a. I 2004 sker der også en lille ændring af loven. Denne ændring betyder, at der indføres regel om personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse efter § 17a.<sup>154</sup> Eftersom der sker en udvidelse af tvangsbehandlings- og tvangsmiddelmulighederne, indikerer det, at loven hjemler mulighed for et bredere spektrum af indgreb i den personlige frihed. Omvendt er mange af disse tvangsbehandlings- og tvangsmiddelmuligheder ikke nye opfindelser. Anvendelse af ECT (elektrochok) på psykiatriske patienter har eksisteret siden 1930'erne.<sup>155</sup> Der kan således argumenteres for, at indføringen af disse regler i loven bidrager til en mere overskuelig kontrol med tvangsansværelsen på de psykiatriske afdelinger, hvilket igen er med til at sikre patienters retssikkerhed.

### **5.3.5 Øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse**

I lovens § 21, stk. 4 indføres en regel om, at så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om forsæt anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet og jævnt fordelt over døgnet. Der er således tale om en skærpelse af det lægelige tilsyn med udstrækningen af fikseringer.<sup>156</sup> Derudover indsættes i § 21, stk. 5 bestemmelse om, at hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på den psykiatriske afdeling, hvor indgrebet finder sted, foretage en vurdering af spørgsmålet om forsæt anvendelse af tvangsfiksering. Bestemmelsen udgør en yderligere skærpelse af det lægelige tilsyn ved tvangsfiksering.<sup>157</sup> Bestemmelserne skal ses som en øget retssikkerhedsgaranti for patienter, der fikseres i længere tid, hvilket skyldes, at der herved kommer yderligere fokus på, om betingelserne for at opretholde en tvangsfiksering er til stede.<sup>158</sup>

### **5.3.6 Skærpet samtykkekrav til psykokirurgiske indgreb**

Efter ændringen af PL kan en væge ikke længere give samtykke til psykokirurgiske indgreb, og det er således alene patienten, der skriftligt kan tillade indgrebet. Lovens § 22, stk. 3 ophæves, og loven bringes i overensstemmelse med art. 28 i Europarådets rekommandation om *The protection of the human rights and dignity of persons with*

---

<sup>154</sup> Retsinformation, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

<sup>155</sup> Psykiatrisk Historisk Museum

<sup>156</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 24

<sup>157</sup> Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007

<sup>158</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 24

*mental disorder*, som bl.a. siger, at en person skal afgive skriftligt samtykke, hvis denne skal have foretaget et psykokirurgisk indgreb.<sup>159</sup> Der sker således en skærpelse af samtykkekravet på området.

### **5.3.7 Skriftlig og mundtlig underretning om påtænkt tvang**

Noget andet, som også er blevet bragt i overensstemmelse med Europarådets rekommandation om *The protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*, er, at patienten mundtligt og skriftligt skal underrettes om den påtænkte tvang, inden det iværksættes, jf. lovens § 31, stk. 1. Europarådets rekommandation, art. 22, påpeger nemlig, at en person, der udsættes for frihedsberøvelse eller tvangsbehandling har krav på mundtlig og skriftlig information herom, herunder hvad der er vedkommendes rettigheder og muligheder.<sup>160</sup>

### **5.3.8 Patientrådgiver ved ethvert indgreb**

Efter 1998-loven skulle der alene beskikkes en patientrådgiver ved tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, men ved andre former for tvang, som f.eks. fiksering, kun hvis patienten anmodede herom. Efter ændringen skal der beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, jf. § 24, stk.1.<sup>161</sup> Ændringen har overordnet til formål at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed.<sup>162</sup>

### **5.3.9 Direkte ankeadgang til retten**

En række nævnsafgørelser, som tidligere kunne indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn som 2. instans, kan efter ændringen indbringes direkte for retten. Dette gælder afgørelser angående tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og døraflåsning, jf. 37, stk. 1. Afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførelse kan som hidtil indbringes for retten.<sup>163</sup> Tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, kan efter 2006-loven påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 38, stk. 1. Ændringen af ankeadgangen skyldes, at regeringen ønsker at styrke patientens retssikkerhed.<sup>164</sup>

---

<sup>159</sup> Ibid., s. 24

<sup>160</sup> Ibid., s. 25

<sup>161</sup> Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007

<sup>162</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 24

<sup>163</sup> Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007

<sup>164</sup> LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, s. 26

## 5.4 Væsentlige ændringer i PL af 2010

### 5.4.1 Tvungen opfølgning efter udskrivning

I forbindelse med PL af 2010 blev der kun foretaget enkelte ændringer. Den væsentligste ændring var dog indførelsen af § 13d-e i lovens kapitel 4a om tvungen opfølgning efter udskrivning, hvor overlægen under visse betingelser kan beslutte, at en patient skal afhentes af politiet og bringes til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. Bestemmelsen er rettet mod en lille gruppe svært sindslidende patienter, hvor der efter udskrivning er stor risiko for, at de ikke følger den medicinske behandling. Det kan fx være patienter med svær skizofreni.<sup>165</sup> Hvis en patient ikke følger den medicinske behandling efter udskrivning, kan det medføre alvorlige tilbagefald af dennes sygdom, således at vedkommende skal indlægges igen og evt. under anvendelse af tvang. Bestemmelsen om tvungen opfølgning er på den ene side hjemmel til at fravige selvbestemmelsesretten og en fravigelse af lovens anvendelsesområde, jf. § 1, stk.1, men på den anden side er det regeringens opfattelse, at manglende hjemmel til at give denne gruppe af psykiatriske patienter den tilstrækkelige behandling og omsorg, som de typisk ikke selv opsøger, kan medføre omsorgssvigt i forhold til patienten.<sup>166</sup> Det er således formålet med ordningen at give denne gruppe af patienter mulighed for at opnå bedre livskvalitet, forebygge eventuelle tilbagefald og forebygge tvangsanvendelse.<sup>167</sup>

## 5.5 Retspraksis

Forbedringen af den psykiatriske patients retsstilling viser sig også i retspraksis. Som tidligere nævnt blev der ved PL's indførelse i 1989 lavet den tilføjelse til farlighedskriteriet i § 5, nr. 2, at før en patient kan frihedsberøves, så skal den sindssyge frembryde *en nærliggende og væsentlig* fare for sig selv eller andre, hvorved der stilles krav til farens aktualitet og grad. Tilføjelsen til farlighedskriteriet er en skærpelse ift. tvangsanvendelsen, hvilket også kan udledes af dommen U.2013.3074H. I denne sag blev 58-årige A tvangsindlagt i en periode på ca. 3

---

<sup>165</sup> LFF2009-2010, Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje, s. 5

<sup>166</sup> Ibid. s. 5

<sup>167</sup> Bødker: Psykiatritret, 2013, s. 113

måneder. Indgrebet var fundet lovligt af byret og landsret, hvorimod Højesteret fandt, at A ikke havde udgjort en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, ej heller en kvalificeret og aktuel fare for hans 83-årige demente mor, som var i A's varetægt. Optakten til tvangsindlæggelsen var, at A's mor selv var gået til sit gamle hjem den 23. februar 2010, hvor A samme dag ryddede sne. Moren ville ikke tilbage til plejehjemmet, hvilket A meddelte personalet på plejehjemmet. Politi og plejepersonale ankom kort tid efter og forsøgte at overtale moderen til at komme tilbage, men det var hverken A eller moderen interesseret i. A var af den holdning, at hans mor blev forsømt på plejehjemmet. Efter et par timer fik moren lov til at blive og overnatte, men der blev lavet en indberetning af episoden, idet det blev skønnet tvivlsomt, at A kunne tage vare på moren. De følgende dage hjalp A sin mor med indkøb og fulgte med hende på hørecenter. Moren spiste på plejehjemmet i de dage, men overnattede i sit tidligere hjem, hvor hun og A tog bussen frem og tilbage. A ville have forsat ordningen til den 6. april 2010, hvor den psykiatriske udredning af moderen skulle fortsætte, men A blev tvangsindlagt den 26. februar 2010 og frem til 18. maj 2010. Det blev lagt til grund, at A var til fare for sin mor. Det var utvivlsomt, at A var psykisk syg på tidspunktet for tvangsindlæggelsen og tvangstilbageholdelsen, og at A nærmere bestemt led af paranoid psykose. Endvidere blev det vurderet, at A var ude af stand til at tage vare på sin mor, og der blev lagt vægt på, at der tidligere havde været flere episoder, hvor A var højtråbende og aggressiv, bl.a. på plejehjemmet over for moren og personalet. Højesterets flertal kom frem til, at tvangsindlæggelsen ikke var lovlig, idet A's manglende evne til at tage vare på moderen ikke i sig selv kunne begrunde en tvangsindlæggelse efter PL § 5, nr. 2, eller at A ud fra episoderne med sin højtråbende og aggressive adfærd frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Højesteret anfører, at en mulig eller mere fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig ikke er tilstrækkelig for tvangsindlæggelse, ligesom verbale forulempelser, som ikke indeholder trusler om vold eller selvlemlæstelse, falder uden for farlighedsbegrebet. Med tilføjelsen til § 5, nr. 2, blev betingelserne for frihedsberøvelse således skærpet.

Ændringen af tvangsdefinitionen i 2006 betød, at psykiatriloven blev bragt i overensstemmelse med sundhedslovens grænse for tvang. Kravet om det informerede samtykke sikrede, at passivitet fra patientens side ikke længere var omfattet af den frivillige behandling, hvorved der sker en skærpelse af, hvornår en foranstaltning

anses for at være frivillig. At det tidligere var nemmere at blive omfattet af den frivillige behandling kan blandt andet udledes af PKN 0343704P. I denne sag led en 60-årig kvinde A af bipolar, affektiv sindslidelse og blev indlagt på psykiatrisk afdeling med symptomer på depression. A kom i antidepressiv behandling, men fik det ikke bedre, ej heller ved en dosisøgning af medicinen, og var ved flere tilfælde særdeles voldsomt udadreagerende. Da hendes tilstand ikke var forbedret efter 7 uger, blev der ordineret behandling med ECT 2 gange ugentligt. Dette reagerede patienten ikke på. A blev herefter behandlet med ECT 6 gange i alt. Det Psykiatriske Patientklagenævn fandt ikke, at der i denne sag var tale om tvangsbehandling med ECT, hvilket blev tiltrådt af Det Psykiatriske Ankenævn, idet der hverken i læge- eller sygeplejefjournalen var oplysninger, der tydede på, at patienten protesterede over ECT-behandlingen på en sådan måde, at gennemførelse af behandlingen måtte opfattes som tvang. Efter den nugældende tvangsdefinition ville dette være tvang.

Med indførelsen af § 21, stk. 4 og 5 i 2006 blev det et krav, at så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om forsæt anvendelse af tvangsfiksering, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet, der skal være jævnt fordelt, jf. stk. 4. Endvidere indsættes bestemmelse om, at hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på den psykiatriske afdeling, hvor indgrebet finder sted, foretage en vurdering af spørgsmålet om forsæt anvendelse af tvangsfiksering, jf. stk. 5. Ved indsættelsen af § 21, stk. 4 og 5 skete der en skærpelse af det lægelige tilsyn iht. udstrækningen af fikseringer. Tidligere var der ikke samme krav til kontrollen med tvangsfikseringer og dermed samme retssikkerhed, hvilket eks. kan udledes af PKN 0128202A. I denne sag blev en 34-årig mand A tvangsfikseret i mere end 3 uger. A led af vrangforestillinger og blev under opholdet på psykiatrisk afdeling tiltagende psykotisk. En aften var A søvnløs og forsøgte at komme ind til sovende medpatienter. Efter denne hændelse blev det besluttet at give A en beroligende injektion, men A satte sig aggressivt til modværge, hvorefter han blev tvangsfikseret med bælte, hånd- og fodremme. Tvangsfikseringen varede i mere end 3 uger. Det Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsfikseringen. Det Psykiatriske Ankenævn fandt, at betingelserne for at tvangsfiksere patienten var opfyldt, idet der var en nærliggende fare for, at A selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred, men underkendte udstrækningen



af fikseringen. Der blev lagt vægt på, at der ikke var den fornødne begrundelse for den videre fiksering efter 3 dage, og at der ikke jævnligt var foretaget en lægelig vurdering af patientens tilstand. Med indsættelsen af § 21, stk. 4 og 5, forhindres, at der netop foregår urimeligt langvarige tvangsfikseringer af psykiatriske patienter.

## 5.6 Udviklingen i tal

Regeringen har med de forskellige lovændringer siden 1989 haft til formål at forbedre den psykiatriske patients retsstilling<sup>168</sup>. I forbindelse med denne forbedring har det

År	Hele landet		
	Antal indlagte i psykiatrien	Antal berørt af tvang	Andel
2013	27143	6093	22,4%
2012	26739	5835	21,8%
2011	25859	5870	22,7%
2010	25912	5642	21,8%
2009	26104	5646	21,6%
2008	24284	5435	22,4%
2007	24113	5176	21,5%
2006	24301	5110	21,0%
2005	24482	5142	21,0%
2004	24847	5071	20,4%
2003	25322	5115	20,2%
2002	25280	5309	21,0%
2001	25135	5188	20,6%

også været regeringens ønske, at brugen af tvang i psykiatrien bliver mindsket<sup>169</sup>. Dette skyldes, at brug af tvang som tidlige nævnt er et stort indgreb i et menneskes liv, og at brug af tvang er med til at øge forskellene mellem behandling af psykiatriske og somatiske patienter. Det er regeringens målsætning, at mennesker med psykiske lidelser i større omfang skal betragtes som ligeværdige medborgere i samfundet.<sup>170</sup> Tal fra Statens Seruminstitut viser dog, at der i de seneste 12 år ikke er sket et nævneværdigt fald i brugen af tvang.<sup>171</sup> Ud fra de viste data kan det

konkluderes, at brugen af tvang mere eller mindre har været status quo siden 2001. Der er sket en lille stigning i antallet af indlæggelser i psykiatrien, men det er omtrent samme procentsats, der berøres af tvang.<sup>172</sup>

Disse data er dannet på baggrund af Sundhedsstyrelsens løbende indberetninger om anvendelse af tvang på de psykiatriske afdelinger og elektronisk indberetning af indgående udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.<sup>173</sup> Ud fra den gennemsnitlige

<sup>168</sup> Betænkning 1986 nr.1068, s. 48

<sup>169</sup> Ibid., s. 81-83

<sup>170</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Regeringen vil sikre ligeværd, 2014

<sup>171</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsministeren vil have mindre tvang i psykiatrien, 2014

<sup>172</sup> Statens Serum Institut, Opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien 2001-2013, 2014, s. 2

<sup>173</sup> Statens Serum Institut, Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010, 2011, s. 4

procentsats på 21,4 % er det ca. hver 5. patient, indlagt på en psykiatrisk afdeling, som hvert år berøres af én eller flere tvangsforanstaltninger.<sup>174</sup>

Hvad angår tvangsindlagte personer, så er der siden 2001 sket en stigning i antallet heraf. I 2001 blev 1833 personer tvangsindlagt, og dette tal er gradvis steget til 3018 i 2013, hvilket er en forøgelse på 64,7 %.<sup>175</sup> Overordnet set er der også sket en lille stigning i antallet af tvangstilbageholdte personer, idet 2069 personer var blevet tvangstilbageholdt i 2001, mens denne gruppe udgjorde 2423 personer i 2013, hvilket giver en forøgelse på 17,1 %.<sup>176</sup>

Data om tvangsbehandling kan indeles i tvangsmedicinering, tvangsernæring, ECT og tvangsbehandling af legemlig lidelse, hvor den mest omfangsrige er tvangsmedicinering. I 2001 var der 573 personer, der blev tvangsmedicineret, mens det var 652 personer i 2013. Der er altså sket en mindre stigning på 13,8 %.<sup>177</sup> Mht. tvangsernæring og ECT er der ikke sket nogen nævneværdig udvikling fra 2001 til 2013<sup>178</sup>, hvorimod der er sket en stigning i antallet af personer, der er blevet tvangsbehandlet for en legemlig lidelse. I 2001 var der 123 personer, der blev tvangsbehandlet for en legemlig lidelse, mens antallet er steget til 369 i 2013. Dette betyder en forøgelse på 200 %.<sup>179</sup>

Hvad angår tvangsmidler er der data over tvangsfikseringer, anvendelse af fysisk magt (fastholdelse), beskyttelsesfiksering, indgivelse af beroligende medicin med tvang og personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen. Under kategorien tvangsfiksering hører tvangsfiksering med bælte, tvangsfiksering med remme og påførelse af handsker. Der er ikke sket nogen nævneværdig udvikling mht. den lille gruppe, som påføres handsker ved tvang eller den større gruppe, som tvangsfikseres med bælte, hvorimod der er sket en stigning i antallet af fikseringer med remme.<sup>180</sup> I 2001 blev 820 personer tvangsfikseret med remme, mens antallet er 1365 i 2013. Der er altså sket en forøgelse på 66,5 %.<sup>181</sup> Derudover er der også sket en stigning i antallet af personer, som har fået beroligende medicin ved tvang, eftersom 1605

---

<sup>174</sup> Statens Serum Institut, Anvendelse af tvang i psykiatrien, 2014

<sup>175</sup> Statens Serum Institut, Opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien 2001-2013, 2014, s. 5

<sup>176</sup> Ibid., s. 6

<sup>177</sup> Ibid., s. 8

<sup>178</sup> Ibid., s. 9

<sup>179</sup> Ibid., s. 10

<sup>180</sup> Ibid., s. 13-14

<sup>181</sup> Ibid., s. 14

personer var underkastet denne foranstaltning i 2001 mod 2098 personer i 2013, hvilket betyder en stigning på overordnet 30,7 %.<sup>182</sup> Der er ikke sket et nævneværdigt fald, hvad angår personer berørt af aflåsning af afdelingens døre.<sup>183</sup> Til gengæld er der sket et lille fald mht. til antallet af personer berørt af personlig skærmning, og et større fald mht. antallet af personer berørt af fastholdelser og beskyttelsesfiksering. Data om personlig skærmning starter fra 2007. Dette skyldes, at PL først hjemler mulighed for personlig skærmning i 2006, hvorved data reelt set først kan anvendes fra 2007. I 2007 var 113 personer berørt af personlig skærmning, mens antallet er 75 i 2013, hvilket er et fald på 33,6 %.<sup>184</sup> Hvad angår antallet af personer berørt af fastholdelse, så var 1310 personer udsat for fastholdelse i 2001 og 987 i 2013, hvilket betyder et fald på 24,7 %.<sup>185</sup> Endelig var 498 personer udsat for beskyttelsesfiksering i 2001, mens antallet er faldet til 127 i 2013, hvilket er en forbedring på 74,5 %.<sup>186</sup>

Overordnet set er der kun sket enkelte forbedringer på området, hvilket betyder, at det primært er gået den forkerte vej mht. regeringens ønske om at nedbringe tvang i psykiatrien. Regeringen er ikke tilfreds med udviklingen, og derfor præsenterede sundhedsminister Nick Hækkerup i maj 2014 en langsigtet handlingsplan for psykiatrien. Handlingsplanen går blandt andet ud på, at regeringen i samarbejde med regionerne vil arbejde for, at der sker en generel reduktion i tvangsansværelsen, og at der sker en halvering af andelen af personer, der bæltefikseres frem mod 2020. Til dette formål har regeringen afsat 50 mio. kr. årligt.<sup>187</sup>

## 5.7 Delkonklusion

Ved indførelsen af PL i 1989 sker en væsentlig udbygning af reglerne inden for tvang i psykiatrien, og der sættes for alvor fokus på den psykiatriske patients retsstilling, og at brugen af tvang skal formindskes. Udbygningen af reglerne tager både form af nogle finjusteringer og konkretiseringer af loven, men også ved indsættelse af specifikke lovbestemmelser. Finjusteringen viser sig blandt andet ved, at der med loven af 1989 bliver præciseret, at tvang som hovedregel ikke længere kan foregå

---

<sup>182</sup> Ibid., s. 16

<sup>183</sup> Ibid., s. 15

<sup>184</sup> Ibid., s. 16

<sup>185</sup> Ibid., s. 15

<sup>186</sup> Ibid., s. 21

<sup>187</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ligeværd, 2014, s. 13

andre steder end på den psykiatriske afdeling, og der bliver for første gang konkretiseret en tvangsdefinition i loven. Det tilføjes også til farlighedskriteriet i § 5, nr. 2, at patienten skal frembyde *en nærliggende og væsentlig* fare for sig selv eller andre, hvorved betingelserne for frihedsberøvelse skærpes, jf. U.2013.3074H. Derudover bliver der indsat bestemmelse om god psykiatrisk sygehusstandard i § 2, samtykkekrav, lægens vejledningspligt og krav om overlægens udformning af behandlingsplan i § 3, proportionalitetsprincippet bliver indført i lovens § 4, stk. 1-4, der sker en udbygning af retssikkerhedsmæssige garantier i forbindelse med frihedsberøvelse jf. 7, stk. 1-3, § 9, stk. 1 of § 10, stk. 3. Endvidere sker en optimering af patientrådgiverfunktionen. Tidligere var der tale om tildeling af tilsynsværge hvis opgave var, at holde sig underrettet om den sindssyges tilstand og drage omsorg for, at opholdet på hospitalet eller helbredelsesanstalten ikke blev længere end nødvendigt, hvorimod der nu er tale om en patientrådgiver som har til opgave at vejlede og rådgive patienten med hensyn alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling, og bistå patienten med at klage jf. § 24, stk. 2. Ydermere bliver der ved loven af 1989 indsat bestemmelser om tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse i kap. 6, særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehandling i kap. 7. Endeligt bliver der indsat et kap. 9 om underretning og klagevejledning og et kap. 10 om klageadgang og domstolsprøvelse, og i den forbindelse bliver patientklagenævn indført ved lov. Ændringerne må anses at være en styrkelse af den psykiatriske patients retssikkerhed i forhold til sindssygeloven, men det skal dog ikke glemmes, at anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse i forbindelse med behandlingen af psykiatriske patienter også først udtrykkeligt blev lovreguleret i forbindelse med PL af 1989.

PL har siden dens indførelse i 1989 gennemgået 3 lovændringer, hvor den mest omfangsrige var ved lov nr. 1111 af 1. november 2006. Kendetegnet ved ændringerne har været, at der løbende er sket forbedring af den psykiatriske patients retsstilling samtidig med der er løbende er sket udbygning af tvangsanvendelsesmulighederne i PL. Forbedringen af den psykiatriske patients retsstilling har været i overensstemmelse med regeringens ønske om at ligestille psykiatriske patienter med somatiske patienter, hvorimod der kan sættes spørgsmålstegn ved det øgede spektrum for tvang. Siden 1989 er der yderligere indsat lovbestemmelse om *tilbageførelse* af en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt patient, jf. § 10a, *tvangsbehandling med ECT*

jf. § 12, stk. 3, *personlig skærmning og døraflåsning* jf. §§ 18d-18f, *personlig hygiejne under anvendelse af tvang* jf. § 18g, *undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.*, jf. § 19a, *personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse*, jf. § 17a, og *tvangsopfølgning efter udskrivning* jf. § 13d-13e. Ændringerne er overordnet set med til at indskrænke den psykiatriske patients selvbestemmelsesret, men regeringen har som belæg for disse tilføjelser til loven fremsat argumenter om, at ændringerne er med til at skabe bedre lovhjemmel for hidtidig praksis. Her kan det nævnes, at indholdet i mange af disse tvangsbestemmelser ikke er nye opfindelser, men at disse indgreb er blevet brugt langt tilbage i tiden. F.eks. har ECT været anvendt på psykiatriske patienter helt tilbage til 1930'erne. Bestemmelserne er dog først tilføjet loven nu og bidrager dermed til en mere overskuelig kontrol med tvangsansværelsen på de psykiatriske afdelinger. Derudover har nogle af tvangsansværelsesmulighederne også fået yderligere belæg, hvor sådan noget som tilbageførelse også er med til at tilgodese den psykiatriske patients ønske om at komme på familibesøg eller lign., og tvungen opfølgning er med til at forhindre omsorgssvigt af psykisk syge. Endvidere er der sket mange forbedringer af den psykiatriske patients retsstilling siden 1989, hvilket kan ses i form af *udbygningen af §§ 2-3, og indsættelse af § 2a, forenklingen af klagesystemet*, jf. §§ 35, 37 og 38, *indførelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner*, jf. §§ 13a-13c, *den nye tvangsdefinition*, jf. § 1, stk. 2, ophævelsen af § 22, stk. 3 som medfører *skærpet samtykkekrav til psykokirurgiske indgreb, eftersamtaler ved tvang*, jf. § 4, stk. 5, *skriftlig og mundtlig underretning om påtænkt tvang*, jf. § 31, stk. 1, *øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse*, jf. § 21, stk. 4 og 5, *direkte ankeadgang til retten*, jf. § 37, stk. 1, og *patientrådgivere ved ethvert indgreb*, jf. § 24, stk. 1.

Ændringerne af PL må antages at have medført øget selvbestemmelse, medinddragelse og oplysning af den psykiatriske patient. Derudover vidner ændringerne også om en forbedret kontrol og ankeadgang. Den øgede selvbestemmelse kommer til udtryk ved ændringen af tvangsdefinitionen i § 1, stk. 2, og det skærpede samtykkekrav til psykokirurgiske indgreb. Med den tidligere tvangsdefinition blev en foranstaltning anset for at være frivillig, hvis en patient ikke modsatte sig ved ord eller adfærd, hvilket betød, at en patients passivitet over for en foranstaltning som hovedregel blev sidestillet med frivillighed, og det samme gjaldt,

hvis patienten med beklagelse indvilligede i foranstaltningen, lod sig overbevise eller overtale til at medvirke. Dette betød især, at svage eller konfuse psykiatriske patienter nemt kunne blive omfattet af den frivillige behandling, fordi de ganske enkelt ikke forstår, hvad der foregår omkring dem. At det tidligere var nemmere at blive omfattet af den frivillige behandling, kan blandt andet slutes modsætningsvist af PKN 0343704P. Det problematiske ved, at patienten bliver omfattet af den frivillige behandling, er, at denne eks. bliver afskåret fra at få tildelt en patientrådgiver, som kan varetage dennes interesser, og den frivillige patient har heller ikke samme ankeadgang. Med det informerede samtykke stilles der krav om, at patienten skal have den mængde information, der skal til, for at pågældende har et tilstrækkeligt grundlag for en meningsfuld stillingtagen til den påtænkte foranstaltning. På denne måde sikres, at patienten ved, hvad der kommer til at foregå og har det bedst mulige grundlag for at indgå i behandling eller sige nej, hvilket må anses for at styrke den psykiatriske patients selvbestemmelsesret. Det bliver også anset for at styrke den psykiatriske patients selvbestemmelsesret, at en værge ikke længere på vegne af patienten kan give samtykke til psykokirurgiske indgreb, hvilket er en varig ændring af hjernens funktion. Det er således alene op til den pågældende patient at beslutte, om denne vil gennemgå et så vidtgående indgreb. At patienten i større omfang bliver medinddraget og oplyst i forbindelse med behandlingen kan bl.a. udledes af § 4, stk. 5 om eftersamtaler ved tvang, § 2a vedr. skriftlig husorden, § 3, stk. 3, 2. pkt. om udlevering af kopi af behandlingsplanen til patienten og § 31, stk. 1 om skriftlig og mundtlig underretning om påtænkt tvang. Ved eftersamtaler forklares, hvad der præcist har været årsagen til den påførte tvang, og patienten får lov til at komme med meningstilkendegivelser og får afløb for spørgsmål eller tvivl. Patienten medinddrages herved i dennes forløb. Den skriftlige husorden indeholder de generelle adfærdsregler, der er på den pågældende afdeling, og denne husorden er med til at modvirke, at patienterne opfatter helt generelle foranstaltninger som ureguleret tvang, rettet mod enkeltpersoner. Når husordenen skal være kendt og tilgængelig, har pårørende til patienten også mulighed for at blive inddraget i forhold på afdelingen. Endvidere anses det for at øge medinddragelsen og oplysningen af patienten, at denne modtager kopi af behandlingsplanen og skriftlig underretning om påtænkt tvang. På denne måde kan patienten løbende orientere sig om, hvad der sker, og patienten vil dermed også have bedre overblik over de rettigheder og muligheder, som denne har.

Den forbedrede kontrol med psykisk syge viser sig ved indførelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt det øgede lægelige tilsyn og ekstern efterprøvelse. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er med til at sikre, at patienterne ikke ubemærket falder ud af behandlingssystemet efter udskrivning, hvilket kan have store konsekvenser for vedkommende. Endvidere styrkes kontrollen med tvangsfiksering ved indførelsen af § 21, stk. 4 og 5, hvorved der stilles krav om, at så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om forsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, og mindst 4 gange jævnt fordelt over døgnet, jf. stk. 4. Stk. 5 tilføjer, at der skal foretages en ekstern prøvelse af tvangsfikseringen, hvis denne udstrækkes længere end 48 timer. Bestemmelsen i § 21, stk. 4 og 5 er i særdeleshed med til at forhindre urimeligt langvarig tvangsfiksering, hvilket kan sluttes modsætningsvist af PKN 0128202A. Den forbedrede ankeadgang kendetegnes ved, at der ikke længere er et to-strengt klagesystem, men et mere enkelt én-strengt klagesystem, hvor alle klager over tvang skal indbringes for det lokale patientklagenævn i første instans med mulighed for anke til retten vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførelse, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen, og hvor anden tvang kan påklages til Det Psykiatriske Ankenævn (tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn).

Endelig betyder udbygningen af § 2 og beskikkelse af patientrådgivere en generel forbedring af den psykiatriske patients retsstilling. Udbygningen af § 2 betyder, at der nu ved fortolkning af 'god sygehusstandard' skal tages 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. Derudover blev det også indført i loven, at sygehusmyndigheden skal tilbyde omsorg til psykiatriske patienter. Tilføjelserne til bestemmelsen har til formål at sikre bedre forhold og rammer på afdelingen samt mere privatliv til patienten, og tilføjelserne bidrager dermed til at øge den psykiatriske patients livskvalitet. Det bidrager også til en bedre varetagelse af patientens rettigheder, at der beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, således at patienten kan rådføre sig med denne og opnå en bedre forståelse for situationen, ligegyldigt hvilken tvangsforanstaltning der er tale om.

Selvom der er løbende er sket lovgivningsmæssige forbedringer af den psykiatriske patients retsstilling, viser tal fra Statens Serum Institut, at det overordnet set er gået den forkerte vej mht. brugen af tvang. Kun på få områder er der sket forbedringer, hvilket gælder antallet af personer berørt af personlig skærmning, antallet af personer berørt af fastholdelser og beskyttelsesfiksering. Ellers er der sket en stor stigning i antallet af personer som er blevet tvangsindlagt, tvangsbehandlet for en legemlig lidelse, tvangsfikseret med remme, personer som har fået beroligende medicin ved tvang, og en lidt mindre stigning hvad angår tvangstilbageholdelse og tvangsmedicinering. Endelig er der ikke sket nogen nævneværdig udvikling mht. personer omfattet af tvangsernæring, ECT, tvangsfiksering med bælte eller påføring af handsker ved tvang samt personer berørt af aflåsning af afdelingens døre. Det er således interessant at konstatere, at den løbende optimering af PL ikke haft indvirkning på regeringens ønske om at reducere tvangsansværelsen i praksis.

## **6. Den psykiatriske patients retsstilling i forhold EMRK samt FN's Handicapkonvention**

I Danmark er der sket en kraftig udvikling af den psykiatriske patients retsstilling. Denne udvikling understøttes af menneskerettighederne i EMRK og FN's Handicapkonvention, som begge har til formål at beskytte borgerne i samfundet, herunder psykiatriske patienter der udsættes for tvang. Bestemmelserne i EMRK og FN's Handicapkonvention opstiller en række begrænsninger for brugen af tvang, og er med til at understrege, at tvang kun skal anvendes i specifikke undtagelsestilfælde.<sup>188</sup> I Danmark trådte FN's Handicapkonvention i kraft den 23. august 2009. Konventionen er med til at understrege de skærpede krav til tvangsindlæggelse, tvangsbehandling og tvangsfiksering.<sup>189</sup> Konventionen lægger i særdeleshed vægt på forebyggelse af diskrimination af personer med handicap, ligestilling af personer med handicap med andre borgere i samfundet, ligesom konventionen indeholder krav om øget selvbestemmelse for og medinddragelse af

---

<sup>188</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Indledning, s. 1

<sup>189</sup> Center for Ligebehandling af Handicappede, FN's Handicapkonvention, 2010



handicappede.<sup>190</sup> Danmark har langt hen ad vejen overholdt sin internationale forpligtelse på området, men brød for første gang menneskerettighederne i slutningen af 2014, som det fremgår af afsnit 6.1 herunder.

## 6.1 EMRK

Anvendelse af tvang og omsorg for psykiatriske patienter berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder, herunder blandt andet EMRK's art. 5, der vedrører ret til frihed og sikkerhed, art. 8, der vedrører ret til respekt for privatliv og familieliv, og art. 3, der vedrører forbud mod tortur. Bestemmelserne kan inddeles i kategorierne frihedsberøvelse, tvangsbehandling og tvangsfiksering. I 2014 brød Dansk psykiatri for første gang EMRK's art. 3 i forbindelse med U.2014.3300Ø.

### 6.1.1 Frihedsberøvelse og artikel 5

EMRK's art. 5, stk. 1, fastslår, at

*"Enhver har ret til frihed og personlig sikkerhed. Ingen må berøves friheden undtagen i følgende tilfælde og i overensstemmelse med den ved lov foreskrevne fremgangsmåde."*

Artiklen indeholder en række undtagelser, bl.a. stk. 1, nr. e, som angiver, at der kan ske frihedsberøvelse af

*"personer for at hindre spredning af smitsomme sygdomme, af personer, der er sindssyge, alkoholikere, narkomaner eller vagabonder."*<sup>191</sup>

Grunden til, at konventionen sammenstiller sindssyge med smitsomme personer, drankere, narkomaner og vagabonder, og muliggør, at denne grupper af personer kan frihedsberøves, er, at de ikke kun kan være en fare for den offentlige sikkerhed, men også, at det kan være i deres egen interesse at blive taget i forvaring.<sup>192</sup>

Frihedsberøvelse af sindssyge skal ifølge den omfattende praksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol (EMD) opfylde tre minimumsbetingelser:<sup>193</sup>

1. *"Medmindre der foreligger uopsættelighed, skal det være godtgjort på en overbevisende måde, at vedkommende er sindssyg. Det forudsætter, at der foreligger en objektiv lægelig rapport, der godtgør over for de kompetente nationale myndigheder, at den pågældende lider af en mental forstyrrelse.*

<sup>190</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Indledning, s. 2

<sup>191</sup> Kjølbros: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010, s. 299

<sup>192</sup> Ibid., s. 299

<sup>193</sup> Ibid., s. 299

2. *Den mentale tilstand har en sådan karakter eller omfang, at tvangsmæssig frihedsberøvelse er nødvendiggjort.*
3. *En sådan frihedsberøvelse må ikke opretholdes, medmindre den pågældende mentale forstyrrelse vedvarende består.*<sup>194</sup>

Betingelserne er med til at understrege, at der kun kan ske frihedsberøvelse af en sindssyg, når det er absolut nødvendigt, og når andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, dvs. at frihedsberøvelsen skal være proportional. Hvad angår 1. punkt, så skal spørgsmålet om sindssygdom vurderes ud fra aktuelle og relevante lægelige oplysninger.<sup>195</sup> De nationale myndigheder er i denne forbindelse tillagt en vis skønsmargen, når de skal vurdere, om oplysningerne berettiger til en tvangsindlæggelse. Skønnet skal dog foretages ud fra anerkendte standarder, hvor der f.eks. er krav om forudsigelighed, begrundelse og dokumentation. Forudsigeligheden bevirker, at forskellige læger vil handle nogenlunde ens på identiske sager. Kravet om begrundelse og dokumentation bevirker, at når der foretages en frihedsberøvelse, så skal den lægelige undersøgelse udtrykkeligt og udførligt beskrive hvorfor.<sup>196</sup> Den lægelige udtalelse skal som hovedregel indhentes inden frihedsberøvelsen iværksættes, medmindre der foreligger uopsættelighed. Uopsættelighed forekommer, når politiet eks. træffer en person, som adfærdsmæssigt optræder abnormt og eventuelt også udgør en fare for sig selv eller andre. Her vil det være muligt at foretage frihedsberøvelse, uanset om vedkommende er egentlig sindssyg, men det er dog et krav, at der skal ske indhentelse af en lægelig vurdering umiddelbart efter frihedsberøvelsen.<sup>197</sup> Hvad angår 2. punkt, så kan der både ske frihedsberøvelse af en person ud fra et behandlingskriterium, altså hvor en person behøver terapi, medicin eller anden behandling for at helbrede eller lindre dennes tilstand, eller ud fra et farekriterium, dvs. for at forhindre vedkommende i at gøre skade på sig selv eller andre. Frihedsberøvelsen er dermed ikke betinget af, at sygdommen eller tilstanden har sådan en karakter, at den kan behandles.<sup>198</sup> 3. punkt betyder, at frihedsberøvelsen kun kan opretholdes, så længe den mentale forstyrrelse består, og at vedkommende skal slippes fri, når denne ophører med at være sindssyg. EMD viser dog stor forståelse for, at det kan være vanskeligt at vurdere en persons mentale tilstand og anerkender, at der kan ske en gradvis overgang til frihed, således

---

<sup>194</sup> Ibid., s. 299

<sup>195</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Kapitel 1, s. 2

<sup>196</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 3

<sup>197</sup> Kjølbro: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010, s. 300

<sup>198</sup> Ibid., s. 301

at personens opførsel uden for institutionen kan inddrages i vurderingen af, om der skal ske løsladelse. Hvis en person eks. har begået alvorlige forbrydelser, kan myndighederne skride frem med forsigtighed ved vurderingen af, om løsladelse bør finde sted.<sup>199</sup> Endelig indeholder art. 5, stk. 2-4 en række processuelle krav, som tilgodeser den psykiatriske patients retsstilling. Efter stk. 2 skal patienten informeres om grundene til, at han eller hun frihedsberøves. Stk. 3 anfører blandt andet, at den frihedsberøvede er berettiget til rettergang inden en rimelig tid. Efter stk. 4. har patienten ret til få en juridisk efterprøvelse af frihedsberøvelsen, og ifølge stk. 5 giver uberettiget frihedsberøvelse ret til erstatning. Hvad angår kravet om domstolsprøvelse inden for rimelig tid, så er der ikke fastlagt bestemte tidsintervaller, men der skal foretages en konkret vurdering i hver enkelt sag.<sup>200</sup>

### 6.1.2 Tvangsbehandling og artikel 8

Efter art. 8, stk. 1, har *enhver har ret til respekt for sit privatliv og familieliv, sit hjem og sin korrespondance*. Omdrejningspunktet i beskyttelsen af privatlivet er menneskets fysiske og psykiske integritet, hvilket ifølge EMD også omfatter tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering. Derudover omfatter artiklen også retten til selvbestemmelse.<sup>201</sup> Art. 8, stk. 2 indeholder en række undtagelser fra beskyttelsen i stk. 1, nemlig at

*”Ingen offentlig myndighed kan gøre indgreb i udøvelsen af denne ret, undtagen for så vidt det sker i overensstemmelse med loven og er nødvendigt i et demokratisk samfund af hensyn til den nationale sikkerhed, den offentlige tryghed eller landets økonomiske velfærd, for at forebygge uro eller forbrydelse, for at beskytte sundheden eller sædeligheden eller for at beskytte andres ret og frihed.”*

Ud fra stk. 2 kan tvangsbehandling begrundes, hvis behandlingen forfølger et tilladt formål, hvilket ofte kan være beskyttelse af andres rettigheder eller den berørtes borgers egen sundhed. Derudover er det et krav, at tvangsbehandlingen skal være hjemlet ved lov og være nødvendig i et demokratisk samfund.

Det er en krænkelse af art. 8, hvis tvangsbehandlingen ikke har hjemmel i lovgivning.<sup>202</sup> At tvangsbehandlingen skal være nødvendig i et demokratisk samfund, indebærer, at indgrebet skal modsvare et presserende socialt behov, og at indgrebet er

---

<sup>199</sup> Ibid., s. 301

<sup>200</sup> Ibid., s. 316

<sup>201</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Kapitel 2, s. 1

<sup>202</sup> Ibid., Kapitel 2, s. 1

proportionalt med formålet.<sup>203</sup> Det skal desuden påpeges, at stk. 2 i art. 8 er en undtagelsesbestemmelse og skal fortolkes indskrænkende, således at indgrebet skal godtgøres på en overbevisende måde.<sup>204</sup> Endelig må det også antages, at kravene til art. 5 om aktuelle og relevante lægelige oplysninger samt begrundelse og dokumentation mv., også gælder efter art. 8.<sup>205</sup>

### 6.1.3 Tvangsfiksering og artikel 3

Tvangsfikseringer har traditionelt været bedømt efter EMRK art. 3, som anfører, at *ingen må underkastes tortur og ej heller umenneskelig eller vanærende behandling eller straf*. Bestemmelsen kan også anvendes ift. tvangsindlæggelser og tvangsbehandlinger, hvis eks. de fysiske rammer ikke er tilstrækkelige.<sup>206</sup>

Bestemmelsen sonderer mellem tortur, umenneskelig behandling og nedværdigende behandling. Tortur anses for at være den groveste form for mishandling, derefter kommer den umenneskelige behandling, mens den nedværdigende handling anses for at være den mindst grove form for mishandling.<sup>207</sup> Med tortur menes forsætlig umenneskelig behandling, som pådrager andre meget alvorlig og grusom lidelse. Dette omfatter fysisk såvel som psykisk vold. Ved vurderingen af, om en behandling kan karakteriseres som tortur, anvendes FN's konvention mod tortur. Efter denne konvention er der fire betingelser, der skal være opfyldt. For det første skal offeret påføres stærk smerte eller lidelse, for det andet skal mishandlingen være bevidst, for det tredje skal mishandlingen ske med et nærmere bestemt formål, og for det fjerde skal mishandlingen være foranlediget af myndighedspersoner.<sup>208</sup> Med umenneskelig behandling menes, at handlingen var overlagt, er foregået i mange timer i træk og medførte enten legemlig skade eller stærk psykisk lidelse.<sup>209</sup> Det er ikke enhver nedværdigende behandling, der falder ind under art. 3. Hvis en borger tvangsindlægges og føler, at det er meget ydmygende, så medfører det ikke i sig selv, at art. 3 kan anvendes.<sup>210</sup> Bestemmelsen kan først anvendes, når den behandling, som vedkommende har været udsat for, overstiger et vist minimum af intensitet. Spørgsmålet skal i alle tilfælde afgøres efter en konkret vurdering, hvori indgår

---

<sup>203</sup> Kjølbro: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010, s. 599

<sup>204</sup> Ibid., s. 599

<sup>205</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Kapitel 2, s. 3

<sup>206</sup> Ibid., Kapitel 3, s. 1

<sup>207</sup> Kjølbro: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010, s. 201

<sup>208</sup> Ibid., s. 205

<sup>209</sup> Ibid., s. 201

<sup>210</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Kapitel 3, s. 2

elementer som formålet med behandlingen, behandlingens varighed, de fysiske og mentale virkninger af behandlingen, og i visse tilfælde offerets køn, alder, helbredstilstand mv.<sup>211</sup>

Som tidligere nævnt har Danmark generelt overholdt sin internationale forpligtelse på området, men dansk psykiatri brød for nyligt art. 3 i forbindelse med U.2014.3300Ø. I denne sag blev A, som led af paranoid skizofreni, dømt til psykiatrisk behandling for røveri og grov vold. Under indlæggelsen på Odense Universitetshospital (OU) var der en hændelse, hvor A sparkede et vindue i en glasdør ud og flygtede fra afdelingen. Forinden havde A været frustreret og aggressiv, hvilket han også havde været i svingende grad de sidste uger op til episoden. A bliver kort efter pågrebet af politiet, følger dog roligt med, men anses for at være psykomotorisk meget urolig og vipper konstant med fødderne. Herefter bliver A fikseret med bælte og to fodremme på afdelingen for at afværge farlighed. Fikseringen foregår i 12 timer og 10 minutter. A klager over tvangsfikseringen og får medhold i klagen fra patientklaget. Sagen indbringes for retten, men byretten frifinder OU som følge af oplysningerne om klagers aggressive adfærd forud for tvangsfikseringen, og at der således ikke er blevet udvist culpa i forbindelse med indgrebet. Østre Landsret fandt enstemmigt, at en sådan uberettiget fiksering måtte anses for at medføre en så intens fysisk og psykisk lidelse, at den var i strid med EMRK art. 3. OU blev efter princippet i erstatningsansvarslovens § 26 pålagt at betale godtgørelse til A, hvilket efter indgrebets karakter og tidsmæssige udstrækning skønsmæssigt blev fastsat til 5.000 kr. Dommen er skelsættende på den måde, at den udvider patienternes muligheder for at få tilkendt erstatning, hvilket tvinger lægerne på de psykiatriske afdelinger til at være mere varsomme, når det gælder fiksering af patienter.

## 6.2 FN's Handicapkonvention

FN's Handicapkonvention omfatter mennesker med handicap, som indbefatter personer,

*”der har en langvarig fysisk, mental, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan forhindre deres fulde og effektive deltagelse i samfundslivet på lige fod med andre.”<sup>212</sup>*

---

<sup>211</sup> Kjølbros: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010, s. 202

Det er således ikke alle sindssyge, som anses for at have et handicap, men mange psykiatriske patienter har en længerevarende funktionsnedsættelse og omfattes derved af konventionens bestemmelser.<sup>213</sup> Ifølge FN's Handicapkonvention er handicap ikke blot en egenskab ved det enkelte individ, men skal også ses som en følge af samfundets manglende tilpasning til en eksisterende mangfoldighed i befolkningen.<sup>214</sup> Traditionelt har der været den opfattelse af personer med handicap, at de er en særlig gruppe, som samfundet skal tilbyde behandling og kompensation, hvorimod den nye opfattelse bærer præg af, at de skal anses for at være ligeværdige borgere.<sup>215</sup> De relevante bestemmelser findes især i art. 12 om lighed for loven, art. 14 om frihed og personlig sikkerhed, art. 15 om frihed for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf, art. 16 om frihed for udnyttelse, vold og misbrug, art. 17 om beskyttelse af personlig integritet, samt art. 25 om sundhed.

### **6.2.1 Frihedsberøvelse og artikel 14**

I forbindelse med tvangsindlæggelse bliver det fastslået i konventionens art. 14, at staten skal sikre, at personer med handicap har ret til frihed og personlig sikkerhed, jf. stk. 1, punkt a. Personer med handicap må ikke berøves deres frihed på ulovlig eller vilkårlig måde, og eksistensen af et handicap kan i intet tilfælde berettige en frihedsberøvelse, jf. stk. 1, punkt b. Art. 14 forbyder som sådan ikke frihedsberøvelse, men skal betragtes som en bestemmelse rettet mod diskrimination.<sup>216</sup> I denne forbindelse er det blevet diskuteret, om artiklen forbyder særbestemmelser om tvangsindgreb overfor personer med handicap, eftersom sådanne indgreb er med til at udgøre en forskelsbehandling sammenlignet med retstilstanden for personer uden handicap. Der bliver således sat spørgsmålstegn ved, om PL's § 5 er konventionsstridig, og det samme gør sig gældende ved EMRK § 5, som også muliggør frihedsberøvelse.<sup>217</sup> Der er dog ikke enighed på området. En lang række ratificerende lande, heriblandt Danmark, har lagt en mere restriktiv fortolkning af art. 14 til grund. Fortolkningen handler om, at bestemmelsen er begrænset til at

---

<sup>212</sup> Center for Ligebehandling af Handicappede, FN's Handicapkonvention, 2010

<sup>213</sup> Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013, Kapitel 1, s. 9-10

<sup>214</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 6-7

<sup>215</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 7

<sup>216</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 7

<sup>217</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 7

angå forbud mod, at handicap i sig selv udgør et selvstændigt og tilstrækkeligt grundlag for frihedsberøvelse.<sup>218</sup>

### 6.2.2 Tvangsbehandling og artikel 12, 17 og 25

Handicapkonventionens art. 25 foreskriver, at personer med handicap skal have ret til samme sundhedsydelse og pleje af samme kvalitet, som alle andre mennesker får, og artiklen er således et forbud mod diskrimination. Endvidere anfører artiklens stk. 1, punkt d, at staterne i særdeleshed skal kræve,

*”at sundhedsfagligt personale yder pleje af samme kvalitet til personer med handicap som til andre, herunder på grundlag af frit afgivet og informeret samtykke, ved gennem uddannelse og udbredelse af kendskabet til etiske standarder for offentlig og privat sundhedspleje bl.a. at øge bevidstheden om de menneskerettigheder, den værdighed og autonomi og de behov, som personer med handicap har.”*

Det anførte om samtykke skal ses i sammenhæng med art. 12, stk. 2 og 3. Heraf fremgår det, at personer med handicap har retlig handleevne på lige fod med andre i alle livets forhold, jf. stk. 2, og at der skal træffes passende foranstaltninger til at give personer med handicap adgang til den støtte, de måtte have behov for at kunne udøve denne evne. Bestemmelsen medfører en adgang til støttet beslutningstagning, hvilket er med til at øge den handicappedes indflydelse på egen situation. At der sættes fokus på, at der kun skal foretages handlinger, som vedkommende selv ønsker, bidrager til en forbedret selvbestemmelsesret.<sup>219</sup> Endvidere fremgår det af art. 17, at

*”Enhver person med handicap har ret til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lige fod med andre.”*

Ved konventionens udformning var det meningen, at bestemmelsen skulle indeholde en begrænsning af tvangsbehandlinger. Der kunne dog ikke opnås enighed herom, og den nuværende udformning af art. 17 hverken forbyder eller tillader tvangsbehandling.<sup>220</sup> Endelig indgår et krav om *rimelig tilpasning* for personer med handicap flere steder i konventionen. Tilpasning består i, at der i den konkrete situation tages hensyn til den enkeltes særlige behov, hvilket kan være i form af, at information ved en påtænkt behandling skal gives på et bestemt sprog eller lign.<sup>221</sup> Kravet er med til at sikre, at der i større omfang tages hensyn til personer med handicap, og det bidrager dermed til øget medinddragelse. Der kan være tale om

---

<sup>218</sup> Ibid., Kapitel 1, s. 8

<sup>219</sup> Ibid., Kapitel 2, s. 4

<sup>220</sup> Ibid., Kapitel 2, s. 5

<sup>221</sup> Ibid., Kapitel 2, s. 5

diskrimination, hvis kravet om rimelig tilpasning for særlige behov ikke overholdes.<sup>222</sup>

### 6.2.3 Tvangsfiksering og artikel 14-16

Art. 15, stk. 1 i Handicapkonventionen anfører, at

*”Ingen må underkastes tortur eller grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf. I særdeleshed må ingen uden sit frit afgivne samtykke underkastes medicinske eller videnskabelige eksperimenter.”*

Art. 15 har ikke den store selvstændige betydning, eftersom den læner sig meget op ad EMRK's og FN's torturkonventions definition på tortur. Endvidere kan nævnes Handicapkonventionens art. 16, stk. 3, som anfører, at staterne skal sikre, at uafhængige myndigheder effektivt fører tilsyn med alle tilbud og ordninger, der er beregnet til personer med handicap, for at forebygge forekomsten af enhver form for udnyttelse, vold og misbrug. Handicapkonventionen er således med til at skærpe kravet om tilsyn i forbindelse med tvangsfikseringer.<sup>223</sup> Endvidere fremgår det af art. 14, stk. 2, at

*”Deltagerstaterne skal 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.”*

Kravet om rimelig tilpasning er som sagt et gennemgående princip i konventionen, og er med til at sikre, at personer med handicap har de samme rettigheder som personer uden handicap.<sup>224</sup> Der er som sagt tale om diskrimination, hvis kravet om rimelig tilpasning ikke opfyldes. Kravet vil desuden kunne spille ind i vurderingen af, om der er tale om nedværdigende behandling.<sup>225</sup>

## 6.3 Delkonklusion

Samlet set bidrager bestemmelserne i EMRK og FN's Handicapkonvention til en øget beskyttelse af psykiatriske patienter, og disse konventioner er med til at skærpe adgangen til tvang. Før der kan ske frihedsberøvelse understreger minimumsbetingelserne iht. EMRK's art. 5, at sindssyge skal være veldokumenteret

---

<sup>222</sup> Ibid., Kapitel 2, s. 5

<sup>223</sup> Ibid., Kapitel 3, s. 5

<sup>224</sup> Ibid., Kapitel 3, s. 6

<sup>225</sup> Ibid., Kapitel 3, s. 6



ud fra en objektiv lægelig rapport, frihedsberøvelsen skal være proportionel, dvs. kun skal foretages når det er absolut nødvendigt, og når andre mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkeligt, og endelig stilles der krav om, at frihedsberøvelsen kun opretholdes, så længe sindssygen består.

Proportionalitetsprincippet kendes fra PL § 4, stk. 1-4, hvorimod kravet om, at sindssyge skal være veldokumenteret ud fra en objektiv lægelig rapport, er med til at øge det skærpede krav til frihedsberøvelsen. At frihedsberøvelsen kun kan opretholdes, så længe sindssygen består, sætter i særdeleshed fokus på det lægelige tilsyn med patienten. Endvidere indeholder art. 5, stk. 3 og 5 yderligere retssikkerhedsmæssige garantier ift. den psykiatriske patient, hvilket afspejler sig i, at den frihedsberøvede har ret til domstolsprøvelse inden en rimelig tid, jf. stk. 3, og at uberettiget frihedsberøvelse giver ret til erstatning, jf. stk. 5. Ved kravet om domstolsprøvelse inden for rimelig tid skal der i hver enkelt sag foretages en konkret vurdering. Efter EMRK art. 8 er hovedreglen, at enhver har ret til respekt for sit privatliv og familieliv, jf. stk. 1, hvilket indeholder ret til selvbestemmelse.

Undtagelsesvis muliggør stk. 2, at tvangsbehandling kan begrundes ud fra beskyttelse af andres rettigheder eller den berørte borgers sundhed, samt hvis tvangsbehandlingen har hjemmel ved lov og er nødvendig i et demokratisk samfund. Eftersom stk. 2 er en undtagelsesbestemmelse til stk. 1, skal den fortolkes indskrænkende, hvorefter tvangsbehandlingen skal godtgøres på en overbevisende måde. Bestemmelsen lægger vægt på, at legalitetsprincippet skal overholdes, og at der er tale om diskrimination, hvis tvangsbehandlingen ikke har hjemmel i lovgivning. At tvangsbehandlingen skal være nødvendig i et demokratisk samfund er med til at understrege, at der skal foretages en afvejning af hensyn mellem på den ene side hensynet til den berørte borger og på den anden side hensynet til omgivelserne. Desuden er kravet med til at understrege, at indgrebet skal være proportionalt ift. formålet. Hvad angår EMRK art. 3, så nedlægger artiklen forbud mod tortur, umenneskelig eller vanærende behandling eller straf. Dansk psykiatri overtrådte for første gang artiklen i forbindelse med dommen U.2014.3300Ø, der vurderede en 12 timer lang fiksering. I denne sag blev OU pålagt at skulle betale 5.000 kr. til A som følge af indgrebets intensitet. Dommen er med til at udvide patienternes mulighed for at få tilkendt erstatning, og tvinger derved sundhedsmyndighederne til at være mere varsomme med at bruge fiksering af patienter.

Hvad angår FN's Handicapkonvention, så omfatter den blandt andet personer, der har en langvarig mental funktionsnedsættelse. Det er ikke alle sindssyge, der anses for at have et handicap, men en stor del af patienterne i psykiatrien har en længerevarende funktionsnedsættelse og omfattes derved af konventionens bestemmelser. Det særlige ved konventionen er, at den ikke kun anser handicap for at være en egenskab ved det enkelte individ, men også ser handicappedes problemer som en følge af samfundets manglende tilpasning til en eksisterende mangfoldighed i befolkningen.

Konventionens bestemmelser sætter i særdeleshed fokus på forebyggelse af diskrimination af personer med handicap, ligestilling, og indeholder elementer af øget selvbestemmelsesret og medinddragelse. Forbuddet mod diskrimination kan både udledes af art. 12 om lighed for loven, art. 14 om frihed og personlig sikkerhed, art. 17 om beskyttelse af personlig integritet, samt art. 25 om sundhed. Samtidig med, at bestemmelserne indeholder forbud mod diskrimination, er de også med til at sætte fokus på ligestilling mellem personer med handicap og andre borgere i samfundet. Den forbedrede selvbestemmelsesret kan blandt andet udledes af art. 12, stk. 2 og 3, hvoraf det fremgår, at personer med handicap har retlig handleevne på lige fod med andre i alle livets forhold, og at der skal træffes passende foranstaltninger til at give personer med handicap adgang til støttet beslutningstagen. Kravet om rimelig tilpasning fremgår flere steder af konventionen, eks. art. 14, der foreskriver, at der i den konkrete situation tages hensyn til den enkeltes særlige behov. Dette kan eks. være, at information i forbindelse med en påtænkt behandling skal gives på et bestemt sprog eller lign. Kravet er med til at sikre, at der i større omfang tages hensyn til personer med handicap og bidrager derved til øget medinddragelse. Endelig indeholder art. 16 om frihed for udnyttelse, vold og misbrug et skærpet krav til tilsyn i forbindelse med tvangsfikseringer, og art. 15 om frihed for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf indeholder i sig selv en meget betydningsfuld retssikkerhedsgaranti.

## 7. Konklusion

I lange perioder af psykiatriens historie har psykisk syge levet under kummerlige forhold. Der fandtes ingen egentlig sindssygelovgivning og behandling og håndtering af psykisk syge var ofte voldelig og generelt baseret på tvang. Anvendelse af små og kolde dårekister i privat såvel som i offentlig regi har været almindeligt siden 1200-tallet, hvilket isolerede de syge fra det øvrige samfund. Først i starten af 1800-tallet blev synet på sindssygdom ændret, og den første egentlige behandlingsform opstår. Denne behandlingsform, også kaldet den psykiske kurmetode, gik ud på, at den afsindige skulle få sin fornuft tilbage ved hjælp af hård disciplin og fysisk tvang. Behandlingsformen har siden været dybt kritiseret, og der var stadig lang vej til en mere tilfredsstillende psykiatri. I 1938 kommer den første egentlige sindssygelov. Den indeholdt kun 14 paragraffer, men var dog et stort skridt på vejen mod en forbedring af den psykiatriske patients retsstilling. Sindssygeloven lagde især vægt på det behandlingsmæssige aspekt i brugen af tvang og indeholdt regler om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af sindssyge, men adgangen til tvangsbehandling og anvendelse af tvangsmidler blev ikke nævnt. Derudover indeholdt loven også nogle af de første retssikkerhedsmæssige garantier ift. psykiatriske patienter, såsom beskikkelse af tilsynsværge, patientens egen mulighed for at begære udskrivning, og at indlæggelse til behandling af sindssyge kun kan ske på baggrund af en lægeerklæring.

Sindssygeloven bliver afløst af PL i 1989, og der sker en væsentlig udbygning af reglerne inden for tvang i psykiatrien. Mens sindssygeloven lagde vægt på det behandlingsmæssige aspekt i brugen af tvang, lægger PL især vægt på patienternes retssikkerhed og kontrol, og der kommer for alvor fokus på, at anvendelse af tvang skal mindskes i psykiatrien. Udvidelser af patientens retssikkerhed sker i form af ændringen af farlighedskriteriet i § 5, nr. 2, hvorved betingelserne for frihedsberøvelse skærpes. At betingelserne for frihedsberøvelse skærpes kan blandt andet udledes af U.2013.3074H. Derudover bliver der indsat bestemmelser om god psykiatrisk sygehusstandard i § 2, samtykkekrav, lægens vejledningspligt og krav om overlægens udformning af behandlingsplan i § 3, proportionalitetsprincippet i § 4, stk. 1-4. Der sker en udbygning af de retssikkerhedsmæssige garantier i forbindelse med frihedsberøvelse, jf. § 7, stk. 1-3, § 9, stk. 1 og § 10, stk. 3, og en optimering af

patientrådgiverfunktionen. Der bliver også indført kapitler om tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse i kap. 6, særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehandling i kap.7, underretning og klagevejledning i kap. 9 og klageadgang og domstolsprøvelse i kap. 10. Hvad angår sidstnævnte indføres der ved denne lov patientklagenævn til at behandle klager fra de psykiatriske patienter. Endvidere bliver reglerne for tvangsbehandling og fiksering indført ved PL af 1989. Siden 1989 har der været tre betydningsfulde lovændringer af PL. Det har generelt været kendetegnende for de tre lovændringer, at der løbende sker en forbedring af den psykiatriske patients retsstilling samtidig med, at der løbende er sket en udbygning af tvangsmulighederne i PL. Forbedringen af den psykiatriske patients retsstilling har været i overensstemmelse med regeringens ønske om at ligestille psykiatriske patienter med somatiske patienter, hvorimod det ikke har været regeringens ønske at øge tvangsansvendelsesmulighederne. Udbygningen af tvangsmulighederne kan ses ud fra indførelsen af lovbestemmelser om tilbageførelse, jf. 10a, tvangsbehandling med ECT, jf. § 12, stk. 3, personlig skærmning og døraflåsning, jf. §§ 18d-18f, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, jf. § 18g, undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv., jf. § 19a, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse jf. § 17a, og tvungen opfølgning efter udskrivning jf. § 13d-13e. Som begrundelse for udbygningen af tvangsansvendelsesmulighederne bliver det anført, at det er med til at skabe bedre hjemmel for hidtidig praksis. I denne forbindelse kan det blandt andet nævnes, at ECT har været anvendt på psykiatriske patienter siden 1930'erne. Meget tyder generelt på, at flere af disse tvangsansvendelsesmuligheder har været anvendt langt tilbage i historien, men først indføres i loven nu. Indførelsen af bestemmelserne kan således anskues på den måde, at de bidrager til en mere overskuelig kontrol med tvangsansværelsen på de psykiatriske afdelinger, men at de først indføres i PL efter 1989 hænger ikke så godt sammen med GRL § 71, stk. 2 om skærpet hjemmelskrav til tvang, gældende fra 1953. Forbedringen af den psykiatriske patients retsstilling viser sig overordnet ved øget selvbestemmelse, medinddragelse og oplysning samt forbedret kontrol og ankeadgang. Den øgede selvbestemmelse kan eks. udledes af den ændrede tvangsdefinition i § 1, stk. 2, og det skærpede samtykkekrav til psykokirurgiske indgreb. Indflydelsen på tvangsdefinitionens ændring kan blandt andet udledes af PKN 0343704P. Den øgede medinddragelse og oplysning af

patienten kan udledes af indførelsen af eftersamtaler i forbindelse tvangsforanstaltninger, jf. § 4, stk. 5, indførelsen af den skriftlige husorden, jf. § 2a, udlevering af kopi af behandlingsplan til patienten, jf. § 3, stk. 3, 2. pkt., og skriftlig og mundtlig underretning om påtænkt tvang, jf. § 31, stk. 1. Den forbedrede kontrol med psykiatriske patienter kan udledes af indførelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. §§ 13a-13c, samt det øgede lægelige tilsyn og ekstern efterprøvelse, jf. § 21, stk. 4-5. Hvad angår sidstnævnte, så er disse bestemmelser med til at forhindre, at der sker urimeligt langvarige tvangsfikseringer, hvilket kan sluttes modsætningsvist af PKN 0128202A. Den forbedrede ankeadgang kendetegnes ved, at psykiatrien nu har et én-strengt klagesystem med mulighed for direkte anke til retten vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen. Derudover må udbygningen af § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard og reglen om beskikkelse af patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, jf. § 24, stk.1, generelt anses for at øge den psykiatriske patients retssikkerhed.

Den øgede beskyttelse af psykiatriske patienter understøttes også af bestemmelserne i EMRK og FN's Handicapkonvention. De relevante bestemmelser i EMRK findes i art. 3, 5 og 8. Bestemmelserne indeholder krav om, at sindssyge skal være dokumenteret ud fra en objektiv lægelig rapport ved tvang, indgrebet skal være proportionalt og have hjemmel i lovgivning, patienten har ret til domstolsprøvelse inden for rimelig tid, ret til erstatning ved uberettiget frihedsberøvelse og har som hovedregel ret til selvbestemmelse. I 2014 overtrådte dansk psykiatri for første gang art. 3 om forbud mod tortur, umenneskelig eller vanærende behandling eller straf, i forbindelse med dommen U.2014.3300Ø. Dommen er med til at udvide patienters mulighed for at få tilkendt erstatning og tvinger derved lægerne på psykiatriske afdelinger til at være mere varsom ift. fiksering af patienter. Med FN's Handicapkonvention bliver der i særdeleshed sat fokus på forebyggelse af diskrimination af personer med handicap og ligestilling, Konventionen indeholder desuden elementer af øget selvbestemmelsesret og medinddragelse. Den forbedrede selvbestemmelsesret kan blandt andet udledes af art. 12, stk. 2 og 3, hvor det fremgår, at personer med handicap har retlig handleevne på lige fod med andre i alle livets forhold, og at der skal træffes passende foranstaltninger til at give personer med

handicap adgang til støttet beslutningstagen. Den øgede medinddragelse kan udledes af kravet om rimelig tilpasning, som fremgår flere steder i konventionen, eks. art. 14.

Skønt der lovgivningsmæssigt er sket en positiv udvikling af den psykiatriske patients retsstilling, viser tal fra Statens Serum Institut, at det overordnet er gået den forkerte vej mht. til den praktiske brug af tvang. Dette strider imod regeringens målsætning om at nedbringe brugen af tvang siden 1989. Tallene viser, at der siden 2001 er sket en stor stigning i antallet af personer som tvangsindlægges, tvangsbehandles for en legemlig lidelse, tvangsfikseres med remme, personer som har fået beroligende medicin ved tvang, og at der er sket en lidt mindre stigning i antallet af personer, som tvangstilbageholdes og tvangsmedicineres. Der er kun sket en nedgang i antallet af personer som berøres af personlig skærmning, fastholdelse og beskyttelsesfiksering. Det kan således konkluderes, at den lovgivningsmæssige forbedring af den psykiatriske patients retsstilling ikke har haft indvirkning på den praktiske brug af tvang.

## **Litteraturliste**

### **Love**

Psykiatriloven (PL):

- Lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien
- Lov nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien
- Lov nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien
- Lov nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien

Sindssygeloven (Lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge Personers Hospitalshold)

Sundhedsloven, SL (Lov nr. 913 af 13. juli 2010)

Grundloven, GRL (Lov nr. 169 af 5. juni 1953)

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, EMRK

FN's Handicapkonvention

### **Betænkninger**

Betænkning 1986 nr. 1068, Principbetænkning om tvang i psykiatrien

Betænkning 1987 nr. 1109, Afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

Betænkning 2014 nr. 1546, Inkorporering mv. inden for menneskeretsområdet

### **Lovforslag**

LFF1988-1989, Forslag til Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien

LFF1997-1998, Forslag til Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven

LFF2005-2006, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven

LFF2009-2010, Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om rettens pleje

## Anvendte bøger

Adserballe, Hans m.fl.: *Ret og tvang i psykiatrien*: 1. udgave. Munksgaard, 2000 (Adserballe: Ret og tvang i psykiatrien, 2000)

Blume, Peter: *Retssystemet og juridisk metode*: 2. udgave. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2014 (Blume: Retssystemet og juridisk metode, 2014)

Bødker Madsen, Helle & Garde, Jens: *Psykiatrirret*: 1. udgave. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2013 (Bødker: Psykiatrirret, 2013)

Bødker Madsen, Helle: *Sundhedsret*: 3. udgave., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2014 (Bødker: Sundhedsret, 2014)

Kjølbros, Jon Fridrik: *Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere*: 3. udgave. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2010 (Kjølbros: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention - for praktikere, 2010)

Rytter, Jens Elo: *Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – og dansk ret*: 2. udgave. Forlaget Thomson, 2011 (Rytter: Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – og dansk ret, 2011)

Von Eyben, Bo: *Juridisk ordbog*: 13. udgave, Thomson Reuters, 2008 (Von Eyben: Juridisk ordbog, 2008)

## Artikler og hjemmesider

### Det Ethiske Råd

Det Ethiske Råd: Formål med projektet om psykiatri. In: <http://www.etiskraad.dk/da-dk/Projekter/Psykiatri/Formaal.aspx>. 15-02-2015 (Det Ethiske Råd, Formål med projektet om psykiatri)

Det Ethiske Råd: Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst - Magt og afmagt i psykiatrien, 2012. In: <http://www.etiskraad.dk/da-dk/Projekter/Psykiatri/~media/bibliotek/misc/2012/Psykiatri-og-tvang-i-en-juridisk-kontekst.ashx>. 15-02-2015 (Det Ethiske råd, Psykiatri og tvang i en juridisk kontekst, 2012)

Det Ethiske Råd: Samfundet og ”de gale” - Magt og afmagt i psykiatrien, 2012. In: <http://www.etiskraad.dk/da-dk/Projekter/Psykiatri/~media/bibliotek/misc/2012/Samfundet-og-de-gale.ashx>. 15-02-2015 (Det Ethiske råd, Samfundet og ”de gale”, 2012)



## **Historisk materiale**

G. E. C. GADS FORLAG - KØBENHAVN 1929: KONG CHRISTIAN DEN FEMTIS DANSKE LOV. In: <http://bjoerna.dk/DL-1683-internet.pdf>. 15-02-2015 (KONG CHRISTIAN DEN FEMTIS DANSKE LOV)

Krim: Almindelig borgerlig Straffelov af 10. februar 1866. In: <http://www.krim.dk/undersider/historiske-regler/1866-straffelov.pdf>. 15-02-2015 (Almindelig borgerlig Straffelov af 10. februar 1866)

Museum Overtasi: Psykiatrisk Historisk Museum. In: <http://ovartaci.dk/artikler/BehandlingTvang.htm> 16-02-2015. 16-02-2015 (Psykiatrisk Historisk Museum)

Selmers Bibliotek: Om Daarevæsenets Indretning i Danmark Af Dr. J. R. Hübertz, 1843. In: <http://www.selmersbibliotek.dk/Hubertz%20Daarevaesenets%20indretning/Hubertz-Daarevaesenet%20tekst%202.htm>. 15-02-2015 (Om Daarevæsenets Indretning i Danmark, 1843)

## **Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, 2014. In: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri\\_handlingsplan-netudgave.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri_handlingsplan-netudgave.ashx). 19-02-2015 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ligeværd, 2014)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Regeringen vil sikre ligeværd – lægger op til historisk investering i psykiatrien, 2014. In: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/Regeringen-vil-sikre-ligevarrd-laegger-op-til-historisk-investering-i-psykiatrien.aspx>. 19-02-2015 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Regeringen vil sikre ligeværd, 2014)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Sundhedsministeren vil have mindre tvang i psykiatrien, 2014. In: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/Sundhedsministeren-vil-have-mindre-brug-af-tvang-i-psykiatrien.aspx>. 15-02-2015 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsministeren vil have mindre tvang i psykiatrien, 2014)

## **Retsinformation**

Retsinformation: Datasammenskrivning af lov om sindssyge personers hospitalsophold. In: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=59097>. 15-02-2015 (Retsinformation, Datasammenskrivning af lov om sindssyge personers hospitalsophold)

Retsinformation: Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. In: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=97655>. 16-02-2015 (Retsinformation, Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien)

Retsinformation: Lov om sindssyge Personers Hospitalshold. In: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=59300>. 15-02-2015 (Retsinformation, Lov om sindssyge Personers Hospitalshold)

Retsinformation: Lov om ændringer i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold. In: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=59319>. 15-02-2015 (Retsinformation, Lov om ændringer i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold)

## **Statens Serum Institut**

Statens Serum Institut: Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010 - med opgørelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, 2011. In: <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Tvang%20i%20psykiatrien/Anvendelse%20af%20tvang%20i%20psykiatrien%202010.ashx>. 19-02-2015 (Statens Serum Institut, Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010, 2011)

Statens Serum Institut: Anvendelse af tvang i psykiatrien, 2014. In: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Psykiatri/Tvang%20i%20psykiatrien.aspx>. 19-02-2015 (Statens Serum Institut, Anvendelse af tvang i psykiatrien, 2014)

Statens Serum Institut: Opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien 2001-2013, 2014. In: <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Tvang%20i%20psykiatrien/Anvendelse%20af%20tvang%20i%20psykiatrien%202001-2013.ashx>. 19-02-2015 (Statens Serum Institut, Opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien 2001-2013, 2014)

## **Andet**

Center for Ligebehandling af Handicappede: FN's handicapkonvention, 2010. In: <http://www.clh.dk/index.php?id=1273>. 24-02-2015 (Center for Ligebehandling af Handicappede, FN's Handicapkonvention, 2010)

Den Danske Ordbog: Retsstilling. In: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=retsstilling>. 15-02-2015 (Den Danske Ordbog, Retsstilling)

Institut for menneskerettigheder: JURIDISK NOTAT – TVANG I PSYKIATRIEN, 2013.

In:[http://www.menneskeret.dk/files/media/dokumenter/handicapkonventionen/juridisk\\_notat\\_-\\_tvang\\_i\\_psykiatrien.pdf](http://www.menneskeret.dk/files/media/dokumenter/handicapkonventionen/juridisk_notat_-_tvang_i_psykiatrien.pdf). 15-02-2015 (Institut for menneskerettigheder, Juridisk notat, 2013)

Overlæge Mette Brandt-Christensen & læge Aksel Bertelsen: Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov – statusartikel, 2010. In: <http://www.laeger.dk/LF/UFL/2010/17/pdf/VP07090291.pdf>. 15-02-2015 (Overlæge Mette Brandt-Christensen & læge Aksel Bertelsen, Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov, 2010)

Professor Mogens Møllergård: Videnskab og praksis – statusartikel, 2007. In: <http://www.laeger.dk/LF/UFL/2007/35/pdf/VP51806.pdf>. 15-02-2015 (Professor Mogens Møllergård, Videnskab og praksis – statusartikel, 2007)

Region Midtjylland: Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007. In: [http://www.regionmidtjylland.dk/files/Regionshuset/Kommunikationsafdelingen/Billeder/web/Referatlager/files/7/775bb9310cb1b566c125717200470eb4-AEndring%20af%20psykiatriloven%201.1.07\\_pkt%203.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Regionshuset/Kommunikationsafdelingen/Billeder/web/Referatlager/files/7/775bb9310cb1b566c125717200470eb4-AEndring%20af%20psykiatriloven%201.1.07_pkt%203.pdf). 16-02-2015 (Ændringer af psykiatriloven fra 1. januar 2007)

## **Anvendte domme**

U.2014.3300Ø - 5.000 kr. i godtgørelse for tort i anledning af bæltefiksering foretaget med urette.

U.2013.3074H - Tvangsindlæggelse af sindssyg på grundlag af farekriteriet blev ikke anset for lovlig

PKN 0128202A - Tvangsfiksering, der varede mere en 3 uger underkendt

PKN 0343704P - ECT-behandling blev ikke gennemført med tvang