

Psykiatriske patienters vilkår

- en redegørelse

Det Ethiske Råd 1997
Produceret af Grafiraf
Forsidefoto: Stig Stasig
Tryk: Handy Print

ISBN 87-90343-43-3

Indholdsfortegnelse

Medlemmer af Det Ethiske Råd

Forord

1. Resumé af Det Ethiske Råds anbefalinger

1.1 Indledning

1.2 Generelle anbefalinger

1.3 Anbefalinger i forhold til psykiatriloven

2. Indledning

3. Behandlingen af sindslidende i Danmark

3.1 Psykiske lidelser og diagnoser

3.2 Forskellige elementer i indsatsen over for sindslidende

3.3 Det psykiatriske behandlingssystem i dag

3.3.1 Hospitalspsykiatri

3.3.2 Distriktskykiatri

3.3.3 Socialpsykiatri

3.4 Samarbejde og koordination

4. Psykiatriloven

4.1 Psykiatriloven i hovedtræk

4.2 Psykiatrilovsundersøgelsen

4.2.1 Standarden på de psykiatriske afdelinger

4.2.2 Anvendelsen af tvang

4.2.3 Klager og klagebehandling vedr. frihedsberøvelse

4.2.4 Klager og klagebehandling vedr. tvangsbehandling og andre former for tvang

4.3 Revision af psykiatriloven

5. Debatten om sindslidendes vilkår i det danske samfund

5.1 Indledning

5.2 Centrale aktører i den danske debat

5.3 Centrale temaer i debatten

5.3.1 Positive patientrettigheder

5.3.1.1 Forslag om materielle minimumsrettigheder

5.3.2 Anvendelsen af tvang

5.3.3 Klagesystemet

5.3.3.1 Et enstrengt klagesystem

5.3.4 Behandlingen af sindslidende

5.3.4.1 Behandlingsplaner

5.3.4.2 Personalets uddannelse

5.3.4.3 Kvalitet i behandlingen

5.3.5 Det daglige samvær med sindslidende på de psykiatriske afdelinger

5.4 Øget dialog og kommunikation

6. Det etiske udgangspunkt

6.1 Indledning

6.2 De overordnede mål for indsatsen over for sindslidende

6.3 Fem idealer

6.3.1 Omsorg for den sindslidende - frivilligt eller med tvang

6.3.2 Respekt for sindslidendes værdighed og integritet

6.3.3 Respekt for sindslidendes selvbestemmelsesret

6.3.4 Beskyttelse af andre mod overgreb fra sindslidende

6.3.5 Sikkerhed mod fejl og overgreb inden for psykiatrien

6.4 Iboende konflikter

6.5 Etisk refleksion

7. Det Etske Råds stillingtagen

7.1 Indledning

7.2 Den nugældende psykiatrilov

7.3 Hospitals-/distrikts-/socialpsykiatri

7.4 Patientrettigheder på det psykiatriske område

7.4.1 God sygehusstandard

7.4.2 Ret til differentieret behandlingstilbud

7.4.3 Ret til fortsat ophold på en psykiatrisk afdeling

7.5 Anvendelse af tvang i psykiatrien

7.5.1 Tvang og ikke-frivillighed

7.5.2 Upågtet tvang

7.5.3 Tvang i ambulantly behandling

7.6 Klager og tilsyn

7.7 Kvalitetsudvikling og øget etisk refleksion

Litteratur

Bilag: Det Etske Råds høringsvar vedr. Justitsministeriets forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (revision af psykiatriloven)

Medlemmer af Det Etske Råd pr. 1. januar 1997

Domprovst Niels Henrik Arendt
Højskoleforstander Frederik Christensen
Læge Jens Chr. Emborg
Læge, adjunkt, ph.d. Søren Holm
Chefjordemoder Pelse Helms Kaae
Forskningslektor, cand.mag., ph.d., Lene Koch
Professor, dr.scient. Ebba Lund
Professor, dr.phil. Lars-Henrik Schmidt
Professor dr.jur. Linda Nielsen (formand)
Overlæge Sigurd Olesen
Forfatter, journalist Marina Cecilie Roné
Professor, overlæge, dr.med. Mikael Rørth
Etnolog, mag.art. Karen Schousboe
Børnehaveklasseleder Inga Steiner Sørensen
Lektor, dr.med. Sven Asger Sørensen
Fhv. amtsborgmester Erling Tiedemann
Souschef, cand.psych. Marianne Wangsted (næstformand)

Forord

Det Etske Råd offentliggør hermed en redegørelse om psykiatriske patienters vilkår. Redegørelsen har baggrund i de senere års debat om den behandling, pleje og støtte, man i det danske samfund tilbyder folk med sindslidelser. Formålet med redegørelsen er dels at bidrage til den etiske debat i forbindelse med den forestående revision af psykiatriloven, dels at stimulere en bredere offentlig debat om det samlede tilbud til sindslidende.

Redegørelsen er behandlet på rådets plenarmøder efter oplæg fra rådets arbejdsgruppe vedrørende psykiatri, som indtil 1. januar 1997 har bestået af de tidligere rådsmedlemmer Asger Baunsbak-Jensen,

Barbara Gram og Jørn Vestergaard (formand for arbejdsgruppen), samt rådsmedlemmerne Søren Holm og Marianne Wangsted. Efter 1. januar 1997 er arbejdet blevet færdiggjort af en arbejdsgruppe bestående af Søren Holm (formand for arbejdsgruppen) og Marianne Wangsted.

Arbejdsgruppen har igennem hele forløbet draget stor fordel af at inddrage en række sagkyndige i drøftelserne, og de skal hermed takkes for deres værdifulde indsats. Forarbejde til arbejdsgruppens arbejde er udført af mag. art. kultursociolog Poul Pøder Pedersen. Redegørelsen er på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen udarbejdet af mag. art. kultursociolog Anders Bildsøe Lassen.

På baggrund af redegørelsen udarbejdede og offentliggjorde rådet i februar 1997 et høringssvar til Justitsministeriets forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (revision af Psykiatriloven). Høringssvaret er optrykt som bilag til redegørelsen.

Linda Nielsen
Formand

Berit Faber
Sekretariatschef

1. Resumé af Det Ethiske Råds anbefalinger

1.1 Indledning

Det Ethiske Råd har med denne redegørelse ønsket at give et overblik over nogle af de vigtigste etiske problemer, der er forbundet med behandlingen af sindslidende i Danmark. Det har samtidig været rådets formål at få et indblik i, hvilke konkrete stridspunkter eller uenigheder, der er mellem de forskellige deltagere i debatten om udviklingen i psykiatrien, for i lyset heraf at søge at tage stilling til en række vigtige spørgsmål på området. Det er rådets opfattelse, at der er behov for en bred og kvalificeret debat om, hvordan man skaber de bedste vilkår for sindslidende i det danske samfund, og rådet håber hermed at levere et stimulerende udspil til denne debat.

Det psykiatriske område er meget bredt og har berøring med såvel sundhedsvæsenet som sociale sektoren, uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet mv. Det Ethiske Råd har derfor set sig nødsaget til at undlade at behandle en række spørgsmål, til trods for at de står centralt i debatten og er af stor betydning for den behandling, omsorg og støtte, samfundet er i stand til at tilbyde de sindslidende.

En del af de problemer, psykiatriske patienter står over for i disse år, skyldes, at der har manglet sammenhæng mellem udbygningen af distriktskykiatrien og tilvejebringelsen af socialpsykiatriske tilbud og sengenedlæggelserne på de psykiatriske afdelinger. Denne udvikling har betydet, at mange psykiatriske patienter er blevet tabt imellem systemerne - og stadig tapes - og dermed i for høj grad overlades til sig selv.

Spørgsmålet om udbygningen af distriktskykiatrien og de sociale og beskæftigelsesmæssige tilbud handler bl.a. om ressourcer. Mange steder i det psykiatriske behandlingssystem og i forhold til de sociale tilbud, der gives de sindslidende, er der et stort behov for flere ressourcer til bedre faciliteter, mere og bedre uddannet personale osv. Det kan således uden videre slås fast, at der er et behov for yderligere ressourcer i psykiatrien.

Spørgsmålet om ressourcer til psykiatrien er et prioriteringsspørgsmål, og Det Ethiske Råd udtalte i forbindelse med sin redegørelse om prioritering i sundhedsvæsenet, at sindslidende på flere måder hører til blandt de svagere patientgrupper, og at Rådet vil .. anbefale, at der ved prioritering i sundhedsvæsenet fremover lægges vægt på at forbedre vilkårene, behandlingen og plejen af sådanne grupper af patienter" (Det Ethiske Råd 1996:122). Rådet behandler dog ikke spørgsmålet mere dybtgående i denne

redegørelse.

Mange af de mennesker, der deltager i debatten, peger på, at en del problemer hænger sammen med manglende koordination af den amtslige og kommunale indsats over for de sindslidende. Det viser sig bl.a. i forbindelse med udskrivningen af de sindslidende fra de psykiatriske afdelinger, hvor der er behov for, at sygehuse og socialsektor i fællesskab sørger for en mere sikker udslusningsindsats. Det er ikke Det Ethiske Råds opgave at gå i detaljer eller at fremkomme med konkrete anbefalinger på dette område. Rådet ønsker imidlertid generelt at fremhæve, at når flere myndigheder - som tilfældet er med psykiatri - er fælles om den samlede opgaveløsning, må det anses som værende en primær forpligtelse for dem at oprette de organer og etablere de strukturer, som er nødvendige, hvis den fælles opgaveløsning skal blive sikker og effektiv.

Det Ethiske Råd har i denne sammenhæng desuden afholdt sig fra at kommentere det problemkompleks, der knytter sig til spørgsmålet om, hvilke oplysninger der må udveksles mellem forskellige instanser, der har med en bestemt patient at gøre, med eller uden vedkommendes samtykke.

Rådet har også afholdt sig fra at drøfte hele det sæt af særlige problemer, der relaterer sig til de retspsykiatriske patienters retsstilling. Spørgsmålet om kriminelle sindslidende har som nævnt været genstand for en del opmærksomhed i medierne i den senere tid. De hændelser, der har givet anledning til denne opmærksomhed, er ulyksalige, dels selvfølgelig for ofrene og deres pårørende, men også fordi sådanne hændelser styrker almindelige menneskers fordomme om og frygt for de sindslidende som gruppe. Det stigende omfang af kriminalitet begået af sindslidende giver grund til bekymring og kan muligvis sættes i forbindelse med en mangelfuld udbygning af psykiatriske behandlings- og støttetilbud. Spørgsmålet om forebyggelse af sådanne hændelser og om straf og afsoning er imidlertid hovedsagelig af kriminalpolitisk og strafferetlig art, og det skal ikke yderligere drøftes i denne sammenhæng.

Endelig skal det præciseres, at rådet i denne redegørelse ikke har taget særligt stilling til den række af problemer, der er forbundet med det forhold, at svært demente undertiden underlægges psykiatrilovens bestemmelser. Hele dette spørgsmål om de dementes vilkår i det danske samfund, herunder plejen af dem og anvendelse af magtbeføjelser over for dem fortjener selvstændig diskussion andetsteds.

1.2 Generelle anbefalinger

I behandlingen af psykiatriske patienter foreligger der ofte et dilemma mellem ønsket om at vise respekt for den sindslidendes selvbestemmelse og behovet for en mere eller mindre formynde risk (paternalistisk) omsorg, som i nogle situationer til og med kan tilsige anvendelse af tvangsforanstaltninger.

Der bør lægges stor vægt på at beskytte den sindslidende mod overgreb igennem begrænsninger i adgangen til tvangsansvar og etablering af et overskueligt og velfungerende klagesystem.

Samtidig er det imidlertid vigtigt, at disse foranstaltninger ikke forhindrer det sundhedsfagligt uddannede personale at udøve nødvendig tvang. Anvendelsen af tvang er i nogle tilfælde en helt nødvendig del af behandlingen af meget dårlige sindslidende. Derfor bør psykiatriloven også sikre, at der er adgang til brug af tvangsforanstaltninger, når det er nødvendigt.

Anvendelsen af tvang må altid baseres på en meget nøje afvejning af fordele og ulemper. Anvendelsen af tvang over for voksne mennesker er grundlæggende etisk problematisk, fordi den for patienten opleves som et overgreb mod vedkommendes integritet og selvbestemmelse. Desuden kan tvangsansvar være ødelæggende for etablering og vedligeholdelse af en frugtbar behandlingsalliance mellem behandler og patient. Derfor bør der lægges stor vægt på at sikre, at personalet får mulighed for og bliver tilskyndet til *etisk refleksion og dialog* om hvilken behandling, man giver de sindslidende, og om hvordan man bør omgås sindslidende i dagligdagen. At tvang fra en etisk synsvinkel er problematisk betyder ikke, at tvang i enhver henseende bør undgås. Tvang skal anvendes, når det forekommer velbegrunder. For Det Ethiske Råd er det imidlertid afgørende at sikre en fortsat refleksion og dialog om, hvornår tvang er velbegrunder, og hvor når det omvendt er mere hensigtsmæssigt at nøjes med at give patienten den behandling, som han eller hun frivilligt vil gå med

til.

1 Det Etiske Råd mener, at det bør sikres, at den psykiatriske patient i videst muligt omfang *tages med i behandlingen*. Det indebærer, at der lægges betydelig vægt på patientens egen udlægning af sine symptomer; at der sørges for, at vedkommende er velinformeret om diagnose og behandlingsmuligheder; og at der i tilrettelæggelsen af behandling, pleje og aktivering i videst muligt omfang tages hensyn til patientens egne ønsker.

1 Det Etiske Råd mener, at det er af den største betydning for en forsvarlig udvikling inden for behandlingen af sindslidende, at der skabes gode rammer om en alsidig *forskningsindsats* på området. Det gælder ikke mindst den kliniske interventionsforskning, der har som formål at undersøge effekten af de behandlinger, der anvendes, dvs. såvel de medicinske baserede behandlingsformer som de psykoterapeutiske behandlingsformer. Rådet ønsker særligt at pege på behovet for en styrkelse af forskningen i ikke medicinske behandlingsformer, en forskning som i dag forekommer mere at være underprioriteret. I den forbindelse er det vigtigt, at man ikke blot undersøger behandlingernes strengt medicinske effekt, men tillige ser på, hvad forskellige former for behandling og forskellige sociale initiativer betyder for de sindslidendes livskvalitet og muligheder for livsudfoldelse.

1 Det Etiske Råd mener endvidere, at der bør arbejdes på fortsat at udvikle kvaliteten af den behandling og pleje, de sindslidende tilbydes. Der bør i stigende omfang - og flere steder end det sker i dag - foregå evaluering af den ydede indsats, f.eks. ved at de enkelte personalegrupper i forbindelse med *kvalitetsudviklingsprojekter* opfordres til at definere deres kerneydelser og derefter til at undersøge kvaliteten af disse. Dermed skabes der større overblik over hvilke ydelser, der faktisk leveres, og dermed også et bedre grundlag for en dialog inden for og mellem de enkelte faggrupper om, hvilke funktioner der skal styrkes, og hvilke der evt. kan tåle at blive nedprioriteret. I den forbindelse bør man også inddrage brugerne i udviklingen af kvaliteten af ydelserne.

1 Det Etiske Råd mener, at der er behov for at *styrke den tværfaglige indsats* ved behandlingen af sindslidende. De sindslidende bør f.eks. såvel inden for som uden for de psykiatriske institutioner have tilbud om meningsfuld beskæftigelse eller uddannelse. Det vil kunne være af stor betydning ikke blot for deres livskvalitet og muligheder for udfoldelse, men tillige i forhold til dæmpning af de umiddelbare symptomer af sindslidelsen.

1 De fleste, der arbejder med sindslidende, er enige om betydningen af *kontinuitet i behandlingen*, f.eks. at der sker såkaldt udslusning, når patienter udskrives, dvs. at der er nogen, der tager sig af vedkommende, så han eller hun ikke blot overlades til sig selv. Kontinuitet fordrer *samarbejde og koordination* mellem f.eks. den psykiatriske afdeling, distriktskykiatrien og socialforvaltningen i patientens hjemkommune. Det Etiske Råd mener, at der er behov for en styrkelse af dette samarbejde; nogle steder skal det formentlig startes helt fra bunden.

1 Det Etiske Råd mener, at det distriktskykiatriske tilbud og de sociale foranstaltninger bør koordineres på en måde, så der samlet tilvejebringes en *individualiseret efterbehandling*, der retter sig mod den enkelte patients behov og tager udgangspunkt i den pågældendes sociale færdigheder og andre forudsætninger.

1 Det Etiske Råd mener, at der fra centralt hold bør udstikkes *retningslinier og mindstekrav*, der betyder, at kommuner og amter forpligtes til at levere såvel sundhedsmæssige som sociale ydelser til de sindslidende på et vist niveau.

1.3 Anbefalinger i forhold til psykiatriloven

1 Det Etiske Råd mener, at alle sindslidende, der indlægges på en psykiatrisk afdeling, bør have et sæt *materielle minimums rettig heder*:

- 1) Ret til ophold på enestue.
- 2) Ret til ophold under tidssvarende, boliglignende forhold.
- 3) Ret til passende tilbud om meningsfuld beskæftigelse og undervisning.

4) Ret til mindst en times ophold i frisk luft daglig.

5) Ret til ledsaget udgang efter behov.

Dette forslag adskiller sig fra forslaget fra flertallet i det lovforberedende udvalg, der var nedsat forud for den seneste revision af psykiatriloven - det såkaldte Kallehauge-udvalg - derved, at disse rettigheder ikke blot foreslås at skulle tilfalde frihedsberøvede psykiatriske patienter, men samtlige indlagte på de psykiatriske afdelinger.

Det Etiske Råd mener tillige, at man må overveje, om lovgivning en bør indeholde bestemmelser, der tydeliggør, at sindslidende har *ret til et differentieret behandlingstilbud* på såvel de psykiatriske afdelinger som i det distriktspsykiatriske system. En sådan ret indebærer, at den sindslidende så vidt muligt skal tilbydes flere forskellige behandlingsmuligheder, og at man i videst mulig udstrækning skal tage hensyn til patientens egne ønsker, hvad behandlingen angår.

Det Etiske Råd mener, at det bør overvejes for de patienter, der i forbindelse med en indlæggelse har været undergivet tvang, at indføre en egentlig ret til fortsat ophold på den psykiatriske afdeling, indtil de vurderes egnede til udskrivning, og de nødvendige foranstaltninger uden for hospitalet er i orden.

Presset på de psykiatriske afdelinger kan betyde, at det hænder, at nogle af de indlagte patienter udskrives, før de egentlig er egnet til udskrivning. Dette indebærer i nogle tilfælde, at nok er patientens mest udtalte symptomer blevet dæmpet, men der er risiko for, at vedkommende hurtigt får tilbagefald og får behov for ny indlæggelse. Heraf kommer udtrykket *svingdørspatienter*. Hvis sådanne patienter kunne forblive på afdelingen i længe tid, ville man dels kunne opnå bedre behandlingsmæssige resultater, dels skabe større tryghed både hos de sindslidende selv og hos de pårørende og andre mennesker i det miljø, de sindslidende kommer fra.

Rådet erkender, at der i nogle tilfælde formentlig ikke er andre muligheder for at lindre stærkt psykotiske patienters lidelser end ved tvangsbehandling, men mener, at det såkaldte *mindste middels princip* må udformes således, at man altid skal overveje anvendelsen af en muligvis mindre effektiv, frivillig behandling frem for en fra et strengt terapeutisk synspunkt mere effektiv tvangsbehandling.

Det Etiske Råd mener, at *psykiatrilovens retsbeskyttelse* af sindslidende bør udvides således, at ikke bare tvangsmæssige, men også ikke-frivillige foranstaltninger, dvs. foranstaltninger, som patienten hverken har samtykket i eller protesteret imod, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol og udløse ret til patientrådgiver mv.

Det Etiske Råd er stærkt betænkelig ved de løst formulerede forslag, der har været fremme, om at udvide området for tvangsbehandling til også at give mulighed for *tvang i ambulante behandling*.

Det Etiske Råd mener, at man bør overveje en form for anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling. For sindslidende skulle en sådan forhåndserklæring give mulighed for at tilkendegive, hvilke typer af behandling, man vil acceptere, hvis man skulle havne i en situation, hvor man bliver ude af stand til at handle rationelt. I princippet kunne en sådan erklæring både rumme mulighed for negative og positive tilkendegivelser, dvs. både tilkendegivelser om, hvilke former for behandling, man vil have sig frabedt, og tilkendegivelser om, hvilke behandlinger man ønsker, hvis en bestemt tilstand skulle indtræffe. En anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling vil i øvrigt være i overensstemmelse med artikel 9 i Euro-paradets konvention om menneskerettigheder og biomedicin.

Det Etiske Råd mener, at det er af den største betydning - ikke blot for sindslidendes retssikkerhed, men også for mulighederne for at etablere frugtbare behandlingsalliancer mellem behandlere og patienter - at der etableres et overskueligt og velfungerende klage- og tilsynssystem. Rådet mener således, at det nugældende flerstrengede klagesystem bør erstattes af et *enstrengt klagesystem*, baseret på det lokale patientklagenævn, som samtidig skal gives kompetence til at føre tilsyn med praksis på de psykiatriske afdelinger.

2. Indledning*

Sindslidende hører til blandt de svagest stillede grupper i sundhedsvæsenet. Ikke blot fordi selve lidelsen i mange tilfælde er stærkt invaliderende. Men også fordi mange sindslidende skammer sig over deres sygdom og føler, at de fra omgivelsernes side stemples som utilregnelige og uden værdighed. At blive ramt af en sindslidelse er et hårdt slag. Ikke alene for den pågældende selv, men også for hans eller hendes pårørende. De pårørende føler ofte, at de er magtesløse over for sygdommen, og at de tilbud, der gives de sindslidende, er helt utilstrækkelige.

Psykisk lidelse kan påvirke en persons virkelighedsopfattelse, personlighed, identitetsfølelse og evnen til at kommunikere med andre mennesker. Der er imidlertid stor forskel på tyngden eller alvorligheden af psykiske lidelser. For nogle kommer psykisk lidelse til udtryk i perioder f.eks. med nedtrykthed og besvær med at klare tilværelsen. Andre er mere eller mindre kronisk stærkt forpinte og ude af stand til at tage vare på sig selv. Spektret er meget bredt, og det er en af de store udfordringer for det psykiatriske behandlingssystem at opnå tilstrækkelig fleksibilitet til at kunne håndtere patienter med meget forskellige lidelser, uden at nogle patienter tabes eller behandles forkert.

De fleste sindslidende kan behandles af den praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge i psykiatri. I den henseende adskiller disse sindslidelser sig ikke fra somatiske lidelser.

For andre patienter indebærer den psykiatriske behandling imidlertid somme tider en paternalistisk - dvs. formynderisk - begrænsning af deres ret til selvbestemmelse eller autonomi ved anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang. Det psykiatriske område adskiller sig dermed fra det øvrige sundhedsvæsen ved, at man i visse tilfælde tilsidesætter princippet fra lægelovens 6 om ikke at indlede eller fortsætte behandling mod patientens vilje. Det psykiatriske område er med andre ord kendetegnet ved, at man ikke i enhver henseende kan tage udgangspunkt i patientens autonome valg, fordi sygdommen i nogle tilfælde netop rammer evnen til at udøve autonomi.

Det betyder dog ikke, at man uden videre kan tilsidesætte patientens selvbestemmelse. Et helt centralt etisk problem i behandlingen af sindslidende består netop i at finde en balance mellem paternalistisk omsorg for patienten og den nødvendige respekt for vedkommendes integritet og selvbestemmelse.

Det psykiatriske behandlingssystem består af en række forskelligartede institutioner til behandling, pleje af og omsorg for patienter med psykisk lidelse. Systemet har undergået voldsomme forandringer inden for de seneste årtier. Mellem halvdelen og to trediedele af landets psykiatriske sengepladser er blevet nedlagt. En del af behandlingen af sindslidende er i dag således flyttet fra sygehusene og lagt over i distriktspsykiatrien og en lang række omsorgsopgaver er blevet lagt over til de sociale myndigheder. En del af psykiatrien er altså flyttet fra sygehusområdet til social- og sundhedsområdet.

De fleste sindslidende lever det meste af tiden uden for sygehusenes psykiatriske afdelinger. Her har de behov for tilbud om ambulante behandling og for forskellige sociale og beskæftigelsesmæssige tilbud, som skal skabes inden for distrikts- og socialpsykiatrien. De distrikts- og socialpsykiatriske tilbud, der findes i dag, er mange steder utilstrækkelige til at dække behovene hos de sindslidende. Så selv om den generelle udvikling i retning af større vægt på distrikts- og socialpsykiatri givetvis har været god for nogle grupper af sindslidende, rummer den samtidig en risiko for, at nogle sindslidende tabes og overlades til et liv på gaden. Et af de største problemer er den lette adgang til alkohol og stoffer i det danske samfund: Op imod 50% af de unge skizofrene patienter har et misbrugsproblem. Mange af disse vil ikke selv tage kontakt til behandlingssystemet, men må hjælpes med opsøgende initiativer.

Det anslås, at der findes ca. 275.000 mennesker med sindslidelser i Danmark. Heraf er ca. 200.000 ramt af angst- og depressionstilstande, som kan gøre hverdagen meget vanskelig. Ca. 75.000 mennesker har egentlige psykoser, hovedsageligt skizofreni og affektive psykoser (se kapitel 2). Det er denne sidstnævnte gruppe som behandles på de psykiatriske hospitalsafdelinger og i de distriktspsykiatriske centre, og som modtager tilbud fra socialpsykiatrien.

Det Ethiske Råd beskæftiger sig i denne redegørelse stort set udelukkende med denne gruppe af patienter, og den behandling og pleje og omsorg de får tilbudt. I forlængelse heraf tager rådet i redegørelsen udgangspunkt i tre spørgsmål, der er centrale i den videre debat om udviklingen af behandling og omsorg for denne gruppe sindslidende i Danmark.

1) Er behandlingen og omsorgen tilstrækkelig? Har denne gruppe sindslidende grundlæggende behov for hjælp, som ikke imødekommes på nuværende tidspunkt? Er der behov for indførelse af såkaldte *positive rettigheder* for de sindslidende i form af f.eks. ret til eneværelse og frisk luft under ophold på en psykiatrisk afdeling, eller i form af en egentlig ret til behandling, evt. til at vælge imellem forskellige former for behandling. Spørgsmålet er også, hvorvidt sådanne positive rettigheder bør have betydning for sindslidende i det hele taget, eller kun for de patienter, som er underlagt tvangsforanstaltninger.

2) Fungerer den nuværende regulering af psykiatrisk frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse tilfredsstillende? Lovgivningen skal naturligvis hjemle nødvendig tvangsanvendelse, men spørgsmålet er, om der er tilstrækkelig sikkerhed for, at misbrug og vilkårlighed undgås, og om der gives enkle og tilstrækkelige muligheder for at klage over sundhedspersonalets afgørelser? Er der behov for formuleringen af yderligere såkaldte *negative rettigheder* for de sindslidende, dvs. rettigheder til at *blive fri for* forskellige former for indgreb eller begrænsninger?

3) Et gennemgående spørgsmål i forbindelse med sindslidendes vilkår er desuden, om sindslidende generelt bliver behandlet med *verdighed*, og om der i behandlingen af og omgangen med sindslidende gøres tilstrækkeligt for at inddrage deres *egen udlægning* af sygdomsforløbet og symptomerne og for at følge deres *egne ønsker* med hensyn til behandlingens form? Er der balance imellem respekten for sindslidende og de af og til nødvendige indgreb i deres råderum?

Det er oplagt, at der, når man diskuterer psykiatriske patienters vilkår, rejser sig en række forskellige prioriteringsspørgsmål: Hvordan bør man på den enkelte psykiatriske afdeling prioritere omsorgs- og aktiveringsaktiviteter i forhold til den egentlige lægelige behandling? Hvordan bør man prioritere distrikts- og socialpsykiatrien i forhold til de psykiatriske afdelinger? Hvordan bør behandlingen og den sociale rehabilitering af sindslidende prioriteres i forhold til andre opgaver i sundhedsvæsenet og i den sociale sektor? osv.

Det Ethiske Råd skal ikke lave konkrete anbefalinger i forhold til disse spørgsmål, som jo ellers nok kan synes at være de vanskeligste af alle. I forlængelse af rådets redegørelse om prioritering i sundhedsvæsenet skal man dog pege på, at behandlingen af sindslidende generelt risikerer at blive nedprioriteret i forhold til andre opgaver i sundhedsvæsenet, bl.a. fordi sindslidende er en svag patientgruppe, og fordi der igennem de senere år ikke har været stor prestige forbundet med behandlingen af sindslidende.

Mange af de etiske problemer, der opstår i relation til behandling af sindslidende, handler om at finde en god balance mellem paternalistisk omsorg og respekten for patientens integritet og selvbestemmelse. En sådan balance kan i mange situationer ikke findes én gang for alle. Den må bestemmes i hvert enkelt tilfælde på baggrund af overvejelser over patientens tilstand, indgrebets nødvendighed og virkning osv. Der er med andre ord en række problemer forbundet med behandlingen af sindslidende, der *ikke* egner sig til detaljerede forskrifter. Der må nødvendigvis være et betydeligt rum for personalets vurderinger og skøn og for gennem refleksion og dialog at udvikle kriterierne for sådanne vurderinger og skøn.

Når Det Ethiske Råd har taget spørgsmålet om de etiske problemer ved behandlingen af de psykiatriske patienter op, er det bl.a. for at levere et udspil i forbindelse med Folketingets forestående revision af psykiatriloven fra 1989. Det er imidlertid også for at bidrage til, at der igangsættes en offentlig debat om behandlingen af de sindslidende i det hele taget.

Spørgsmålet om de sindslidendes vilkår i det danske samfund har igennem længere tid været kontroversielt og genstand for offentlig debat. Ikke mindst inden for den seneste tid har der været en omfattende debat, til dels foranlediget af en række tragiske hændelsesforløb, hvor sindslidende har begået drab eller stået bag grov chikane af folk i de områder, hvor de bor.

De spørgsmål, der har været rejst, har dels gået på, hvordan man giver sindslidende de bedst mulige vilkår og sørger for, at de ikke kommer til at henslæbe deres tilværelse i isolation med en ubehandlet lidelse og med risiko for forværring af tilstanden og evt. for selvmord. Dels på, hvordan man beskytter samfundet og folk i almindelighed imod pludselige overgreb og trusler fra sindslidende, som lever ude i samfundet i nogle tilfælde uden kontakt til behandlingssystemet. Et af problemerne er, at hospitalerne i nogle tilfælde slipper patienterne for tidligt. Der kan være tale om for tidlig udskrivning, evt. fordi patienterne forlanger sig udskrevet, ophør af ambulans behandling, evt. fordi patienten udebliver, eller om at man undlader at genindlægge i situationer, hvor det viser sig at være påkrævet.

Den stigende kriminalitet begået af sindslidende giver grund til bekymring og kan muligvis sættes i sammenhæng med en mangelfuld udbygning af psykiatriske behandlings- og støttetilbud. Spørgsmålet om forebyggelse af sådanne hændelser og om straf og afsoning er imidlertid hovedsageligt af kriminalpolitisk og strafferetlig art, og det skal ikke yderligere drøftes i denne sammenhæng. Spørgsmålet om kriminelle sindslidende synes generelt at optage uforholdsmæssig megen plads i det billede, der i den brede offentlighed tegnes af sindslidende. Det er i den forbindelse vigtigt at fastslå, dels at det kun er en lille gruppe af de sindslidende, der er kriminelle, dels at der er en lang række andre problemer forbundet med behandlingen af og omsorgen for sindslidende, som også fortjener seriøs debat.

Fra flere sider bliver det fremhævet, at et af de centrale problemer for sindslidende er befolkningens ringe forståelse for sindslidelser og sindslidende og de myter, der verserer om sindslidende. I den henseende spiller pressens og mediernes skildring af sindslidende en væsentlig rolle. En undersøgelse har f.eks. vist, at størstedelen af de historier, der bringes i medierne, og som omhandler sindslidende, handler om kriminalitet (Hesselager & Dalgaard 1996).

Disse problemer kan ikke løses ved hjælp af lovgivningen. Man kan fra politisk side tage initiativ til oplysningskampagner, hvad man da også har gjort nogle steder. Det er oplagt, at større viden vil fjerne nogle af de forkerte forestillinger, folk går rundt med. Men forståelse og tolerance for den vanskelige situation, som både sindslidende og deres pårørende befinder sig i, er i lige så høj grad et spørgsmål om vilje og socialt sindelag, og her kan man kun appellere til folk. Når disse sindslidende til trods for omlægningen af psykiatrien ikke bliver integreret i samfundet, er det ikke kun fordi sindslidende er svære at integrere. Det er i lige så høj grad fordi samfundet, dvs. os alle sammen, tilsyneladende ikke vil integrere de sindslidende.

De myter, der verserer i samfundet om psykiatrien, handler imidlertid ikke kun om de sindslidende. De handler også om psykiaterne og det psykiatriske behandlingssystem. Psykiaterne ses som ensidige talsmænd for medicinsk behandling af sindslidelser, og det vækker formentlig nogen modvilje i den brede befolkning. Når der blandt folk i almindelighed er en udbredt skepsis over for behandling af sindslidelser med medicin, hænger det sammen med, at sindet eller bevidstheden for mange knyttes tæt til personligheden, til hvem vi virkelig er. Derfor føler mange, at det, de sindslidende har behov for, er samtale, forståelse, indlevelse og støtte - ikke medicinsk manipulation af hjernens processer.

Dette afspejler en årelang noget ideologisk betonet kontrovers om, hvorvidt sindslidelse i hovedsagen bør betragtes som et biologisk fænomen, eller om årsagerne snarere skal findes i folks opvækst og deres psykiske og sociale udvikling. Disse spørgsmål er fortsat kilde til uenighed blandt de psykiatriske læger og andre sundhedsprofessionelle og brugere, pårørende og andre. De fleste psykiatere vil i dag mene, at de bedste behandlingsmæssige resultater opnås ved en kombination af medicinsk behandling og ikke-medicinske tiltag som psykoterapi, beskæftigelse mv., men oplever, at der i dagligdagen på de psykiatriske afdelinger eller i distriktskykiatrien mangler ressourcer til f.eks. at tilbyde samtaleterapi.

Ikke desto mindre synes der i debatten om de sindslidendes vilkår fortsat at være nogen uenighed om, hvordan de enkelte elementer i behandlingen bør prioriteres, dvs. hvilke opgaver der er mest påtrængende, og hvad de begrænsede ressourcer skal bruges til (se kapitel 3).

Det Ethiske Råd har med denne redegørelse ønsket at give et overblik over nogle af de vigtigste etiske problemer, der er forbundet med behandlingen af sindslidende i Danmark. Det har samtidig været rådets formål at få et indblik i, hvilke konkrete uenigheder, der er mellem de forskellige deltagere i

debatten, for i lyset heraf at søge at tage stilling til en række vigtige spørgsmål på området. Det er rådets opfattelse, at der er behov for en bred og kvalificeret debat om, hvordan man skaber de bedste vilkår for sindslidende i det danske samfund, og rådet håber hermed at levere et stimulerende udspil til denne debat.

3. Behandlingen af sindslidende i Danmark

Det samlede tilbud til sindslidende omfatter en lang række forskellige behandlinger spændende fra medicinsk behandling til forskellige former for samtale- eller miljøterapi. Dertil kommer forskellige sociale tilbud, f.eks. beskæftigelse, væresteder, plejehjem og andre beskyttede boformer, som primært varetages af de sociale myndigheder i amter og kommuner. Man har at gøre med mennesker med mange forskellige typer af psykisk lidelse og derfor også med meget forskelligartede behov for behandling, pleje, omsorg og støtte.

I det følgende gives der et overblik over forskellige typer af sindslidelser og over det samlede tilbud til sindslidende, som det ser ud i dag. De seneste årtier har som følge af ændrede målsætninger og behandlingsprincipper indebåret nedlæggelsen af mange sengepladser (især døgnplejepladser) på de psykiatriske hospitalsafdelinger og udvikling af nye distriktspsykiatriske og socialpsykiatriske tilbud.

3.1 Psykiske lidelser og diagnoser

Psykiske lidelser varierer meget med hensyn til intensitet, varighed og den grad, hvormed de griber ind i et menneskes personlighed og sociale funktionsevne. Nogle sindslidende er stærkt forpinte og meget afhængige af medicinsk eller anden behandling og vil være det i store dele af deres liv. Andre lever symptomfrit i lange perioder, men har af og til behov for behandling. For nogle er kontakten med det psykiatriske behandlingssystem en engangsforeteelse.

Inden for psykiatrien skelnes der almindeligvis mellem psykoser og mindre indgribende psykiske lidelser. Psykosen ændrer radikalt patienternes virkelighedsopfattelse:

Man kan (...) sige, at oplevelser, der normalt har fantasipræg, for den psykotiske patient ofte fremstår med virkelighedspræg: den syge har svært ved at skelne fantasier eller forestillinger fra virkelige" fænomener" (Parnas og Hemmingsen 1994:22)

Dertil kommer, at psykotiske mennesker ofte har sanseforstyrrelser eksempelvis i form af hallucinationer. Den skizofrene hører stemmer og har skræmmende syner. Endelig er der den paranoide fortolkningsmåde, hvor den sindslidende overfortolker og ser truende sammenhænge, som ingen andre kan se.

Blandt psykoserne kendes først og fremmest skizofreni og affektive psykoser (tidligere kaldt maniodepressive psykoser). Psykosebegrebet refererer ikke til sygdommens årsagsmæssige baggrund (dens ætiologi), men primært til dens kvalitative præg og til dens sværhedsgrad (ibid). Angsttilstande, personlighedsforstyrrelser og lette depressionstilstande er forskellige fra de psykotiske tilstande derved, at sygdomsintensiteten typisk vil variere og være mindre invaliderende. Blandt depressionerne findes f.eks. tilstande, hvor personen føler sig trist, har svært ved at overkomme noget som helst og evt. har søvnforstyrrelser, men hvor vedkommende vurderer virkeligheden og sin tilstand på en ganske ræsonnabel måde (ibid).

Denne skelnen mellem psykosen og andre psykiske lidelser er grov og siger meget lidt om den enkelte sindslidendes tilstand. Det er formentlig mere illustrativt at se spektret af psykiske lidelser som et kontinuum, gående fra normal funktionsduelighed til stærkt invaliderende psykisk lidelse.



Begrebet sindslidende bruges i denne redegørelse om mennesker, som ikke blot har psykiske problemer, men som har en sindslidelse eller sindssygdom. Hvad der klassificeres som en sindslidelse i medicinsk forstand afgøres af, om nogle bestemte diagnostiske kriterier er opfyldt. Generelt indebærer en sindslidelse, at den pågældende person i en eller flere perioder er alvorligt indskrænket i sin evne til at fungere socialt og har behov for behandling.

Det er vanskeligt præcist at opgøre, hvor mange sindslidende der findes i Danmark. Det skyldes bl.a., at ikke alle er i kontakt med behandlingssystemet. Det anslås, at man i Danmark kender til ca. 16.000 skizofrene. Heraf har man kontakt til ca. to trediedele eller tre fjerdedele. Derudover findes der antagelig ca. 3-4.000 uerkendte skizofrene. Det samlede tal er således formentlig ca. 20.000 skizofrene i Danmark.

Derudover findes der i størrelsesordenen 30.000 med affektive eller bipolært affektive lidelser (en gruppe som tidligere betegnedes som maniodepressive). Endelig findes der formentlig mindre grupper med akutte forbigående psykoser og misbrugsrelaterede psykoser og endelig en gruppe demente. Samlet kan det anslås, at der findes ca. 70-75.000 mennesker med psykoser i Danmark. Det er i hovedsagen sindslidende fra disse grupper, der behandles i det psykiatriske hospitalssystem og i distriktspsykiatrien.

Derudover findes der en større gruppe med mindre indgribende sindslidelser. Det anslås, at i gennemsnit 5% af den voksne befolkning i Danmark er ramt af depressioner eller angsttilstande. Det drejer sig altså om ca. 200.000 mennesker. Af disse 200.000 er de 100.000 formentlig uerkendte. Af de resterende 100.000 modtager formentlig ca. halvdelen tilstrækkelig behandling. Praktiserende speciallæger i psykiatri behandler formentlig ca. 40.000 patienter. De øvrige behandles hos den alment praktiserende læge. (Munk-Jørgensen, pers. komm. 17.1.97).

Det Ethiske Råd beskæftiger sig i denne redegørelse alene med de problemer, der er forbundet med behandlingen af de sindslidende, som har psykoser eller psykoselignende tilstande, og som har behov for behandling og for sociale støtteforanstaltninger. Man kan hævde, at der også er en række etiske problemer forbundet med behandlingen - og navnlig den manglende behandling og støtte til personer med angsttilstande og depressioner. Det Ethiske Råd har imidlertid valgt at foretage, hvad der forekommer at være en naturlig afgrænsning i den forstand, at man koncentrerer sig om de sværeste sindslidelser, som samtidig er de sindslidelser, der behandles på de psykiatriske afdelinger og i de distriktspsykiatriske centre.

Psykiatriske diagnoser stilles på baggrund af en læges vurdering af patientens symptomer og en sammenligning af disse symptomer med definitioner og beskrivelser af kendte tilfælde af forskellige psykiske lidelser. Lægen kan basere sin vurdering på flere forskellige typer af information:

- patientens egen udlægning af symptomerne
- oplysninger om patientens personlige, familiemæssige og genetiske baggrund
- pårørendes eller andres oplysninger om patienten og symptomerne
- lægens egne iagttagelser
- laboratorieprøver, røntgenbilleder og lignende

(Reisby 1994b: 590)

Fastlæggelsen af den konkrete diagnose er en kompliceret proces. Den enkelte patient udviser kun sjældent et sæt af symptomer, der entydigt peger i retning af en bestemt diagnose. Ofte vil det være vanskeligt at bestemme lidelsens karakter, fordi patienten udviser symptomer, der kunne være tegn på indtil flere forskellige typer af lidelser.

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har udviklet et vidt forgrenet diagnostisk klassifikationssystem for psykiatriske lidelser, det såkaldte ICD-10 system (International Classification of Diseases, 10. udgave). Formålet er at lette diagnosticeringen og skabe bedre mulighed for at sammenligne

resultaterne af behandlingen.

Hovedkategorierne i det anvendte diagnose system ICD-10:

F0	Organiske psykiske lidelser. Alle psykiske lidelser forårsaget af organiske forstyrrelser - både psykotiske og ikke-psykotiske tilstande. Eksempelvis demenstilstande, deliriøse og andre psykotiske personlighedsmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser.
F1	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkohol, psykoaktive stoffer eller medikamenter. Samler alle lidelser forårsaget af misbrug.
F2	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser. En gruppe af tilstande med stor symptomlighed.
F3	Affektive sindslidelser.
F4	Nervøse og stress-relaterede tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer. Klassiske symptomneuroser: fobier, panikangst, andre angsttilstande.
F5	Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer. Rummer spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, seksuelt dysfunktioner.
F6	Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.
F7	Mental retardering.
F8	Psykiske udviklingsforstyrrelser.
F9	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens.

(WHO 1994)

Der har både fra kritikere af den etablerede psykiatri og iblandt psykiatere været rejst kritik af den betydning, der tillægges den psykiatriske diagnose, en kritik der kan opsummeres i følgende punkter:

- Diagnosen udelukker individuelle særpræg.
- Diagnosen er uanvendelig til prognostiske og behandlingsmæssige forudsigelser.
- Diagnosen fører til "psykiatrisering" af ikke-psykiatriske tilstande. Dette kan medføre, at afvigelser fra accepterede adfærdsmæssige normer betragtes som udslag af sygdom og dermed gøres til genstand for lægelig behandling.
- Diagnosen fører til stempning af patienter, hvilket kan få alvorlige konsekvenser for patienterne senere i tilværelsen, fordi der eksisterer myter og fordomme om sindslidende i samfundet.
- Diagnosen har en fastlåsende effekt - den bliver en art selvopfyldende profeti. Den kan være vanskelig at revidere, og den smitter af på vurderingen af en række forhold, der vedrører patienten: Alt, hvad denne foretager sig, fortolkes i lyset af diagnosen. En patient gør dette eller hint, fordi han er paranoid - og ikke fordi der måske er noget galt med det sociale system, han befinder sig i, f.eks. hospitalsafdelingen. (Reisby 1994b:596f., Wilkens 1988:197)

Den psykiatriske diagnose er med andre ord kontroversiel. Ikke mindst fordi den i nogle tilfælde står i modsætning til patientens egen udlægning af symptomerne og årsagerne til dem. Der arbejdes for øjeblikket på at introducere en såkaldt multiaksial diagnostik, der udover patientens umiddelbare symptomer også inddrager de sociale omstændigheder, patientens funktionsniveau mv. Blandt psykologer fremhæves det, at man må bort fra de kliniske diagnoser og i højere grad basere sig på omhyggelige undersøgelser af de samlede årsager til sygdommen (Bechgaard 1996:28, Sørensen 1996).

3.2 Forskellige elementer i indsatsen over for sindslidende

Det psykiatriske behandlingssystem bruger flere forskellige behandlingsmetoder under indlæggelse og i ambulant behandling. Dertil kommer, at der på det sociale område findes en række forskellige muligheder for omsorg, støtte og aktivering af sindslidende. Man kan således overordnet tale om:

medicinsk behandling,

psykoterapeutisk behandling og

socialpsykiatriske tiltag

Medicinsk behandling omfatter primært psykofarmakologisk behandling, men også elstimulationsbehandling (elektrochok eller såkaldt ECT-behandling), lysterapi og fysisk aktivering. De seneste 40 år er der sket en stadig udvikling af psykofarmaka og megen klinisk forskning drejer sig om at opnå præcis viden om stoffernes virkning. Man har ikke fundet præparater, som kan helbrede psykisk lidelse, hvilket sikkert skyldes, at disse sygdomme er forårsagede af mange slags faktorer (Sundhedsstyrelsen 1995:43). Men mange præparater virker godt på de sindslidendes *symptomer*, og kan ofte fjerne eller reducere disse. Det er derfor ofte helt nødvendigt at indlede medicinsk behandling, før man kan bruge andre behandlingsmetoder.

Psykoterapeutisk behandling. De mest anvendte psykoterapiformer i Danmark er forskellige former for samtaleterapi. Samtaleterapi har til formål at afhjælpe symptomer og at fremme patientens fornemmelse af egne følelser og sociale funktionsevne. Denne terapiform kan udøves på forskellige planer:

- samtaleterapi, der sigter mod at rådgive, støtte og aflaste;
- mellemniveau, der forudsætter bæredygtig kontakt mellem patient og terapeut for at kunne være konfronterende og problem afklarende; og
- et dybere niveau (intensiv psykoterapi), som er af længerevarende karakter, og hvor patient og terapeut arbejder med overførselsfænomener, ubevidste motiver, og intrapsykisk konflikt materiale.

I de seneste år har også adfærdsterapi og kognitionsterapi vundet indpas, særligt ved behandling af fobier (angst for bestemte, klart definerede situationer f.eks. flyvefobi eller klaustrofobi) og over for depressioner. Som det er i dag er det imidlertid kun et fåtal af de indlagte psykiatriske patienter, der modtager psykoterapeutisk behandling i form af regelmæssige samtaler. Det beklages af såvel brugerne som psykiatere og psykologer.

Den socialpsykiatriske indsats sigter ikke mod helbredelse, men mod at tilbyde foranstaltninger, der kan styrke dele af den sindslidendes tilværelse og give bedre livsvilkår. Socialpsykiatri er slet og ret socialt arbejde med sindslidende og kan bestå i tilbud om særlige boformer, væresteder, uddannelse eller beskæftigelse mv. Det særlige ved den sociale indsats over for sindslidende er, at en væsentlig opgave består i at søge at bryde den sindslidendes isolation og knytte vedkommende til et aktivitets- eller værested. Selv om der altså ikke er noget umiddelbart behandlingsmæssigt sigte med den sociale indsats over for sindslidende, kan de forskellige tiltag modvirke isolation og forværring af symptomerne.

Psykiatrien har tidligere været kendetegnet af en stærk faglig polarisering mellem på den ene side overvejende biologisk orienterede psykiatere og på den anden side psykodynamisk orienterede psykologer og andre, som opfattede medicinsk behandling af sindslidende som umenneskelig. Man har været uenige om, hvorvidt sindslidelse primært skal forstås som biologisk fænomen, og derfor behandles medicinsk, eller om disse lidelser skal forstås og behandles ved hjælp af psykoterapiens metoder, og det har betydet, at det har været vanskeligt at samarbejde.

De fleste psykiatere er i dag ret enige om, at pluralisme og tværfaglighed er en forudsætning for, at psykiatrien kan udvikle sig, og for at man kan give den bedst mulige behandling. Samtidig anerkender selv stærkt psykiatri-kritiske røster, at medicin kan være nødvendig i nogle situationer. Den principielle enighed om fordelene ved faglig pluralisme synes dog ikke at have ændret ved, at dansk psykiatri fortsat synes domineret af den biologisk orienterede tilgang. Det er desuden især inden for biologisk orienteret hjerneforskning, at der stilles forskningsressourcer til rådighed, og det kan betyde, at mange psykiatere opmærksomhed i højere grad rettes mod udviklingen på dette område. Nogle psykiatere og psykologer hævder således, at der nogle steder fortsat mangler forståelse for, hvad psykoterapi og andre ikke-medicinske former for behandling kan bidrage med. Der er, hævdes det, behov for udviklingen af en fagkultur på de psykiatriske afdelinger, hvor professionel psykoterapi indgår som en

naturlig del af behandlingen (Diderichsen 1996).

Spørgsmålet om vægtningen mellem medicinsk behandling og psykoterapi er ikke nødvendigvis en diskussion om, hvorvidt der bør ansættes flere læger eller flere psykologer i det psykiatriske behandlingssystem. Det er forkert at tro, at det kun er specialuddannede kliniske psykologer, der kan udføre psykoterapi. Mange psykiatere er uddannede i psykoterapi, og de beklager, at der i det daglige arbejde på grund af arbejdspresset ofte ikke er mulighed for at gennemføre egentlige psykoterapeutiske forløb. Dansk Psykiatrisk Selskab har endvidere udstedt regler, der i de kommende år skal sikre, at speciallæger i psykiatri også får uddannelse i psykoterapi.

De forskellige elementer af indsatsen over for sindslidende udelukker således ikke hinanden. Sundhedsstyrelsen anbefaler da også, at samtlige disse elementer bør inddrages i de behandlingsplaner, der skal udarbejdes for hver enkelt patient, der indlægges på en psykiatrisk afdeling (Sundhedsstyrelsens cirkulære 1989-09-08).

3.3 Det psykiatriske behandlingssystem i dag

De seneste årtier er der sket omfattende ændringer i organisationen af samfundets behandling af og omsorg for sindslidende. Organisatorisk set er psykiatrien gået fra at lægge hovedvægt på hospitalspsykiatri til også at lægge vægt på ambulante behandlingstilbud og forskellige sociale støtteanstaltninger. De psykiatriske hospitalsafdelinger er i dag primært behandlingsgivende steder, hvor de før også rummede et væsentligt plejeaspekt.

Distriktspsykiatrien blev sat på dagsordenen som led i en decentralisering af psykiatrien og byggede på den grundholdning, at de sindslidendes vilkår så vidt muligt skulle ligne de vilkår, andre mennesker lever under. Ved at gøre det muligt, at sindslidende i højere grad kunne bevare deres almindelig liv, mens de fik psykiatrisk behandling, skulle udviklingen samtidig bidrage til at mindske stemplingen af sindslidende i det omgivende samfund.

Igennem de seneste årtier er antallet af sengepladser på de psykiatriske hospitalsafdelinger blevet reduceret til omkring en trediedel, hvilket bl.a. hænger sammen med, at nogle langtidspatienter fra de gamle statshospitals plejeafdelinger har fået nye tilbud i socialektoren. En del af reduktionen skyldes således, at man i 1987 overførte 2.600 plejepladser til socialektoren (Kelstrup 1996:35). Samtidig er den ambulante virksomhed skønsmæssigt øget fra ca. 100.000 til ca. 300.000 konsultationer pr. år (Disse tal er dog usikre, da der endnu ikke er en central registrering (Hemmingsen & Munk-Jørgensen 1992)).

Denne udvikling har givetvis været positiv for mange sindslidende. Den har dog samtidig ført til stigende sociale problemer, som det er vanskeligt for de sociale myndigheder at håndtere. Dels fordi mange sindslidende er stærkt belastede og derfor svære at give god og konstruktiv hjælp. Dels fordi man har manglet såvel ressourcer som tilstrækkeligt uddannet personale.

Samarbejdet mellem sundhedsvæsen og socialvæsen stilles med omstillingen over for nye, store og udfordrende opgaver. I dag er et centralt spørgsmål således, hvordan forholdet mellem de forskellige psykiatriske behandlingsformer bør være, samt hvordan man bedst koordinerer og samarbejder mellem forskellige dele af det samlede tilbud til sindslidende.

3.3.1 Hospitalspsykiatri

Hospitalspsykiatriens opgaver er som nævnt blevet omdefinert, således at hospitalsafdelingerne i dag overvejende varetager behandlingsopgaver og i mindre grad rent plejemæssige opgaver. Det betyder, at patienterne i reglen er indlagt i forholdsvis korte perioder til koncentreret behandling. Der findes dog også i en vis udstrækning undervisnings- og beskæftigelsestilbud på de psykiatriske afdelinger.

Hospitalspsykiatrien rummer dagafsnit, åbne og lukkede afdelinger. På den åbne afdeling kan patienterne uden videre gå ud af døren. På en lukket afdeling derimod kan nogle patienter - de tvangsindlagte og tvangstilbageholdte - kun forlade afdelingen med særlig tilladelse til udgang. De frivilligt indlagte patienter på de lukkede afsnit kan, hvis de får personalet til at låse yderdøren op, forlade stedet, når de vil.

Det er desuden alene på de psykiatriske hospitalsafdelinger, det sundhedsfaglige personale i bestemte situationer må benytte sig af tvangsforanstaltninger over for patienterne, og det er således kun her, psykiatriloven finder anvendelse.

Efter omstillingen inden for psykiatrien ser man i hospitalspsykiatrien stort set udelukkende meget hårdt ramte patienter. En del af den kritik, der i de senere år har været rettet mod det psykiatriske behandlingssystem, går på, at forholdene på mange af de psykiatriske hospitalsafdelinger er for ringe. Det gælder både de rent bygningsmæssige forhold og mulighederne for patienterne for at foretage sig noget meningsfuldt under deres ophold på afdelingen.

3.3.2 Distriktskykiatri

Distriktskykiatrien udgør et tilbud om ambulant psykiatrisk hjælp til befolkningen i et geografisk afgrænset område. Størrelsen på det område, et distriktskykiatrisk center dækker, kan være forskellig, men ofte regner man med et befolkningsmæssigt underlag på 60-90.000 mennesker. Tanken bag distriktskykiatrien er dels, at de sindslidende skal kunne modtage behandling samtidig med, at de bor uden for de psykiatriske hospitaler og i en eller anden udstrækning kan leve et normalt liv, dels at der er mulighed for et tæt samarbejde mellem det distriktskykiatriske center, de sociale myndigheder og praktiserende læger i det pågældende område.

De distriktskykiatriske centre samarbejder ofte tæt med - og er i nogle tilfælde organisatorisk en del af - den psykiatriske afdeling på det sygehus, som området hører til. Begrebet distriktskykiatri dækker imidlertid over mange forskellige typer af tilbud. Nogle steder ligger tilbuddene tæt op af de tilbud, der gives på sygehusene, andre steder lægges der større vægt på arbejdet med de sociale forhold, som den sindslidende lever under. Nogle kritikere mener, at denne sociale dimension nogle steder tillægges for megen vægt på bekostning af den egentligt psykiatriske behandling, og at mange patienter på den måde lades i stikken med deres behov for medicinsk behandling (Lindhardt 1992). Andre hævder det modsatte og beklager, at man ikke i højere grad søger at inddrage lokalsamfundet i det psykiatriske arbejde, f.eks. ved at løsrive en del af aktiviteterne fra det lægelige system, således at distriktskykiatrien kunne komme til at udgøre et egentligt behandlingsmæssigt alternativ til hospitalspsykiatrien (Jørgensen 1993b).

De distriktskykiatriske centre tilbyder i princippet psykiatrisk undersøgelse og/eller behandling til alle, som har behov for det. De fleste steder behandler man dog fortrinsvis patienter med kroniske psykotiske tilstande (Maarbjerg 1994). Der er imidlertid bekymring for, at de distriktskykiatriske tilbud faktisk primært benyttes af de sindslidende, der er nogenlunde velbehandlede, mens de tungere psykotiske patienter tabes, bl.a. fordi de ikke er i stand til at holde aftaler om besøg i ambulatorium eller forholde sig til den givne information (Hemmingsen 1993). Der er derfor behov for, at der gøres en særlig indsats for de aller tungeste sindslidende, der ud over at være sindslidende også er hjemløse og/eller stofmisbrugere (Brandt 1996).

Patienterne kan enten selv henvende sig til de distriktskykiatriske centre, eller blive henvist fra praktiserende læge eller fra en psykiatrisk afdeling. Den behandling, der tilbydes i de distriktskykiatriske centre, omfatter både medicinsk behandling og forskellige former for psykoterapi, og er desuden nogle steder suppleret med aktiveringstilbud i et tilknyttet dagcenter (Maarbjerg 1994). Derudover forestår de distriktskykiatriske centre supervision og undervisning af sagsbehandlere, hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker mv., der er tilknyttet det lokale socialkontor eller det distriktskykiatriske center.

De fleste, der deltager i debatten, er i princippet positivt indstillede over for tanken om at flytte psykiatrien ud af de store institutioner, selv om mange også understreger, at der fortsat er et stort behov for af og til at kunne indlægge svært belastede patienter i kortere eller længere perioder på afdelinger med asylfunktion. Kritikken af den distriktskykiatriske udvikling går i væsentlig grad på, at udbygningen af distriktskykiatrien ikke er gået hurtigt nok, og at der savnes overblik over kvaliteten af de distriktskykiatriske tilbud. Mange frygter, at der er en lang række sindslidende, som ikke gives et ordentligt behandlingstilbud, fordi den distriktskykiatriske udbygning ikke har været tilrettelagt godt nok og har været uden klar målsætning (Hemmingsen 1993). Der er dog også mange, der er kritiske

over for den konkrete tilrettelæggelse af driften på de distriktspsykiatriske centre, bl.a. det forhold, at centrene kun har åbent på hverdage i bankernes åbningstider", og at de dermed ikke kan benyttes af de sindslidende, som særligt om aftenen eller i weekenderne føler sig ensomme og isolerede (Brun 1996).

3.3.3 Socialpsykiatri

Socialpsykiatrien består dels af de sociale tilbud, der gives på de psykiatriske afdelinger på sygehuset, dels af en række sociale tilbud til sindslidende uden for sygehuset. Disse tilbud er især blevet oprettet inden for de senere år.

Målsætningen for det socialpsykiatriske arbejde er at gøre de sindslidende bedre i stand til at leve deres liv (Gjørtz Christensen 1996). Der ligger med andre ord ikke noget direkte behandlingsmæssigt sigte i det socialpsykiatriske arbejde. Der er dog ikke tvivl om, at gode sociale foranstaltninger kan være afgørende for at forbedre sindslidendes livskvalitet.

Som en del af dette arbejde er man også nogle steder begyndt at opprioritere indsatsen i forhold til de sindslidendes pårørende. De pårørende udgør i mange tilfælde de sindslidendes primære netværk - ikke sjældent det eneste. Både af hensyn til de sindslidende og de pårørende kan det derfor have stor betydning at give støtte og vejledning og evt. inddrage dem i tilrettelæggelsen af et passende tilbud for den sindslidende.

De socialpsykiatriske opgaver varetages både af amter og kommuner. Opgavefordelingen mellem amt og kommuner varierer fra det ene område til det andet. Hovedreglen er dog, at kommunerne varetager borgernes sociale behov og den forebyggende indsats, med mindre specialindsats er nødvendig. Amtet varetager specialiserede institutionstilbud (primært psykiatriske plejehjem) og specialrådgivning. Udgifterne deles ofte mellem amter og kommuner.

Konkret består de sociale tilbud af flg. elementer:

Psykiatriske amtsplejehjem (§112-2 institutioner)

De psykiatriske plejehjem henvender sig til færdigbehandlede personer, som ikke kan klare sig i selvstændig bolig, men har behov for anbringelse på plejehjem, evt. med henblik på senere udflytning. Målgruppen er de mest plejekrævende personer med sindslidelse; personer med kroniske psykiske lidelser og personer med demens eller demenslignende tilstande.

Bofællesskaber (Bistandslovens §68)

Bofællesskaber henvender sig til forskellige grupper af sindslidende, som ikke kan klare sig i egen bolig, men som heller ikke har et så stort behov for personaledekning som beboere på plejehjemmene.

Beskyttede pensionater

Boligtilbud, der henvender sig til særligt vanskeligt stillede og svært integrerbare sindslidende.

Forsorgshjem (Bistandslovens §105)

Forsorgshjem, herberger, krisecentre m.m. drives af amterne og henvender sig bredt til boligløse og anvendes herunder også af sindslidende med misbrugsproblemer.

Væresteder & klubber

Væresteder kan være af meget forskellig karakter, men man kan dog tale om to hovedtyper:

- 1) Væresteder med sigte på de svagest fungerende, hvor aktiviteterne typisk retter sig efter meget basale fysiske, psykiske og sociale behov.
- 2) Væresteder som et tilbud til dem, der i højere grad kan klare sig selv, men som har brug for et fristed, hvor de på egne præmisser kan dyrke interesser og aktiviteter.

Beskæftigelse

Gennem bistandslovens §43 kan der gives støtte till uddannelse, og gennem §91 kan kommunerne og amterne give støtte til etablering af beskyttede arbejdspladser til personer med sindslidelse.

Støttepersonordninger

Støtte- og kontaktpersoner har til formål at opbygge og sikre kontakten for og til mennesker med sindslidelser, og ud fra deres egne ønsker og behov sætte dem i stand til at klare sig selv bedst muligt og benytte de tilbud der allerede eksisterer. Sigtet er, at støtte- og kontaktpersonen ved at formidle og forbedre kontakter øger værdien af de øvrige tilbud. De skal også i videst muligt omfang virke sammen med pårørende og andet personligt netværk. Støttekontaktpersonordningen er idag udbredt til en stor del af landets kommuner.

Hjemmehjælp mv.

Sindslidende er også omfattet af kommunernes almindelige tilbud om hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælp til hjælpemidler osv.

(Lisberg 1996b, Regeringens Statusrapport 1995, Socialministeriet 1996)

Dertil kommer forskellige puljeprojekter iværksat af Socialministeriet, finansieret via den såkaldte M-15 pulje eller storbypuljen (50-M puljen). Disse projekter retter sig imod udviklingen af nye tilbud for ikke-indlagte psykiatriske patienter med hensyn til boligforhold, beskæftigelse og fritid. Under storbypuljen er der bl.a. iværksat forsøg med støtte kontakt ordningen, forsøg der som nævnt har ført til, at ordningen er indført i mange kommuner.

Københavns Amt foretog i januar 1995 en analyse af behovene for sociale tilbud til sindslidende, der viste, at der er temmelig store udækkede behov for såvel forskellige botilbud som for aktivering og væresteder (refereret i Lisberg 1996, delrapport 2, s. 10). Situationen i Københavns Amt ligner givetvis situationen i andre dele af landet. Regeringen konkluderede således i sin statusrapport fra 1995, at selv om der er sket en positiv udvikling i amternes og kommunernes sociale tilbud til sindslidende, så er der stadig behov for, at dette område prioriteres højt. Der er behov for at sikre et mere ensartet niveau i de sociale tilbud, de sindslidende får forskellige steder i landet, og der er behov for at undersøge og tilpasse kvaliteten af de tilbud, der gives, således at tilbuddene kommer til at stemme overens med de sindslidendes faktiske behov (Regeringens Statusrapport 1995:36).

De udækkede behov for sociale tilbud er et stort problem for de sindslidende, der ellers ville kunne drage fordel af sådanne tilbud, men derudover forplanter det sig i hele systemet. De manglende botilbud betyder f.eks., at de psykiatriske patienter får længere indlæggelsestider, at den sindslidende oplever et dårligere udskrivningsforløb, og at man ser flere genindlæggelser (Ibid:21). Alle sammen forhold, der lægger yderligere pres på de psykiatriske afdelinger. Man kan med andre ord tale om et såkaldt flaskehalsproblem for sygehuspsykiatrien, som påvirker mulighederne for at tilrettelægge en ordentlig behandling. Man har nogle steder forsøgt at løse dette problem ved pr. 1. januar 1996 at pålægge kommunerne takstbetaling for udskrivningsklare patienter, der afventer kommunale foranstaltninger. Omvendt peges der fra de sociale myndigheders side på, at det forhold, at det er vanskeligt at få folk indlagt på de psykiatriske hospitalsafdelinger, og at de udskrives meget hurtigt igen, indebærer store belastninger for det sociale system.

En undersøgelse foretaget af konsulentfirmaet Lisberg Management ligeledes i Københavns Amt i 1996 viste desuden, at der både fra sygehusets side og fra de sociale myndigheders side er utilfredshed med *samarbejdet*. Fra de sociale myndigheders side ønsker man øget information i forbindelse med udskrivning af patienter og generelt øget supervision fra det psykiatriske personales side. Fra sygehusets side begrundes den manglende information i vid udstrækning med tidspres og med tavshedspligten, der forhindrer sygehuspersonalet i at videregive oplysninger, f.eks. om behandlingsplaner, til andre myndigheder, medmindre den pågældende patient har afgivet samtykke (ibid:18). Disse problemer påvirker selvsagt mulighederne for at sikre kontinuitet i behandlingen af de sindslidende.

3.4 Samarbejde og koordination

Det samlede psykiatriske behandlingssystem synes svært at overskue. Det er der flere grunde til. Først og fremmest udgør patienter med alvorlige sindslidelser som nævnt en gruppe, der har et meget omfattende behandlings- og plejebestand, og som dermed stiller store udfordringer til behandlere, plejepersonale og andre inden for systemet.

Dernæst udbydes det psykiatriske behandlingssystems ydelser i mange forskellige institutionelle sammenhænge af en hel vifte af forskellige professionsgrupper: praktiserende læger, speciallæger i psykiatri, psykiatriske sygeplejersker, plejere/social- og sundhedsassistenter, socialpædagoger, kliniske psykologer, ergo- og fysioterapeuter, socialrådgivere mm. Den faglige uenighed, der fortsat hersker om psykiske lidelsers diagnose, årsagerne til sindslidelser og om effektiviteten af forskellige former for behandling og sociale foranstaltninger, hænger formentlig til dels sammen med, at der er stor forskel på, hvilke typer af problemer, man arbejder med i forskellige dele af det samlede tilbud til de sindslidende. Spørgsmålet om, hvad en psykiatrisk patient har brug for her og nu, besvares meget forskelligt, afhængig af om man primært betragter problemet fra en lægelig synsvinkel, eller om man først og fremmest ser på vedkommendes sociale situation.

At området er præget af mangfoldighed skal nok ikke beklages. De sindslidende udgør en meget heterogen gruppe med meget forskelligartede behov for henholdsvis behandling, pleje og sociale støtteforanstaltninger. Derfor må de tilbud, der sættes i gang, afspejle denne variation i behovene hos de enkelte brugere af tilbuddene. F.eks. må man nok gøre sig klart, at nogle sindslidende har meget negative associationer forbundet med lægefaglig behandling, og at de derfor har behov for tilbud, der er uden egentligt behandlingsmæssigt sigte som f.eks. væresteder eller støttekontaktpersoner.

Der er meget stor forskel på, hvordan det samlede tilbud ser ud i forskellige egne af landet. Mens der nogle steder opstilles et bredt og varieret tilbud til de sindslidende, er der ikke tvivl om, at der andre steder næsten intet sker på den front. Et gennemgående problem synes dog at være, at der savnes koordination mellem de forskellige tilbud og samarbejde mellem de parter, som skal tilvejebringe de forskellige tilbud.

Både brugere og professionelle efterlyser generelt større koordination af indsatsen, således at man som bruger f.eks. ikke bliver kastebold mellem de forskellige systemer. Man har som bruger behov for tryghed og sikkerhed for, at der er tilbud om f.eks. akut behandling, et sted at overnatte, et sted at komme i dagtimerne osv. i det øjeblik, man har brug for det. Ikke mindst i forbindelse med udskrivning fra psykiatriske hospitalsafdelinger er det væsentligt, at der bliver fremsat forskellige tilbud, således at vedkommende ikke blot føler sig udskrevet til egen isolation. I den forbindelse efterlyses også en klarere fordeling af ansvaret mellem de forskellige instanser. Det er af stor betydning, at det mellem de forskellige instanser er klart, hvem der har ansvaret for hvad, således at man undgår, at nogle sindslidende svigtes på grund af manglende kommunikation mellem de forskellige former for tilbud. Det må dog samtidig understreges, at uanset hvor klart ansvarsfordelingen beskrives, er det fortsat en forpligtelse for offentlige instanser og serviceorganer at række hinanden hånden", så man undgår, at patienter bliver svigtet i tilfælde, hvor der alligevel opstår tvivl.

4. Psykiatriloven

Det er vigtigt i forhold til en diskussion af den gældende psykiatrilov at være opmærksom på, at de forandringer, der er sket i de behandlingsmæssige og sociale tilbud til sindslidende siden 1989, ikke alene kan tilskrives den nye lovgivning. Det skyldes først og fremmest, at lovgivningen kun regulerer anvendelsen af tvang inden for det psykiatriske system, samt mulighederne for klageadgang, adgang til patientrådgiver mv. Der er således en lang række forhold, som er overordentlig relevante for de tilbud, man er i stand til at give sindslidende, der ikke reguleres af loven. Når ændringerne i det samlede

billede ikke alene kan tilskrives de ændringer, der blev indført med 1989-loven, skyldes det imidlertid også, at der bl.a. som følge af det såkaldte fremrykningsudvalgs rapport fra 1993 er sket en lang række ændringer på det psykiatriske område inden for de seneste år.

Det betyder på den ene side, at man i vurderingen af den gældende psykiatrilov må være opmærksom på, at en del af de problemer man står over for på det psykiatriske område, ikke kan tilskrives loven, men må ses som en konsekvens af en bredere udvikling. På den anden side betyder det, at man ikke kan gøre sig forhåbninger om at løse hele den brede vifte af problemer igennem ændringer i psykiatriloven. Der må også tages andre initiativer fra politisk side, hvis man skal gøre sig forhåbninger om for alvor at forbedre vilkårene for de sindslidende i det danske samfund.

I det følgende vil den gældende psykiatrilov blive gennemgået, og derefter vil den omfattende psykiatrilovsundersøgelse, som Justitsministeriet har udarbejdet med henblik på den forestående lovrevision, blive omtalt.

4.1 Psykiatriloven i hovedtræk

Psykiatriloven afløste i 1989 den gamle sindssygelov fra 1938. 1989-loven indeholder nyskabelser på en række punkter i forhold til den gamle sindssygelov. 1989-loven regulerer bl.a. også spørgsmålet om tvangsbehandling og anden tvangsanvendelse og tvangsundergivne patienters retlige forhold, mens sindssygeloven fra 1938 kun omhandlede frihedsberøvelse.

En del af baggrunden for den nye psykiatrilov var en både dansk og international reformdebat dels om sindslidendes retsstilling, dels om indholdet og kvaliteten af samfundets behandling af og omsorg for sindslidende. Kommissoriet for det udvalg, der forberedte lovrevisionen, det såkaldte Kallehaug-udvalg, sigtede primært imod at overveje, hvilke retssikkerhedsmæssige hensyn der ville kræve nye lovbestemmelser og administrative forskrifter. Hovedintentionen med 1989-loven var således at forbedre sindslidendes retsstilling med hensyn til frihedsberøvelse og tvang, samt om muligt at begrænse anvendelsen af sådanne indgreb inden for psykiatrien.

Sindssygeloven fra 1938 rummede 14 paragraffer, psykiatriloven fra 1989 rummer 47. Dertil kommer otte bekendtgørelser og et nyt cirkulære. Der er med andre ord tale om en mere detaljeret regulering af spørgsmålet om tvangsanvendelse. Loven rummer en række bestemmelser om de forudsætninger, der skal være tilstede, for at tvangsanvendelse betragtes som lovlig, men også bestemmelser om, hvilke forholdsregler man som behandler skal tage i forbindelse med tvangsanvendelse, og om tvangsundergivne patienters rettigheder.

Det almene grundkriterium for at bruge tvang inden for psykiatrien er sindssygdom (psykose) eller tilstande der ganske må sidestilles med sindssygdom. Den person, man vil underkaste tvang, må altså kunne betegnes som sindssyg (psykotisk) eller som værende i eksempelvis affektsplosiv tilstand eller i en tilstand af abnorm enkeltreaktion, der ledsages af bevidsthedsændringer.

Derudover skal den pågældende for at blive tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt enten frembyde en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farlighedsindikation) eller være i en situation, hvor udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden vil blive væsentlig forringet, hvis det psykiatriske behandlingssystem ikke griber ind (behandlingsindikation). Psykiatriloven præciserer endvidere udtrykkeligt, at frihedsberøvelse kun må ske med henblik på behandling, hvilket eksempelvis betyder, at det er ulovligt at frihedsberøve en dement person på psykiatrisk hospital, fordi man ikke har fundet en plads på et plejehjem til den pågældende person.

Som et middel til at mindske brugen af tvang indeholder psykiatriloven en principerklæring om, at man skal praktisere *det mindste middels princip*. Det vil sige, at man altid skal anvende mindre drastiske tiltag end tvangsanvendelse, hvis det er muligt, og man skal altid anvende den mindst indgribende form for tvang.

I psykiatrilovens 1. stk. 2, defineres lovens tvangsbegreb således: Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig. Konkret vil det sige, at der er tale om tvang, når patienten verbalt eller fysisk modsætter sig indlæggelse, fortsat ophold, behandling,

fiksering m.v. Denne definition af tvang indebærer en indsnævring af, hvad man normalt forstår ved tvang. Indvilliger en patient i behandling med beklagelse eller resignation, foreligger der dermed i psykiatrilovens forstand frivillighed. Psykiatriloven udvider frivillighedsbegrebet på en måde, man ikke finder i anden lovgivning. Sædvanligvis stilles der krav om gyldigt samtykke som betingelse for, at der foreligger frivillighed.

En af nyskabelserne i psykiatriloven er reglerne om registrering og indberetning af tvangsanvendelse. Ifølge disse regler skal behandlerne ved enhver anvendelse af tvang og tvangsmedicinering angive indgrebets nærmere indhold og begrundelse i tvangsprotokollen, som derefter indberettes til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Formålet med registrering af tvangsanvendelsen er dobbelt. Dels hensynet til den enkelte patients retssikkerhed, for eksempel i forbindelse med behandling af klagesager. Dels ønsket om at mindske tvangsanvendelse, hvilket registreringen kan medvirke til, i den udstrækning den har en forebyggende virkning på personalets tilbøjelighed til at anvende tvang.

Loven tilsiger også, at overlægen skal påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes mere end højst nødvendigt. Derfor er der indført *obligatorisk efterprøvelse* af beslutninger om frihedsberøvelse og beskyttelsesfiksering efter bestemte fastsatte tidsfrister.

En anden af nyskabelserne er *patientrådgiverordningen*, som betyder, at der altid skal beskikkes patientrådgiver ved frihedsberøvelse og tvangsbehandling, og efter begæring også ved fiksering. Patientrådgiveren skal ifølge loven vejlede og rådgive patienten med hensyn til *alle forhold* i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling. Patientrådgiveren skal også bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager.

En tredje nyskabelse er den lokale klagenævnbehandling, idet klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse eller beskyttelsesfiksering kan indbringes for de i 1989 oprettede lokale patientklagenævn. Patientklagenævn består af en læge, en lægperson og en statsamtmand, der er formand. Man kan klage over patientklagenævnets afgørelser til Sundhedsvæsnets Patientklagenævn.

De lokale patientklagenævn har ikke generel beføjelse til eksempelvis at indhente information om praksis eller uanmeldt besøge en psykiatrisk afdeling. Nævnet har altså ingen almen tilsynsbeføjelse, men kun beføjelse til at behandle konkrete klagesager. Klager over frihedsberøvelse skal endvidere rettes til byretten. Domstolsprøvelse af frihedsberøvelse og nævnsprøvelse af anden tvang afhænger af et initiativ fra eller på vegne af patienten. Der er med andre ord ikke tale om obligatorisk prøvelse.

4.2 Psykiatrilovsundersøgelsen

Justitsministeren iværksatte i 1992 et udredningsarbejde, der skulle danne udgangspunkt for revisionen af den nye psykiatrilov fra 1989. Man ville undersøge, hvordan psykiatriloven havde indvirket på praksis på afdelingerne, og man søsatte derfor en ganske omfattende undersøgelse af omfanget af tvangsanvendelsen, klageomfanget og klagebehandlingen. Desuden udspurgte man de psykiatriske afdelinger, patientrådgiverne og de psykiatriske patientklagenævn om deres erfaringer med den nye lov, og om hvilke problemer, de forbandt med den (Maegaard Poulsen 1996). Det Etske Råd skal i den forbindelse ikke undlade at bemærke, at man undrer sig over, at man i Justitsministeriet i forbindelse med et så omfattende udredningsarbejde ikke har fundet anledning til at spørge patienterne og de pårørende om deres erfaringer med den nye lov.

Psykiatrilovsundersøgelsen forelå færdig i august 1996 og vil i det følgende blive refereret kortfattet for så vidt angår resultaterne af undersøgelsen af, hvad der er praksis på afdelingerne og i klageinstanser. De mere holdningsprægede konklusioner, som forskerne bag undersøgelsen har draget, vil fortrinsvis blive omtalt i kapitel 5.

4.2.1 Standarden på de psykiatriske afdelinger

Det skal indledningsvis bemærkes, at undersøgelsesperioden for psykiatrilovsundersøgelsen løber fra

1991 til 1993, og at der derfor ikke har været mulighed for at belyse udviklingen de seneste 3 år.

Med hensyn til de tvangsundergivne patienters vilkår fastslår undersøgelsen, at afdelingerne langt fra lever op til de krav til afdelingernes indretning, som det såkaldte Kallehauge-udvalg fremsatte forud for vedtagelsen af 1989-loven (ibid:382). Undersøgelsen fastslår således, at kun hver fjerde af de lukkede afdelinger (i 1993) havde en andel af enestuer på 0,5 eller derover, dvs. havde mulighed for at tilbyde mindst halvdelen af de indlagte patienter ophold på enestue.

85% af de lukkede afdelinger havde tilknyttet ergoterapi, men derudover havde kun halvdelen faste tilbud om beskæftigelse, undervisning og/eller motion.

Kun ca. halvdelen af afdelingerne kunne tilbyde de indlagte patienter mulighed for mindst en times ophold i frisk luft hver dag, blandt andet på grund af utilstrækkelige normeringer og overbelægning.

Undersøgelsen viser endvidere, at udskrivningsfasen ikke blev prioriteret højt alle steder, idet kun halvdelen af afdelingerne havde tilknyttet en form for udslusningsfacilitet (rehabilitering, boliger og lign.) (ibid:283). Endelig fastslår undersøgelsen, at kun ca. en trediedel af afdelingerne havde tilknyttet akut psykiatrisk modtagefunktion (psykiatrisk skadestue), hvor patienterne kunne henvende sig døgnet rundt.

Patientrådgiverne gav i deres svar på undersøgelsens spørgsmål tilsvarende udtryk for kritik af standarden på mange af de psykiatriske afdelinger. En forholdsvis stor del af patientrådgiverne udtrykte således kritik af de fysiske faciliteter på afdelingerne (bygningerne, indretningen mv.). Der blev desuden peget på manglende enestuer og trange forhold ved overbelægning, og på at der som følge heraf ofte opstår uro på afdelingerne. Mange gav udtryk for, at der findes for få aktivitetsmuligheder på afdelingerne. Der er for lidt personale, blev det påpeget, og der er for lidt tid til læge patient samtaler. Endelig pegede mange patientrådgivere på, at mange patienter udskrives for tidligt eller overføres til åben afdeling, inden de er klar til det (Maegaard Poulsen 1996: 527-28).

4.2.2 Anvendelsen af tvang

En af undersøgelsens centrale og mest opsigtsvækkende konklusioner er, at omfanget af alle former for tvangsanvendelse er steget i undersøgelsesperioden (ibid:59f). Antallet af tvangsindlæggelser er steget. I den forbindelse understreges det, at stigningstakten er den samme landet over, og at der altså ikke umiddelbart kan påvises nogen effekt af, hvorvidt social- og distriktspsykiatrien er udbygget eller ej. Undersøgelsen viser endvidere, at skizofrene patienter bliver tvangsindlagt relativt hyppigere end andre patienter. Det kunne, påpeger undersøgelsen, tyde på, at de hårdt belastede skizofrene patienter ikke benytter sig af de tilbud om ambulat behandling, der faktisk er.

Antallet af tvangstilbageholdelser er ligeledes steget i undersøgelsesperioden (Ibid:60). Det samme gælder for tvangsbehandling med medicin, og for omfanget af tvangsfikseringer og anvendelse af beroligende medicin. Undersøgelsen fremsætter i den forbindelse den tese, at der er en sammenhæng mellem afdelingens belastningsgrad og omfanget af denne type tvangsanvendelse (ibid:61, 388).

Undersøgelsen fastslår i øvrigt, at der generelt er betydelig variation i udlægningen af psykiatrilovens bestemmelser på de forskellige afdelinger (ibid:383), og at det fører til en forskellig praksis på en række punkter. Bl.a. er der på de forskellige afdelinger forskellige opfattelser af, hvornår der foreligger en situation, som må betegnes som tvangsbehandling (ibid:387), ligesom der også er forskel i tærsklen for, hvornår en klage over tvangsbehandling registreres som værende fremsat (Ibid:102).

4.2.3 Klager og klagebehandling vedr. frihedsberøvelse

Antallet af klagesager vedrørende tvangstilbageholdelse har været stigende i undersøgelsesperioden, mens der ikke kan påvises nogen stigning i antallet af klagesager vedrørende tvangsindlæggelse. Stigningen i antallet af klagesager hænger imidlertid sammen med stigningen i omfanget af denne form for tvangsanvendelse, og klageraten, dvs. antallet af klagesager delt med antallet af tvangsanvendelser, har været konstant (Maegaard Poulsen 1996:92).

Den samlede klagerate er dog ganske betydelig, idet der klages over afgørelser i forbindelse med

mellem 8 og 22 procent af de indlæggelser, hvor patienter bliver tvangsindlagt og/eller tvangstilbageholdt (ibid:93). Det fremgår dog også af undersøgelsen, at klagefrafaldsraten er ganske stor, idet op imod halvdelen af alle klager over frihedsberøvelse frafaldes. Dette skyldes formentlig ofte, påpeger undersøgelsen, at mange klager fremsættes på psykotisk grundlag og siden frafaldes, når patienterne får større sygdomserkendelse. Det kan imidlertid også have sammenhæng med de lange sagsbehandlingstider i byretterne og i landsretterne (ibid:98).

Undersøgelsen viser, at der hyppigere klages over tvangstilbageholdelse end over tvangsindlæggelse. Den gennemsnitlige årlige klagerate for tvangstilbageholdelse er 14 procent, mens den tilsvarende rate for tvangsindlæggelser er på 8 procent. Denne forskel hænger formentlig til dels sammen med, at der i særlig grad klages over tvangstilbageholdelse af frivilligt indlagte patienter (den såkaldte musefældeklause) (ibid:102).

Undersøgelsen viser tillige, at sygehusmyndighederne som alt overvejende regel får medhold i klagesager angående frihedsberøvelse, selv om patienter har fået medhold i signifikant flere af de afgjorte klagesager i byretterne igennem undersøgelsesperioden, både for så vidt angår tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Af de 231 sager vedrørende tvangsindlæggelser, der blev afgjort i undersøgelsesperioden, fik patienterne medhold i 13 (6 %). Af de 573 sager vedrørende tvangstilbageholdelser, der blev afgjort i perioden, fik patienterne medhold i 18 (3%) (Ibid:92). Forskellen herpå kan formentlig, ppeger undersøgelsen, tilskrives det forhold, at tvangsindlæggelser i større omfang end tvangstilbageholdelser, omfatter formalia, uden hvis opfyldelse den må kendes ugyldig (ibid:100). Gennemgangen af de sager, hvor patienterne har fået medhold, viser da også, at en stor del af disse består af tilfælde, hvor formalia ikke har været overholdt, hvorfor retten ikke har kunnet komme til anden konklusion (ibid:770). På baggrund af gennemgangen af de sager, hvor patienterne har fået medhold, konkluderer undersøgelsen endvidere, at der kun i et tilfælde synes at være tale om, at patienten ikke var psykotisk (ibid:773). En række af de afgørelser, hvor patienterne har fået medhold betegnes i undersøgelsen endvidere som psykiatrisk set uforståelige eller i det mindste tvivlsomme (ibid:774).

Undersøgelsesrapporten indeholder en grundig gennemgang af alle de sager fra undersøgelsesperioden, hvor patienter har fået medhold. Den gennemgår ikke de sager, hvor sygehusmyndigheden har fået medhold. Det Etske Råd skal ikke undlade at bemærke, at man finder, at denne disponering af undersøgelsen synes at hvile på en ikke uproblematisk antagelse om, at der ikke er grund til at undersøge, om der er begået fejl i de tilfælde, hvor sygehusmyndigheden har fået medhold.

4.2.4 Klager og klagebehandling vedr. tvangsbehandling og andre former for tvang

Klager over tvangsbehandling med medicin og andre former for tvang behandles af de lokale psykiatriske patientklagenævn og ankes i givet fald til Sundhedsvæsnets Patientklagenævn. Ca 2/3 af de sager, der behandles i de psykiatriske patientklagenævn, drejer sig om tvangsbehandling med medicin. De resterende sager omhandler helt overvejende tvangsfiksering med bælte og fysisk magtanvendelse i form af beroligende medicin (Maeggaard Poulsen 1996:180). Der er i undersøgelsesperioden sket en større stigning i antallet af afgjorte klagesager i de psykiatriske patientklagenævn end i byretterne.

Undersøgelsen viser, at der klages over henimod hver anden beslutning om tvangsbehandling (ibid:172). Der klages således væsentligt hyppigere over beslutninger om tvangsbehandling end over beslutninger om frihedsberøvelse (jvf. ovenfor). Det hænger formentlig sammen med, hævder undersøgelsen, at tvangsbehandling af mange opleves som en mere indgribende form for tvangsansvendelse end frihedsberøvelse, og at patienter kan være mindre tilbøjelige til at klage til de mere formelt prægede domstole, end til de lokale patientklagenævn (ibid).

Et bemærkelsesværdigt resultat af undersøgelsen er, at den årlige klagerate for tvangsbehandling med medicin varierer fra nævnsområde til nævnsområde, dvs. at der i nogle nævnsområder klages hyppigere end i andre. Undersøgelsen kan imidlertid ikke kaste lys over årsagerne hertil (ibid:170).

Undersøgelsen viser endvidere, at klager over tvangsbehandling og anden form for tvang ikke frafaldes så ofte som klager over frihedsberøvelse. Klager over frihedsberøvelse frafaldes i gennemsnitligt 43-

51% af tilfældene, mens klager over tvangsbehandling og anden form for tvang kun frafaldes i gennemsnitligt 10-13% af tilfældene. Dette kan, påpeger undersøgelsen, hænge sammen med at sagsbehandlingstiderne i byretterne er væsentlig længere end sagsbehandlingstiderne i patientklagenævne (ibid:174).

Halvdelen af de sager, der behandles i de lokale psykiatriske patientklagenævn afgøres inden 12 dage, men hver fjerde afgøres først efter 17 dage eller derover (ibid:594). Undersøgelsen konkluderer, at en sagsbehandlingstid på gennemsnitlig 12 dage er meget lang, fordi det indebærer, at patienter, som trænger til behandling, må gå ubehandlede rundt i op til 3-4 uger (inkl. den tid, hvor man på afdelingerne forsøger at overtale dem til frivillig behandling) (ibid:597).

Sygehusmyndigheden får som regel medhold i klagesager vedr. tvangsbehandling og andre former for tvang. Af de 699 afgjorte klagesager, der omhandlede tvangsbehandling med medicin, fik patienterne medhold i 32 (5%). Af de 225 afgjorte klagesager vedrørende tvangsfiksering med bælte fik patienterne medhold i 13 (6%). Af de 117 klagesager, der i undersøgelsesperioden blev afgjort vedrørende fysisk magtanvendelse i form af beroligende medicin fik patienterne medhold i 3 (3%).

På baggrund af en gennemgang af de sager, der er behandlet i de lokale psykiatriske patientklagenævn, hvor patienterne har fået medhold, konkluderer undersøgelsen, at disse afgørelser ofte er psykiatrisk set uforståelige. Det drejer sig, hedder det, i stort set alle tilfældene om meget syge - oftest skizofrene - patienter, hvor medicinsk behandling er nødvendig, i det mindste som en forudsætning for, at anden behandling eventuelt kan iværksættes (ibid:1004). Undersøgelsen er i det hele taget kritisk over for sagsbehandlingen i de tilfælde, hvor nævnsmedlemmernes egne vurderinger af patientens tilstand har ført til, at patienten fik medhold i klagen: Undersøgelsen finder denne praksis uheldig, fordi der ikke er psykiatrisk ekspertise repræsenteret i det lokale patientklagenævn (ibid:1009f.)

4.3 Revision af psykiatriloven

Psykiatrilovsundersøgelsen udgør et vigtigt grundlag for den forestående revision af loven til trods for det forhold, at man har undladt at inddrage brugere og pårørende. Det er oplagt, at man i forhold til den nye lov søger at løse nogle af de problemer af såvel praktisk som af mere principiel karakter, der har været forbundet med den gældende lov.

Det Ethiske Råd mener dog samtidig, at der er behov for også at inddrage andre synsvinkler i revisionen af psykiatriloven, end dem der har været anlagt i Justitsministeriets psykiatrilovsundersøgelse.

Rådet mener endvidere, at man med fordel havde kunnet inddrage erfaringerne fra andre lande i arbejdet med revisionen af loven. Det ville f.eks. have været hensigtsmæssigt med en oversigt over forskellene i lovgivningen f.eks. i de nordiske lande, og en undersøgelse af, hvordan disse forskelle evt. afspejler sig i forskelle i tvangsanvendelse og anvendelse af psykofarmaka.

Det Ethiske Råds kommentarer til det forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (revision af psykiatriloven), som Justitsministeriet fremsatte ved jul 1996, er optrykt som bilag til redegørelsen.

5. Debatten om sindslidendes vilkår i det danske samfund

5.1 Indledning

Behandlingen af psykiatriske patienter har igennem længere tid været genstand for debat. Man har været uenige om, hvordan man skulle forstå de psykiske lidelser, f.eks. om der overhovedet er tale om sygdomme; man har været uenige om årsagerne til de psykiske lidelser; om de primært skulle søges i hjernens biologi eller i en persons opvækst og sociale vilkår; og man har i høj grad været uenige om,

hvordan man bedst muligt behandler de psykisk syge, hvorvidt de skal have medicin eller om de primært skal tilbydes psykoterapi og sociale støtteforanstaltninger.

Formålet med dette kapitel er at skabe et overblik over den aktuelle danske debat om sindslidendes vilkår. Denne debat har særligt i løbet af det seneste år haft en fremtrædende plads i medierne. Bl.a. foranlediget af en række tragiske hændelsesforløb, hvor sindslidende har begået drab eller selv er blevet dræbt i forbindelse med håndgemæng med politiet, har man i den brede offentlighed diskuteret de psykisk syges vilkår. I den forbindelse har man dels diskuteret, hvordan man sikrer, at farlige sindslidende ikke går ubehandlede rundt og kan komme til at udgøre en risiko for deres medmennesker. Dels har man diskuteret standarden på de psykiatriske afdelinger og behovet for forbedringer.

Debatten om de sindslidendes vilkår berører imidlertid også en lang række andre temaer. Formålet med at søge at skabe et overblik over denne debat, er for det første at undersøge, hvilke typer af problemer de involverede parter formulerer, og hvori uenighederne mellem parterne består. For det andet er det psykiatriske område kendetegnet ved en kompleksitet, der synes at kræve pragmatisk snarere end principiel stillingtagen. Derfor er der god grund til at stifte bekendtskab med, hvad de implicerede parter mener, inden Det Ethiske Råd søger at formulere en særskilt stillingtagen.

5.2 Centrale aktører i den danske debat

I debatten om behandlingen af og omsorgen for de sindslidende i det danske samfund, kan man udpege fire forskellige typer af interessenter eller aktører:

Patienter og pårørende	Professionelle inden for det psykiatriske behandlingssystem
Bevilgende myndigheder	Offentligheden

Patienterne og de pårørende kan dels deltage i debatten og give udtryk for synspunkter på egen hånd, dels igennem foreningerne Landsforeningen SIND og Landsforeningen Pårørende til Sindslidende. Landsforeningen SIND, som er den ældste og den største af de to foreninger, fremkom i 1995 med Betænkning om revision af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien" (SIND 1995) som et udspil i debatten forud for Folketingets revision af loven. Landsforeningen Pårørende til Sindslidende kom allerede i 1994 med Forslag til Model for en ny psykiatri" og en række andre udmeldinger på området (Pårørendeforeningen 1994a, 1994b, 1994c). Derudover er både SIND og Pårørendeforeningen repræsenteret i forskellige udvalg og tilsyn, der arbejder med psykiatriske patienters vilkår. SIND sidder således f.eks. i Socialministeriets følgegruppe om socialpsykiatri og socialt understøtte. I denne forbindelse kan også nævnes Galebevægelsen, der bl.a. gennem forlaget Amalie har udgivet en række debatbøger om psykiatri og sindslidendes vilkår. Derudover kan man nævne Institut for Patientrettigheder og Medborgernes Menneskerettighedskommission og lokale patientforeninger, f.eks. Foreningen af Psykiatribrugere i Århus (FAP).

De professionelle inden for det psykiatriske behandlingssystem omfatter flere forskellige faggrupper, bl.a. psykiatere, psykiatriske sygeplejersker, praktiserende læger, psykologer, plejere, ergo- og fysioterapeuter og socialrådgivere, som alle i det daglige er beskæftiget med at tage sig af sindslidende. Dertil kommer patientrådgivere og støtte-kontaktpersoner, der har en løsere tilknytning til systemet. Det er vigtigt at understrege, at der imellem disse grupper kan være stor uenighed om, hvordan man bør tilrettelægge behandling og omsorg for de sindslidende. Også her eksisterer der foreninger, der udgør en platform for de forskellige professionsgruppers deltagelse i debatten om psykiatriens udvikling. Psykiaterne er hovedsageligt repræsenteret af Dansk Psykiatrisk Selskab og af Danske Psykiatere og Børnepsykiateres Organisation (DPBO), der dog sjældent melder sig i debatten. Dertil kommer, at også Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL) fra tid til anden markerer synspunkter i debatten. Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark (LPD) placerer sig et sted mellem patienterne, de pårørende og de professionelle, idet den på den ene side

søger at varetage patienternes interesser i forhold til klagesystemet og på andre områder, og på den anden side repræsenterer patientrådgivernes egne interesser, f.eks. omkring løn og arbejdsforhold.

De bevilgende myndigheder er hovedsageligt amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, da det er dem, der har ansvaret for driften af sygehusenes psykiatriske afdelinger og de distriktspsykiatriske centre, ligesom det er dem, der refunderer ydelser hos de praktiserende læger. Derudover har amterne også ansvaret for den specialiserede sociale indsats over for personer med sindslidelser. Kommunerne har til gengæld ansvaret for den almene sociale indsats over for alle borgere - herunder sindslidende. Til de bevilgende myndigheder hører naturligvis også Folketinget og Regeringen, der bl.a. gennem tilskud til amter og kommuner angiver den overordnede ramme for indsatsen over for sindslidende. Folketinget har endvidere nedsat det såkaldte 71-udvalg, der har til opgave at føre tilsyn med frihedsberøvede sindslidendes vilkår, og som kan foretage besøg på psykiatriske afdelinger og fremkomme med kommentarer til frihedsberøvede sindslidendes vilkår. Derudover behandles spørgsmål om sindslidendes vilkår fra tid til anden i Folketingets Sundheds-, Rets- og Socialudvalg. Endelig er Folketingets ombudsmand efter besøg på psykiatriske institutioner med mellemrum kommet med udtalelser om forholdene på de psykiatriske hospitalsafdelinger (Folketingets ombudsmand 1995, 1996).

Offentligheden har interesse i, at sindslidende gives en ordentlig behandling og tilbydes anstændige levevilkår, og i at sindslidende ikke udgør en fare for omgivelserne. Behandlingen af sindslidende er da også et emne, der relativt ofte optræder i den offentlige debat i medierne. Her deltager som nævnt repræsentanter for de ovennævnte grupper, men også mange andre mennesker, heriblandt jurister, forskere og andre, der ikke har nogen direkte tilknytning til behandlingssystemet, men som har en særlig interesse for området. Landskendte politikere der igennem medierne f.eks. giver udtryk for utilfredshed med de vilkår, der bydes de psykiatriske patienter, udtaler sig desuden mere i deres egenskab af deltagere i den offentlige debat, end som repræsentanter for de bevilgende myndigheder.

Man kan derudover måske tale om, at medierne ved at anlægge bestemte synsvinkler på sindslidende og deres vilkår kommer til at udgøre en selvstændig aktør i sykiatridebatten. Nyhedsmedierne kan ved at fokusere på bestemte forhold dels påvirke den politiske debat, og dels samtidig påvirke almindelige menneskers opfattelser af og fordomme om sindslidende.

5.3 Centrale temaer i debatten

Spørgsmålet om, hvorvidt nedlæggelsen af sengepladser på de psykiatriske afdelinger og udviklingen af distriktspsykiatriske tilbud og sociale støtteordninger er forløbet tilfredsstillende og kan betragtes som en god udvikling eller ej, fylder en stor del i debatten om de sindslidendes vilkår. Principielt synes stort set alle, at psykiatriens omstilling i form af afhospitalisering og decentralisering er en rigtig vej at gå, fordi den har ført til bedre vilkår for hovedparten af de psykiatriske patienter. Samtidig bliver der dog også peget på en række problemer i forbindelse med omstillingen.

Nogen mener således, at problemet er, at decentraliseringen af det psykiatriske behandlingssystem ikke er blevet bakket tilstrækkeligt op af en varieret vifte af distriktspsykiatriske og sociale tilbud. Problemet er ikke distriktspsykiatrien i sig selv, men dens mangelfulde udbygning. Derfor er der mange, der efterspørger, at man særligt udbygger og videreudvikler den distriktspsykiatriske og socialpsykiatriske indsats. Der er fortsat behov for at udbygge socialsektorens arbejde med at støtte sindslidende i at kunne bo, arbejde og have kontakt med andre mennesker ude i samfundet. SIND ønsker eksempelvis, at der *også* stilles krav om kvalitet til amtskommunernes og kommunernes socialsektor. I november 1996 blev der ligeledes fremsat forslag til Folketingsbeslutning om et egentligt lovgivningsinitiativ med henblik på at fastlægge mål og rammer for distrikts- og socialpsykiatrien. Ifølge forslaget skulle Folketinget ved lov fastsætte en række målsætninger, der skulle indfries inden år 2000, f.eks. et kvalitativt fuldt udbygget distriktspsykiatrisk tilbud og tilstrækkelige tilbud om støtte og kontaktpersoner, aktivering, boformer mv. Forslaget indeholdt i øvrigt også bestemmelser om, at der skal etableres fællesudvalg til at fremme den indbyrdes forståelse og det konkrete samarbejde mellem hospitals-, distrikts- og socialpsykiatrien (Baastrup m.fl. 1996).

Andre hævder, at afhospitaliseringen har været for omfattende. Man har afviklet alt for mange sengepladser, hvilket betyder, at der i dag mangler psykiatriske døgnpladser. Nogle fremhæver, at

situationen på nogle psykiatriske afdelinger er helt uacceptabel med overbelægning, mangel på enestuer og stigende tvangsanvendelse, især bæltefiksering (Hemmingsen 1996b). I 1988 og igen i 1991 advarede Den Almindelige Danske Lægeforening mod nedlæggelse af flere sengepladser.

Det Ethiske Råd er ikke i stand til at vurdere, hvorvidt en styrket indsats først og fremmest bør sigte mod en udvidelse af de psykiatriske sengepladser eller på en styrkelse af den distrikts- og socialpsykiatriske indsats. Man skal derfor i det store og hele afholde sig fra at behandle spørgsmålet yderligere, men indskrænke sig til at påpege, at i den udstrækning, man kan konstatere mangler i det samlede tilbud til psykiatriske patienter, bør en styrket indsats primært rette sig mod de delområder, hvor manglerne konkret konstateres (hvilket kan være forskelligt i de forskellige kommuner).

Det Ethiske Råd har endvidere valgt at afgrænse sig fra debatten om sindslidendes kriminalitet, og om hvordan man bedst muligt sikrer uskyldige mennesker mod at blive udsat for trusler eller pludselige overgreb fra sindlidende.

Herefter drejer debatten sig primært om fire typer af spørgsmål:

1 Spørgsmål om, hvorvidt indlagte sindslidende bør sikres et sæt af *minimumsrettigheder* vedrørende opholdsforhold, adgang til frisk luft osv.

1 Spørgsmål der relaterer sig til *anvendelsen af tvang*, herunder spørgsmål om adgangen til at klage over tvangsforanstaltninger.

1 Spørgsmål der relaterer sig til selve *behandlingen af sindslidende*, f.eks. om bredden af de behandlingstilbud, der gives.

1 Spørgsmål der relaterer sig til det *daglige samvær med sindslidende* på behandlingsinstitutionerne.

Det bør understreges, at formålet med dette afsnit ikke er at give en udtømmende gennemgang af de enkelte aktørers synspunkter med hensyn til samtlige spørgsmål. Formålet er alene at beskrive, hvilke problemer, deltagerne i debatten identificerer som de vigtigste, og antyde, hvor stridspunkterne er.

5.3.1 Positive patientrettigheder

Et helt centralt spørgsmål i debatten drejer sig om, hvorvidt sindslidende som patienter bør have et bestemt sæt af positive rettigheder. Som det fremgår af psykiatrilovens 2 skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard". Mange mener imidlertid, at psykiatriloven burde rumme nogle materielle minimumsrettigheder, så god sygehusstandard fik et egentlig indhold (Betænkning nr. 1109/1987, Det Danske Center for Menneskerettigheder 1988, Dansk Psykiatrisk Selskab 1994, SIND 1995, Pårørendeforeningen 1994a)

Som det er i dag, ligger langt over halvdelen af de sindslidende på de lukkede afdelinger landet over på stuer med flere senge. Ifølge en spørgeskemaundersøgelse, som Sundhedsministeriet og amterne foretog i 1996, findes 39% af samtlige psykiatriske heldøgnsenge på enestuer. Heraf er de fleste dog små og uden eget bad og toilet (Sundhedsministeriet 1996). De øvrige senge findes på stuer med to eller flere senge. Undersøgelsen viste desuden, at der ikke er opholdsrum på alle psykiatriske afsnit, samt at mulighederne for rekreative aktiviteter (adgang til tv- og musikrum, opholdsrum for rygere og ikke-rygere, fælles opholdsstue, besøgs- og spiserum) generelt er små (ibid.)

Udtalt af en psykiatrisk patient:

De forsømte omgivelser fortalte mig, hvor ringe forståelse, der var for min tilstand, og hvor lidt man ville gøre for at afhjælpe den. Hvis der skal bruges tvang, mener jeg, det er afgørende, at den ordineres under omstændigheder, man kan være tryk ved. Det kan være meget svært at vide, hvad man stiller op med alvorlig sindssyge. Men det virker dybt skræmmende, når man i forvejen er syg at blive konfronteret med andre stærkt urolige patienter uden mulighed for at trække sig tilbage" (Søndergaard 1997).

Der er udbredt enighed om, at de fysiske rammer kan forbedres meget en del steder. Der gøres en vis

indsats på området, men forholdene synes fortsat at være het utidssvarende mange steder. Flere ældre bygninger er blevet ombygget og moderniseret, men kun få nye og moderne psykiatriske afdelinger er blevet bygget de senere år.

5.3.1.1 Forslag om materielle minimumsrettigheder

Der har været fremsat adskillige forslag til et sæt af positive rettigheder for frihedsberøvede psykiatriske patienter. Det lovforberende udvalg, der var nedsat forud for vedtagelsen af den nugældende lov i 1989, det såkaldte Kallehauge-udvalg, fremsatte forslag om, at loven skulle give frihedsberøvede psykiatriske patienter ret til:

- 1) ophold på enestue, når dette er lægeligt indiceret,
- 2) ophold under tidssvarende bygningsmæssige forhold,
- 3) passende tilbud om beskæftigelse og undervisning,
- 4) mindst 1 times ophold i frisk luft daglig, og
- 5) ledsaget udgang efter behov (Betænkning nr. 1109/1987:26).

Lignende forslag er fremsat af Landsforeningen SIND, dog med den forskel, at retten til ophold på enestue alene skal afhænge af, om patienten ønsker det (SIND 1995:9).

Forslagene er overordnet begrundet med ønsket om at etablere en fast, høj standard for de forhold, som indlagte sindslidende skal leve under.

En virkelig god, høj sygehusstandard på psykiatriske afdelinger vil have stor betydning for hele klimaet på afdelingerne, for de handlingsmulighederne, for holdningen hos personalet og deri gennem selvsagt også for de patienter, der undergives en eller anden form for tvang under deres behandling i det psykiatriske sygehusvæsen" (Betænkning nr. 1086/1986:429).

Derudover er der formodentlig en sammenhæng mellem standarden af de faciliteter, man tilbyder de sindslidende og anvendelsen af tvang. De fleste peger således på, at gode miljø- og behandlingsmæssige forhold og ressourcer givetvis mindsker brugen af tvang (f.eks. Lindhardt 1995).

Endelig begrundes lovfastsættelsen af sådanne rettigheder med, at de kan ses som en art kompensation for den frihedsberøvelse og anden tvang, som de psykiatriske patienter undergives (Betænkning nr. 1086/1986:429).

Det Danske Center for Menneskerettigheder, som i denne sammenhæng blot forholder sig principielt til spørgsmålet om positive rettigheder til frihedsberøvede psykiatriske patienter, begrundet endvidere et forslag om lovfastsatte rettigheder med, at der dermed vil skabes en geografisk ensartethed, så de vilkår, man som psykiatrisk patient er underlagt, ikke skal afhænge af, hvor i landet man befinder sig (Det Danske Center for Menneskerettigheder 1988:5).

Som begrundelse for de enkelte elementer i forslaget fremførte Kallehauge-udvalget bl.a.:

1 Enestuer giver mulighed for ro og privatliv.

1 Tilbud om beskæftigelse og undervisning kan give et rimeligt indhold i hverdagen" (Betænkning nr. 1086/1986:432).

1 Ledsaget udgang imødekommer praktiske og menneskelige behov, og giver patienten mulighed for at fastholde en kontakt til det miljø, han eller hun kommer fra og ofte skal udskrives til igen.

Man medgiver endvidere, at denne type rettigheder næppe kan føre til, at sygehusmyndighederne bringes for domstolene, men at formålet med at formulere rettigheder i højere grad er, at forpligtede sygehusmyndighederne til at foretage konkrete forbedringer af de psykiatriske patienters vilkår.

Den psykiatriske ekspertgruppe bag Sundhedsstyrelsens *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien* (Sundhedsstyrelsen 1995) har tilsvarende opstillet nogle krav til det psykiatriske behandlingsmiljø:

- | Den fysiske indretning skal være fleksibel, så man kan opdele afdelingen med det formål at kunne afskærme særlig dårlige patienter.
- | Afdelingen bør næppe være større end 12-16 patienter, opdelt i grupper af 6-8 patienter.
- | Der skal være tilstrækkelig plads omkring patienterne både i egne rum og i fælleslokaler. Psykiatriske patienter kræver flere kvadratmeter end somatiske patienter. God plads nedsætter affektudbrud og aggresivitet. Det bør være et krav, at psykiatriske afdelinger udelukkende består af enestuer.
- | Der bør være tilstrækkelige fællesrum til såvel terapeutiske som rekreative aktiviteter.
- | Patienter bør let kunne komme udenfor i det omliggende udemiljø, så de dagligt kan komme ud i frisk luft og eventuelt arbejde i køkkenhaver.
- | Indretningen bør være så boliglignende som muligt med flest mulige dagslysarealer, møderne institutionsmøbler, billeder, udsmykning og grønne planter. Indretningen bør være uden lange gange og være overskuelig.
- | Personalekontor bør være så tæt som muligt på senge afdelingen for at modvirke personalets isolation på fjerne kontorgange.
- | Indretningen bør være således, at driftsfunktioner (transport, rengøring etc.) kan afvikles mest hensigtsmæssigt.

(Sundhedsstyrelsen 1995: 84-85)

Landsforeningen af Pårørende til Sindslidende foreslår derudover, at den reviderede psykiatrilov skal forpligte til, at der udarbejdes minimumsstandarder for behandling af sindslidelser, samt en række minimumsrettigheder for sindslidende uden for de psykiatriske institutioner, der specificerer, hvilke ydelser sindslidelse giver ret til. Ligesom den reviderede lov også bør indeholde tilbud om støtte, omsorg og behandling for udskrevne sindslidende, og tilbud om støtte til ikke-medicinsk og ikke-hospitalsmæssig behandling (Pårørendeforeningen 1994a). Pårørendeforeningen mener i øvrigt, at det må sikres, at de sindslidende kan tilbydes ophold på psykiatriske afdelinger, hvor der ikke er stoffer i omløb (Neumann 1996).

SIND argumenterer for, at den reviderede lov bør specificere en *ret* til behandling som et naturligt og etisk rimeligt modstykke til tvangsbehandling af mennesker (SIND 1995). I forlængelse af en sådan tankegang foreslår Pårørendeforeningen, at den reviderede lov bør indeholde en omsorgspligt for personer, der ikke kan drage omsorg for sig selv. En sådan omsorgspligt skal give mulighed for, at tvangstilbageholdelse kan vare så længe, at der kan skabes en såkaldt behandlingsalliance mellem den sindslidende og behandlerne, som rækker ud over indlæggelsen, og som følges op af sociale tiltag, således at den sindslidende ikke blot udskrives og efterlades i en tilstand, hvor han eller hun reelt er ude af stand til at klare sig selv (Pårørendeforeningen 1994a).

Spørgsmålet om, hvorvidt patienter indlagt på psykiatriske afdelinger skal udstyres med et sæt positive rettigheder blev som nævnt drøftet forud for vedtagelsen af psykiatriloven i 1989. Når det alligevel blev afvist i forbindelse med vedtagelsen af loven, var det dels fordi Justitsministeriet mente, at opfyldelsen af et sæt materielle rettigheder for frihedsberøvede psykiatriske patienter ville betyde ringere vilkår for de frivilligt indlagte patienter. Dels fordi man mente, at en lovfastsættelse af et sæt rettigheder ville udgøre et uheldigt indgreb i amtskommunernes mulighed for at foretage en samlet sygehusplanlægning (Bemærkningerne til lovforslag nr. L76 1988-89:10).

5.3.2 Anvendelsen af tvang

Ifølge psykiatriloven (1, stk.2) er der som nævnt kun tale om tvang, når der anvendes foranstaltninger,

som patienten aktivt modsætter sig. Nogle finder denne definition af tvang uholdbar, fordi man dermed betragter manglende protest som udtryk for frivillighed. Landsforeningen SIND ønsker på den baggrund, at lovens definition af tvang ændres, så der retligt set altid foreligger tvang, medmindre patienten aktivt har *samtykket*.

Andre ønsker derimod den nuværende tvangsdefinition bevaret. Dels fordi man synes, den fungerer udmærket, dels fordi indførelsen af en bredere tvangsdefinition formodentlig vil føre til administrativt merarbejde, som i sidste ende vil betyde, at behandlerne får mindre tid til patienterne. Kallehaug-udvalget afviste i forarbejderne til den gældende lovgivning tanken om et bredere tvangsbegreb af flere grunde:

- dels ville det medføre, at nogle patienter, som ikke er i stand til at afgive samtykke, skulle *tvangsindlægges*, *tvangstilbageholdes* eller *tvangsbehandles*,
- dels ville det betyde, at mange patienter, som ikke er i stand til at afgive samtykke, ikke kan indlægges til behandling, hvis de ikke opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse.
- dels ville det betyde et omfattende administrativt merarbejde, der ikke står mål med den lille gevinst i form af øget retssikkerhed, man ville opnå (Betænkning nr. 1109/1987:39f.).

Nogen er af den opfattelse, at loven har betydet, at det er blevet for svært at komme til at anvende tvang. I et brev til Folketingets retsudvalg i 1994 skrev Den Almindelige Danske Lægeforening, DADL, f.eks. at loven støtter den årelange udvikling med omsorgssvigt over for store grupper af sindslidende" (DADL 1994). Loven afvejer, skrev DADL, hensynet til patienternes selvbestemmelsesret og psykiatriens muligheder for at tvangsbehandle patienter u hensigtsmæssigt, og lovens udformning er udtryk for en manglende forståelse for, at tvang oftest er udtryk for omsorg for den alvorligt sindslidende. Således giver loven eksempelvis patienten mulighed for at klage over brug af tvang, men ikke mulighed for at klage over, at vedkommende *ikke* blev indlagt eller tilbageholdt mod sin vilje (Ebdrup 1995). I amterne mener man ligeledes, at lovens fareindikation er for stram, og at mulighederne for at tvangsbehandle bør udvides (Amtsrådsforeningen 1993).

Et andet spørgsmål, der fra tid til anden dukker op i debatten, er spørgsmålet om indførelse af en form for tvang i ambulant behandling eller såkaldte Community Treatment Orders. Tankerne om at indføre Community Treatment Orders eller tvang i ambulant behandling skal ses i forlængelse af den generelle afhospitalisering eller afinstitutionisering af behandlingen af sindslidende. Denne bygger grundlæggende på den forestilling, at sindslidende har en bedre livskvalitet og vil tage bedre imod behandling, hvis de bor uden for de psykiatriske institutioner. Derfor bør man i videst mulig udstrækning tilrettelægge behandling, pleje og omsorg således, at det kan foregå ude i samfundet (hos den praktiserende læge, i distriktpspsykiatrien eller i tilknytning til de socialpsykiatriske tilbud).

Der har internationalt været fremsat mange forskellige forslag om indførelse af tvang i den ambulante behandling af sindslidende. Her omtales blot forslag, der ville gøre det muligt at anvende tvang i den ambulante behandling af udskrevne, tidligere frihedsberøvede patienter. De argumenter, der har været fremført for indførelsen af en sådan ordning, bygger på den forudsætning, at der findes en gruppe af sindslidende (oftest beskrevet som kronisk skizofrene), som ikke kan fungere i dagligdagen uden jævnlige modtage medicin, og at disse mennesker endvidere ikke har sygdomserkendelse og derfor ikke indser, at de har dette behov for behandling. Hvis man indfører tvang i ambulant behandling, vil disse patienter kunne bo uden for institutionerne og leve et nogenlunde normalt liv, samtidig med at man sikrer, at de er under behandling. I den engelske debat er der lagt en vis vægt på, at man dermed undgår de fornedrende aspekter af sygehusopholdet, samtidig med at man undgår at lade de sindslidende i stikken. I modsat fald, hævdes det, vil de ikke kunne undgå med kortere eller længere mellemrum at skulle indlægges på en psykiatrisk afdeling (Bean & Mounser 1993:95). Samtidig, siges det, vil tvang i ambulant behandling indebære en forlængelse af udskrivnings- eller udslusningsfasen og dermed muligvis kunne være med til at hindre nogle genindlæggelser.

Der har i en dansk sammenhæng været fremsat forskellige løst formulerede forslag om indførelse af tvang i ambulant behandling (Dansk Psykiatrisk Selskab 1994:58, Reisby 1996). Cheflæge ved Psykiatrisk Hospital i Århus, professor Niels Reisby har bl.a. udtalt:

Problemet omkring de utilstrækkelige tvangsmuligheder opstår med patienter, der er udskrevet fra sygehuset, og som ikke aktuelt er psykotiske. Hvis de vender ryggen til behandlingssystemet - for eksempel distriktspsykiatrien - kan vi i dag kun sætte os ned og vente på, at de bliver psykotiske. Derfor kunne det være en mulighed at idømme en form for betinget udskrivning, således at man kan tvangsindlægge, hvis ikke den psykisk syge vil medvirke i sin behandling" (Faber 1996)

Disse tanker vækker dog umiddelbar modstand mange steder også inden for psykiatrikredse. Modstanden går især på det retssikkerhedsmæssige problem, der ligger i, at man i forbindelse med sådanne ordninger ville suspendere den sædvanlige procedure ved tvangsindlæggelser, og at man dermed muligvis kan åbne for lemfældighed i forhold til opfyldelsen af kriterierne for tvangsindlæggelse. Landsforeningen SIND har ligeledes udtrykt klar modstand imod tanker om indførelse af tvang i ambulans behandling og foreslår, at det ved lovrevisionen indføres i psykiatriloven, at dette ikke må finde sted (SIND 1995:8).

5.3.3 Klagesystemet

De fleste er enige om, at det nugældende klagesystem er for uoverskueligt og fungerer for langsommeligt (Maegaard Poulsen 1996, SIND 1995, Storm 1996, Dansk Psykiatrisk Selskab 1994, DADL 1994, Deleuran 1996). Problemet er dels den opgavefordeling, der blev indført med 1989-loven, hvorefter klager over frihedsberøvelse skal behandles af domstolene, og klager over tvangsbehandling og andre former for tvang skal behandles af de lokale psykiatriske patientklagenævn. Dels at sagsbehandlingen i mange tilfælde er meget lang og ressourcekrævende. Det er især et problem i tilfælde, hvor frihedsberøvede patienter klager over uretmæssig frihedsberøvelse og må vente i længere tid på en afgørelse, mens de er frihedsberøvede. Lang sagsbehandling er ligeledes et stort problem i de tilfælde, hvor en klage over tvangsbehandling gives opsættende virkning, fordi det kan betyde, at man må vente op til flere uger med at behandle en forpint patient, og at patienten i mellemtiden kan blive endnu dårligere.

5.3.3.1 Et enstrengt klagesystem

Kallehauge-udvalget foreslog forud for vedtagelsen af psykiatriloven i 1989, at klagebehandlingen bør varetages af et lokalt patientklagenævn, både når klagerne angår frihedsberøvelse, og når de angår tvangsbehandling og anden tvangsansvendelse (Betænkning nr. 1109/1987:29,97ff.). Det lokale patientklagenævn skulle ydermere have til opgave at føre tilsyn med praksis på de psykiatriske afdelinger, f.eks. ved jævnlige uanmeldte besøg, hvor de bl.a. kunne have samtaler med patienter om tvivlsspørgsmål i forbindelse med klagesager (Betænkning nr. 1086/1986:466). Forslaget blev først og fremmest begrundet med, at man ønsker at skabe et klagesystem, der fremstår mere overskueligt for de sindslidende og deres pårørende. Dernæst ville det formentlig give en hurtigere klagebehandling og sikre klageren mulighed for at få foretræde for klagenævnet.

Landsforeningen SIND lægger sig i sit forslag til en revision af klagesystemet op af dette forslag (SIND 1995). Det Danske Center for Menneskerettigheder mener ligeledes, at der kan være retssikkerhedsmæssige fordele ved en sådan ordning (Det Danske Center for Menneskerettigheder 1988).

Ifølge Kallehauge-udvalgets forslag skulle patientklagenævnenes afgørelser i sager om frihedsberøvelse kunne indklages for domstolene, mens afgørelser om tvangsbehandling og anden tvangsansvendelse skulle indklages for Sundhedsvæsnets Patientklagenævn.

Lic.jur. Jørn Vestergaard gjorde sig allerede før vedtagelsen af psykiatriloven til talsmand for et lignende forslag, hvor der imidlertid i tilknytning til de lokale patientklagenævn skulle oprettes et psykiatrisk landsankenævn med kompetence til at behandle klager over nævnenes afgørelser om både frihedsberøvelse og anden tvangsansvendelse (Vestergaard 1985, 1995). Behandling ved et sådant landsankenævn skulle således erstatte domstolsbehandlingen af klager over nævnenes afgørelser. Landsankenævnet burde ifølge Vestergaards forslag ledes af en dommer og desuden have et psykiatrisk sagkyndigt medlem, således at høring af Retslægerådet blev overflødig. Dermed ville der ifølge Vestergaard ske en rationel udnyttelse af ressourcerne, ligesom der blev sikret en hurtig og fleksibel sagsbehandling.

Pårørendeforeningen ønsker etableret et neutralt ankesystem", der har en bredere tilsynspligt og f.eks. også skal vurdere kvaliteten af de sociale tilbud, der gives (Pårørendeforeningen 1994a).

Psykiatrisk overlæge, Professor Ralf Hemmingsen, Bispebjerg Hospital, har ved forskellige lejligheder givet udtryk for, at et enstrengt klagesystem efter hans opfattelse bør baseres på domstolene fremfor på de lokale patientklagenævn (Hemmingsen pers. komm. 25.9.96). Det skyldes primært en betænkelighed ved, at de lokale patientklagenævn, hvor der er flertal af ikke-jurister, skulle tillægges kompetence til at træffe afgørelser om frihedsberøvelse. Denne betænkelighed gælder også, selv om der etableres en retlig ankemulighed, fordi retten i praksis formentlig kun undtagelsesvis vil blive hørt og da oftest, når forløbet faktisk er afsluttet. Derudover peger erfaringerne med de lokale patientklagenævn ifølge Hemmingsen på, at sagsbehandlingen er uensartet og på, at der af og til træffes afgørelser, selv om sagerne er forholdsvis dårlig belyst.

Omvendt er domstolsbehandling ifølge Hemmingsen karakteriseret af en vis ensartethed i sagsbehandlingen, ligesom der igennem mange år er udviklet en række krav til, hvornår en sag kan betragtes som tilstrækkelig belyst til, at der kan træffes afgørelse. Dertil kommer, at det ifølge Hemmingsen principielt er mere betryggende, hvis kompetencen til at træffe afgørelser om frihedsberøvelse ligger hos jurister. Hemmingsen er opmærksom på, at en svaghed ved at basere et enstrengt klagesystem på domstolene er, at patient- og pårørendeforeninger dermed ikke har mulighed for at blive hørt, men foreslår i den forbindelse, at domstolene får pligt til at høre disse organisationer samt evt. også en uafhængig læge i forbindelse med behandlingen af forskellige klagesager.

En rundspørge til de psykiatriske afdelinger foretaget i forbindelse med Justitsministeriets psykiatrilovsundersøgelse viser, at man på de fleste afdelinger mener, at klagesystemet er uhensigtsmæssigt, og at man generelt har større tillid til domstolenes klagebehandling endtil den klagebehandling, der foregår i de lokale psykiatriske patientklagenævn (Maegaard Poulsen 1996:386).

Landsdommer Peter Deleuran har desuden peget på det problem, der ligger i, at administrativ frihedsberøvelse i henhold til grundloven skal kunne prøves for en domstol inden for længe (Deleuran 1996). Hvis man baserer det enstrengede klagesystem på de lokale psykiatriske patientklagenævn, vil sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse kun blive prøvet ved domstolene, *efter* de har været igennem behandling i patientklagenævnet, og i det tilfælde vil der være gået forholdsvis lang tid, inden der foretages domstolsprøvelse.

Dansk Psykiatrisk Selskab mener også, at klagesystemet bør forenkles ved fastlæggelse af et enstrengt system, bl.a. for at undgå den situation, som kendes fra det nugældende system, hvor afgørelser truffet af henholdsvis det lokale patientklagenævn og domstolene kan være i direkte modstrid med hinanden (Dansk Psykiatrisk Selskab 1994). Selskabet tager imidlertid ikke stilling til en bestemt model for et enstrengt system.

Med hensyn til de lokale patientklagenævn ønsker man dog, at det i en kommende lov bliver præciseret, at nævnene ikke har kompetence til at træffe afgørelser med hensyn til medicinering og andre specifikke behandlingsmæssige spørgsmål. Selskabet mener, at det er uheldigt, hvis folk uden psykiatrisk specialistuddannelse gives kompetence til at træffe den type afgørelser (ibid).

Dansk Psykiatrisk Selskab mener desuden, at det nuværende klagesystem er meget bureaukratisk og tidskrævende, og at det betyder, at klagebehandlingen tager tid fra behandlingen af patienterne. Derudover er man generelt utilfreds med sagsbehandlingstiderne ved de forskellige klageinstanser. Selskabet foreslår derfor indført strenge tidsfrister for behandlingen i såvel patientklagenævn som ved retten (Dansk Psykiatrisk Selskab 1994:3).

Endelig mener selskabet, at psykiatrilovens 32, stk. 3, bør præciseres således, at det som hovedregel er muligt at tvangsbehandle psykotiske patienter, uden at deres klage har opsættende virkning, fordi det i mange tilfælde er ødelæggende og farligt for patienten ikke at modtage den nødvendige behandling (se ligeledes Maegaard Poulsen 1996). Overlæge, professor Ralf P. Hemmingsen giver udtryk for den samme holdning:

Jeg synes, det er absurd, at man holder folk indespærret i flere uger med den begrundelse, at de har

behov for behandling, uden at man kan komme til at behandle dem" (Eiby 1996).

Hemmingsen tilføjer, at det efter hans opfattelse bør gælde som ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, at lægen står til ansvar for sin behandling, som så kan prøves i klagenævnet (ibid).

Landsforeningen SIND mener omvendt, at det bør indskræpes, at det kun er i tilfælde af en klar nødsituation", at en klage over tvangsbehandling ikke skal have opsættende virkning (SIND 1995:16).

5.3.4 Behandlingen af sindslidende

Spørgsmålet om forholdet mellem medicinsk og psyko- eller miljøterapeutisk behandling af de sindslidende har som nævnt været et centralt stridspunkt i psykiatridebatten igennem flere årtier. Striden synes i dag i nogen grad at være afløst af en mere gensidigt imødekommende dialog og en større forståelse for, at medicinsk behandling og psykoterapi udmærket kan forenes (Munk Jørgensen 1995b, Gerlach 1995). Det betyder dog ikke, at der ikke fortsat er uenighed om, hvilken vægt man bør give de forskellige former for behandling.

Denne uenighed kommer bl.a. til udtryk i diskussioner om, hvordan forholdet mellem det læge- og sygeplejefaglige personale og andre personalegrupper, dvs. psykologer, ergoterapeuter, socialrådgivere mv., bør være. Chefpsykolog på Sct. Hans Hospital, Birgitte Brun, har ved forskellige lejligheder gjort sig til talsmand for en styrkelse af disse andre personalegrupper, evt. ved nedlæggelse af plejestillinger (Brun 1996). Patienterne på de psykiatriske afdelinger har ifølge Brun langt større behov for undervisning, træning og beskæftigelsestilbud end for egentlig pleje, og det bør afspejle sig i sammensætningen af personalet.

Der er også uenighed om, i hvilken udstrækning man kan lade de sindslidende selv afgøre, hvilken type behandling de vil have.

Både SIND og Pårørendeforeningen ønsker f.eks., at den reviderede lov skal sikre en reel valgfrihed mellem psykoterapi og medicinsk behandling; i SIND taler man om en decideret ret til medicinfri behandling (Storm 1996). I forlængelse af den tanke ønsker man i Pårørendeforeningen, at en halv times samtale med psykolog om ugen bliver en reel mulighed inden for det psykiatriske behandlingssystem (Pårørendeforeningen 1994a). Ingen er direkte imod, at der er valgmuligheder i forhold til de forskellige behandlingsformer. De fleste psykiatere er dog stærkt betænkelige ved at give en absolut og retligt garanteret valgfrihed mellem psykoterapi og medicinsk behandling, fordi det i praksis vil være ensbetydende med, at patienten gives ret til at nægte tvangsbehandling, og det vil i nogle tilfælde føre til, at nogle patienter ikke får den behandling, de har hårdt brug for.

Samtlige faggrupper, der er beskæftiget med behandling af sindslidende, understreger, at kontinuitet er uhyre afgørende i behandlingen af og omsorgen for de sindslidende. Samtidig er der også enighed om, at kontinuiteten kunne sikres bedre, end det sker i dag. Det er for eksempel ikke usædvanligt, at psykiatriske patienter flytter rundt på flere forskellige afsnit med forskelligt personale i løbet af ganske få måneders indlæggelse, og det er ikke befordrende for behandling og social tilpasning. Det har, påpeges det, været en stor forbedring med hensyn til ønsket om større kontinuitet, at man i dag kan udskrive patienter til bofællesskaber, men selv i det led kan det knibe med kontinuiteten. Der mangler en nøgleperson, der kan følge patienten *igennem* de forskellige systemer og sikre kontinuiteten og fastholde kontakten til patienten (Brun 1996, Pårørendeforeningen 1994c).

5.3.4.1 Behandlingsplaner

Ifølge psykiatriloven (3, stk.3) skal der udformes en behandlingsplan for enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og denne behandlingsplan skal forelægges patienten. Nogle påpeger dog, at bestemmelsen om behandlingsplaner ikke kan efterleves på en tilfredsstillende måde. Dansk Psykiatrisk Selskab gør opmærksom på, at landets psykiatriske afdelinger generelt er enige om, at Sundhedsstyrelsens aktuelt foreliggende cirkulære er u hensigtsmæssigt formuleret - svær at oversætte til klinisk hverdag (Dansk Psykiatrisk Selskab 1994:20). Selskabet har foretaget en undersøgelse, der viser, at 40 behandlingssteder svarer 'ja', 18 'sometider' og 4 'aldrig' til spørgsmålet: udfærdiges

separat behandlingsplan for enhver, der indlægges i psykiatrisk afdeling?" (ibid). Man ønsker derfor en forenkling af Sundhedsstyrelsens behandlingsplanscirkulære.

Andre, f.eks. SIND, kritiserer behandlingssystemet for ikke at tage bestemmelsen om behandlingsplaner alvorligt nok, idet de udfyldes alt for kortfattet (SIND 1995:9). Man bør, siges det, kunne stille krav til indholdet i behandlingsplanerne, så det er tydeligt, hvilken slags behandling man kan og vil give de personer, man behandler med eller uden anvendelse af tvang. Selv om den psykiatriske lidelse ofte er meget kompliceret, kan behandlingsplanerne sagtens, siges det, gøres mere detaljerede og dermed mere forpligtende og meningsfulde for patienten.

Problemet med behandlingsplanerne hænger sammen med det generelle journalsystem, som hverken er overskueligt eller systematisk nok. De skiftende behandlere stiller således ofte patienterne de samme helt grundlæggende spørgsmål. På den måde spilder man både patientens og behandlernes tid. For at undgå det, kunne man til stam journalerne tilføje nogle systematiserede afsnit, der dækkede den sociale og uddannelsesmæssige baggrund og historie. Det kunne eksempelvis være en socialrådgivers job at sørge for, at relevant information om patientens opvækstvilkår og sociale situation altid var ordentlig på plads i journalen (Brun 1996a). Mange argumenterer endvidere for, at man burde udvide behandlingsplanerne til også at omfatte den distriktskykiatriske behandling og de sociale tilbud.

5.3.4.2 Personalets uddannelse

En anden problemstilling handler om, hvorvidt behandlingspersonalet er tilstrækkeligt godt uddannet til at varetage arbejdet med behandling og pleje af sindslidende. Pårørende foreningen mener f.eks., at behandlerne generelt burde være langt mere og bedre uddannet til at tale med ekstremt skrøbelige mennesker, bl.a. for at forebygge voldsepisoder og tvangsanvendelse (Pårørende foreningen 1994a). Pårørende foreningen ønsker ydermere, at personalet i større omfang har andet end lægefaglig uddannelse, f.eks. socialrådgivere, lærere, håndværkere mv., som ikke primært har behandlingsmæssige funktioner, men i højere grad arbejder med at gøre tiden på afdelingen meningsfuld (Pårørende foreningen 1994c).

Hvis personalet ikke er tilstrækkeligt uddannet, kan der være fare for, at de ikke opdager udviklingen af en psykotisk tilstand hos den sindslidende, de har ansvaret for. Det betyder, at den pågældende ikke får et relevant vurderings- og behandlingstilbud. Problemet har fået stigende betydning i dag, hvor psykiatriske patienter i nogle tilfælde behandles af personale uden psykiatrisk ekspertviden. Et eksempel herpå er den ældre plejehjemsbeboer, hvor svære, men behandlelige depressioner mistolkes som demens, eller den uøvede hjemme-hos-medarbejder, der overser en psykotisk udvikling (Reisby 1994b:544). Flere og flere opgaver lægges ud på mindre specialiserede niveauer, og følgelig opstår der et fagligt underskud i behandlingstilbuddet. Alment praktiserende læger har i lang tid behandlet mange både lettere og tunge psykisk syge patienter (Lindhardt 1992:28).

Netop fordi arbejdet med sindslidende er et meget krævende og udfordrende arbejde, bør der sættes meget på både de generelle grunduddannelser samt på videreuddannelse og supervision. På visse psykiatriske afdelinger, hvor der gøres særligt meget ud af at videreuddanne og supervisere personalet, har det givet gode resultater. Således kunne f.eks. et kursus i konfliktløsning medvirke til at nedbringe antallet af ekstremt tilspidsede situationer, hvor behandlerne er nødt til at anvende tvang for at få kontrol over situationen (Brun 1996a).

5.3.4.3 Kvalitet i behandlingen

Spørgsmålet om, hvordan man i det hele taget sikrer en høj kvalitet i behandlingen af de sindslidende, er endelig også genstand for debat. Chefpsykolog Birgitte Brun, Skt. Hans Hospital, påpeger i den forbindelse, at det er svært for folk inden for det psykiatriske behandlingssystem selv at afgøre, om det svigter i nogle tilfælde. Det er vanskeligt, fordi man inden for behandlingssystemet ikke klart har defineret, hvad man kan og vil. Den af og til løse formulering af behandlingsplanerne og det kritisable journalsystem kan f.eks. ses som et udtryk for en manglende evne til at korrigere en u hensigtsmæssig praksis inden for systemet. Det er for let at afvise spørgsmål om, hvorvidt indsatsen svigter ved at henvise til enten sygdommens uheldelige eller uforbederlige karakter eller til patientens hjemlige miljø, når behandlingsresultater udebliver, og tingene går galt. En kvalitetsstyring i

det psykiatriske behandlingssystem, som munder ud i klart formulerede krav til selv det mindste niveau i behandlingen ville styrke personalets evne til præcist at vurdere om og hvordan, det eventuelt svigter: Hvad skal man gøre i modtagelsen? Hvor længe skal man vente på effekt af en bestemt behandling i forhold til en bestemt diagnose? mv. (Brun 1996b). Et par nylige udgivelser, Sundhedstyrelsens *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien* (Sundhedsstyrelsen 1995) og Dansk Psykiatrisk Selskabs *Kvalitetsudvikling. En brugerhåndbog*. (Dansk Psykiatrisk Selskab 1996) tyder på, at der er bred opbakning til tanken om at arbejde med kvalitetsudvikling inden for det psykiatriske område, men det mangler fortsat at se ideerne omsat i praksis.

5.3.5 Det daglige samvær med sindslidende på de psykiatriske afdelinger

Der er næppe tvivl om, at den daglige kontakt med personalet og de andre patienter er af stor betydning for de sindslidendes oplevelse af at være indlagt på en psykiatrisk afdeling. De fleste sindslidende har et stort behov for at undgå ensomhed og for at have en vis kontakt med andre mennesker i den vanskelige periode i deres liv, hvor de er hårdest ramt af deres lidelse. De har frem for alt behov for at føle, at de, selv om de er ramt af deres sygdom, bliver respekteret og behandlet med værdighed af andre mennesker. Den såkaldt miljøterapeutiske behandling fokuserer netop på betydningen af at skabe trygge rammer, tillidsforhold og god kommunikation blandt personale og patienter på afdelingen.

Samtidig er det klart, at netop den personlige kontakt er en af de vanskeligste udfordringer for personalet på de psykiatriske afdelinger - bl.a. fordi nogle sindslidende kan være meget vanskelige at omgås. Psykiske lidelser rammer i mange tilfælde netop evnen til at fungere socialt og indebærer, at de f.eks. reagerer meget aggressivt, søger at skabe splittelse imellem personalet, trækker sig ind i sig selv eller på anden måde handler anderledes end andre.

Netop personalets adfærd og deres måde at omgås de sindslidende på giver imidlertid anledning til klager fra brugernes side. De føler, at personalet er nedladende over for de sindslidende, at de lover ting, de ikke holder, og at de generelt ikke er gode nok til at skabe en konstruktiv og motiverende stemning på afdelingerne (Østergaard 1996).

Der rettes også inde fra kritik af den måde, personalet håndterer omgangen med de sindslidende på. Sygeplejerske Lars Petterson skriver f.eks. om, hvordan bæltefiksering af og til bruges for at komme af med en besværlig patient, og tvangsforanstaltningen dermed bliver en art straf eller overdreven magtudøvelse. Han beretter videre, om at personalet f.eks. helst undgår at blive fast vagt ved en bæltefiksering, fordi opgaven ikke betragtes som særlig interessant. Og endelig om at der bliver gjort for lidt for at få kontakt med og beskæftige de sindslidende, bl.a. fordi personalet selv føler sig utrygge ved at være på afdelingen (Petterson 1996; se også Brun 1993).

Chefpsykolog Birgitte Brun skriver tilsvarende om, hvordan man som behandler må bearbejde sine egne følelsesmæssige reaktioner på patienternes adfærd for ikke at komme til at skabe urimelige forhold for dem og evt. modarbejde behandlingsforløbet (Brun 1993).

Forhenværende overlæge, professor Villars Lunn, skrev for nogle år siden om, hvordan der er fare for, at man som behandlere og plejere i den daglige omtale af sindslidende kommer til udelukkende at se dem som bærere af bestemte symptomer og ikke som mennesker, og at dette kan komme til at afspejle sig i den måde, man omgås dem på (Lunn 1987:420). Lunn skrev videre om, hvordan det på det erkendelsesmæssige plan må ses som en udfordring for personalet at bestræbe sig på ikke blot at behandle eller pleje, men på at *forstå* den sindslidende, man har med at gøre, og at man må være opmærksom på ikke at foregøgle sig selv og andre, at man forsøger at forstå, hvis man reelt blot prøver at få en bestemt patient til at passe ind i et forudgivent sæt af symptomer, så man kan tilrettelægge en bestemt behandling (ibid.).

5.4 Øget dialog og kommunikation

Behandlingen af sindslidende har igennem mange år været i stand til at fremkalde heftig og følelsesladet debat. En af de seneste års mest markante udviklinger er nok, at debatten ikke blot udspiller sig mellem forskellige faggrupper inden for behandlingssystemet, men at brugerne og de pårørende bliver mere synlige og markerer synspunkter i debatten. I det foregående har der været lagt

en vis vægt på at referere brugernes og de pårørendes synspunkter.

De mange forskellige spørgsmål, der rejses i debatten, og de mange forskellige synspunkter, der fremføres, giver indtryk af et felt præget af mangfoldig uenighed. Der synes dog i dag at være en vis vilje til dialog og til at komme hinanden i møde - i hvert fald, når man på konferencer og høringer skal trække de store linier. Det er nok fortsat en udbredt oplevelse, at det kniber mere med dialog og imødekommenhed, når det drejer sig om at realisere konkrete forandringer.

Der er imidlertid næppe tvivl om, at man i den fremtidige udvikling af hele spektret af tilbud til de sindslidende, vil kunne drage nytte af at inddrage mange forskellige grupper i en dialog om, hvordan tilbudene bør skrues sammen. Der er behov for en styrket dialog og kommunikation om, hvordan systemet ser ud fra forskellige synsvinkler, for derigennem at sikre nogle bedre tilbud til de sindslidende.

Det Ethiske Råd besidder ikke den ekspertise på det psykiatriske område eller den erfaring med, hvordan systemet fungerer i praksis, som kendetegner størsteparten af deltagerne i den offentlige debat om sindslidendes vilkår. Bl.a. derfor har man anset det for vigtigt forholdsvis grundigt at sætte sig ind i de forskellige parters synspunkter. På den baggrund vil rådet i de følgende kapitler først søge at definere et etisk funderet udgangspunkt for behandlingen af sindslidende, og derefter formulere nogle synspunkter på en række af de konkrete spørgsmål, som gennemgangen af debatten har sat i fokus.

6. Det etiske udgangspunkt*

6.1 Indledning

Det psykiatriske område er præget af en række vanskelige dilemmaer. Det Ethiske Råd søger i det følgende dels at indkredse målsætningerne for indsatsen over for de sindslidende, dels at identificere de grundlæggende hensyn og de etiske dilemmaer, der opstår i afvejningen af disse hensyn.

Formålet med dette kapitel er at etablere et grundlag for de konkrete anbefalinger for det psykiatriske område, der diskuteres i næste kapitel.

6.2 De overordnede mål for indsatsen over for sindslidende

Som en del af det samlede sundhedsvæsen er det psykiatriske behandlingssystem omfattet af den overordnede, almene målsætning om at forebygge, behandle og lindre lidelse (jf. Det Ethiske Råds redegørelse om prioritering i sundhedsvæsenet, Det Ethiske Råd 1996).

Hvis man derudover skal indkredse en specifik målsætning for den samlede indsats over for sindslidende, må man efter Det Ethiske Råds opfattelse tage udgangspunkt i den betragtning, at sindslidende ligesom andre mennesker har behov, der rækker langt ud over dét ikke at have det dårligt. De har behov for at leve i omgivelser, de kan synes om; for at indgå i meningsfulde fællesskaber; for at beskæftige sig med noget, de finder glæde i, og som de kan udvikle sig med; for at føle at deres tilværelse har - eller kan få - indhold og værdi.

Sindslidelse bevirker i mange tilfælde, at evnen til at indgå i sociale sammenhænge mindskes eller forsvinder. Derfor må den samlede indsats over for sindslidende tilrettelægges således, at der ved siden af behandling og pleje også gøres en indsats for at løse de sociale problemer; for spørgsmålet om bolig, beskæftigelse, og for mulighederne for at indgå i fællesskaber med andre mennesker mv.

Det Ethiske Råd mener på den baggrund, at målsætningen for den psykiatriske indsats må indeholde to elementer:

1) *Forebyggelse, behandling og lindring af symptomer*, bl.a. ved hjælp af et bredt spektrum af

behandlingsformer af medicinsk og psykoterapeutisk karakter.

2) *Forbedring af de sindslidendes livskvalitet og muligheder for livsudfoldelse* ved hjælp af tilbud om meningsfuld beskæftigelse, uddannelse, bofællesskaber mv.

De to målsætninger hænger naturligvis tæt sammen i den forstand, at en vis opfyldelse af den første målsætning i mange tilfælde er en forudsætning for overhovedet at påbegynde arbejdet med den anden målsætning. Samtidig har en opfyldelse af den anden målsætning givetvis betydning for, hvor let eller vanskeligt det er at opfylde den første målsætning.

Når det her fremhæves, at de to målsætninger bør betragtes som ligeværdige, hænger det sammen med de psykiske lidelsers karakter. Det psykiatriske område omfatter som nævnt et bredt spektrum af lidelser, spændende fra lettere depressioner til stærkt invaliderende psykoser. Nogle af disse kan helbredes eller i hvert fald lindres ved hjælp af medicin, psykoterapi eller andre behandlingsformer. Trods behandlingsmæssige fremskridt må man dog stadig konstatere, at en stor gruppe af de sindslidende, særligt de hårdest ramte, ikke kan helbredes, men må være i mere eller mindre intensiv kontakt med social- og sundhedsvæsenet resten af deres liv. De kan have perioder, hvor de er velbehandlede og fungerer og har det nogenlunde godt, men mange af disse patienter vil senere igen få brug for at blive indlagt, eller for på anden måde at få intensiveret behandlingen, fordi de kommer ind i en dårlig periode. Netop fordi der findes denne gruppe af kroniske sindslidende er det nødvendigt, at der ud over arbejdet med bekæmpelse af symptomer også gøres en målrettet indsats for at give opholdet i det psykiatriske system et meningsfuldt indhold. Det handler bl.a. om at organisere uddannelses- eller beskæftigelsestilbud. Men det kan også handle om med en pårørendes ord at skabe et normalt miljø" på afdelingen ved f.eks. at lave en café, hvor patienter og pårørende kan tale sammen, eller ved at lave et bibliotek, en biograf eller andet.

Det er der næppe nogen, der er uenige i. Ikke desto mindre er der efter Det Etske Råds opfattelse behov for en øget dialog mellem de forskellige aktører på psykiatriområdet: patienter, pårørende, læger, psykologer, sygeplejersker, plejere, politikere m.fl. om, hvordan disse to overordnede målsætninger vægtes i forhold til hinanden, og om hvordan de hver især lader sig realisere.

Ved siden af de overordnede målsætninger for den samlede indsats for sindslidende, kan man tale om, at der til selve behandlingen knytter sig en række mere konkrete målsætninger:

- | bedst mulig behandling, pleje, omsorg og støtte;
- | mindst mulig tvang; samt
- | størst mulig retssikkerhed (Det Etske Råd 1996a).

Den debat, der foregår om behandlingen af de sindslidende i det danske samfund, handler som omtalt i foregående kapitel bl.a. om, hvordan man realiserer disse målsætninger, og om hvilken rolle lovgivningen skal spille i den sammenhæng. Visse forhold vedrørende behandlingen af de sindslidende bør være reguleret i loven, andre reguleres bedre lokalt. De fleste af de etiske dilemmaer fordrer en konkret afvejning i det enkelte tilfælde. Der er derfor behov for en bred dialog blandt personalet og mellem personalet og brugerne om, hvordan man bedst tilrettelægger behandling, pleje, beskæftigelse mv.

6.3 Fem idealer

Debatten om, hvordan man skal behandle sindslidende, kompliceres af det forhold, at der blandt patienter, pårørende, læger, plejepersonale, psykologer, ergoterapeuter mv. er uenighed om:

- | Hvad der udgør den bedste behandling, omsorg og støtte.
- | Hvornår tvang er velbegrundet, og hvornår det ikke er.
- | Hvordan man bedst sikrer patienternes retssikkerhed.

Uenigheden skyldes til dels psykiatriens historie og de faglige modsætninger, der findes inden for behandlingssystemet. Men det har også noget at gøre med, at der er flere forskelligartede idealer for behandlingen af de sindslidende i et samfund som det danske. Idealiser som i nogle tilfælde er vanskelige at forene og endda kan være direkte modstridende (Nilstun 1996).

1) Omsorg for de sindslidende: Samfundet har en pligt til at sikre sindslidende nødvendig behandling - herunder eventuelt nødvendig tvangsbehandling - samt den nødvendige pleje, støtte og omsorg.

2) Respekt for sindslidendes værdighed og integritet: Ethvert menneske har krav på respekt for sin værdighed og på ikke at få krænket sin integritet. Det gælder også for sindslidende. I sin omgang med sindslidende skal man derfor hele tiden have vedkommendes værdighed for øje - også selv om man ikke ser anden udvej end at underlægge vedkommende tvangsforanstaltninger.

3) Respekt for sindslidendes selvbestemmelsesret: Det psykiatriske behandlingssystem bør tilrettelægges således, at man under alle omstændigheder respekterer den kompetente persons ønsker om selvbestemmelse, og man desuden i videst mulig udstrækning også respekterer den ikke kompetente persons ønsker om selvbestemmelse.

4) Beskyttelsen af andre mod overgreb fra sindslidende: Andre mennesker skal beskyttes imod overgreb fra den sindslidendes side, både af hensyn til disse andre og af hensyn til den sindslidende selv.

5) Sikkerhed imod misbrug af psykiatrien: Psykiatriske tvangsforanstaltninger og psykiatrisk behandling i det hele taget må kun benyttes, når der er en klar behandlingsmæssig begrundelse for det. Både sindslidende og andre skal beskyttes imod unødvendig anvendelse af tvang og imod brug af psykiatrien til andet end strengt behandlingsmæssige formål.

6.3.1 Omsorg for den sindslidende - frivilligt eller med tvang

Det er et centralt princip bag den danske velfærdsmodel i almindelighed og for sundhedsvæsenet i særdeleshed, at man skal yde hjælp til personer, som har et åbenbart behov for hjælp. Herom synes der at være udbredt enighed. Man kan endda hævde, at denne omsorgspligt i særlig grad gør sig gældende i forhold til sindslidende, fordi disse mennesker på flere måder er særligt udsatte. Dels fordi sindslidelser ofte er meget plagsomme og kan føre til, at folk lever deres tilværelse i ensomhed og isolation. Dels fordi sindslidelser i nogle tilfælde påvirker folks evne til at udøve autonomi, dvs. forholde sig rationelt til den situation, de befinder sig i, og træffe rationelle valg.

Omsorgspligten over for sindslidende bunder således dels i en pligt til at hjælpe dem, der har behov, og dels i at autonomi fremstår som ideal, og at man derfor er forpligtet til at hjælpe folk, der har mistet evnen til at udøve autonomi, til at genvinde denne evne. Man kan spørge om dette ideal om autonomi ikke er udtryk for en kulturel forestilling om, at mennesker er lykkeligste og trives bedst, hvis de er uafhængige og frie og i stand til at tilrettelægge deres liv på en rationel facon. Manglende autonomi fremstår for det moderne menneske som den største ulykke, og derfor udlægges omsorgspligten som en pligt til at hjælpe folk til hurtigst muligt at genvinde deres autonomi og komme til at leve så normalt som muligt. Denne forestilling ligger bag det princip, at sindslidende for enhver pris skal behandles for at genvinde deres autonomi, og ikke mindst bag hele tankegangen om omlægningen af psykiatrien, der som et eksplicit mål havde at gøre de sindslidendes vilkår så normale som muligt. At der er tale om en forestilling betyder naturligvis ikke nødvendigvis, at den er forkert. Men det betyder, at det ikke er givet, at den er rigtig, og at man derfor godt kan stille spørgsmålstejn ved den.

Omsorgspligten indgår i både lægeloven og lægeløftet som en forpligtelse til efter bedste evne at iværksætte lindring eller behandling af et lidende menneske. I nogle tilfælde indebærer dette, at lægen må indtage en paternalistisk (formynderisk) position over for patienten, dvs. træffe beslutninger for patienten for at varetage vedkommendes interesser, selv om han eller hun ikke har givet samtykke. Det er afgørende, for at forstå baggrunden for nogle af de konflikter og uoverensstemmelser, der er forbundet med behandlingen af sindslidende, at indse, at for mange lægers vedkommende indebærer pligten til at drage omsorg for sindslidende, at man er villig til i nogle tilfælde at handle paternalistisk og undergive dem tvang i kortere eller længere perioder.

I de senere år har der fra samfundets side været et ønske om at lægge øget vægt på patientens ret til selv at træffe afgørelser. Lægelovenfastslår således, at lægen ikke må iværksætte behandling mod patientens vilje, med mindre det er særlig hjemlet. Psykiatriloven åbner som bekendt mulighed for behandling ved tvang under særlige omstændigheder, men også her betones princippet om i videst muligt omfang at basere behandlingen på frivillighed. Disse forholdsvist klare udmeldinger fra lovgiverne har imidlertid ikke fjernet lægernes samvittighedskonflikt i disse sammenhænge, og de fleste læger har stadig svært ved at acceptere f.eks. at skulle afstå fra at behandle en stærkt forpint psykotisk patient, fordi vedkommende modsætter sig, og hans eller hendes klage over tvangsbehandling tillægges opsættende virkning (jf. kapitel 4).

I nogle tilfælde ønsker den sindslidende ikke den hjælp, som behandlerne vil give. Det kan enten være, fordi den pågældende ikke føler sig syg, eller fordi vedkommende føler, at den behandling, der tilbydes, er ineffektiv eller måske ligefrem skadelig. I den situation må man som behandler foretage en afvejning mellem ønsket om at give patienten den behandling, der ud fra en lægelig vurdering er mest effektiv, og ønsket om i videst mulig udstrækning at give patienten en behandling, som vedkommende frivilligt vil gå med til.

Der er ingen tvivl om, at meget er vundet, hvis man kan basere behandlingen på patientens frivillige deltagelse. Dels undgår man, at patienten føler sig udsat for overgreb, dels er etableringen af et tillidsforhold mellem læge og patient ofte en forudsætning for et frugtbart behandlingsforløb.

I nogle tilfælde kan det derfor se ud, som om man burde overveje at ofre en umiddelbar terapeutisk gevinst, hvis man vurderer, at patienten, selv om vedkommende er behandlingstrængende, samlet set vil have bedst af f.eks. *ikke* at blive indlagt, fordi vedkommende har meget stærke negative følelser, angst eller andet forbundet med behandling på en psykiatrisk afdeling.

Et eksempel på et sådant tilfælde har været forelagt Den norske Højesteret. Den besluttede, at en 44-årig mandlig psykotisk patient skulle udskrives fra psykiatrisk afdeling, til trods for at han sandsynligvis ville have store problemer med at tage vare på sig selv. Retten vurderede, at patienten ville lide mere under ophold på den pågældende institution - et plejehjem for ældre psykotiske patienter - end han ville, hvis han modtog social og helbredsmæssig omsorg på fri fod (Huleboerdommen, Rt. 1988, s.634)

Fra et paternalistisk synspunkt lægges der mere vægt på patientens behov for behandling eller pleje end på vedkommendes ret til selvbestemmelse. Konflikten opstår i tilfælde, hvor der er forskel på, hvad lægen mener er godt, og hvad patienten giver udtryk for at ønske. Her hviler rimeligheden af lægens paternalistiske indgreb på den forudsætning, at han er i stand til at gennemskue, at det ønske, patienten fremsætter, ikke er i vedkommendes bedste interesse. Samtidig hviler det på den afgørende præmis, at den behandling, lægen er i stand til at tilbyde, må forventes at gavne patienten.

Dette sidste punkt er kontroversielt, fordi mange hævder, at den virkning, som indlæggelse eller behandling på en psykiatrisk afdeling giver, i nogle tilfælde *ikke* opvejer de skadevirkninger, som er forbundet dermed. De fleste læger hævder imidlertid, at modstanden imod behandlingen i mange tilfælde er et udslag af sygdommen, og at de resultater, man opnår ved at behandle, er gode i sammenligning med konsekvenserne af at lade patienten være i sin forpintethed.

6.3.2 Respekt for sindslidendes værdighed og integritet

Sindslidende har ligesom andre mennesker krav på at blive behandlet med værdighed og få respekteret deres integritet. Dette krav svækkes ikke af, at nogle sindslidende i nogle situationer er ude af stand til at forstå deres situation og handle rationelt. Man kunne måske sige tværtimod, idet omgivelsernes forpligtelse til at behandle den sindslidende med værdighed må stige, når man tager ansvaret for vedkommende og i forbindelse med tvangsforanstaltninger tilsidesætter vedkommendes almindelige ret til selvbestemmelse. At behandle en patient værdigt og respektere vedkommendes integritet er altså ikke det samme som at respektere vedkommendes ret til selvbestemmelse.

Integritet betyder egentlig helhed, og et menneskes integritet er en betegnelse for det rum, der omgiver den enkelte person, hvis overskridelse af personen opfattes som en indtrængning. Udstrækningen af dette

rum kan variere fra person til person, afhængig af folks livsværdier og selvforståelse. Der er forskel på, hvad forskellige mennesker opfatter som en krænkelse af deres integritet. Fælles er dog nok en opfattelse af, at respekt for en persons integritet indebærer en respekt for værdien af vedkommendes bevidsthed og erfaringer. Fælles er også på det mere håndgribelige plan en opfattelse af, at respekten for et menneskes integritet indebærer at give vedkommende et vist privat rum, en mulighed for at være alene.

Forestillinger om menneskelig værdighed er omvendt bredere kulturelt bestemt. I forskellige samfund og til forskellige tider vil der være forskelle i, hvad der betragtes som uværdigt eller ydmygende, og dermed samtidig i, hvad der ligger i et begreb om menneskelig værdighed. I en europæisk sammenhæng fremstår tvangsmæssig fiksering som en krænkelse af personens værdighed, endskønt det i nogle tilfælde er den eneste mulighed for at berolige en forstyrret patient. Hvorfor? Fordi der i den europæiske kultur ligger en forestilling om, at mennesket er selvstændigt og frit, og fiksering forekommer at være den absolutte nægtelse af selvstændighed og frihed.

Fordringen om at respektere de sindslidendes integritet og værdighed siger ikke i sig selv noget om, hvorvidt det er legitimt at indlægge, tilbageholde eller behandle sindslidende imod deres vilje. Men den siger noget om, at vi, i de ting vi gør over for de sindslidende - hvad enten det omfatter tvangsanvendelse eller ej - hele tiden må stille store etiske krav om, at det sker ud fra en grundlæggende respekt for vedkommendes værdighed og integritet.

6.3.3 Respekt for sindslidendes selvbestemmelsesret

Udviklingen i den medicinske etik både i Danmark og i andre vestlige lande synes i disse år at bevæge sig i retning af, at der generelt lægges større og større vægt på den enkeltes autonomi og ret til selv at træffe afgørende beslutninger vedrørende behandling og pleje.

Blandt moralfilosoffer diskuterer man, om retten til autonomi eller selvbestemmelse skal *begrundes* med, at mennesket har en *naturlig ret* til at bestemme over sig selv, eller med at folk helt enkelt har det bedre, hvis de selv kan træffe afgørelser om egne forhold, og at mest mulig selvbestemmelse derfor bidrager til *den samlede mængde velbefindende* i samfundet. Man er dog enige om, at retten til autonomi eller selvbestemmelsesret værdsættes meget højt i samfund som det danske.

I tilrettelæggelsen af behandlingen af sindslidende kan man imidlertid ikke altid tage udgangspunkt i patienternes egne valg. Derved adskiller det psykiatriske område sig fra andre områder i sundhedsvæsenet. En del af de etiske problemer, der er forbundet med behandlingen af sindslidende knytter sig netop til det forhold, at sindslidelse i nogle tilfælde rammer folks evne til at vurdere virkeligheden og til at agere rationelt i den. Derfor må hensynet til den enkeltes ret til selvbestemmelse afvejes imod andre hensyn, først og fremmest ønsket om at drage omsorg for - tage sig af - den sindslidende og hensynet til beskyttelse af andre mennesker.

En central udfordring for det psykiatriske behandlingssystem består i at finde en balance mellem den *nødvendige indskrænkning* af visse patienters ret til selvbestemmelse på den ene side, og på den anden side ønsket om at udvise respekt for den enkeltes ønske om at have indflydelse på sin egen situation.

I den forbindelse må man skelne mellem autonomi og handlefrihed, selv om grænsen i dagligdagen kan være svær at trække. Handlefrihed betyder fravær af ydre hindringer mod at gøre det, man har tænkt sig at gøre. Der stilles andre krav, før man kan betragte en beslutning eller en handling som udtryk for autonomi. Dels skal beslutningen eller handlingen basere sig på en god forståelse af den situation, man befinder sig i og skal agere i, samt af de konsekvenser, en bestemt handling kan have. Dels skal beslutningen eller handlingen foregå uden unødigt indblanding fra andre (Kappel 1993).

Hvis en åbenbart psykotisk patient modsætter sig behandling med den begrundelse, at han eller hun ikke fejler noget, og personalet herefter afstår fra at behandle, så er det udtryk for handlefrihed. Vi respekterer vedkommendes handlefrihed ved ikke at tvinge ham eller hende til at undergå behandling. Men det er ikke sikkert, at vi dermed respekterer vedkommendes autonomi i betydningen evnen til at træffe rationelle valg på baggrund af en passende forståelse af sammenhængen.

Psykotiske mennesker har per definition en forvrænget virkelighedsopfattelse; de er på nogle områder ude af stand til at vurdere situationen rationelt og ude af stand til at overskue konsekvenserne af deres handlinger. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at de er ude af stand til at tage stilling til spørgsmålet om behandling. De kan for det første være plaget af vrangforestillinger på andre områder, men alligevel på baggrund af deres erfaringer have en ganske god forståelse af, hvad den foreslåede behandling indebærer. For det andet kan det godt være, at vi bør respektere deres synspunkter med hensyn til behandling, selv om den i nogen grad er påvirket af psykosen. Psykiatriske patienter kan naturligvis i nogle tilfælde have svært ved at forstå og håndtere information, men de har på den anden side i mange tilfælde erfaringer fra tidligere behandlingsforløb, der gør, at de véd, hvad det vil sige at blive underlagt forskellige former for behandling.

Spørgsmålet om, hvorvidt man i en konkret situation skal underlægge en patient tvangsforanstaltninger, må derfor besvares på baggrund af en meget nøje afvejning af det terapeutiske mål og baggrunden for patientens afvisning af tilbudet om behandling.

Det, at sindslidelsen rammer folks tanker og følelser så grundlæggende, kan til tider foranledige til, at man ikke lytter til dem, og at man undlader at behandle dem som seriøse voksne mennesker med forståelige ønsker og meninger. Det er dog vigtigt, at dette ikke fører til en fuldstændig tilsidesættelse af sindslidendes mulighed for selvbestemmelse. Omgivelserne bør lytte til patienterne og lægge vægt på deres egne udlægninger af symptomer og af behandlingens virkning. Psykiatriloven indeholder bestemmelser om, at personalet på institutionen skal gøre meget ud af at forsøge at opnå samtykke til behandlingen. Overlægen skal, når han fremlægger en behandlingsplan for den enkelte, søge at sikre sig, at vedkommende har forstået, hvad planen indebærer osv. Ikke desto mindre hævder mange fortsat, at der ikke gøres tilstrækkeligt for at inddrage patienterne i behandlingen. Der findes undersøgelser, der viser, at de fleste psykiatriske patienter, der gives fyldestgørende information, er villige til at indgå i behandlingen (Miller 1991).

6.3.4 Beskyttelse af andre mod overgreb fra sindslidende

Afinstitutionaliseringen af psykiatrien - den udvikling hvorved ca. to trediedele af de psykiatriske sengepladser er blevet nedlagt over en tyveårig periode - har betydet, at flere sindslidende bor og lever ude blandt andre mennesker. Flere mennesker har derfor mulighed for at støde på sindslidende i deres dagligdag. Det var en del af den ideologiske baggrund for afinstitutionaliseringssprojektet, at de sindslidende skulle integreres i det øvrige samfund.

Realiteten er imidlertid mange steder blevet den, at de sindslidende er isolerede i lokalsamfundene, og at mange mennesker er bange for dem. Dette beror bl.a. på, at de distrikts- og socialpsykiatriske tilbud, der skulle erstatte institutionsanbringelse, erfaringsmæssigt ikke har været i stand til at dække behovene, og at der derfor er sindslidende rundt omkring, som er uden fornøden kontakt til behandlingssystemet.

Beretninger om kriminalitet begået af sindslidende og om folk, som bliver forfulgt og truet af en sindslidende nabo, fører ofte til overskrifter i medierne og til krav om, at det skal være lettere at tvangsanbringe sindslidende. Folk oplever bl.a., at henvendelse til politiet har begrænset effekt, fordi det kan være vanskeligt at få sindslidende tvangsindlagt, og fordi patienterne tit bliver udskrevet ret hurtigt efter, at de er blevet indlagt. Mange mennesker føler, at sindslidende udgør en urimelig fare for uskyldige mennesker, og nogle argumenterer for, at man bør drage den konsekvens at indskrænke de sindslidendes frihed, bl.a. ved at behandlingssystemet skal kunne fastholde sindslidende i behandling i længere tid.

Almindelige retssikkerhedsbetragtninger tilsiger dog formentlig, at man skal være varsom med at tilbageholde sindslidende på spinkle mistanker om farlighed. Det er jo vigtigt at være opmærksom på, at langt største parten af de sindslidende ikke er kriminelle, og derfor ikke udgør en fare for deres omgivelser. Samtidig er det meget vanskeligt at forudse hvilke sindslidende, der faktisk kan blive farlige, og det er jo vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er normalt i dansk ret at tilbageholde folk alene på mistanke om, at de kunne finde på at begå noget kriminelt.

Igen her er der tale om, at man må søge at finde en balance mellem at beskytte folk i almindelighed

mod farlige og chikanerende sindslidende på den ene side, og på den anden side at beskytte sindslidende imod ubegrundede indskrænkninger i deres frihed.

6.3.5 Sikkerhed mod fejl og overgreb inden for psykiatrien

Når psykiatrien i dag fremstår som et særlig kontroversielt lægeligt speciale, hænger det naturligvis primært sammen med, at psykiatere reelt har beføjelser til at underlægge folk tvangsforanstaltninger, herunder tvangsbehandling. Særligt den såkaldte musefældeklause", hvorved frivilligt indlagte patienter kan tvangstilbageholdes, gør at folk kan have en vis ængstelse for at konsultere psykiatere.

Disse beføjelser stiller høje etiske krav til psykiaterne og er samtidig baggrunden for, at mange mener, at der er behov for en tæt regulering af praksis inden for psykiatrien.

Når psykiatrien fremstår kontroversiel, skyldes det imidlertid også, at psykiatere for mange mennesker står som eksponenter for en sygeliggørelse af sociale og personlighedsmæssige afvigelser. Grænsen mellem individuelle afvigelser fra gængse normer og egentlig psykopatologisk adfærd er ikke klar. Hvor går grænsen mellem at være sær eller original og en behandlingskrævende psykiatrisk diagnose? Hvad består behandlingen i? Virker den på den bagvedliggende lidelse, eller er det bare ren bedøvelse af sanserne?

Samtidig er psykiatriens omdømme nok også stadig farvet af de til tider bitre faglige modsætninger, der har været mellem folk, der arbejdede med sindslidende. Den antipsykiatriske bevægelse, der opstod i slutningen af 60'erne, kritiserede psykiatriens sygeliggørelse af afvigelser fra normerne, og nogle hævdede, at psykiske lidelser ikke skulle forstås som sygdomme, men snarere som sunde reaktioner på et sygt samfund, og at sindslidende måtte behandles gennem samtale og gruppeterapi ude blandt folk, ikke med medicin og tvang. Der er i dag formentlig udbredt enighed om at betragte alvorlige sindslidelser som sygdomme, men der er stadig massiv kritik fra mange sider af gængse behandlingsprincipper (jf. kapitel 5).

Psykiatriens omdømme er også præget af, at disciplinen er historisk belastet. Fra psykiatriens danske historie kendes talrige beretninger om fejldiagnoser og overgreb. Fra totalitære regimer i udlandet kendes eksempler på grov udnyttelse af psykiatrien til opnåelse af politiske mål. Inden for dansk psykiatri har man altid lagt afstand til den form for misbrug og overgreb, som i udlandet fandt sted i psykiatriens navn. Ikke desto mindre har disciplinen stadig svært ved i nogens øjne at løsrive sig fra forestillinger om undertrykkende tankepoliti" mv.

Dette er noget af baggrunden for, at der er krav om regulering af psykiatrien og beskyttelse mod overgreb og fejl inden for psykiatrien. Der er krav om, at de beføjelser, som det psykiatriske system besidder over for sindslidende, udnyttes korrekt, og om at ikke-sindslidende kan være sikre på ikke at blive underlagt psykiatrisk behandling.

6.4 Iboende konflikter

For at tilgodese hvert af disse idealer kræves der bestemte lovmæssige rammer. Ved fastlæggelsen af disse rammer kan man betone forskellige aspekter ved behandlingen af sindslidende: de psykiatriske patienters frihedsrettigheder, mulighederne for at gennemføre forsvarlig behandling, behovet for at afskærme farlige sindslidende fra det øvrige samfund, etc.

Det er indlysende, at disse idealer kan være i modstrid med hinanden, og at der kan opstå konflikter i bestræbelserne på at realisere dem hver især:

Mellem respekt for personen og omsorgspligten over for sindslidende: Hvordan sikrer man, at man på den ene side respekterer patientens autonomi og tager hensyn til vedkommendes ønske om selvbestemmelse, og på den anden side at de sindslidende, der vitterligt har behov for psykiatrisk behandling, får nødvendig behandling?

Mellem respekt for personens autonomi og ønsket om at beskytte andre mennesker: Hvordan sikrer man, at hensynt til den sindslidendes selvbestemmelse ikke betyder, at omgivelserne - de pårørende, naboer osv. - udsættes for urimelig chikane fra den sindslidendes side? Hvor går grænsen mellem,

hvad man som pårørende, na boer, osv. bør tolerere, og hvad der må betragtes som urimelig ge ne eller direkte fare?

Mellem omsorgspligten over for de sindslidende og ønsket om at beskytte andre mennesker: Hvordan træffer vi beslutninger i dilemma et imellem på den ene side at beskytte omgivelser og på den anden side at tage hensyn til, at sindslidende i nogle tilfælde erfaringsmæssigt får det dårligere, hvis de bliver indlagt på en psykiatrisk institution, som vi kender dem i dag.

Mellem omsorgspligten over for sindslidende og ønsket om at beskytte folk mod misbrug af psykiatrien: Hvordan sikrer vi på den ene side nødvendig tvangsanvendelse, og på den anden side at mennesker ikke udsættes for unødvendig tvang eller andre indgreb fra psykiatriens side, og at adgangen til tvangsanvendelse ikke åbner mulighed for forfølgelse af andet end velbegrundede terapeutiske mål?

Mellem ønsket om at beskytte andre mennesker og ønsket om at beskytte folk mod misbrug af psykiatrien: Hvordan sikrer vi, at folk i al mindelighed beskyttes imod farlige eller chikanerende sindslidende, samtidig med at vi ikke åbner mulighed for misbrug og ubeføjet tvangsanvendelse?

Mellem omsorg og respekt for værdighed: Hvordan varetager man omsorg for meget plagede sindslidende uden at krænke deres værdighed, hvis de f.eks. er meget aggressive? Hvordan afvejer man hensynet til omsorgen for de andre på en afdeling mod respekten for en voldsom patients værdighed og integritet.

Mellem respekt for værdighed og respekt for selvbestemmelsesret: Kan man være nødt til at indskrænke folks selvbestemmelsesret for at beskytte deres værdighed? Hvad med den sindslidende som under sygdom f.eks. blottet sig over for andre mennesker og så den skammer sig forførdeligt? Hvordan trækkes en sådan grænse?

Mellem beskyttelse af andre og respekt for værdighed: Hvor stor skal frygten/risikoen for et overgreb fra en sindslidende være, før man krænker privatlivets fred og f.eks. underretter myndigheder og behandlere om en afvigers særheder?

Disse konflikter har karakter af ægte dilemmaer. Der ligger ingen salomoniske løsninger og venter. Man må i stedet søge at finde frem til bæredygtige kompromiser mellem de forskellige hensyn. Den nugældende lovgivning er udtryk for en række kompromiser mellem forskellige idealer eller hensyn. Det samme vil være tilfældet med lovgivningen i fremtiden. Dette betyder ikke, at arbejdet med at udforme den kommende lovgivning er nyttesløst. Man må tværtimod fortsætte med at udvikle ikke bare de lovmæssige rammer på psykiatriområdet, men behandlingen af sindslidende i det hele taget ud fra løbende diskussioner af, hvad der er rimeligt, og hvad der er behov for. Man må dog være opmærksom på, at de kompromiser, der i ét perspektiv ser rimelige ud, fra et andet perspektiv fremstår kritisable. Man skal ikke gøre sig håb om at kunne bilægge konflikterne en gang for alle.

6.5 Etisk refleksion

Som det fremgår af ovenstående, er der en række etiske spørgsmål, der knytter sig til behandlingen af sindslidende, herunder navnlig til anvendelsen af tvangsforanstaltninger. Tilsiger patientens tilstand en paternalistisk tilsidesættelse af vedkommendes selvbestemmelsesret med henblik på at gennemføre nødvendig behandling? Forventes det, at den behandling, man er i stand til at tilbyde, kan opveje den følelse af overgreb, som mange psykiatriske patienter forbinder med tvang? Bør man, i betragtning af det tilbud man er i stand til at give den sindslidende, afstå fra at tvangsbehandle, selv om det ville have en umiddelbar terapeutisk effekt, fordi det i et overordnet perspektiv ville gavne patienten mest at lade være?

Når disse spørgsmål presser sig på, er det fordi disse problemer *uundgåeligt* er knyttet til behandlingen af folk med sindslidelser. Det skyldes ikke, at der har udviklet sig en særlig lemfældig praksis i det psykiatriske behandlingssystem i Danmark, eller at der er særlige mangler i lovgivningen. Problemstillingen har mere universel karakter.

Det Ethiske Råd har på denne baggrund drøftet, hvordan man kunne formulere de nødvendige kompromiser mellem de fire nævnte idealer med henblik på den forestående revision og psykiatriens

udvikling i det hele taget. De konklusioner, som rådet er nået frem til, har en række anbefalinger, som fremkommer i redegørelsens kapitel 7.

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at en række af de problemer, man i dag står over for, må søges løst ved, at man i dagligdagen på de psykiatriske behandlingsinstitutioner på systematisk vis gør sig etiske overvejelser og diskuterer etiske spørgsmål: Er det rigtigt, det vi gør her? Burde vi have handlet anderledes i den situation? Kan vi fremover håndtere den og den type situation bedre?

Dette gælder ikke mindst i spørgsmålet om anvendelsen af tvang. Der er ikke grund til at tvivle på, at personalet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner generelt kun benytter sig af tvangsforanstaltninger, som ud fra et rimeligt skøn om patientens tilstand og de forebyggende omstændigheder må betragtes som nødvendige. Der kan imidlertid igennem årene være blevet udviklet nogle rutinesvar på spørgsmål om begrundelserne for tvangsanvendelsen. Der kan være grund til at undersøge holdbarheden af disse svar, for at se om en øget etisk refleksion over disse eventuelt kan føre til, at man på nogle punkter ændrer praksis.

Tvangsanvendelse retfærdiggøres normalt med en eller flere af følgende begrundelser (Bernt 1995):

1. "Vi vil give dig den behandling, du har brug for",
2. "Vi vil tage os af dig",
3. "Vi vil beskytte dig" eller
4. "Vi må beskytte os selv".

Problemet er, at disse begrundelser ofte blandes sammen på en måde, så de ikke bliver undersøgt til bunds hver for sig (Bernt 1995). Det er vigtigt, at man i forbindelse med overvejelser om tvangsanvendelse åbent diskuterer, hvilken eller hvilke af de ovennævnte grunde, der kan gives for at gribe til sådanne foranstaltninger. I nogle tilfælde vil det måske vise sig, at der er problemer forbundet med disse begrundelser. F.eks. er der jo gode grunde til at anvende tvang imod en sindslidende, der er til fare for omgivelserne; men hvor nærliggende og tungtvejende skal risikoen for andre mennesker være?

Der er behov for, at personalet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner tilskyndes til og får gode rammer til at overveje, hvorvidt og hvordan de kan retfærdiggøre en bestemt praksis. Det er muligvis svært at finde tiden i et stramt program i dagligdagen, men det er af afgørende betydning for at kunne yde den bedst mulige indsats i behandlingen af de sindslidende.

I den henseende kunne der muligvis hentes inspiration fra andre områder, hvor man har arbejdet med udviklingen af principprogrammer eller en såkaldt 'code of conduct'. Ved at iværksætte en sådan proces, kunne man netop stimulere etisk refleksion og dialog iblandt personalemedlemmerne indbyrdes og i forhold til brugere og ledelse. Det er f.eks. oplagt, at det arbejde, der er udført med formuleringen af *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien* (Sundhedsstyrelsen 1995), bør følges op af en proces, hvor man fra centralt hold tilskynder til og påser, at man på de enkelte afdelinger systematisk undersøger, hvordan disse målsætninger omsættes til praksis. Igennem et sådant arbejde vil man netop kunne drøfte hvilke etiske problemer, der er forbundet med behandling og pleje af sindslidende, og evt. stimulere kreativiteten i forsøgene på at løse problemerne.

Rådet har i forlængelse heraf tilstræbt i sine anbefalinger også at foreslå ændringer, der har til hensigt at stimulere etisk refleksion og dialog i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingen for hver enkelt patient.

I den forbindelse er det nødvendigt at være opmærksom på, at for snævre økonomiske rammer for driften af de psykiatriske behandlingsinstitutioner kan vanskeliggøre etisk refleksion og dialog omkring det daglige arbejde med de sindslidende. Det kan i givet fald medføre, at personalet somme tider tvinges til at handle på måder, som de i udgangspunktet finder betænkelige, u hensigtsmæssige eller endog dybt uetiske. Det fremmer næppe engagementet i en diskussion om, hvordan man bedst muligt håndterer forskellige etiske problematiske situationer, at man konkret ikke har mulighed for at gøre det

nær så godt, som man gerne vil. Selv om spørgsmålet om de økonomiske rammer for behandlingen af de sindslidende i det danske samfund og den måde, hvorpå der konkret disponeres over de midler, som er til rådighed, i det store og hele falder uden for rammerne af denne redegørelse, er det nødvendigt at være opmærksom på, at i dagligdagen er de to spørgsmål svære at skille ad.

7. Det Etske Råds stillingtagen

7.1 Indledning

Det Etske Råds anbefalinger er udformet i lyset af de senere års ganske omfattende debat, som er beskrevet i redegørelsens kapitel 5. Det overordnede etiske udgangspunkt for det samlede sæt af anbefalinger er ridset op i redegørelsens kapitel 6. Det Etske Råd har ønsket at tage stilling til centrale spørgsmål af generel betydning for psykiatriske patienter.

Som nævnt i det foregående kapitel består der en række etiske og praktiske dilemmaer, som aldrig helt vil kunne ophæves, idet de forskellige hensyn på området er vanskelige at forene. Det Etske Råd har ved formuleringen af sin stillingtagen lagt særlig vægt på, at mange psykiatriske patienter er meget udsatte og ude af stand til at tage vare på sig selv og skabe sig et tilfredsstillende livsindhold. Udover at have et behov for behandling og lindring af de umiddelbare symptomer, har en stor gruppe sindslidende derfor også behov for omsorg og støtte i dagligdagen; for botilbud, væresteder, beskæftigelse, undervisning mv. Som omtalt i redegørelsens kapitel 6 bør den helt overordnede målsætning for indsatsen i forhold til psykiatriske patienter være dobbelt: dels den bedst mulige sundhedsmæssige indsats med henblik på behandling af selve sindslidelsen; dels en bredere social indsats med henblik på at give psykiatriske patienter de bedst mulige vilkår for livsudfoldelse.

7.2 Den nugældende psykiatrilov

Det er Det Etske Råds vurdering, at psykiatriloven fra 1989 har ført til betydelige fremskridt for de tvangsundergivne og frihedsberøvede psykiatriske patienter. Bestemmelserne vedrørende de lokale patientklagenævn og patientrådgiverordningen øger patienternes sikkerhed imod ukorrekte afgørelser, og skaber en bredere kontakt mellem det psykiatriske behandlingssystem og omverdenen. Ligeledes har retten til fast vagt ved bæltfiksering og beskikkelse af patientrådgiver ført til en forbedring af vilkårene i forbindelse med tvangsanvendelse. Det er endvidere muligt, at indførelsen af tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse, fordi de stimulerer til faglig refleksion og dialog, har medvirket til at begrænse brugen af tvang generelt. Loven inddrager dog ikke spørgsmålet om objektivt erstatningsansvar for uberettiget tvangsindgreb.

Det er vanskeligt at afgøre om psykiatrilovens øvrige bestemmelser er med til at mindske psykiatrisk tvangsanvendelse. Afgørelser om tvang inden for psykiatrien er i høj grad skønsbetonede, og juraen kan derfor kun i meget begrænset omfang fastlægge snævre rammer for disse afgørelser. Psykiatrilovens betoning af basale principper om retssikkerhed og menneskerettigheder har dog utvivlsomt en væsentlig betydning i den forstand, at den kan være med til at påvirke holdningerne til behandling af sindslidende både inden for behandlingssystemet og i samfundet generelt.

Loven regulerer alene spørgsmål om tvangsanvendelse inden for psykiatrien. Den regulerer således alene frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Den bidrager dermed kun lidt til at styrke sindslidendes krav om støtte, omsorg og behandling, hvilket bl.a. bunder i, at forslag om forskellige konkrete, indholdsbestemte (materielle) patientrettigheder ikke blev indføjet i loven. Psykiatriloven skulle øge patienternes retssikkerhed, men den har ikke bevirket nogen faktisk sikkerhed for god behandlingsstandard. Der fulgte nemlig stort set ingen ekstra ressourcer med alle de nye regler.

Samtidig berører loven slet ikke spørgsmål om udbygning af distriktspsykiatrien og de sociale tilbud. Den udstikker ikke retningslinier for de tilbud om støtte, omsorg og behandling, udskrevne patienter bør have, ligesom den heller ikke understøtter ikke-medicinsk og ikke-hospitalsmæssig behandling.

Der er derfor næppe tvivl om, at selv om psykiatriloven skal revideres på nogle afgørende punkter, så er der også behov for andre typer af politiske initiativer, som sigter imod at forbedre vilkårene på de psykiatriske afdelinger og i distriktspsykiatrien og styrke den sociale indsats over for disse grupper.

7.3 Hospitals-/distrikts-/socialpsykiatri

Der er inden for de sidste tyve år sket en dramatisk omlægning af indsatsen over for sindslidende i Danmark. I løbet af en kort årrække er der blevet nedlagt et stort antal sengepladser på de psykiatriske afdelinger. Samtidig er der taget skridt til oprettelse og udbygning af en række distriktspsykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Den principielle målsætning bag denne udvikling har været så vidt muligt at normalisere sindslidendes vilkår. De fleste betragter sigtet bag denne omlægning som rigtig.

Der har imidlertid ikke været den nødvendige sammenhæng mellem udbygningen af de distrikts- og socialpsykiatriske tilbud og nedlæggelsen af sengepladser på de psykiatriske afdelinger. Der er stadig store mangler ved de tilbud sindslidende gives uden for hospitalsregi. Mange patienter får ingen eller kun utilstrækkelig støtte til at klare sociale og personlige problemer. Mange sindslidende er uden ordentlig kontakt med behandlingssystemet og må leve med mere eller mindre ubehandlede lidelser. Patienter, som ville have kunnet klare sig med et mere tilfredsstillende ambulant behandlingstilbud, modtager ikke et sådant eller tager ikke imod det, og det betyder i nogle tilfælde ligefrem, at deres tilstand bliver så dårlig, at de må indlægges. Omvendt er der på nogle psykiatriske afdelinger et stærkt pres i retning af at udskrive patienter, som egentlig ikke er klar til udskrivning, men som optager plads for mere akutte tilfælde.

Der er med andre ord et stort og udækket behov for yderligere udvikling af hele det spektrum af tilbud, som det samlede psykiatriske behandlingssystem kan give. Der er i den forbindelse også et klart behov for en bedre samordning af indsatsen med udgangspunkt i den enkelte sindslidendes særlige behov for lægelige eller sociale ydelser. Ikke mindst i forbindelse med den indsats, der skal leveres, efter at patienten er blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling, må der lægges vægt på, at de tilbud, der gives, er tilpasset den enkelte sindslidendes behov og tager udgangspunkt i vedkommendes forudsætninger.

De senere års udvikling har, uanset om det skyldes en for hurtig nedlæggelse af sengepladser eller for ringe udbygning af distrikts- og socialpsykiatrien, ført til store problemer. Det Etske Råd mener, at det må undersøges, om der i løbet af de senere år er nedlagt så mange sengepladser på de psykiatriske afdelinger, at der er behov for at genoprette pladser for at have kapacitet til at indlægge og behandle de patienter, der har behov for det, og beholde dem så længe, at det synes forsvarligt at udskrive dem. Hvis det synes at være tilfældet, må der gøres en indsats på dette område. Det Etske Råd er grundlæggende af den opfattelse, at udviklingen i retning af at normalisere psykiatriske patienters tilværelse, ved at give dem mulighed for at leve og bo uden for de psykiatriske afdelinger, er rigtig og ønskværdig. Rådet mener imidlertid ikke, at en principiel tilslutning til denne generelle udvikling må komme til at stå i vejen for en evt. nødvedig udbygning af de psykiatriske afdelingers sengekapacitet. Hvis man ud fra behandlingsmæssige principper vurderer, at man har lagt snittet et forkert sted, så bør man overveje at udvide de psykiatriske afdelinger. Men man skal oprette sengepladser på de psykiatriske hospitalsafdelinger for at kompensere for mangler i distriktspsykiatrien og i de sociale tilbud, så skal man snarere styrke disse.

Der må i den sammenhæng tages højde for det forhold, at kvalitetsniveauet i distrikts- og socialpsykiatrien påvirker kapacitetsbehovet i hospitalspsykiatrien - og omvendt. En mangelfuld indsats over for psykiatriske patienter ude i samfundet bevirker i mange tilfælde et større behov for sengepladser, idet patienternes tilstand lettere forværres. Det tilbud, som psykiatriske patienter mødes med ude i samfundet, bør være af en sådan kvalitet, at hospitalsophold kun kommer på tale i sjældne tilfælde. Det er derfor nødvendigt at satse yderligere på oprettelse og udbygning af hele spektret af distrikts- og socialpsykiatriske tilbud. Det er rådets opfattelse, at der snarest fra politisk hold bør fastsættes ensartede og konkrete målsætninger for denne udbygning, så man sikrer, at der sker noget.

7.4 Patientrettigheder på det psykiatriske område

Spørgsmålet om, hvilke rettigheder, man bør have som patient i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, er genstand for en del debat i disse år. Der synes generelt at være udbredt enighed om, at patienter på både det somatiske og det psykiatriske område bør sikres et sæt såkaldt *processuelle rettigheder*, dvs. ret til information og ret til at få klager behandlet på betryggende vis, osv. Der er større uenighed om, på hvilke punkter patienter tillige bør sikres et sæt *materielle rettigheder*, dvs. positive rettigheder til bestemte ydelser, f.eks. i form af ventetidsgarantier på bestemte behandlinger eller ret til ophold på enestue.

Det Ethiske Råd er overordnet af den opfattelse, at indførelse af materielle patientrettigheder i form af lovbestemte rettigheder til bestemte behandlinger, evt. inden for bestemte tidsrum, er uhensigtsmæssigt (jf. rådets redegørelse om prioritering i sundhedsvæsenet). Dette skyldes for det første, at indførelsen af sådanne rettigheder kan føre til en skævvridning af sundhedsvæsenet, idet sundhedsmyndighederne for at leve op til sådanne lovfastsatte forpligtelser, ville være nødsaget til at opprioritere bestemte veldefinerede behandlinger på bekostning af f.eks. forebyggelsesarbejde eller behandlinger af kroniske eller mere diffuse lidelser, for hvilke der vanskeligt kan fastsættes deciderede retskrav. For det andet er indførelsen af materielle patientrettigheder uhensigtsmæssig ud fra en økonomisk betragtning, idet det vil betyde, at det vil blive meget vanskeligt at styre sundhedsvæsenets samlede økonomi og at sikre, at de ressourcer, der er til rådighed, bliver anvendt bedst muligt.

Ikke desto mindre mener rådet, at spørgsmålet om, hvorvidt psykiatriske patienter skal gives bestemte materielle patientrettigheder, f.eks. i form af rettigheder med hensyn til de forhold, de er indlagt under, må vurderes i lyset af yderligere tre betragtninger:

- 1) Anvendelsen af tvang i psykiatrien bør begrænses mest muligt. Anvendelse af forskellige former for tvang opfattes af patienten ofte som overgreb og kan være ødelæggende for det ofte helt nødvendige tillidsforhold mellem den sindslidende og sundhedspersonalet. Bedre forhold på afdelingen og bedre behandling hænger erfaringsmæssigt sammen med en mindre anvendelse af tvang. Ved at give sindslidende ret til f.eks. ophold på enestue vil man sandsynligvis kunne mindske tvangsansværelsen.
- 2) I det omfang man underlægger sindslidende tvangsforanstaltninger, påtager man sig også et ansvar for, at vedkommende behandles godt og rimeligt. Derfor bør man give sindslidende ret til ophold under rimelige forhold.
- 3) Selv om der findes velfungerende interessegrupper for sindslidende, fremstår sindslidende fortsat som en forholdsvis svag gruppe, der kan have svært ved at gøre sig gældende, når der skal foretages prioriteringer i sundhedsvæsenet.

Det Ethiske Råd mener på denne baggrund, at der er grund til at overveje indførelsen af særlige patientrettigheder for sindslidende.

7.4.1 God sygehusstandard

Der er generelt enighed om, at forholdene på mange psykiatriske hospitalsafdelinger er ringe med overbelægning og begrænsede aktivitetsmuligheder, og at der er behov for, at de bliver moderniseret. Det er fortsat kun 39% af samtlige psykiatriske senge, der findes på enestuer (på de almene, åbne psykiatriske afdelinger er 21% af sengene på enestuer, på de lukkede afsnit er 49% på enestuer) (Sundhedsministeriet 1996). Det til trods for, at sindslidende er meget sårbare, og at deres tilstand formentlig i mange tilfælde forværres, hvis de skal opholde sig på stue med højrostede eller urolige medpatienter.

Psykiatriloven pålægger sygehusmyndigheden et ansvar for, at forholdene på psykiatriske afdelinger svarer til god sygehusstandard. Det fremgår udtrykkeligt af loven, at dette ansvar er pålagt sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang. (Psykiatrilovens 2.)

Den nævnte bestemmelse giver imidlertid ikke den enkelte patient egentlige rettigheder f.eks. til eneværelse eller til adgang til frisk luft. Bestemmelsen har nærmest karakter af en henstilling fra Folketinget til sygehusmyndighederne om, at det i planlægningen skal tilstræbes at tilvejebringe fysiske rammer og forhold for de psykiatriske patienter, der under hensyn til områdernes forskelligartethed i hvert fald ikke er ringere end forholdene inden for det øvrige sygehusvæsen i den pågældende sygehuskommune. (Retsudvalgets betænkning over forslaget til psykiatriloven, FT 1988/89 B 1336.)

Et flertal i det såkaldte Kallehauge-udvalg foreslog som nævnt i kapitel 5 at indføre et sæt positive, materielle rettigheder for frihedsberøvede psykiatriske patienter, nemlig ret til:

- 1) ophold på enestue, når dette er lægeligt indiceret,
- 2) ophold under tidssvarende bygningsmæssige forhold,
- 3) passende tilbud om beskæftigelse og undervisning,
- 4) mindst 1 times ophold i frisk luft daglig, og
- 5) ledsaget udgang efter behov (Betænkning nr. 1109/1987).

Det Ethiske Råd mener, at der er gode grunde til at indføre et sæt materielle rettigheder for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Rådet lægger i den forbindelse - ligesom i øvrigt lovudvalget - betydelig vægt på, at der er en nøje sammenhæng mellem på den ene side omfanget af tvangsansværelsen og på den anden side de fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger.

Det er endvidere rådets opfattelse, at sådanne rettigheder ikke kun bør gælde for frihedsberøvede patienter, men at der i videst muligt omfang bør fastsættes sådanne rettigheder for alle indlagte på psykiatriske afdelinger. Ophold på en psykiatrisk afdeling kan være unødigt belastende også for ikke-frihedsberøvede patienter, hvis rammerne er utilstrækkelige, og der f.eks. ikke er mulighed for at trække sig tilbage for sig selv. Hertil kommer, at det til dels kan bero på tilfældige omstændigheder, om en patient på et givet tidspunkt har formel status som frihedsberøvet eller ikke. Rettigheder som de nævnte kan i øvrigt mindske brugen af tvang ikke blot i forhold til frihedsberøvede patienter, men også over for frivilligt indlagte. Ved at indføre rettigheder som de nævnte for alle, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, vil man desuden lettere kunne undgå at nedprioritere frivilligt indlagte patienter.

Med den nugældende retstilstand har den psykiatriske patient ingen konkrete retskrav vedrørende de fysiske rammer på afdelingen. En lovfastsættelse af minimumskrav bør betyde, at krav kan gøres retligt gældende over for sygehusmyndigheden, og at hvis patienten udsættes for en tilsidesættelse af konkrete retskrav, skal disse kunne håndhæves i kraft af en effektiv klageordning.

Det Ethiske Råd mener principielt, at alle, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, bør have mulighed for ophold på enestue. Man bør ikke være nødsaget til at placere indlagte sindslidende på flersengsstuer, med mindre der er udtryk for et ønske fra den sindslidendes side, eller det på anden måde skønnes hensigtsmæssigt af hensyn til vedkommende. Rådet mener således ikke, at retten til enestue som i forslaget fra Kallehauge-udvalget skal begrænses til, når det kan siges at være lægeligt indiceret.

Det Ethiske Råd er opmærksom på, at det i forbindelse med indførelse af konkrete patientrettigheder som de nævnte vil koste betydelige beløb at renovere nedslidte og uhensigtsmæssigt indrettede psykiatriske afdelinger og at råde bod på utilstrækkelige personalenormeringer.

Det er derfor ønskeligt, at man i forbindelse med den anbefalede gennemførelse af særlige rettigheder for psykiatriske patienter tager stilling til størrelsesordenen af de nødvendige merbevillinger til anlæg og drift, og at dette lægges til grund, når de statslige, amtslige og kommunale myndigheder fastlægger rammerne for de kommende års budgetter. Det bør sikres, at de overordnede politiske forventninger, som Folketinget ville tilkendegive ved en eventuel lovfastsættelse af særlige patientrettigheder for psykiatriske patienter, reelt indfries i alle dele af landet. Udviklingen bør derfor kontrolleres, ligesom der om fornødent må søges ind over for de sygehusmyndigheder, som ikke måtte leve op til fastsatte

mål.

7.4.2 Ret til differentieret behandlingstilbud

Det Ethiske Råd finder det principielt af væsentlig betydning for værnet om psykiatriske patienters personlige integritet og for opnåelsen af det bedst mulige tillidsforhold mellem den psykiatriske patient og behandlingssystemet, at der i psykiatriloven sker en tydeliggørelse og sikring af, at behandlingen i videst mulig udstrækning bør foregå under inddragelse af patientens egne oplevelser af sine symptomer og under størst mulig hensyntagen til patientens egne ønsker med hensyn til valg af behandlingsform.

For psykiatriske patienter er det, ligesom for andre patienter, af stor betydning at have indflydelse på den behandling, man skal have. En del psykiatriske patienter ønsker enten at blive helt fri for medicinsk behandling eller er kun indstillet på at modtage sådan behandling, hvis de kan blive fri for visse præparater eller doseringer. Medicinsk behandling af sindslidelser er i reglen ikke helbredende, men alene symptomdæmpende, og behandlingen er ofte forbundet med mærkbare og væsentlige bivirkninger. Nogle patienter oplever ligefrem, at medicinsk behandling har en dramatisk virkning på deres personlighed, og at den svækker fornemmelsen af at være rigtigt i live. Nogle af disse patienter vil derimod være positivt indstillet til andre behandlingsformer. Nogle psykiatriske patienter vil således gerne have en eller anden form for psykoterapi i stedet for eller sammen med medicinsk behandling.

Det er klart, at sindslidendes udsagn om hvilke behandlinger, om overhovedet nogen, de vil acceptere, i nogle tilfælde kan være påvirket af deres psykotiske tilstand. I sådanne tilfælde må lægerne vurdere, hvad de skønner er bedst for patienten og evt. ved tvang gennemføre den pågældende behandling. Principielt er der imidlertid grund til at tage psykiatriske patienters ønsker vedrørende deres behandling lige så alvorligt som andre patienters. Det er kun de færreste psykiatriske patienter, som helt savner evnen til at forholde sig til deres egen tilstand og til, hvad der sker med dem. Der er formentlig en mindre gruppe af patienter, som forbigående eller varigt er uden sygdomserkendelse, men også for disse patienters vedkommende er hensynet til at undgå unødige krænkelser af den personlige integritet væsentligt.

Det Ethiske Råd mener derfor, at det lægefaglige personale i hvert enkelt tilfælde skal overveje at vælge en behandling, som patienten kan acceptere, uanset at den ud fra et strengt lægeligt synspunkt forekommer mindre effektiv end en anden behandling, som kun kan gennemføres ved anvendelse af tvang, således som det for så vidt også fremgår af 2 i Bekendtgørelse 1989-09-21, nr. 617 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger.

Derfor bør det endvidere være et ufravigeligt krav til de psykiatriske afdelinger, at der faktisk er mulighed for at tilbyde forskellige typer af behandlinger. Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at det bør fremgå af lovgivningen, at forpligtelsen til at tilbyde ophold og behandling svarende til god sygehusstandard også omfatter en forpligtelse til at tilvejebringe et differentieret behandlingstilbud på de psykiatriske afdelinger, dvs. tilbud om såvel medicinsk som psykoterapeutisk behandling.

I forlængelse heraf mener Det Ethiske Råd endvidere, at man bør overveje en form for anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling. For sindslidende skulle en sådan forhåndserklæring give mulighed for at tilkendegive, hvilke typer af behandling, man vil acceptere, hvis man skulle havne i en situation, hvor sindslidelsen gør en ude af stand til at handle rationelt. I princippet kunne en sådan erklæring både rumme mulighed for negative og positive tilkendegivelser, dvs. både tilkendegivelser om, hvilke former for behandling, man vil have sig frabedt, og tilkendegivelser om, hvilke behandlinger man ønsker, hvis en bestemt tilstand skulle indtræffe. En anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling vil i øvrigt være i overensstemmelse med artikel 9 i Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin.

Det er klart, at der er gode grunde til at afvise, at sådanne forhåndserklæringer skulle kunne blive bindende, men man kunne evt. efter forbillede i Lægelovens bestemmelse om livstestamenter foreslå, at tilkendegivelserne blev vejledende. Forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling kunne herefter anerkendes som vejledende (ikke-bindende) forhåndstilkendegivelser, der må indgå i lægens overvejelser vedrørende behandlingen af den enkelte patient på linie med andre hensyn, vurderingen af sygdommens art og stadium, de foreliggende behandlingsmuligheder, patientens livssituation, de

pårørendes holdning mv.

En sådan anerkendelse ville give lægen en pligt til at undersøge, hvilke tilkendegivelser patienten tidligere er fremkommet med vedrørende behandlingen og dermed stimulere refleksion over midler og mål med behandlingen. Lægen skulle forpligtes til i patientens journal at begrunde, hvis han evt. vælger at afvige fra patientens tilkendegivelse i forhåndserklæringen. En anerkendelse af sådanne erklæringer indebærer dermed en principiel tilkendegivelse af, at psykiatriske patienter så vidt muligt bør have mulighed for at få indflydelse på den behandling, de skal have. Det er imidlertid samtidig klart, at der er visse praktiske problemer forbundet med en sådan anerkendelse. Hvilke formkrav kan der f.eks. stilles til erklæringen, og hvilken sikkerhed har man for at pågældende har været habil på det tidspunkt, hvor vedkommende afgav erklæringen?

7.4.3 Ret til fortsat ophold på en psykiatrisk afdeling

Presset på de psykiatriske afdelinger betyder, at det hænder, at nogle af de indlagte patienter udskrives, før de egentlig er egnede til udskrivning. Det indebærer i nogle tilfælde, at nok er patientens mest udtalte symptomer blevet dæmpet, men der er risiko for, at vedkommende hurtigt får tilbagefald og får behov for ny indlæggelse. Heraf kommer udtrykket "svingdørpatienter". Hvis sådanne patienter kunne forblive på afdelingen i længere tid, ville man dels kunne opnå bedre behandlingsmæssige resultater, dels skabe større tryghed både hos de sindslidende selv og hos de pårørende og andre mennesker i det miljø, de sindslidende kommer fra.

Psykiatriloven indeholder bestemmelser om, at tvangstilbageholdelse af en patient *skal* ske, hvis visse betingelser er opfyldt (jf. psykiatrilovens 9-10). Dette indebærer, at patienten kan siges at have et retskrav på fortsat at kunne opholde sig på afdelingen, hvis disse betingelser skønnes opfyldt. Betingelserne for frihedsberøvelse er på flere punkter særdeles skønsbetonede, så i et bredt grænseområde er det op til den ansvarige læges individuelle faglige skøn, om der kan ske udskrivning. Dette betyder, at lægen i det enkelte tilfælde vil kunne lade beslutningen påvirke af, hvor stort pres der på det pågældende tidspunkt er på afdelingen.

Psykiatriloven bygger i øvrigt på den klare forudsætning, at der kan være tilstrækkeligt grundlag for tvangstilbageholdelse så længe det ikke er rimelig sikkert, at patienten vil fortsætte med at indtage den fornødne medicin frivilligt. (Se således om frihedsberøvelse på behandlingsindikation bet. 1068/1987, s. 219.)

I tilfælde, hvor patienten ikke længere opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, kan der godt alligevel være behov for at beholde vedkommende på afdelingen. Det kan være tilfælde, hvor patientens psykotiske symptomer er dæmpet ned, og hvor patienten ikke i øjeblikket er sindssyg. Mange patienter kan i den situation fortsat være meget skrøbelige og have behov for såvel behandling som omsorg og støtte, men de har ikke længere krav på fortsat at kunne opholde sig på en psykiatrisk afdeling.

Det Ethiske Råd mener som udgangspunkt, at sygehusmyndigheden påtager sig et særligt *ansvar* for den sindslidendes helbred og velvære i det øjeblik, man underlægger vedkommende tvangsforanstaltninger. Derfor følger der efter Det Ethiske Råds opfattelse også en forpligtelse til at sikre, at patienter, der i forbindelse med en indlæggelse har været underlagt tvang, ikke udskrives, før der synes at være en rimelig sandsynlighed for, at de vil kunne klare sig udenfor den psykiatriske afdeling. Det Ethiske Råd mener derfor, at man for disse patienter skal overveje at indføre en ret til fortsat ophold på den psykiatriske afdeling, indtil de vurderes egnede til udskrivning, og de nødvendige foranstaltninger uden for hospitalet er i orden.

Rådet erkender dog, at man her står over for en problematik, hvor det kan være vanskeligt at finde tilstrækkeligt tungtvejende begrundelser for at indføre en sådan rettighed for psykiatriske patienter, som man ikke samtidig vil indføre for grupper af somatiske patienter. Det er derfor vanskeligt at adskille diskussionen af denne type rettighed fra en generel diskussion af materielle patientrettigheder i sundhedsvæsnet. Her står man i et dilemma mellem på den ene side at ønske at styrke retssikkerheden for de svageste patienter, f.eks. de gamle og de sindslidende, og på den anden side at undgå nogle af de ulemper, der er forbundet med indførelsen af materielle rettigheder, og som fik rådet til i sin

redegørelse om prioritering i sundhedsvæsnet at fraråde indførelsen af sådanne rettigheder.

7.5 Anvendelse af tvang i psykiatrien

Man kommer næppe uden om i nogle tilfælde at benytte tvang over for sindslidende. Det må imidlertid fastholdes, at tvangsanvendelse er et alvorligt indgreb, og man må derfor bestræbe sig på at begrænse sådanne foranstaltninger mest muligt. Der er flere grunde til, at man i videst mulig udstrækning skal undgå at anvende tvang:

1) At blive underkastet tvang er stærkt psykisk belastende for de sindslidende. De oplever, at det er et overgreb mod deres personlige integritet; de føler sig ydmyet. Det er samtidig for kært at tro, at tidligere tvangsundergivne patienter ofte sene re hen takker psykiaterne for, at de anvendte tvang mod dem (Hemmingsen 1996a).

2) Den kan være uhensigtsmæssigt med henblik på at nå et bestemt handlingsresultat. Anvendelsen af tvang kan skabe et modsætningsforhold mellem behandlere og patient og kan derfor ødelægge den såkaldte behandlingsalliance mellem patient og behandler, der ofte er en nødvendig forudsætning for en afgørende bedring af patientens tilstand. I Justitsministeriets psykiatrilovsundersøgelse fremhæves dette som et centralt problem (Maegaard Poulsen 1996).

Det Ethiske Råd mener derfor, at det må fastholdes som en central og meget vigtig målsætning for tilrettelæggelsen af behandlingen af de sindslidende i videst muligt omfang at begrænse anvendelsen af tvang. Det ligger i forlængelse af principperne om at tage patienten med i behandlingen" og ønsket om størst mulig frivillighed", at anvendelse af tvang begrænses til det mest nødvendige.

I de situationer, hvor man er nødt til at benytte sig af psykiatrilovens adgang til tvangsanvendelse, ligger det ligeledes i forlængelse af disse principper, at der gøres en stor indsats for at forklare patienterne, at tvangsforanstaltningen *ikke* er en straf, men led i en nødvendig behandling, og at man efterfølgende igennem samtaler søger at hjælpe den pågældende patient til at bearbejde den oplevelse af overgreb, der ofte er forbundet med at blive udsat for tvangsanvendelse.

Heri er der ikke noget nyt. Alle, der har med behandling af sindslidende at gøre, er enige i disse målsætninger. Når Det Ethiske Råd alligevel nævner det i denne sammenhæng, er det igen for at opfordre til refleksion og dialog om, hvorvidt praksis omkring tvangsanvendelse lever op til disse målsætninger.

7.5.1 Tvang og ikke-frivillighed

En anden problemstilling knytter sig til lovens definition af tvang og frivillighed. Af bemærkningerne til lovens 1, stk. 2, fremgår det, at hvis en patient hverken med ord eller i sin adfærd protesterer mod foranstaltningen, anses den som frivillig, selv om der ikke foreligger udtrykkeligt samtykke". Det betyder, at der kun er tale om tvang i de tilfælde, hvor patienten aktivt modsætter sig indgrebet.

Et norsk lovudvalg, der i 1988 fremsatte forslag til ny psykiatrilov, foreslog i overensstemmelse med Europarådets rekommandation nr. R. (83) et bredt defineret retligt tvangsbegreb: Ved tvangsbehandling forstås undersøgelse, behandling og omsorg på grund af psykiatrisk lidelse, uden at patienten selv har bedt om det eller samtykket i den" (NOU 1988:8;13 *egen oversættelse*). Forslaget blev dog ikke vedtaget. Det norske udvalg lagde i den forbindelse særlig vægt på, at en sådan definition af tvang ville indebære, at ikke blot de aktivt-protesterende, men også de tavse og forvirrede patienter gives de sikkerhedsgarantier og den beskyttelse, som kun regler i forbindelse med tvangsanvendelse kan give dem (NOU 1988:8; 116f.).

Kallehaug-udvalget afviste i forarbejderne til den gældende lovgivning tanken om et bredere tvangsbegreb af flere grunde:

- dels ville det medføre, at nogle patienter, som ikke er i stand til at afgive samtykke, skulle *tvangsindlægges*, *tvangstilbageholdes* eller *tvangsbehandles*,

- dels ville det betyde, at mange patienter, som ikke er i stand til at afgive samtykke, ikke kan

indlægges til behandling, hvis de ikke opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse,

- dels ville det betyde et omfattende administrativt merarbejde, der ikke står mål med den lille gevinst i form af øget retssikkerhed, man ville opnå (Justitsministeriet 1987:39f.).

Der er ingen tvivl om, at patienter i nogle tilfælde, hvor vedkommende behandles eller fikseres uden at have givet samtykke, reelt *ikke* oplever det, som om han eller hun er blevet undergivet tvang. Det kan være, fordi vedkommende i sin forstyrrede tilstand end ikke har registreret hændelsesforløbet, eller fordi der i vedkommendes tien faktisk har ligget et samtykke. Det er i sagens natur sværere helt generelt at tale om informeret samtykke, når det drejer sig om sindslidende, end når det drejer sig om andre patientkategorier, fordi sindslidelse i nogle tilfælde netop rammer folks evne til at vurdere sin situation på en rationel måde og handle derefter.

Det Ethiske Råd mener imidlertid, at det må fastholdes, at hvis en person *ikke* udtrykkeligt, stiltiende eller gennem sin adfærd har samtykket til en foranstaltning, kan den ikke betragtes som frivillig. Den kan dog heller ikke betegnes som tvang. Mellem frivillighed og tvang eksisterer der imidlertid en gråzone, som vel bedst kan betegnes som ikke-frivillighed. Spørgsmålet er herefter, om patienter, som ikke udtrykkeligt samtykker i en bestemt foranstaltning, men som heller ikke direkte protesterer, skal behandles, som om de frivilligt går med til pågældende foranstaltning? Eller om man omvendt bør betragte ikke-frivillighed som markant forskelligt fra frivillighed, og derfor bør indføre ikke-frivillige foranstaltninger i afdelingens tvangsprotokol og give patienter, der har været undergivet ikke-frivillige foranstaltninger ret til patientrådgiver.

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at man af hensyn til patienternes retssikkerhed bør indføre en bestemmelse, hvorefter ikke-frivillige foranstaltninger skal tilføjes afdelingens tvangsprotokol og udløse ret til patientrådgiver. Man åbner dermed samtidig mulighed for, at disse patienter kan klage over disse foranstaltninger. Det Ethiske Råd er opmærksom på, at man dermed belaster det sundhedsfaglige personale med yderligere administrative opgaver, men rådet mener, at en sådan ændring af loven er af principiel betydning, og samtidig er det rådets forventning, at der samlet set vil være tale om ganske få sager.

Der er efter Det Ethiske Råds opfattelse gode grunde til at anbefale en sådan ordning:

1) For det første vil det skabe større klarhed om, hvornår disse retssikkerhedsforanstaltninger bør træde i kraft. Som det er i dag, hersker der nogen uklarhed om, hvorvidt der foreligger tvang, hvis patienten først protesterer, men siden indvilliger i behandlingen med beklagelse eller resignation (Dahl Jensen & Paulsen 1991:37). Justitsministeriets psykiatrilovsundersøgelse viste også, at der er ganske store forskelle på, hvordan lov givningen bliver udlagt på forskellige afdelinger (jf. kapitel 4).

2) For det andet vil det styrke og beskytte patientens retssikkerhed. I en dansk sammenhæng ville en sådan definition betyde, at der skal beskikkes patientrådgivere i flere tilfælde, end i dag, og at der vil være større kontrol med omfanget og karakteren af den aktivitet, der befinder sig i gråzonen mellem frivillighed og tvang.

7.5.2 Upåagtet tvang

Ved siden af den tvangsansvendelse, der finder sted i forbindelse med f.eks. tvangsindlæggelse og tvangsbehandling, foregår der på de psykiatriske afdelinger også i et vist omfang forskellige former for retligt set upågtet tvang, ofte former for tvang, som ikke har noget direkte behandlingsmæssigt sigte. Det kan f.eks. dreje sig om tvangsbadning af en patient, eller om inddragelse af en patients frihed til at færdes i terrænet. Der kendes også eksempler på mindre indgribende former for tvang som f.eks. at hindre en patient i at telefonere, sende og modtage post eller modtage besøg. Noget af den skjulte tvang forekommer i tilknytning til håndhævelsen af en mere eller mindre klart fastsat, lokal husorden.

Der er næppe tvivl om, at det i en vis udstrækning er nødvendigt for personalet at betjene sig af sådanne former for begrænsning af nogle patienters råderum, enten af hensyn til sig selv, eller af hensyn til de andre patienter og for at opretholde en vis ro og omgængelighed på afdelingen. Opretholdelsen af en nogenlunde god stemning på afdelingen kan være et stort problem, særligt på

afdelinger med stærkt belastede sindslidende.

Samtidig er det dog afgørende at sikre, at disse former for tvang ikke anvendes vilkårligt, og at personalet også i disse situationer hele tiden må holde sig for øje, at også besværlige patienter skal behandles med værdighed. Dertil kommer, at man må undgå, at der forekommer deciderede overgreb eller misbrug. Det Etiske Råd mener derfor, at dette tvangsanvendelsesforhold bør hjemles i loven, f.eks. som en parallel til bistandslovens §14, stk.7, i form af en bemyndigelse til Justitsministeren til at fastlægge retningslinier for sådan tvangsanvendelse. Man kunne f.eks. forestille sig en bestemmelse om, at tvangsbadning eller midlertidige forbud mod at gå tur udenfor skal registreres på samme måde som tvangsmedicinering registreres i dag. En sådan øget registrering ville give bedre mulighed for at forholde sig mere direkte til den reelle tvangsanvendelse og efterfølgende gøre noget for at mindske den.

Det er imidlertid hverken praktisk muligt eller ønskeligt at udfærdige detaljerede lovbestemmelser med henblik på enhver tænkelig konkret situation. Man må også her søge at stimulere en etisk debat blandt personalet om det rimelige i sådanne indgreb. Den videre fagetiske diskussion kunne f.eks. finde sted i forbindelse med arbejdet med at udforme husordensregler for afdelingen. En øget diskussion blandt personalet om, hvad der må betegnes som tvang, eller om hvad formålet med disse former for mindre indgribende tvang er, vil givetvis føre til større opmærksomhed om disse forhold, øget etisk refleksion og formentlig også en bedre og mere velovervejet praksis.

7.5.3 Tvang i ambulat behandling

Det Etiske Råd ønsker at give udtryk for, at man finder de løst fremsatte forslag om at anvende tvang i forbindelse med ambulat behandling, f.eks. i form af såkaldt betinget udskrivning (se kapitel 5), stærkt betænkelige. Rådet finder det for det første betænkeligt så at sige at flytte tvangen ud i samfundet og dermed udviske grænserne mellem frihed og tvang. For det andet er man betænkelige ved nogle af konsekvenserne af en sådan ordning. Man kunne f.eks. frygte, at muligheden for såkaldt betinget udskrivning ville betyde, at man i nogle tilfælde måske af ressourcehensyn ville udskrive patienterne fra den psykiatriske afdeling, før de er egnede til det.

Det Etiske Råd mener som udgangspunkt, at patienter, der har det godt nok til ikke længere at være indlagt på en psykiatrisk afdeling, må være raske nok til at vurdere, om de ønsker at tage den ordinerede medicin eller ej. Selv om det ud fra et strengt lægeligt synspunkt vil være mere rationelt for dem at fortsætte med at tage medicin, kan det ud fra de sindslidendes eget synspunkt meget vel være rationelt at stoppe med medicinen, f.eks. for at undgå generende bivirkninger. Det er man nødt til at respektere.

En stillingtagen til forslag om indførelse af betinget udskrivning må imidlertid afhænge af, hvilke kriterier der opstilles for anvendelse af en sådan form for tvang. Man kan her forestille sig to muligheder:

1) Man fastholder de nuværende kriterier for tvangsanvendelse, nemlig at folk skal være sindssyge eller i en tilstand, der er at ligne hermed, og at de er til fare for sig selv eller andre, for at man kan undergive dem tvang. Her vil betinget udskrivning fremstå som et alternativ til behandling på en psykiatrisk afdeling, når det i øvrigt skønnes forsvarligt og hensigtsmæssigt. Det Etiske Råd mener, at der er positive elementer ved en sådan idé.

2) Betinget udskrivning skal være en mulighed for en anden gruppe patienter eller patienter, der efter at have været tvangstilbageholdt og behandlet, er i stand til at klare sig uden for den psykiatriske afdeling uden at være til fare for sig selv eller andre. Dermed har man imidlertid udvidet adgangen til anvendelse af tvang. Spørgsmålet er herefter: Hvilke kriterier skal patienten så opfylde for at kunne underlægges tvang i ambulat behandling? Og kan disse kriterier formuleres på en tilstrækkelig præcis måde, således at man undgår, at afgørelser om tvangsanvendelse bliver præget af vilkårlighed? Dertil kommer spørgsmålet om, hvordan man som patient kommer ud af den tvungne ambulante behandling: Hvilke kriterier skal man opfylde for ikke længere at være egnet til at blive underlagt tvang i ambulat behandling? Man kan frygte, at det kunne blive ganske vanskeligt for den sindslidende at blive fri for tvangsbehandling, hvis man først er kommet på den.

Der er også spørgsmålet om, hvad man skal stille op, hvis patienter, der er undergivet tvang i ambulante behandling, ikke møder op eller nægter at tage deres medicin; hvilke sanktioner skal man iværksætte? De fleste forslag bygger på den idé, at hvis patienten ikke tager imod behandling, må konsekvensen være at indlægge vedkommende på en psykiatrisk afdeling. Problemet med dette forslag er, at hvis ophold på en psykiatrisk afdeling kommer til at fremstå som for den sindslidende bliver opfattet som en sanktion eller straf, så vil det næppe styrke den tillid, patienten har til stedet, og dermed vil det vanskeliggøre etablering af en frugtbar behandlingsalliance mellem den sindslidende og behandlerne.

Endelig kommer spørgsmålet om, *hvornår* en sådan sanktion skal iværksættes. Skal det være i det øjeblik patienten ophører med at deltage i den ambulante behandling, eller først når vedkommendes tilstand er så ringe, at man er nødt til at skride til indlæggelse. De to tidspunkter kan naturligvis være sammenfaldende, men behøver ikke at være det. Hvis man vælger at vente med indlæggelsen, indtil patientens tilstand tilsiger det, vil bestemmelsen svare til den nuværende ordning, og derfor er det vel overflødig med en anden type ordning. Hvis man vælger den første mulighed og skrider til tvangsindlæggelse, idet patienten ophører med at følge behandlingen, kan man jo havne i den absurde situation, at man vil tvangsindlægge en person, som har det nogenlunde, men som er ophørt med at følge behandlingen, og hvor psykiateren derfor forudser, at tilstanden vil blive værre og nødvendiggøre indlæggelse.

Det er således Det Ethiske Råds opfattelse, at der er en lang række både principielle og mere praktiske problemer forbundet med indførelse af tvang i ambulante behandling. Det Ethiske Råd anerkender, at et centralt problem inden for behandlingen af sindslidende består i, at man i det distriktspsykiatriske system af og til mister kontakten med patienter, som derefter går rundt med ubehandlede sindslidelser. Rådet mener imidlertid, at der er grund til at være skeptisk over for, om indførelsen af en sådan ordning vil kunne løse nogle af disse problemer. Samtidig ville man formentlig kunne opnå de fleste af de fordele, der kunne være forbundet med en sådan ordning, *uden* at tage dette drastiske skridt, men ved at styrke det opsøgende arbejde og den distrikts og socialpsykiatriske indsats i det hele taget. Det Ethiske Råd mener derfor, at man bør arbejde for en styrkelse af denne opsøgende indsats, inden man videre overvejer indførelse af tvang i ambulante behandling.

7.6 Klager og tilsyn

Det psykiatriske område adskiller sig som bekendt fra det øvrige sundhedsvæsen ved, at det under bestemte omstændigheder er tilladt at indlægge, tilbageholde og behandle patienter mod deres vilje. Psykiatriloven giver som nævnt beføjelser til at undergive patienter tvang, hvis de er sindssyge eller i en tilstand, der kan ligestilles dermed, og hvis de er til fare for sig selv eller andre. Det er derfor af den største betydning for indlagte sindslidendes retssikkerhed, at der er mulighed for at indklage afgørelser om frihedsberøvelse og andre former for tvangsanvendelse, og at få disse klager behandlet af en uafhængig instans.

Fra mange sider vurderes det nugældende klagesystem imidlertid som uoverskueligt og trægt (jf. kapitel 5). Dette er et problem dels i forhold til behandlingen af den enkelte klage, dels mere generelt for indlagte sindslidendes *følelse* af sikkerhed for ikke at blive undergivet ubeføjet tvangsanvendelse.

Det Ethiske Råd mener, at man bør tilrettelægge klageadgangen, så den bliver så enkel og overskuelig som muligt. Rådet kan derfor tilslutte sig de forslag, der har været fremsat fra forskellig side om at etablere et énstrengt klagesystem. Rådet mener endvidere, at der er flere forhold, der taler for, at et sådant énstrengt klagesystem baseres på de lokale psykiatriske patientklagenævne, som dermed gives en bredere funktion, end de har i dag.

Når disse funktioner, efter Det Ethiske Råds opfattelse, i første instans bør samles i det lokale psykiatriske patientklagenævn fremfor f.eks. hos domstolene, hænger det bl.a. sammen med, at disse patientklagenævne formodentlig vil kunne opnå en tættere tilknytning til den enkelte psykiatriske institution og dermed et større kendskab til de konkrete forhold, som patienter og behandlere er underlagt. Desuden synes der med rette eller urette at forekomme en vurdering hos patienter og pårørende af domstolene som værende for ukritiske over for sygehusmyndighederne i klagesager, og

det risikerer at mindske troværdigheden og tilliden til klagesystemet. Endelig kunne en sådan ændring betyde kortere sagsbehandlingstider. Netop de lange sagsbehandlingstider er et ofte fremført kritikpunkt mod den gældende klageordning.

Det Ethiske Råd mener endvidere helt overordnet, at spørgsmål om frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse inden for psykiatrien *ikke* er et rent lægeligt anliggende. Der indgår naturligvis et meget væsentligt lægeligt klinisk skøn vedrørende patientens tilstand, behandlingsmuligheder, virkninger og bivirkninger af medicin og lignende. Men besvarelsen af disse lægelige spørgsmål afgør ikke i sig selv spørgsmålet om, hvorvidt patienten skal underkastes tvang eller ej. Dette må, som det også fremgår af psykiatrilovens §4, bero på en nøje afvejning af, hvorvidt det mål, man forventer at opnå ved anvendelse af tvang, står i et rimeligt forhold til indgrebets karakter. Her bør også patientens selvforståelse, vedkommendes oplevelse af overgreb i forbindelse med tvangsanvendelse, vedkommendes generelle oplevelse af institutionen og behandlingssystemet i det hele taget og dermed muligheden for at etablere en frugtbar behandlingsalliance mv. indgå i overvejelserne. Det er denne bredere betragtning, som patientklagenævne må formodes at skulle anlægge i behandlingen af klagesager.

Det Ethiske Råd foreslår derudover, at det lokale patientklagenavn får kompetence til at føre tilsyn med praksis omkring tvangsindlæggelse, tvangsindgreb, patientbehandling og institutionsmiljø. Ved at give patientklagenævne en sådan tilsynspligt kan man skabe større åbenhed omkring forholdene på de psykiatriske afdelinger, og behandlingssystemet kan i højere grad blive udfordret af kritiske vurderinger fra en udenforstående instans. Det ville formentlig være gavnligt med eksternt tilsyn og kritik af forholdene på de psykiatriske afdelinger, fordi en dialog med folk udefra kan sætte gang i en konstruktiv proces omkring udviklingen af de gældende forhold.

Der er en række fordele ved en sådan ordning:

- 1 Patienterne ville have sikkerhed for, at spørgsmål om tvangstilbageholdelse og anden tvangsanvendelse bliver gjort til genstand for seriøs etisk refleksion, fordi denne opgave netop bliver uddelegeret til et organ, der særligt skal have dette for øje.
- 1 Det vil skabe større retssikkerhed. Den nuværende, efterfølgende rutinekontrol og behandling af enkeltstående klagesager kan synes utilstrækkelig til at sikre patienternes retssikkerhed.
- 1 Endelig ville det formentlig gavne psykiatriens omdømme udadtil. Mere åbenhed ville give psykiatrien en større troværdighed og gøre den mindre myteomspundet.

7.7 Kvalitetsudvikling og øget etisk refleksion

Behandlingen af sindslidende er, som det fremgår af kapitel 6, uundgåeligt forbundet med en række etiske problemer. Nogle af de problemer, der opstår, kan gøres til genstand for lovmæssig regulering. Det er imidlertid Det Ethiske Råds opfattelse, at en række af de problemer, man i dag står over for, må søges løst ved, at man i dagligdagen på de psykiatriske behandlingsinstitutioner på systematisk vis gør sig etiske overvejelser og diskuterer etiske spørgsmål: Er det rigtigt, det vi gør her? Burde vi have handlet anderledes i den situation? Kan vi fremover håndtere den og den type situation bedre?

Dette gælder ikke mindst i spørgsmålet om anvendelsen af tvang. Der er ikke grund til at tvivle på, at personalet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner generelt kun benytter sig af tvangsforanstaltninger, som ud fra et rimeligt skøn om patientens tilstand og de forebyggende omstændigheder må betragtes som nødvendige. Der kan imidlertid igennem årene være blevet udviklet nogle rutinesvar på spørgsmål om begrundelserne for tvangsanvendelsen. Der kan være grund til at undersøge holdbarheden af disse svar, for at se om en øget etisk refleksion over disse eventuelt kan føre til, at man på nogle punkter ændrer praksis.

Det Ethiske Råd mener endvidere, at det er afgørende, at der på det psykiatriske område, ligesom på det somatiske område, gøres bestræbelser på at sikre kvaliteten af de ydelser, der leveres. Man kan endda hævde, at det er endnu vigtigere på det psykiatriske område at have sikker viden om kvaliteten af de ydelser, man leverer, fordi man her benytter sig af tvang.

Kvalitetssikring indebærer i denne forbindelse undersøgelse af, hvori de enkelte faggruppers kerneydelser består, definition af kvalitetsmål for disse ydelser og måling af kvaliteten. Kvalitetssikring består dermed i høj grad i faglig refleksion og dialog, hvor man inden for de enkelte faggrupper arbejder med at definere, hvad der er de vigtigste funktioner, og hvordan man udfører dem med høj kvalitet. Der er behov for, at der arbejdes med kvalitetssikring med hensyn til behandling, pleje og omsorg, og også med hensyn til de beskæftigelsesmæssige aktiviteter, der iværksættes rundt omkring på afdelingerne.

I den forbindelse er det helt afgørende, at man gør en indsats for at inddrage brugerne i definitionen af, hvad der er god kvalitet. Det er indlysende, at man ved at inddrage brugerne, dvs. de sindslidende og deres pårørende i kvalitetssikringsprocessen, kan få øje på forhold, som man ville have overset, hvis man udelukkende betragtede problemerne ud fra de ansattes synsvinkel. Der er ingen tvivl om, at mange læger, sygeplejersker, plejere, psykologer, ergoterapeuter mv. gør en stor indsats for at indleve sig i patienternes situation. Men det er god gammel visdom, at behandlingssystemet ser helt anderledes ud, når man betragter det som patient eller pårørende.

Muligheden for at få sikker viden om kvaliteten af de ydelser, der leveres, afhænger desuden i høj grad af, at der gøres en stor indsats inden for forskningen. Det gælder naturligvis dels udviklingen af nye behandlingsmetoder, evt. nye medicinske præparater eller nye psykoterapeutiske metodikker. Dels undersøgelser af hvordan de behandlingsmetoder, man anvender, faktisk virker. Det Ethiske Råd mener således, at det er af den største betydning for en forsvarlig udvikling inden for behandlingen af sindslidende, at der skabes gode rammer om en alsidig forskningsindsats på området. Det gælder ikke mindst den kliniske interventionsforskning, der har som formål at undersøge effekten af de behandlinger, der anvendes, dvs. såvel de medicinsk baserede behandlingsformer som de psykoterapeutiske og mere socialpsykiatriske behandlingsformer. Også med hensyn til fastlæggelsen af målsætninger for forskningen er det nødvendigt at inddrage et brugerperspektiv. Brugernes synspunkter og præferencer bør inddrages i fastlæggelsen af forskningsprojekter og deres design.

Rådet ønsker desuden særligt at pege på behovet for en styrkelse af forskningen i forskellige former for psykoterapi og miljøterapi, en forskning som i dag forekommer at være underprioriteret. Rådet gjorde allerede i forbindelse med Forskningsministeriets forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab (NASTRARapporten) opmærksom på, at man ønskede den foreslåede prioritering af neuroforskning udvidet, således at den tillige omfatter klinisk forskning vedrørende psykiske lidelser og andre hjernelidelser, dvs. såvel biologisk funderede behandlingsformer som forskellige former for psykoterapi, miljøterapi mv. I den forbindelse er det vigtigt, at man ikke blot undersøger behandlingernes rent medicinske effekt, men tillige ser på, hvad forskellige former for behandling og forskellige sociale foranstaltninger betyder for de sindslidendes livskvalitet og muligheder for livsudfoldelse.

Endelig mener Det Ethiske Råd, at der bør gøres en øget indsats for at uddanne medarbejderne inden for hele det psykiatriske behandlingssystem. Der er behov for systematisk efteruddannelse inden for samtlige faggrupper, ikke mindst for at styrke kendskabet til hinanden med det formål at styrke samarbejdet både inden for de enkelte sektorer og institutioner og imellem disse.

Litteratur

Amtrådsforeningen. 1993. Amtrådsforeningens notat af 12. maj 1993: „Amternes høringssvar vedr. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.”

Amtrådsforeningen. 1996. Amtrådsforeningens notat om „psykiatriens historiske og økonomiske udvikling i perioden 1976/1996”.

- Andersen, Christian. 1995. Problemer med den aktuelle psykiatrilov Interview med overlæge Helle Aggernæs. *Ugeskrift for Læger* 157/8, 20. feb. 1995.
- Bean, Philip & Mounser, Patricia. 1993. *Discharged from Mental Hospitals*. London: Macmillan & MIND.
- Bechgaard, Birgitte. 1996. Psykologiske årsager til psykiske sygdomme. I Gerlach m.fl. (red.) *Dansk Psykiatri. Integration og udvikling*. Psykiatrifonden.
- Bernt, Jan Fridthjof m.fl. 1988. Norges Offentlige Utredninger. *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Oslo: Forvaltningstjenestene Statens Trykningskontor.
- Bernt, Jan Fridthjof. 1995. Justifications for Involuntary Care and Treatment. The Patient's Right to Treatment. Præsentationsforelæsning til XXI Internationale Kongres om Lov og Psykiatri (1995).
- Betænkning nr. 1086/1986. Justitsministeriet. *Principbetænkning om tvang i psykiatrien*. (Kallehaugedvalgets 1. betænkning).
- Betænkning nr. 1109/1987. Justitsministeriet. *Afsluttende udtalelse vedr. udformning af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*. (Kallehaugedvalgets 2. betænkning).
- Borberg, Steen. 1993. Ord som forvrider. *Ugeskrift for læger*. 155/21, 24.maj 1993.
- Brun, Birgitte. 1993. Psykodynamiske aspekter i forholdet mellem patient og personale: identitet, rollefordeling og koordinering. Paper givet ved Femte Sct. Hans Hospitalseminar d. 2021. november 1992. *Matrix* 1993;1, s. 6172.
- Brun, Birgitte. 1996a. Indlæg ved møde i Det Etske Råds arbejdsgruppe vedr. psykiatri d. 15. marts 1996.
- Brun, Birgitte. 1996b. *Indlæg ved Det Etske Råds møde i Haderslev august 1996*.
- Burlin, Claus. 1995. Pillemisbrugets onde cirkel. *Nyt fra Pårørendeforeningen*. 2. årg. nr. 4.
- Baastrup, Anne m.fl. 1996. *Forslag til Folketingsbeslutning om etablering af lovgivning vedrørende distrikpsykiatri og socialpsykiatri mv*. Fremsat d. 15 november 1996 af Anne Baastrup, Steen Gade og Villy Søvnald.
- Dahl Jensen, Poul & Jørgen Paulsen. 1991. *Tvang i psykiatrien Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med kommentarer*. København: Jurist og Økonomiforbundets forlag.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. 1994. *Revision af psykiatriloven* (rapport).
- Dansk Psykiatrisk Selskab. 1996. *Kvalitetsudvikling. En brugerhåndbog*.
- Deleuran, Peter. 1996. Psykiatrilovens revision set fra dommersædet. *Juristen* nr. 10., 1996
- Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL). 1994. Lægeforeningens brev til Folketingets retsudvalg af 22/12/94.
- Det Danske Center for Menneskerettigheder. 1988. Udtalelse vedr. Lovforslag l.45 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.
- Det Etske Råd. 1996. Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang? Konferencerapport. Det Etske Råd.
- Ebdrup, Mette. 1996. Navlestrengen til Justitsministeriet. *Ugeskrift for læger*, 158/7.

- Ebdrup, Mette. 1995. Frihed til at forsumpe. *Ugeskrift for Læger*, 157/8, 20. feb. 1995.
- Eiby, Tine. 1996. Indlagt med politietskorte. *Weekendavisen d. 25. oktober 1996*.
- Faber, Kim. 1996. Psykisk syge sendes hjem på grund af pladsmangel. *Politiken 6. november 1996*.
- Folketingets Ombudsmand. 1995. Redegørelse om et besøg på Sct. Hans Hospital.
- Folketingets Ombudsmand. 1996. Redegørelse for Besøg på Amtshospitalet i Vordingborg.
- Gerlach, Jes. 1995. Psykiatri i medvind. *PsykiatriInformation*, december 1995. Roskilde: Sct. Hans Hospital.
- Gerlach, Jes. 1996. Forord i Gerlach m.fl. (red.) *Dansk Psykiatri. Integration og udvikling*. Psykiatrifonden.
- Hallenberg, Henrik. 1996. Referat fra gruppe 1 om frihedsberøvelse og domstolskontrol. *Materiale fra Retspsykiatrisk Interessegruppes psykiatrilovssymposium d. 8.10. maj 1996 i Ebeltoft*.
- Hemmingsen, Ralf. 1993. Distriktspsykiatri terapeutisk fremskridt eller sundhedspolitisk besparelsesinitiativ. *Medicinsk Årbog 1993*. København: Munksgaard.
- Hemmingsen, Ralf (m.fl.). 1994. *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgård.
- Hemmingsen, Ralf & Povl MunkJørgensen. 1992. Udviklingstendenser i psykiatrien fra 2. verdenskrig til 1990'ernes begyndelse. *Socialpsykiatri hvorfra? hvorhen?* (red.) Povl MunkJørgensen m. fl. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hemmingsen, Ralf. 1996a. Integration af biologisk psykiatri, psykologi og socialpsykiatri. I Gerlach m.fl. (red.) *Dansk Psykiatri. Integration og udvikling*. Psykiatrifonden.
- Hemmingsen, Ralf. 1996b. Indlæg ved DADL høring om psykiatri på Christiansborg d. 5. november 1996.
- Hesselager, Øjvind & Dalgaard, Martin. 1996. *De gode viljers fallit. Undersøgelse af mediernes dækning af sindslidende 1991/1996*. Rapport fra Journalistbureauet express til Socialministeriet. August 1996.
- Hestnes, Jonna. 1996. Psykiatriske livstestamenter nu! *SIND* september 96.
- Juul, Søren m.fl. 1994. *Kommunerne og de sindslidende*. København: Dansk Sygehus Institut 94.02.
- Jørgensen, Finn. 1993a. *Distriktspsykiatri Samfundsmæssigt betragtet*. København: FADL.
- Jørgensen, Finn. 1993b. Psykiatri i lokalsamfundet terapeutisk fremskridt eller stagnation. *Medicinsk Årbog 1993*. København: Munksgaard.
- Kastrup, Marianne. 1996. Indlæg ved Det Etske Råds debatdag om psykiatri d. 12. juni 1996.
- Kølle, Ole. 1996. Indlæg ved Det Etske Råds konference: Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang? I *Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang?* Konferencerapport fra Det Etske Råd.
- Lindhardt, Anne. 1992. Distriktspsykiatri som socialpsykiatri, idealer og realiteter. *Socialpsykiatri hvorfra? hvorhen?* (red.) Povl MunkJørgensen m. fl. København: Hans Reitzels Forlag.

- Lindhardt, Anne. 1995. Kvalitet i psykiatrisk behandlingsarbejde. *PsykiatriInformation*, december 1995. Roskilde: Sct. Hans Hospital.
- Lisberg Management. 1996b. *Undersøgelse af sygehuspsykiatrien i Københavns Amt. Delrapport 2: Tilbud til de psykisk syge i den sociale sektor.*
- Lunn, Villars. 1987. Psykiatri og etik. *Medicinsk Etik* (red.) Andersen m.fl. København: FADLs Forlag.
- Maarbjerg, Karen. 1994. *Fem år i et distriktspsykiatrisk center. Distriktspsykiatrisk center ved Bispebjerg Hospital fra 1990 til 1994.*
- Maegaard Poulsen. 1996. *Psykiatrilovsundersøgelsen. En undersøgelse af Lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med hovedvægten på kliniske og administrative forhold.* Med bidrag af Peter Kramp. Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik. August 1996.
- Miller, Robert. 1991. The Ethics of Involuntary Commitment to Mental Health Treatment. *Psychiatric Ethics* 2nd edition. (eds.) Bloch & Chodoff. Oxford: Oxford University Press.
- MunkJørgensen, Povl. 1995a. *Future Structure of Mental Health Care A Nordic Prospective with a Danish Focus*, Plenary Lecture at the Law and Ethics Conference, Tromsø, Norge, June 1995. (paper)
- MunkJørgensen, Povl. 1995b. At specialisere det centrale. Kronik i *Politiken* d. 14. nov. 1995.
- Neumann, Kaja. 1996. Indlæg ved Det Ethiske Råds konference: Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang? I *Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang?* Konferencerapport fra Det Ethiske Råd.
- Petterson, Stefan. 1996. Spændetrøjen. *Sygeplejersken* 15/96. København: Dansk Sygepleje Råd.
- Psykiatrifonden. 1996. Kort orientering om baggrund og formål.
- Pårørendeforeningen. 1994a. Lovfæstede minimumsrettigheder for sindslidende.
- Pårørendeforeningen. 1994b. Behovet for en psykiatrisk døgnvagt/udrykningstjeneste.
- Pårørendeforeningen. 1994c. Forslag til Model for en ny psykiatri.
- Reisby, Niels. 1994a. Sygdomsforekomst og psykiatriens organisation (kap. 2). *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgård.
- Reisby, Niels. 1994b. Klassifikation (kap. 27). *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgård.
- Reisby, Niels. 1994c. Socialpsykiatriske behandlingsprincipper (kap. 30). *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgård.
- Reisby, Niels. 1996. *Indlæg ved DADLs høring om psykiatri d. 5. november 1996.*
- Reisby, Niels m.fl. 1995. *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Regeringens Statusrapport 1995. *Om tilbuddene til sindslidende.*
- SIND. 1995. Betænkning om revision af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.
- Socialministeriet. 1994. *ud af skyggen... Sindslidene og socialt arbejde*. Projekt 15M.
- Socialministeriet. 1996. *Fra projekt til paragraf. 6. rapport om projektstøtte og kontaktordning* 50M.

- Storm, Peter. 1994. *Signalement af socialpsykiatrien*. København: Landsforeningen SIND.
- Storm, Peter. 1996. Indlæg ved Det Etske Råds konference: Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang? I *Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang?* Konferencerapport fra Det Etske Råd.
- Sundhedsministeriet. 1996. Hovedtal fra Sundhedsministeriets spørgeskemaundersøgelse om de fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger. Sundhedsministeriet. September 1996.
- Sundhedsstyrelsen. 1989. Sundhedsstyrelsens cirkulære 19890908 vedr. behandlingsplaner for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.
- Sundhedsstyrelsen. 1994. Bilag af 4. marts 1994 „Vedrørende revision af psykiatriloven“.
- Sundhedsstyrelsen. 1995. *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien*.
- Szasz, Thomas S. 1993. Det psykiatriske testamente. En ny ordning til beskyttelse af folk mod psykoser og psykiatri. *Det mindste onde en bog om menneskeret contra psykiatrisk tvang*. (red.) Karl Bach Jensen m.fl. København: Amalie galebevægelsens forlag.
- Søndergaard, Britta. 1997. Hellere fængsel end lukket afdeling. *Det Fri Aktuelt* d. 20. januar 1997.
- Sørensen, Thorkil. 1996. Psykologiske behandlingsmetoder i psykiatrien. I Gerlach m.fl. (red.) *Dansk Psykiatri. Integration og udvikling*. Psykiatrifonden.
- Vestergaard, Jørn. 1985. Indsyn og indflydelse i psykiatrien: Et forslag til en nævnsordning. I Vestergaard m.fl. *Sindslidendes retsstilling. Galskab, magt, afmagt*. København: Gyldendal.
- Vestergaard, Jørn. 1993a. Psykiatriloven af 1989 retssikkerhed og sikkerhed for en god behandlingsstandard. *Det mindste onde en bog om menneskeret contra psykiatrisk tvang*. (red.) Karl Bach Jensen m.fl. København: Amalie galebevægelsens forlag.
- Vestergaard, Jørn. 1993b. Psykiatriske livstestamenter. *Det mindste onde en bog om menneskeret contra psykiatrisk tvang*. (red.) Karl Bach Jensen m.fl. København: Amalie galebevægelsens forlag.
- Vestergaard, Jørn. 1995. Kontrol med psykiatrien forslag til en bedre nævnsordning. *LP-Davisen*. nr. 18:915
- Vestergaard, Jørn. 1996. Retssikkerhed kontra ret til behandling. Oplæg ved Retspsykiatrisk interessegruppes symposium i Æbeltoft d. 810. maj 1996.
- World Health Organization (WHO). 1994. WHO ICD 10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier.
- Willadsen, Jytte. 1988. Neuroleptika er ikke kommet for at blive. *Hjernemedicin en bog om den giftige psykiatri*. København: Forlaget Amalie.
- Østergaard, Torben. 1996. Indlæg ved Det Etske Råds konference: Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang? I *Psykiatriske patienters vilkår bedre behandling, mindre tvang?* Konferencerapport fra Det Etske Råd.

Bilag: Det Etske Råds hørings svar vedr. Justitsministeriets forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (revision af psykiatriloven)

Justitsministeriet Den 17. februar 1997
Lovafdelingen J.nr. ER 19933.3—3
Slotsholmsgade 10 Dok.: 58.232
1216 København K

Det Ethiske Råd har med skrivelse af 20. december 1996 modtaget Justitsministeriets Forslag til Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (Revision af psykiatriloven) til udtalelse.

Det Ethiske Råd er netop i øjeblikket i færd med at lægge sidste hånd på en redegørelse om psykiatriske patienters vilkår. I den forbindelse forventer rådet bl.a. at udtale sig om en række af psykiatrilovens bestemmelser. Redegørelsen forventes offentliggjort i løbet af foråret 1997. Det er rådets håb, at redegørelsen dels kan inddrages i den generelle debat om revisionen af psykiatriloven, dels kan danne udgangspunkt for en bredere debat om psykiatriske patienters vilkår i det danske samfund.

Rådet skal henvide til den kommende redegørelse, men i øvrigt knytte følgende kommentarer til lovforslaget:

Rådet ønsker indledningsvis at påpege, at man finder det uhensigtsmæssigt, at man i det omfattende evalueringsarbejde, der er foretaget i forbindelse med Justitsministeriets psykiatrilovsundersøgelse, ikke har fundet anledning til at inddrage patienterne og de pårørende. Det er indlysende, at man ved at inddrage brugerne kunne have fået øje på forhold, som man kan have overset, idet man udelukkende har betragtet problemerne ud fra de professionelles synsvinkel. Der er ingen tvivl om, at mange læger, sygeplejersker, plejere, psykologer, ergoterapeuter mv. gør en stor indsats for at indleve sig i patienternes situation. Men det er god gammel visdom, at behandlingssystemet ser helt anderledes ud, når man betragter det som patient eller pårørende.

Ret til eneværelse, frisk luft mv.

§2 i den nugældende psykiatrilov fra 1989 fastslår, at sygehusmyndigheden med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god sygehusstandard. Flertallet i det lovforberedende udvalg, som afgav betænkning op til vedtagelsen af den nugældende psykiatrilov det såkaldte Kallehaugedvalg foreslog endvidere, at der i lovteksten blev opstillet et antal goder, som frihedsberøvede patienter burde have ret til, f.eks. enestue, passende værelsesstandard, tilbud om beskæftigelse og undervisning, mindst 1 times ophold i frisk luft hver dag og ledsaget udgang efter behov. Ved vedtagelsen i Folketinget fulgte man imidlertid Justitsministeriets anbefaling af blot at indføre en bestemmelse om god sygehusstandard.

Justitsministeriet lægger i lovforslaget op til, at sygehusmyndighederne ikke i loven forpligtes til at opfylde mere præcise standarder på de psykiatriske afdelinger. Der fremlægges ikke i bemærkningerne til lovforslaget nogen decideret begrundelse for at afvise at formulere eksplicitte rettigheder, men der henvises til, at man ved vedtagelsen af den nugældende psykiatrilov havde afvist et lignende forslag med henvisning til, at det ville betyde en begrænsning af amternes mulighed for at foretage planlægning i sundhedsvæsenet. Det skal imidlertid ikke, understreges det, tages som udtryk for, at regeringen ikke finder, at der er behov for forbedringer. Regeringen præciserer tværtimod i bemærkningerne, at der klart er behov for en fortsat øget indsats, herunder ikke mindst med hensyn til de bygningsmæssige forhold.

Det Ethiske Råd mener, at der er gode grunde til at indføre et sæt materielle rettigheder for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. Rådet mener, at der fra et etisk synspunkt kan fremføres følgende argumenter for at give tvangsunderlagte patienter materielle rettigheder som de nævnte:

1) I det omfang man underlægger sindslidende tvangsforanstaltninger, påtager man sig også et ansvar for, at de behandles godt og rimeligt. Derfor bør man give sindslidende ret til ophold under rimelige forhold.

2) Der er sammenhæng mellem på den ene side omfanget af tvangsansværelsen og på den anden side

de fysiske rammer på de psykiatriske afdelinger. Anvendelse af forskellige former for tvang opfattes i mange tilfælde som overgreb og kan være ødelæggende for det nødvendige tillidsforhold mellem den sindslidende og sundhedspersonalet. Bedre forhold på afdelingen og bedre behandling hænger erfaringsmæssigt sammen med en mindsket anvendelse af tvang. Ved at give sindslidende ret til f.eks. ophold på enestue, vil man sandsynligvis kunne mindske tvangsanvendelsen.

Det Ethiske Råd mener principielt, at alle, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, bør have mulighed for ophold på enestue. Man bør ikke være nødsaget til at placere indlagte sindslidende på flersengsstuer, med mindre det er udtryk for et ønske fra den sindslidendes side, eller det på anden måde skønnes hensigtsmæssigt af hensyn til vedkommende. Rådet mener således ikke, at retten til enestue som foreslået af Kallehaugeudvalget skal begrænses til kun at gælde ved lægelig indikation.

Det er i det hele taget rådets opfattelse, at de nævnte rettigheder ikke kun bør gælde for frihedsberøvede patienter, men at der i videst muligt omfang bør fastsættes sådanne rettigheder for alle indlagte på psykiatriske afdelinger. Ophold på en psykiatrisk afdeling kan være meget belastende også for ikkefrihedsberøvede patienter, hvis rammerne er utilstrækkelige, og der f.eks. ikke er mulighed for at være for sig selv. Uro på afdelingen, tvunget samvær med andre indlagte, manglende muligheder for beskæftigelse eller undervisning må formodes i nogle tilfælde direkte at forværre tilstanden for de sindslidende, der ofte netop har brug for ro til at kunne komme til at overskue deres tilværelse igen. Hertil kommer, at det til dels kan bero på tilfældige omstændigheder, om en patient på et givet tidspunkt har formel status som frihedsberøvet eller ikke. En forbedring af forholdene på de psykiatriske afdelinger ville endvidere formentlig mindske brugen af tvang ikke kun for de frihedsberøvede patienter, men også for de frivilligt indlagte. Hvis alle indlagte på de psykiatriske afdelinger fik rettigheder som de nævnte, ville det desuden være lettere at undgå den nedprioritering af frivilligt indlagte patienters velbegrundede behov, som der kunne blive tale om, hvis kun de frihedsberøvede fik positive, materielle rettigheder.

Med den nugældende retstilstand har den psykiatriske patient ingen konkrete retskrav vedrørende de fysiske rammer på afdelingen. En lovfastsættelse af minimumskrav bør betyde, at krav kunne gøres retligt gældende over for sygehusmyndigheden i kraft af en effektiv klageordning.

Det Ethiske Råd er opmærksom på, at det i forbindelse med indførelse af konkrete patientrettigheder som de nævnte vil koste betydelige beløb at renovere nedslidte og u hensigtsmæssigt indrettede psykiatriske afdelinger og at råde bod på utilstrækkelige personalenormeringer. Det er derfor ønskeligt, at man i forbindelse med den anbefalede gennemførelse af særlige rettigheder for psykiatriske patienter tager stilling til størrelsesordenen af de nødvendige merbevillinger til anlæg og drift, og at dette lægges til grund, når de statslige, amtslige og kommunale myndigheder fastlægger rammerne for de kommende års budgetter. Det bør sikres, at de overordnede politiske forventninger, som Folketinget ville tilkendegive ved en eventuel lovfastsættelse af særlige patientrettigheder for psykiatriske patienter, reelt indfries i alle dele af landet. Udviklingen bør derfor kontrolleres, ligesom der om fornødent må sættes ind over for de sygehusmyndigheder, som ikke måtte leve op til fastsatte mål.

Differentieret behandlingstilbud

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at det af bemærkningerne til psykiatrilovens §2 bør fremgå, at forpligtelsen til at tilbyde ophold og behandling svarende til god sygehusstandard også omfatter en forpligtelse til at tilvejebringe et differentieret behandlingstilbud på de psykiatriske afdelinger, dvs. tilbud om såvel medicinsk som psykoterapeutisk behandling.

Det Ethiske Råd mener endvidere, at det bør tilføjes til bemærkningerne til psykiatrilovens §4 om det mindste middels princip, at lægen i hvert enkelt tilfælde skal overveje at vælge en behandling, som patienten kan acceptere, uanset at den ud fra et strengt lægeligt synspunkt forekommer mindre effektiv end en anden behandling, som kun kan gennemføres ved anvendelse af tvang, således som det for så vidt også fremgår af §2 i Bekendtgørelse 19890921 nr. 617 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger.

Det Ethiske Råd finder det principielt af væsentlig betydning for værnet om psykiatriske patienters personlige integritet og for opnåelsen af det bedst mulige tillidsforhold mellem den psykiatriske patient

og behandlingssystemet, at der sker en tydeliggørelse og sikring af, at behandlingen i videst mulig udstrækning foregår under inddragelse af patientens egne oplevelser af sine symptomer og under størst mulig hensyntagen til patientens egne ønsker med hensyn til valg af behandlingsform.

For psykiatriske patienter er det, ligesom for andre patienter, af stor betydning at have indflydelse på den behandling, man skal have. En del psykiatriske patienter ønsker enten at blive helt fri for medicinsk behandling eller er kun indstillet på at modtage sådan behandling, hvis de kan blive fri for visse præparater eller doseringer; derimod vil nogle af disse patienter være positivt indstillet over for andre behandlingsformer. Nogle psykiatriske patienter vil således gerne have en eller anden form for psykoterapi i stedet for eller sammen med medicinsk behandling.

Det er klart, at sindslidendes udsagn om hvilke behandlinger, om overhovedet nogen, de vil acceptere, i nogle tilfælde kan være påvirket af deres mentale tilstand. I sådanne tilfælde må lægerne vurdere, hvad de skønner er bedst for patienten og evt. ved tvang gennemføre den pågældende behandling. Principielt er der imidlertid grund til at tage psykiatriske patienters ønsker vedrørende deres behandling lige så alvorligt som andre patienters. Det er kun de færreste psykiatriske patienter, som helt savner evnen til at forholde sig til deres egen tilstand og til, hvad der sker med dem. Der er formentlig en mindre gruppe af patienter, som forbigående eller varigt er uden sygdomserkendelse, men også for disse patienters vedkommende er hensynet til at undgå unødige krænkelse af den personlige integritet væsentligt. Derfor bør der i bemærkningerne til psykiatrilovens §2 og §4 gøres tilføjelser som de nævnte.

I forlængelse heraf mener Det Etske Råd endvidere, at man bør overveje en form for anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling. For sindslidende skulle en sådan forhåndserklæring give mulighed for at tilkendegive, hvilke typer af behandling, man vil acceptere, hvis man skulle havne i en situation, hvor sindslidelsen gør en ude af stand til at handle rationelt. I princippet kunne en sådan erklæring både rumme mulighed for negative og positive tilkendegivelser, dvs. både tilkendegivelser om, hvilke former for behandling, man vil have sig frabedt, og tilkendegivelser om, hvilke behandlinger man ønsker, hvis en bestemt tilstand skulle indtræffe. En anerkendelse af forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling vil i øvrigt være i overensstemmelse med artikel 9 i Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin.

Det er klart, at der er gode grunde til at afvise, at sådanne forhåndserklæringer skulle kunne blive bindende, men man kunne evt. efter forbillede i Lægelovens bestemmelse om livstestamenter foreslå, at tilkendegivelserne blev vejledende. Forhåndserklæringer om psykiatrisk behandling kunne herefter anerkendes som vejledende (ikkebindende) forhåndstilkendegivelser, der må indgå i lægens overvejelser vedrørende behandlingen af den enkelte patient på linie med andre hensyn, vurderingen af sygdommens art og stadium, de foreliggende behandlingsmuligheder, patientens livssituation, de pårørendes holdning mv.

En sådan anerkendelse ville give lægen en pligt til at undersøge, hvilke tilkendegivelser patienten tidligere er fremkommet med vedrørende behandlingen og dermed stimulere refleksion over midler og mål med behandlingen. Lægen skulle evt. forpligtes til i patientens journal at begrunde, hvis han evt. vælger at afvige fra patientens tilkendegivelse i forhåndserklæringen. En anerkendelse af sådanne erklæringer indebærer dermed en principiel tilkendegivelse af, at psykiatriske patienters så vidt muligt bør have mulighed for at få indflydelse på den behandling, de skal have. Det er imidlertid samtidig klart, at der er visse praktiske problemer forbundet med en sådan anerkendelse. Hvilke formkrav kan der for eksempel stilles til erklæringen, og hvilken sikkerhed har man for, at pågældende har været habil på det tidspunkt, hvor vedkommende afgav erklæringen?

Ret til fortsat ophold på en psykiatrisk afdeling

Det Etske Råd mener som udgangspunkt, at sygehusmyndigheden påtager sig et særligt *ansvar* for den sindslidendes helbred og velvære i det øjeblik, man underlægger vedkommende tvangsforanstaltninger. Derfor følger der efter Det Etske Råds opfattelse også en forpligtelse til at sikre, at patienter, der i forbindelse med en indlæggelse har været underlagt tvang, ikke udskrives, før der synes at være en rimelig sandsynlighed for, at de vil kunne klare sig udenfor den psykiatriske afdeling. Det Etske Råd mener derfor, at man for disse patienter skal overveje at indføre en ret til fortsat ophold på den

psykiatriske afdeling, indtil de vurderes egnede til udskrivning, og de nødvendige foranstaltninger uden for hospitalet er i orden.

Presset på de psykiatriske afdelinger kan betyde, at det hænder, at nogle af de indlagte patienter udskrives, før de egentlig er egnede til udskrivning. Dette indebærer i nogle tilfælde, at nok er patientens mest udtalte symptomer blevet dæmpet, men der er risiko for, at vedkommende hurtigt får tilbagefald og får behov for ny indlæggelse. Heraf kommer udtrykket „svingdørspatienter“. Hvis sådanne patienter kunne forblive på afdelingen i længere tid, ville man dels kunne opnå bedre behandlingsmæssige resultater, dels skabe større tryghed både hos de sindslidende selv og hos de pårørende og andre mennesker i det miljø, de sindslidende kommer fra.

Det Ethiske Råd mener derfor, man for disse patienter bør overveje indførelse af en egentlig *ret* til fortsat ophold på en psykiatriske afdeling. Rådet erkender dog, at man her står over for en problematik, hvor det kan være vanskeligt at finde tilstrækkeligt tungtvejende begrundelser for at indføre en sådan rettighed for psykiatriske patienter, som man ikke samtidig vil indføre for grupper af somatiske patienter. Det er derfor vanskeligt at adskille diskussionen af denne type rettigheder fra en generel diskussion af materielle patientrettigheder i sundhedsvæsnet. Her står man i et dilemma mellem på den ene side at ønske at styrke de svageste patienters, f.eks. de gamles og de sindslidendes retssikkerhed og på den anden side at undgå nogle af de ulemper, der er forbundet med indførelsen af materielle rettigheder, og som fik rådet til i sin redegørelse om prioritering i sundhedsvæsnet at fraråde indførelsen af sådanne rettigheder.

Frivillighed og ikkefrivillighed

Af psykiatrilovens §1, stk. 2, fremgår det, at „Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig“. Af bemærkningerne til denne bestemmelse fremgår det endvidere: „Hvis en person hverken med ord eller i sin adfærd protesterer mod foranstaltningen, anses den som frivillig, selv om der ikke foreligger udtrykkeligt samtykke eller accept.“ Det Ethiske Råd ønsker i den forbindelse at fremsætte flg. kommentarer:

Hvis en person *ikke* udtrykkeligt, stiltiende eller gennem sin adfærd har samtykket til en foranstaltning, kan den ikke betragtes som frivillig. Den kan dog heller ikke betegnes som tvang. Mellem frivillighed og tvang eksisterer der imidlertid en gråzone, som vel bedst kan betegnes som ikkefrivillighed. Spørgsmålet er herefter, om patienter, som ikke udtrykkeligt samtykker i en bestemt foranstaltning, men som heller ikke direkte protesterer, skal behandles, som om de frivilligt går med til pågældende foranstaltning? Eller om man omvendt bør betragte ikkefrivillighed som markant forskelligt fra frivillighed, og derfor bør tilføje ikkefrivillige foranstaltninger afdelingens tvangsprotokol og give patienter, der har været undergivet ikkefrivillige foranstaltninger ret til patientrådgiver.

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at man af hensyn til patienternes retssikkerhed bør indføre en bestemmelse, hvorefter ikkefrivillige foranstaltninger skal tilføjes afdelingens tvangsprotokol og udløse ret til patientrådgiver. Man åbner dermed samtidig mulighed for, at disse patienter kan klage over disse foranstaltninger. Det Ethiske Råd er opmærksom på, at man dermed belaster det sundhedsfaglige personale med yderligere administrative opgaver, men rådet mener, at en sådan ændring af loven er af principiel betydning, og samtidig er det rådets forventning, at der samlet set vil være tale om ganske få sager.

Kommentarer til lovforslagets enkelte bestemmelser

Udover disse overordnede betragtninger skal rådet også knytte en række kommentarer til lovforslagets enkelte bestemmelser:

1 I lovforslaget foreslås der i lovens §3, stk. 6, optaget en bestemmelse, hvorefter „den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.“

Bestemmelsen indebærer i praksis, at der kan ske en udveksling af oplysninger mellem disse instanser, også selv om patienten ikke har givet samtykke til videregivelsen af oplysninger (Bemærkningerne s. 34).

Det Ethiske Råd mener, at man i overvejelserne om denne bestemmelse bør gøre sig klart, at der vil være tale om en tvangsmæssig foranstaltning. Det rejser dels en række formkrav til afgørelsen, og dels fordrer det, at der gives mulighed for at påklage afgørelsen.

Det Ethiske Råd mener imidlertid, at hensynet til omsorgen for den sindslidende i en vis udstrækning tilsiger en afvigelse fra de normale regler om udveksling af informationer mellem myndigheder (Forvaltningslovens §28), fordi det kan være nødvendigt for myndighederne at udveksle oplysninger med henblik på at tilrettelægge et samlet tilbud til den pågældende. Det Ethiske Råd ønsker dog at udtrykke bekymring for konsekvenserne af en sådan ordning. Rådet mener derfor, at det i bemærkningerne bør præciseres, at denne mulighed kun gælder patienter, som er blevet spurgt, men som har nægtet myndighederne tilladelse til at udveksle oplysninger, samt at patienten forudgående skal informeres om, at denne udveksling alligevel vil finde sted.

Rådet mener samtidig, at adgangen til udveksling af fortrolige oplysninger uden patientens samtykke på en række punkter bør præciseres i bestemmelsen:

- 1 Det bør præciseres, hvilke myndigheder m.v., der må udveksle oplysninger uden patientens samtykke.
- 1 Det bør i loven præciseres, at de personer, der i kraft af udvekslingen kommer i besiddelse af fortrolige oplysninger, har tavshedspligt.
- 1 Det bør præciseres, hvor længe efter udskrivningen denne mulighed for udveksling af oplysninger uden samtykke skal være gældende.

Endelig bør bestemmelsen tillige fastlægge, hvordan disse afgørelser kan påklages. Det Ethiske Råd finder det her naturligt, at afgørelser om, hvorvidt der bør indgås udskrivningsaftale for patienten, kan påklages til det lokale psykiatriske patientklagenævn. Rådet mener imidlertid samtidig, det skal være muligt for patienten at klage over den konkrete videregivelse af oplysninger. En sådan klage bør også behandles i det lokale psykiatriske patientklagenævn.

- 1 lovforslaget foreslås der i psykiatrilovens §20, stk. 2, optaget en bestemmelse, der bemyndiger sundhedsministeren til at fastsætte regler om, at indberetninger om tvangsanvendelse skal indeholde oplysninger om patientens identitet. Baggrunden for forslaget er, at den nugældende indberetning er af begrænset statistisk anvendelighed, fordi det ikke fremgår, om forskellige tilfælde af tvangsanvendelse angår den samme person. Dermed vanskeliggøres Sundhedsstyrelsens opgave med at føre løbende kontrol med omfanget af tvangsanvendelsen (Bemærkningerne s. 8, 2930, 36)

Det Ethiske Råd anerkender behovet for pålideligt statistisk materiale med henblik på en overvågning af udviklingen i tvangsanvendelsen på de psykiatriske afdelinger bl.a. for at stimulere en mindselse af tvangsanvendelsen på de enkelte afdelinger. Rådet mener imidlertid samtidig, at det må fastholdes, at patienterne på de psykiatriske afdelinger har et legitimt krav på at undgå unødigt personhenførbare registreringer. Det må desuden tages med i betragtning, at det i nogle sammenhænge er stærkt stigmatiserende at have en sindslidelse, og at der derfor kan være grund til at være særlig varsom med at indføre registrering på dette område.

Der må altså foretages en afvejning af disse forskellige hensyn. Det Ethiske Råd deler sig på dette spørgsmål. Nogle mener, at man bør tillade en sådan registrering, men at det er afgørende, at registerforskrifterne sikrer patientens krav navnlig på beskyttelse mod uberettiget anvendelse og misbrug af de personhenførbare oplysninger. Derfor bør reglerne for adgang, videregivelse, opbevaring, fortrolighed, slettelse, destruktion mv. specificeres i registerforskrifterne, og man bør overveje kodning af de personhenførbare oplysninger. Andre mener, at beskyttelseshensynet overfor psykiatriske patienter tilsiger, at man fastholder den nuværende ordning, hvorefter indberetninger om tvangsanvendelse ikke er personhenførbare.

- 1 I lovforslaget foreslås det i psykiatrilovens §21 præciseret, at overlægen har ansvaret for, at der kun

anvendes de tvangsforanstaltninger, som skønnes nødvendige. Psykiatrilovens §21 omhandler alene frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Det er imidlertid velkendt, at der på de psykiatriske afdelinger også forekommer andre indskrænkninger i patienternes handlefrihed, f.eks. midlertidigt forbud mod udgang, bortvisning fra fællesarealer, begrænsning i adgang til at telefonere mv.

Det Ethiske Råd mener ikke, der er grund til at tvivle på, at personalet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner generelt kun benytter sig af tvangsforanstaltninger og andre begrænsninger af patienternes handlefrihed, når det synes nødvendigt. Der kan imidlertid igennem årene være blevet udviklet nogle rutinesvar på spørgsmål om begrundelserne for denne praksis. Der kan derfor være grund til at undersøge holdbarheden af disse svar, for at se om en øget etisk refleksion over disse eventuelt kan føre til, at man på nogle punkter ændrer praksis.

Det Ethiske Råd mener derfor, der er behov for, at personalet på de psykiatriske behandlingsinstitutioner tilskyndes til og får gode rammer til at drøfte rimeligheden af gældende praksis. Rådet ønsker derfor en tilføjelse til bemærkningerne til psykiatrilovens §21, hvoraf det fremgår, at overlægen tillige har ansvar for, at personalet ved de regelmæssige personalemøder, som finder sted på afdelingen, får lejlighed til at evaluere tilfælde af tvangsanvendelse og andre indskrænkninger i patienters handlefrihed på afdelingen og føre en løbende dialog om, hvornår tvangsanvendelse er nødvendig, hvornår problemerne kan løses på anden vis, og om hvordan man i det hele taget sikrer en høj kvalitet i behandling og pleje.

I Det Ethiske Råd mener, at det er uhyre vigtigt, at klager over tvangsbehandling ikke har opsættende virkning i de tilfælde, hvor „omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare" (Psykiatrilovens §32, stk 3). Hvis der som nævnt i bemærkningerne til lovforslaget s. 16 har været en tendens til at tillægge klager opsættende virkning i videre omfang end fastsat ved loven, så bør der fra Sundhedsstyrelsen tages initiativ til at præcisere bestemmelserne om, hvornår klager over tvangsbehandling har opsættende virkning.

Det Ethiske Råd mener imidlertid ikke, som det er foreslået i lovforslaget, at psykiatrilovens §32, stk. 3, bør ændres således, at klage over tvangsbehandling ikke har opsættende virkning, når omgående behandling er nødvendig for „at afværge, at patienten udsætter *andre* for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred" (vores fremhævning).

Tvangsbehandling er ud fra en etisk betragtning et meget voldsomt indgreb. Derfor er det af stor betydning, at patienten som udgangspunkt har mulighed for at få en klageinstans uden for den psykiatriske afdeling til at vurdere, om behandlingen bør gennemføres mod patientens ønske. Det er baggrunden for, at det ifølge den gældende psykiatrilov har opsættende virkning, hvis patienten klager over tvangsbehandling, med mindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare (Bemærkningerne s.16).

Det Ethiske Råd mener, at en tilsidesættelse af den opsættende virkning af klage over tvangsbehandling kun kan ske med henvisning til en paternalistisk omsorg for vedkommende. Derfor bør man fastholde den nuværende formulering i psykiatrilovens §32, stk. 3, om at det kun er af hensyn til patienten selv, at man kan tilsidesætte den opsættende virkning af klager over tvangsbehandling. Hvis den pågældende patient udgør en nærliggende fare for andre, må man følgelig benytte sig af andre tvangsmæssige foranstaltninger, dvs. fiksering eller fysisk magt. Det Ethiske Råds holdning hviler således på den antagelse, at disse foranstaltninger af de psykiatriske patienter må betragtes som mindre indgribende end tvangsmedicinering eller tvangsmæssig ECTbehandling.

I lovforslaget foreslås psykiatrilovens kapitel 10 ændret således, at klagesystemet forenkles på den måde, at såvel klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageføring som klager over tvangsbehandling og anden tvang behandles i første instans af det lokale psykiatriske patientklagenævn. Det Ethiske Råd tilslutter sig dette forslag, ikke mindst i lyset af at mange patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle har efterlyst en forenkling af klagesystemet. Når klagebehandlingen i første instans, efter Det Ethiske Råds opfattelse, bør samles i det lokale psykiatriske patientklagenævn fremfor f.eks. hos domstolene, hænger det ydermere sammen med, at disse

patientklagenævn formodentlig vil kunne opnå en tættere tilknytning til den enkelte psykiatriske institution og dermed et større kendskab til de konkrete forhold, som patienter og behandlere er underlagt. Desuden synes der med rette eller urette at forekomme en vurdering hos patienter og pårørende af domstolene som værende for ukritiske over for sygehusmyndighederne i klagesager, og det risikerer at mindske troværdigheden og tilliden til klagesystemet. Endelig kan man i den forbindelse fremsætte forhåbninger om, at en overflytning af klagesagsbehandlingen for så vidt angår frihedsberøvelse til de lokale psykiatriske patientklagenævn kan betyde kortere sagsbehandlingstider. Netop de lange sagsbehandlingstider er et ofte fremført kritikpunkt af den nugældende klageordning.

I den forbindelse noterer Det Etske Råd ligeledes med tilfredshed, at det foreslås, at det af bemærkningerne til psykiatrilovens bør fremgå, at det „forudsættes () at erklæringerne fra afdelingens overlæge og parternes forklaringer normalt også ved behandling af sådanne klager vil være tilstrækkeligt grundlag for sagens afgørelse, således at høring af Retslægerådet kun undtagelsesvis kommer på tale". Det vil dels være gavnligt i forhold til sagsbehandlingstiderne, dels være med til at øge tilliden til klagesagsbehandlingen, fordi der blandt patienter, pårørende og patientrådgivere har bredt sig den opfattelse, at Retslægerådet næsten altid giver sygehusmyndigheden medhold.

Det Etske Råd mener endvidere tillige, at de lokale psykiatriske patientklagenævn skal gives kompetence til at føre tilsyn med forholdene på de psykiatriske afdelinger. I bemærkningerne til lovforslaget fremføres det, at der næppe er behov for yderligere tilsyn i betragtning af, at såvel Folketingets ombudsmand som Folketingets såkaldte §71udvalg har til opgave at føre tilsyn med forholdene på de psykiatriske afdelinger (Bemærkningerne s.21).

Det Etske Råd mener imidlertid, at man ved at give de lokale psykiatriske patientklagenævn kompetence til at føre tilsyn bl.a. gennem uanmeldte besøg på afdelingen, vil sikre et grundigere og ikke mindst hyppigere tilsyn, hvilket dels kan medvirke til at skabe øget tryghed hos patienterne og dels medvirke til at skabe en større åbenhed om forholdene på de psykiatriske afdelinger. Desuden mener rådet ligesom Kallehaugedvalget, at „et tilsynsorgan, som blot aflægger besøg uden at have forhåndsviden, være sig konkret om netop den afdeling, som man besøger, eller generelt gennem strømmen af klagesager, vil savne den viden, som giver anledning til at stille de rigtige spørgsmål og kontrollere eventuelle svage punkter" (Betænkning nr. 1086/1986 s.457).

Med venlig hilsen

Linda Nielsen Anders Bildsøe Lassen
Formand for Det Etske Råd Akademisk medarbejder

Liste: