



TVANGSFORANSTALTNINGER I
PSYKIATRIEN
- en udredning

2009



Tvangsforanstaltninger i psykiatrien

- en udredning

Sundhedsstyrelsen
Tilsyn
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Faglig rådgivning
Emneord: Udredning; Psykiatriområdet; Psykiatri; Tvang
Sprog: Dansk

Version: 2.1
Versionsdato: 1. september 2009
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-926-0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2009

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1	Resume og Sundhedsstyrelsens vurderinger	7
2	Kommissorium og sammensætning	17
2.1	Kommissorium	17
2.2	Organisering af arbejdet	18
2.3	Afgrænsning af opgaven	18
2.4	Forløb	21
3	Lovgivningen i udvalgte lande	22
3.1	Historisk gennemgang af lovgivningen i Europa	22
3.2	Danmark	22
3.3	Sverige	23
3.4	Norge	24
3.5	Finland	24
3.6	Island	24
3.7	Belgien	25
3.8	Holland	25
3.9	United Kingdom	25
3.10	Irland	26
3.11	Frankrig	26
3.12	Italien	27
3.13	Nøgletal	27
3.14	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	29
4	Tvangsforanstaltninger i henhold til lovgivningen	31
4.1	Danmark	31
4.2	Sverige	32
4.3	Norge	33
4.4	Finland	34
4.5	Island	34
4.6	Belgien	34
4.7	Holland	35
4.8	United Kingdom	35
4.9	Irland	36
4.10	Frankrig	37
4.11	Italien	37
4.12	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	38

5	Udvalgte tvangsforanstaltninger	40
5.1	Tvangsmedicinering	40
5.2	Fiksering	41
5.3	Isolation	43
5.4	Fastholdelse/"Holding"	45
5.5	Akut tvangsmedicinering – indgivelse af beroligende lægemidler i akutte situationer	46
5.6	Personlig skærmning	47
5.7	"Oppegående" fiksering	48
5.8	"Time out"	49
5.9	Andre tvangsforanstaltninger	50
5.10	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	51
6	Registrering og statistikker	53
6.1	Danmark	53
6.2	Sverige	53
6.3	Norge	53
6.4	Finland	53
6.5	Island	54
6.6	Belgien	54
6.7	Holland	54
6.8	United Kingdom	54
6.8.1	Skotland	54
6.9	Frankrig	54
6.10	Italien	54
6.11	Opgørelse af tvang i de udvalgte lande	55
6.12	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	57
7	Ekstraordinært farlige patienter	59
7.1	Danmark	59
7.2	Sverige	60
7.3	Norge	60
7.4	Finland	60
7.5	Island	60
7.6	Belgien	60
7.7	Holland	61
7.8	United Kingdom	61
7.8.1	Skotland	61
7.9	Irland	61
7.10	Frankrig	61

7.11	Italien	61
7.12	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	62
8	Kriminelle psykiatriske patienter	63
8.1	Danmark	64
8.2	Sverige	64
8.3	Norge	64
8.4	Finland	64
8.5	Island	65
8.6	Belgien	65
8.7	Holland	65
8.8	United Kingdom	65
8.8.1	Skotland	66
8.9	Irland	66
8.10	Frankrig	66
8.11	Italien	67
8.12	Nøgletal	67
8.13	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	68
9	Behandlerkultur	70
9.1	Hvilke indgreb opleves som mest indgribende	71
9.2	Vurdering af behandlerkulturen i de enkelte lande	72
9.2.1	Danmark	72
9.2.2	Sverige	72
9.2.3	Norge	72
9.2.4	Finland	73
9.2.5	Island	73
9.2.6	Holland	73
9.2.7	England og Skotland	73
9.2.8	Irland	73
9.2.9	Frankrig og Italien	73
9.10	Referencegruppens kommentarer	74
10	Faglig vurdering af tvangsforanstaltninger	76
10.1	Tvangsforanstaltninger, der anvendes i Danmark	76
10.1.1	Medikamentel tvangsbehandling (§ 12, stk. 2)	76
10.1.2	Tvangsfiksering (§ 14, 15 og 16)	79
10.1.3	Beroligende middel (Akut behandling - § 17, stk. 2)	81
10.1.4	Anvendelse af fysisk magt – fastholdelse (§ 17)	82
10.1.5	Personlig skærmning (§ 18)	83
10.2	Tvangsforanstaltninger, der ikke anvendes i Danmark	84
10.2.1	Isolation	84
10.2.2	Oppegående fiksering	85
10.2.3	”Spændetrøje”	86
11	Trieste (Italien) og Lille (Frankrig)	88
11.1	Trieste (Italien)	88
11.1.1	Referencegruppens kommentarer	90

11.2	Lille (Frankrig)	90
	11.2.1 Referencegruppens kommentarer	92
11.3	Referencegruppens kommentarer og vurderinger	93
12	Litteratur	95
13	Bekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien	97

1 Resume og Sundhedsstyrelsens vurderinger

Igennem en lang årrække har det været målsætningen at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien. Der har i den forbindelse været fokus på de konkret anvendte tvangsmetoder, især bæltefiksering.

I efteråret 2008 var der fokus på anvendelsen af tvang i psykiatrien, specielt den fikseringsmetode, som er blevet anvendt på Sikringsafdelingen i Region Sjælland, der bl.a. blev bemærket i forbindelse med Europarådets Torturforebyggelseskomité's besøg i Danmark i februar 2008. Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har efterfølgende indskærpet Sikringen om ikke at anvende denne form for fiksering, da der efter ministeriets opfattelse ikke i psykiatriloven er hjemmel til, at oppegående patienter med remme får fikseret hænder og fødder til et bælte.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har anmodet Sundhedsstyrelsen om en udredning med en gennemgang af psykiatriske tvangsforanstaltninger i andre lande, herunder følgende emner, der har dannet udgangspunkt for referencegruppens kommissorium:

- a) hvilke former for tvang der ifølge de pågældende landes lovgivning må anvendes, og hvilke kriterier der er herfor,
- b) om der i disse lande kan anvendes og anvendes andre former for tvang end angivet i den danske psykiatrilov,
- c) om og hvordan den anvendte tvang registreres og monitoreres, herunder om der føres offentlige statistikker med anvendelsen af tvang,
- d) hvilke behandlingsmetoder/sikkerhedsforanstaltninger der anvendes over for ekstraordinært farlige patienter,
- e) regler for om og hvornår sindssyge kriminelle indlægges/behandles på psykiatrisk afdeling eller fængsles,
- f) hvordan behandlerkulturen er i de enkelte lande, herunder hvilke tvangsindgreb der anses for at være mere eller mindre indgribende/humane i forhold til andre.
- g) Herudover skulle udredningen indeholde en faglig vurdering af de tvangsmetoder, der anvendes i Danmark, herunder tvangsfiksering. Der skulle endvidere foreligge en faglig vurdering af den form for fiksering, der har været anvendt på Sikringsafdelingen i Region Sjælland, hvor ikke senge-liggende patienter har været fikseret med remme.
- h) Endelig skulle udredningen indeholde en gennemgang af de to artikler som tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har fremsendt. De to artikler vedrører anvendelse af tvang inden for psykiatrien i Trieste i Italien (1) og i Lille i Frankrig (2).

Den foreliggende udredning omfatter følgende lande: Danmark, Sverige, Norge, Island, Finland, Belgien, Holland, England, Irland, Frankrig og Italien.

Sundhedsstyrelsen nedsatte på denne baggrund en referencegruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, speciallæger i psykiatri med særligt kendskab til anvendelse af tvang, repræsentanter fra Dansk Psykiatrisk Selskab, en repræsentant fra Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker og en repræsentant fra Landsforeningen SIND.

Udredningens kapitler gennemgår bl.a. de forskellige landes lovgivning, udvalgte tvangsforanstaltninger, landenes behandlerkultur, samt referencegruppens faglige vurderinger. Hvert kapitel indledes med en kort beskrivelse af området i det enkelte land og afsluttes med referencegruppens kommentarer og anbefalinger. Referencegruppen har i sine drøftelser taget udgangspunkt i, at "mindste-middels-princip" er opfyldt før tvang anvendes jf. psykiatrilovens § 4. Der bør fortsat målrettet arbejdes for at behovet for tvangsanvendelse reduceres, men det er ikke formålet med denne udredning at beskrive, hvordan anvendelse af tvang inden for psykiatrien kan reduceres. Anvendelse af ambulat tvang/tvungen opfølgning er en mulighed i nogle andre lande. Dette fremgår af kapitel 4. Da ambulat tvang ikke var en del af kommissoriet for denne udredning, er det ikke undersøgt, hvordan ambulat tvang praktiseres i de lande, hvor det er muligt.

Lovgivning, tvangsforanstaltninger og faglig vurdering af mulige tvangsforanstaltninger i Danmark

Indledningsvist kan det konstateres, at der ikke foreligger evidens for de enkelte tvangsforanstaltningers behandlingsmæssige effekt, virkninger og bi- og følgevirkninger. Forskellene i de vestlige landes lovgivning vedrørende anvendelse af tvangsforanstaltninger inden for psykiatrien tager derfor i høj grad udgangspunkt i traditioner, kultur og holdninger snarere end i viden. Lovgivningen er tillige et udtryk for lovgivers indstilling til patienternes retssikkerhed og der er blandt andet derfor stor forskel på de enkelte landes lovgivning. I England medfører tvangsindlæggelse fx implicit mulighed for at tvangsmedicinere patienten. Dette er ikke muligt i Danmark, hvor tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse ikke automatisk medfører mulighed for tvangsmedicinering. Tvangsmedicinering kan i Danmark således kun finde sted, såfremt de i loven beskrevne betingelser herfor er opfyldt.

Sammenligninger mellem anvendelse af tvangsforanstaltninger i de forskellige lande er vanskelig. En væsentlig faktor er, at lovgivningen i de enkelte lande er forskellig. Konkret er der dels forskellige indikationer for at iværksætte de samme tvangsforanstaltninger i de forskellige lande og dels anvender landene ikke de samme former for tvangsforanstaltninger (kapitel 4). En anden væsentlig faktor er, at der ikke er ensartet registreringspraksis blandt landene (kapitel 6). Kombinationen af lovgivning, behandlerkultur og muligheder for tvangsforanstaltninger er vanskelig at skille ad i sammenlignelige delmængder. Man kan således ikke alene sammenligne fx isolation med tvangsfikseringer, da forskellig holdning til omfanget af samtidig medicinering i de pågældende lande også spiller en stor rolle (kapitel 9).

Denne udredning beskriver særligt anvendelsen af tvangsmedicinering, isolation, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, anvendelse af beroligende lægemidler i akutte situationer samt personlig skærmning. Ambulat tvang og isolation er foranstaltninger, der anvendes i nogle af de lande der er undersøgt.

Anvendelsen af tvang inden for psykiatrien reguleres i Danmark forholdsvis detaljeret af psykiatriloven, hvilket referencegruppen finder fungerer efter hensigten, da der er tale om alvorlige indgreb i den personlige frihed.

I de undersøgte europæiske lande er det, ligesom i Danmark, muligt at anvende medikamentel tvangsbehandling. I nogle lande giver lovgivningen psykiateren mulighed for umiddelbart at iværksætte medikamentel tvangsbehandling, når patienten er frihedsberøvet. Dette er ikke muligt i Danmark, hvor en læge på psykiatrisk afdeling skal søge at motivere patienten til frivilligt at acceptere behandlingen. Først når dette har vist sig umuligt, kan beslutning om tvangsmedicinering gennemføres. Patienten eller patientrådgiveren kan klage over beslutningen om iværksættelse af medikamentel tvangsbehandling, hvilket som udgangspunkt tillægges opsættende virkning.

De psykiatriske patientklagenævn har gennem deres afgørelser fastlagt en generel praksis, som tilsiger, at motivationsperioden bør være mindst 10-15 dage. De regionale psykiatriske patientklagenævn skal senest 7 hverdage efter klagens modtagelse have færdigbehandlet denne og have afgjort, hvorvidt tvangsbehandling kan iværksættes. Dette betyder, at tvangsbehandling som regel først kan iværksættes 17-22 dage efter, at overlægen har vurderet, at patienten har behov for medikamentel tvangsbehandling. Der er derfor stor risiko for, at det i denne periode bliver nødvendigt at anvende andre tvangsforanstaltninger, fx tvangsfiksering, og at frihedsberøvelsen eventuelt kan blive et tilsvarende antal dage forlænget, hvilket ofte ikke vil være til gavn for patienten.

Referencegruppen har overvejet, om det kan være en fordel for patientens behandling at forkorte motivationsperioden til få dage, og at det overvejes, at klage over medikamentel tvangsbehandling ikke tillægges opsættende virkning.

Ambulant medikamentel tvangsbehandling er mulig i Italien, Irland, England, Skotland, Sverige og Norge. Der er kun sparsom evidens for effekten af ambulant tvang. I Danmark er det kun lovligt at tvangsbehandle, når patienten er indlagt på en psykiatrisk afdeling, og særskilte betingelser er opfyldt. Referencegruppen har drøftet, hvorvidt tvangsbehandling bør kunne foregå ambulant, som i nogle af de lande udredningen beskriver.

Der er blandt danske psykiatere uenighed om, hvorvidt ambulant tvang bør indføres i Danmark. Det kan være relevant for patienter, der flere gange er blevet tvangsindlagt på grund af medikamentelt behandlingssvigt. Ambulant tvangsbehandling kan i visse tilfælde være en mulighed for at forhindre fremtidige behandlingssvigt og forebygge efterfølgende behov for tvangsindlæggelse. En tidsbegrænset forsøgsordning ville kunne klarlægge effekten under danske forhold. Referencegruppen bemærker, at forudsætningen for at ambulant tvang kan komme på tale er, at der har været forsøgt vedvarende opsøgende behandling, fx ved opsøgende psykoseteam, og der har været forsøgt koordinationsaftaler ved udskrivning flere gange, uden tilstrækkelig effekt er opnået. Flere fra referencegruppen mener dog, at der mangler fagligt belæg for foranstaltningen og at det er nedværdigende for patienten. Bekymringen er, at man hermed vil kunne komme til at udsætte patienter, der på det pågældende tidspunkt ikke opfylder psykiatrilovens kriterier for anvendelse af tvangsforanstaltninger.

Referencegruppen er uenige for så vidt angår ambulat tvang. Flertallet finder, at der bør gives mulighed for tidsbegrænsede forsøgsordninger med medicinsk tvangsbehandling af ambulante patienter med afsluttende evaluering.

Torturforebyggelseskomitéen anførte efter sit besøg i Danmark i 2008, at der for ofte blev anvendt tvangsfiksering, og at patienterne blev fikseret i for lang tid. Referencegruppen er enig i, at antallet af tvangsfikseringer bør reduceres til det mindst mulige, og at langvarige tvangsfikseringer så vidt muligt bør undgås. I de lande, hvor tvangsfiksering ifølge lovgivningen er mulig, er der forskellig praksis for indberetning af denne tvangsforanstaltning. I Sverige skal tvangsfikseringer af en varighed på mere end 72 timer indberettes til Socialstyrelsen. I andre lande er det ikke lovligt at tvangsfiksere patienter over en given tidsgrænse. Referencegruppen finder dog ikke, at der bør indføres maksimale tidsgrænser for tvangsfikseringer. Referencegruppen finder, at det i Danmark ville være hensigtsmæssigt, at de centrale sundhedsmyndigheder umiddelbart blev orienteret om langvarige tvangsfikseringer.

Referencegruppen har drøftet muligheden af, at længerevarende tvangsfikseringer indberettes til den regionale embedslæge, således at der kommer en løbende dialog med de centrale sundhedsmyndigheder så længe fikseringen pågår.

Som et af de få lande i Europa, er det i Danmark ikke lovligt at anvende isolation. Ingen videnskabelige undersøgelser har, efter referencegruppens viden, kunnet påvise særlige fordele eller ulemper ved isolation kontra tvangsfiksering, der begge anses for at være blandt de mest indgribende tvangsforanstaltninger. Dog er der en mindre undersøgelse, der tyder på, at valgmuligheden er vigtig for patienten. Referencegruppen konstaterer, at muligheden for brug af isolation vil kunne nedbringe anvendelsen af tvangsfiksering og at isolation evt. kunnetilbydes en patient som alternativ til tvangsfiksering. Patienten ville herved kunne gives en valgmulighed når der skal anvendes mere indgribende tvangsforanstaltninger. Afklaring af patientens præference kan eventuelt ske ved samtaler i forbindelse med indlæggelse, forhandstilkendegivelser eller hvis eftersamtaler systematisk blev anvendt til dette formål.

Referencegruppen finder det bør overvejes at give mulighed for en tidsbegrænset forsøgsordning, hvor tre større psykiatriske afdelinger kan anvende isolation på særlige isolationsstuer, med efterfølgende evaluering.

Ekstraordinært farlige patienter

Torturforebyggelseskomitéen konstaterede under sit besøg på Sikringen i Nykøbing Sjælland i februar 2008, at der blev anvendt fiksering hos oppegående patienter, hvilket i praksis fungerer ved, at patienten får bælte/remme omkring mave, hænder og fødder. Mellem den ene hånd og foden på samme side fæstnes en rem gennem en ring i mavebæltet. Det samme gøres på den anden side, hvilket bevirker, at hændernes og føddernes bevægelse indskrænkes, således at patienten ikke kan slå eller sparke kraftigt. Referencegruppen finder, at denne form for fiksering ikke har nogen berettigelse i almen- eller retspsykiatrien. Dog kan denne form for fiksering i ekstreme tilfælde eventuelt være anvendelig overfor få, ekstraordinært

farlige patienter, hvor alternativet vil være meget langvarig tvangsfiksering eller langvarigt ophold på egen stue med aflåsning af døren.

Danmark adskiller sig fra de øvrige lande ved i psykiatriloven at have en beskrivelse af begrebet ”ekstraordinært farlig patient”, samt ved at have et regelsæt for, hvor disse patienter skal indlægges og behandles. Den danske psykiatrilov giver mulighed for aflåsning af patientstue på Sikringen, hvilket ikke er en mulig foranstaltning over for andre psykiatriske patienter.

Referencegruppen har drøftet de helt særlige forhold, der gør sig gældende for Sikringen, og finder, at der i ganske særlige tilfælde kan være behov for at anvende andre tvangsforanstaltninger end de der allerede indeholdes i psykiatriloven.

Referencegruppen finder grundlag for at overveje muligheden for, at Sikringen efter konkret ansøgning til Justitsministeren, og efter faglig vurdering og indstilling foretaget af et særligt sagkyndigt råd nedsat af Sundhedsstyrelsen, får mulighed for at anvende andre tvangsforanstaltninger end beskrevet i den gældende psykiatrilov, i en konkret situation og overfor en konkret patient.

Indberetning af anvendelse af tvangsforanstaltninger

I forbindelse med vedtagelse af psykiatriloven i 1989 blev Danmark det første europæiske land, hvor det ved lov blev pålagt nationalt at indrapportere anvendelsen af tvangsforanstaltninger. Der findes i dag kun nationale registre i tre af de undersøgte lande: Norge, Finland og Danmark. Referencegruppen finder, at de danske data for anvendelse af tvang er af høj kvalitet, offentligt tilgængelige og meget valide. Det kan konstateres, at få lande har tilsvarende kvalitet og fuldstændighed af data. Det er derfor ikke muligt at foretage sikre sammenligninger mellem landene vedrørende anvendelsen af tvang. Mere fyldestgørende og sammenlignelig dokumentation vil kunne fremme forskning og bench-marking internationalt, med henblik på at skabe bedre grundlag for vurdering af ”best-practice”.

Referencegruppen finder, at der på lang sigt, på EU niveau, bør arbejdes hen mod ensartet dataindberetning og opbyggelse af ensartede indberetningssystemer, gerne med den danske model som forbillede.

Psykisk syge kriminelle

Der er ikke i EU landene en fælles definition af begrebet ”psykisk syg kriminel”. I overensstemmelse med de Europæiske Fængselsregler, er der ingen af landene i udredningen der efter domsafsigelse fængsler personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom, eller som var retarderede i højere grad. I stedet bliver disse personer idømt anden foranstaltning med henblik på behandling i det psykiatriske sundhedssystem. Der kan dog være ventetid på sengeplads i psykiatrien i flere lande på grund af kapacitetsproblemer.

En psykisk syg kriminel, der i Danmark idømmes dom til anbringelse eller til behandling, anbringes på retspsykiatrisk afdeling eller på almenpsykiatrisk afdeling,

afhængigt af behov for sikkerhed og karakteren af den idømte foranstaltning, herunder dennes forventede varighed.

En retspsykiatrisk afdeling er en organisatorisk enhed i sygehusvæsenet, hvor personalet har særlig erfaring med retspsykiatriske problemstillinger, og indretningen tager hensyn til patienternes særlige status, bl.a. i relation til sikkerhed og varighed af indlæggelse. Stigningen i antallet af patienter med en retslig foranstaltning belaster imidlertid generelt sengekapaciteten både på de almenpsykiatriske og de retspsykiatriske afdelinger. Den aktuelt igangværende styrkelse af de retspsykiatriske afdelinger kan bedre mulighederne for, at patienterne indlægges, hvor det er fagligt og behandlingsmæssigt mest hensigtsmæssigt.

Dom til anbringelse eller behandling medfører ikke automatisk mulighed for personalet for at iværksætte tvangsforanstaltninger over for en sådan patient, hvis patienten ikke frivilligt medvirker til behandlingen. For at kunne anvende tvang over for disse patienter, skal psykiatrilovens bestemmelser om de særskilte tvangsforanstaltninger være opfyldte.

Referencegruppen finder det væsentligt, at retspsykiatriske patienter kan blive overflyttet til almenpsykiatriske afdelinger med henblik på at blive udsluset og integreret i samfundet, så snart de har fået det psykisk bedre.

Referencegruppen finder, at der ikke er behov for ændringer i det juridiske grundlag, men der kan være behov for styrkelse af den retspsykiatriske kapacitet.

Behandlerkultur

I forbindelse med udredningen, blev de omhandlede landes myndigheder bedt om at udfylde et af Sundhedsstyrelsen udarbejdet spørgeskema. Landenes myndigheder blev bedt om med tal fra 1-8 at angive, hvilken tvangsforanstaltning myndigheden i det pågældende land anså som den mindst indgribende (1) frem til den mest indgribende (8).

Trods nogen forskellighed i besvarelsene vurderes det, at de mest indgribende tvangsforanstaltninger vurderedes at være tvangsfiksering, isolation og medikamentel tvangsbehandling. Det fremgår ligeledes, at i de lande, hvor der både er mulighed for isolation og tvangsfiksering, opfattes tvangsfiksering som en mere indgribende foranstaltning end isolation. Sverige og Island har som de eneste lande vurderet tvangsforanstaltningen ”oppegående fiksering”. Begge lande vurderer foranstaltningen som den mest indgribende. Danmark er det eneste land i denne udredning, hvor det ikke er muligt at anvende isolation. Omvendt er det ulovligt i England at anvende tvangsfiksering. Her anvendes til gengæld isolation.

Tvangsudøvelsen inden for vestlig psykiatri er på den ene side bestemt af lovgivningen og på den anden side bestemt af mere holdningsprægede valg af tvangsforanstaltninger. Et eksempel på det første er Englands forbud mod tvangsfikseringer, siden dette blev dømt ulovligt i 1957. Et eksempel på det andet er diskussionen om, hvorvidt langvarig medikamentel tvangsbehandling er en mere indgribende tvangsforanstaltning end tvangsfiksering. Det bemærkes dog, at disse to foranstaltninger ikke er alternativer til hinanden i Danmark, da indikationerne for anvendelse er forskellige.

Det er væsentligt at beskytte patienter med en psykisk lidelse, der ikke er i stand til at tage vare på sig selv. I situationer, hvor patienter har en alvorlig psykisk lidelse af farlig karakter, er det væsentligt at beskytte både patienten selv og andre personer. Anvendelse af tvang i psykiatrien kan ikke undgås, men skal altid finde sted efter ”mindste-middels-princip”. Reduktion af anvendelsen af tvang inden for psykiatrien kræver initiativer af forebyggende karakter bestående af mange forskellige interventioner på flere niveauer. Et tilstrækkeligt og velkvalificeret personale kan medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvang.

Referencegruppen finder, at en grundig samtale, fx i forbindelse med indlæggelsen, bør anvendes mere systematisk med henblik på at indhente specifikke oplysninger om patientens reaktionsmønstre, mestringsstrategier (deeskaleringsstrategier) i forbindelse med uro, selvmordsforsøg og aggressioner, jævnfør forebyggelses-tænkningen, for så vidt muligt at undgå at komme i en situation, hvor tvangsudøvelse bliver nødvendig.

Trieste og Lille

De to artikler vedrørende psykiatrien i henholdsvis Trieste i Italien og Lille i Frankrig tyder på, at anvendelse af tvang inden for psykiatrien kan mindskes, såfremt der sikres en samlet rehabiliteringsindsats for gruppen af langvarigt sindssyge, og - hvis der som i Trieste – sikres passende boliger til sindslidende, idet dette er en forudsætning for, at langvarigt sindssyge kan udskrives til varig ambulans behandling. Undersøgelserne omfatter kun to byer i to store lande, hvorfor populationen er meget begrænset. Resultaterne fra de to projekter kan imidlertid ikke umiddelbart overføres til danske forhold, bl.a. fordi datagrundlaget ikke er komplet og validt. Hertil kommer, at der var væsentligt flere tvangsendlæggelser i Lille i forhold til i Danmark, og der er ingen oplysninger om, hvor meget tvang der anvendes i naboregioner til Lille og Trieste.

Sundhedsstyrelsens vurderinger

Sundhedsstyrelsen finder på baggrund af gennemgangen af forholdene i de beskrevne lande, og på baggrund af den gennemgåede litteratur, at der foreligger meget begrænset evidens for at foretrække én tvangsforanstaltning frem for en anden. Det kan konstateres, at mange af de øvrige lande, der indgår i udredningen, i modsætning til Danmark, ikke har en lovgivning, der detaljeret regulerer, hvilke tvangsforanstaltninger, der kan anvendes på psykiatriske afdelinger og kriterier og betingelser for anvendelsen heraf. Sundhedsstyrelsen finder, at det danske system med en detaljeret regulering af anvendelsen af tvang i psykiatrien i Danmark, fungerer godt. Sundhedsstyrelsen vurderer, at anvendelse af tvangsforanstaltninger og obligatorisk efterprøvelse ud fra et retssikkerhedsmæssigt synspunkt, skal fremgå udtrykkeligt af lovgivningen. De der dagligt anvender lovgivningen, må ikke være i tvivl om dennes fortolkning. Loven må således ikke give anledning til tvivl om, hvilke foranstaltninger, der kan anvendes under visse nærmere kriterier samt på hvilken måde foranstaltningen skal udføres.

For så vidt angår tvangsfikseringer finder Sundhedsstyrelsen, at det vil være hensigtsmæssigt at indføre krav i psykiatriloven om fortsat obligatorisk efterprøvelse

regelmæssigt og løbende, også efter de første 48 timer. Styrelsen finder, at beslutning om fortsat tvangsfiksering efter 48 timer skal efterprøves af en uvildig speciallæge i psykiatri eller speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, efter samme kriterier som i lovens § 21, stk. 5, eksempelvis én gang ugentligt så længe foranstaltningen pågår. Dette vil efter styrelsens vurdering sikre en løbende dialog mellem en uvildig speciallæge i psykiatri og den psykiatriske afdeling, herunder kontinuerlige drøftelser med henblik på overvejelser om afprøvning af alternative behandlingsstrategier i de konkrete tilfælde af meget langvarige fikseringer. Samtidig vil dette styrke patienternes retssikkerhed. Sundhedsstyrelsen finder i modsætning til referencegruppen ikke, at der vil være fordele ved en yderligere indberetning af langvarige fikseringer til embedslæge/de centrale sundhedsmyndigheder. Styrelsen vurderer endvidere, at anvendelsen af langvarige tvangsfikseringer vil kunne mindskes, såfremt tilstrækkelig og kompetent personalenormering sikres. Styrelsen finder, at der ikke bør opstilles absolutte tidsgrænser for varigheden af tvangsfikseringer.

I størstedelen af de øvrige lande i udredningen anvendes foranstaltningen isolation. Der foreligger efter styrelsens viden, ikke konklusive undersøgelser af behandlingseffekten eller af hvorvidt patienter foretrækker isolation frem for tvangsfiksering. En mindre undersøgelse vedrørende isolation, der er omtalt i udredningen, tyder dog på, at det har betydning for patienterne, at de har en valgmulighed. Styrelsen finder, at patienternes præferencer spiller en meget vigtig rolle, hvorfor det kan overvejes, om isolation skal indføres i en forsøgsperiode. En forsøgsperiode skal efter styrelsens vurdering, tilrettelægges således, at det først og fremmest afklares, om der er et behov for denne tvangsforanstaltning. En forsøgsperiode, hvor isolation holdes op mod tvangsfiksering med samme indikationer for anvendelsen, kan efter styrelsens opfattelse til en vis grad belyse disse problemstillinger. Samtaler i forbindelse med indlæggelse kan systematisk anvendes også til afklaring af patientens præference, såfremt tvangsudøvelse bliver relevant. Afdækning af præference kunne eventuelt foregå ved de forhåndstilkendegivelser, der er beskrevet i vejledning nr. 122 af 14. december 2006. Mange patienter er bevidste om deres reaktionsmønstre i forbindelse med deres sygdom og deres præference er væsentlig. Eftersamtaler som beskrevet i bekendtgørelse nr. 1493 af 14. december 2006 kan tillige spille en væsentlig rolle i forsøgsperioden og kan bl.a. anvendes til at afdække patientens oplevelser af isolationen. Såfremt en forsøgsperiode iværksættes, skal effekt, og herunder før- og eftersamtalerne i givet fald nøje dokumenteres med henblik på muligheden for en grundig evaluering af anvendelsen af isolation, efter forsøgsperiodens udløb. Styrelsen finder, at der er mange spørgsmål der skal belyses for at opstille rammerne for en eventuel forsøgsperiode med isolation. Det vil derfor være nødvendigt at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på den nærmere tilrettelæggelse. Styrelsen skal dog understrege, at såfremt isolation skal indgå i et forsøg, skal dette som udgangspunkt ske efter samme kriterier som er gældende for iværksættelse af tvangsfiksering.

Styrelsen vurderer, at anvendelse af oppegående fiksering, ikke har nogen berettigelse i almen- og retspsykiatrien. Patienter, der er sindssyge og ekstraordinært farlige, er i medfør af psykiatrilovens § 40 anbragt på Sikringen. Kendetegnende er, at disse patienters sygdom og adfærd ofte ikke kan behandles tilstrækkelig effektivt med medicin. Disse forhold kan af forskellige årsager tilsige eller nødvendiggøre brugen af særlige foranstaltninger over for enkelte patienter.

Sikringen har oplevet, at de i lovgivningen eksisterende tvangsforanstaltninger i nogle tilfælde har været utilstrækkelige. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det bør

overvejes, om der findes behov for yderligere tvangsforanstaltninger overfor denne særlige patientgruppe. Styrelsen vurderer endvidere, at der med fordel kan nedsættes et særligt sagkyndigt råd til behandling af ansøgninger om, at Sikringen i ganske særlige og konkrete tilfælde vedrørende en konkret patient kan iværksætte en sådan foranstaltning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der forinden indgivelse af en sådan ansøgning, skal foreligge en second opinion fra en uvildig speciallæge i psykiatri.

Danmark adskiller sig fra de fleste andre lande i udredningen ved at have et vel fungerende nationalt rapporteringssystem til indberetning af anvendelsen af tvangsforanstaltninger. Styrelsen finder, at et sådant system er særdeles vigtigt at have til brug for monitorering. Det danske indberetningssystem synliggør anvendelsen af tvangsforanstaltninger. Idet ikke alle lande i udredningen er lovgivningsmæssigt pålagt en lignende indberetningspligt, er en sammenligning landene imellem af anvendelse af tvangsforanstaltninger vanskelig. Referencegruppen foreslår, at der indføres et ensartet registreringssystem i EU med den danske model som forbillede. Sundhedsstyrelsen skal bemærke, at der alligevel kan være vanskeligheder ved sammenligning af tvangsforanstaltninger i de forskellige lande. Dette skyldes dels landenes forskellige lovgivninger men tillige forskelle i sygehusforhold, personale-ressourcer- og -kompetencer, medicineringspraksis mv. Et ensartet registreringssystem vil derfor efter styrelsens opfattelse ikke nødvendigvis medføre et retvisende billede af landenes behandlerkultur.

Det må konstateres, at retspsykiatriske patienter optager en stor del af sengepladser på de psykiatriske afdelinger, hvilket blandt andet bidrager til det generelle pres på den begrænsede sengekapacitet og til overbelægning, som kan medføre, at psykiatriske patienter udskrives for tidligt. Sundhedsstyrelsen finder det derfor særdeles positivt med den igangværende styrkelse af de retspsykiatriske afdelinger. Det skal imidlertid understreges, at styrelsen finder det vigtigt med en generel styrkelse af det psykiatriske område, herunder sengekapaciteten generelt.

Igennem de senere år har holdningen til længden af motivationsperiode i forbindelse med medikamentel tvangsbehandling ændret sig. Dette afspejles i de psykiatriske patientklagenævns praksis, hvor det for nogle år siden vurderedes, at en motivationsperiode på ca. en uge var passende. I dag er nævnenes praksis, at klagen gives medhold, såfremt motivationsperioden har været under 10-14 dage. Motivationsperioden er den tid der går fra den lægelige beslutning om, at en konkret medicinering er indiceret og nødvendig for patientens liv og helbredsmuligheder og man søger at motivere patienten for behandling og indtil det tidspunkt, hvor den behandlingsansvarlige overlæge træffer beslutning om iværksættelse af denne tvangsbehandling, fordi patienten ikke frivilligt vil medvirke til behandlingen.

Sundhedsstyrelsen er enig i referencegruppens opfattelse af det u hensigtsmæssige i, at der kan gå op til 3 uger fra beslutning om, at medicinsk behandling er nødvendig, til behandlingen reelt kan iværksættes, idet en klage kan have opsættende virkning i op til 7 dage. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at det blandt andet af retssikkerhedsmæssige grunde er hensigtsmæssigt at opretholde den generelle regel i loven om at en klage over tvangsbehandling har opsættende virkning. Derimod vurderer styrelsen, at der i lovgivningen bør fastsættes en maksimal motivationsperiode på 3 dage. Det skal i den forbindelse erindres, at der forud for beslutning om psykofarmakologisk behandling foreligger en udredningsperiode, og at tvangsbehandling endvidere først vil blive iværksat efter at det psykiatriske patientklagenævn har truffet afgørelse vedrørende en eventuel klage over tvangsbehandling.

Udredningsperiodens længde vil afhænge af forskellige forhold, herunder om det er patientens første psykotiske periode, om der tidligere har været effekt af psykofarmaka, af alvoren og generne for patienten ved den aktuelle psykose samt af eventuelle andre forhold. Det bemærkes, at det kan være overordentlig pinagtigt for psykotiske patienter at være ubehandlede i denne periode.

Anvendelse af ambulante tvang var ikke en del af kommissoriet, hvorfor det ikke er nærmere behandlet i denne udredning. Referencegruppen har alligevel kommenteret på anvendelsen af ambulante tvang, men der er i referencegruppen ikke enighed om, hvorvidt ambulante tvang bør indføres i Danmark.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at det på baggrund af den i denne udredning beskrevne viden, ikke kan foretage en faglig vurdering af, hvorvidt ambulante tvang/tvungen opfølgning kan være et muligt nyttigt redskab i Danmark.

2 Kommissorium og sammensætning

2.1 Kommissorium

I efteråret 2008 har der på ny været fokus på anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder den anvendte fikseringsmetode på Sikringsafdelingen i Region Sjælland, som bl.a. blev bemærket i forbindelse med Torturforebyggelseskomitéens besøg i Danmark i februar 2008.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har på denne baggrund anmodet Sundhedsstyrelsen om en udredning for anvendelse af tvang inden for psykiatrien. Udredningen skal foreligge senest den 1. september 2009.

Udredningen skal indeholde en beskrivelse af de tvangsindgreb, der anvendes i de lande Danmark normalt bliver sammenlignet med.

Der skal foreligge en beskrivelse af:

- hvilke former for tvang, der ifølge de pågældende landes lovgivning må anvendes og hvilke kriterier, der er herfor,
- om der i disse lande kan anvendes og anvendes andre former for tvang, end angivet i den danske psykiatrilov,
- om og hvordan den anvendte tvang registreres og monitoreres, herunder om der føres offentlige statistikker med anvendelsen af tvang,
- hvilke behandlingsmetoder/sikkerhedsforanstaltninger, der anvendes over for ekstraordinært farlige patienter,
- regler for, om og hvornår, sindssyge kriminelle indlægges/behandles på psykiatrisk afdeling eller fængsles,
- hvordan behandlerkulturen er i de enkelte lande, herunder hvilke tvangsindgreb, der anses for at være mere eller mindre indgribende/humane i forhold til andre.

Herudover skal udredningen indeholde en faglig vurdering af de tvangsmetoder, der anvendes i Danmark, herunder tvangsfiksering. Der skal endvidere foreligge en faglig vurdering af den form for fiksering, der har været anvendt på Sikringsafdelingen i Region Sjælland, hvor ikke sengeliggende patienter har været fikseret med remme.

Endelig skal udredningen indeholde en gennemgang af de to artikler som Grundlovens § 71-tilsyn har fremsendt. De to artikler vedrører anvendelse af tvang inden for psykiatrien i Trieste i Italien (1) og i Lille i Frankrig (2).

2.2 Organisering af arbejdet

På denne baggrund nedsatte Sundhedsstyrelsen en referencegruppe, der bestod af:

- Kontorchef, overlæge Anne Mette Dons, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Klinikchef Helle Aggernæs, Psykiatrisk center Amager
- Oversygeplejerske Jesper Bak, Psykiatrisk center Sct. Hans
- Overlæge Dorte Sestoft, Retspsykiatrisk center Glostrup
- Overlæge Mette Brandt Christensen, Psykiatrisk center Rigshospitalet
- Overlæge Matilde Laier, Augustenborg Sygehus
- Overlæge Munthe Suenson, Psykiatrisk center Bispebjerg
- Klinikchef Torsten Jacobsen, Psykiatrisk center Hvidovre
- Overlæge Johan Øhlenschläger, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Overlæge Jeanett Bauer, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Udviklingschef Karin Johannesen, Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
- Kirsten Hove, Landsforeningen SIND
- Centerchef Anne Lindhardt, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i psykiatri
- Fuldmægtig Louise Gjørup, Sundhedsstyrelsen (faglig sekretær)
- Afdelingslæge Torben Hørslev, Sundhedsstyrelsen (faglig sekretær)

Skrivegruppen bestod af:

- Klinikchef Helle Aggernæs
- Oversygeplejerske Jesper Bak
- Fuldmægtig Louise Gjørup (faglig sekretær)
- Afdelingslæge Torben Hørslev (faglig sekretær)

2.3 Afgrænsning af opgaven

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i psykiatrien er reguleret i psykiatriloven, lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006, om anvendelse af tvang i psykiatrien (3).

Det fremgår af loven, at anvendelse af tvang kun må ske i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling og på Sikringsafdelingen.

Det fremgår af lovens § 2, at sygehusmyndigheden, med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang, skal tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets

kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.

Det fremgår af lovens § 4 (mindste middels princip):

- at anvendelse af tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken,
- at anvendelse af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået hermed. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes,
- at tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulige hensyntagen til patienten og
- at tvang ikke må anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede mål.

Følgende tvangsforanstaltninger kan ifølge dansk lovgivning anvendes:

- Tvangsindlæggelse (§ 5-9)
- Tvangstilbageholdelse (§ 10)
- Tilbageførsel (§ 10a)
- Tvangsbehandling af psykisk lidelse (§ 12, stk. 2)
- Tvangsbehandlingen af somatisk lidelse (§ 13)
- Tvangsfiksering (§ 14-16)
- Fastholdelse (§ 17, stk. 1)
- Anvendelse af beroligende lægemidler i akutte situationer (§ 17, stk. 2)
- Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse til patienter med demens eller demenslignende sygdomme (§ 17 a)
- Beskyttelsesfiksering (§ 18)
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (§ 18a + b)
- Personlig skærmning (§ 18c + d)
- Aflåsning af døre i afdelingen (§ 18e)
- Personlig hygiejne under anvendelse af tvang (§ 18 f)
- Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele mv. (§ 19a)

Torturforebyggelseskomiteen påpegede i sin rapport fra januar 2008 (4), at der, efter komiteens opfattelse, i Danmark er alt for mange patienter inden for det psykiatriske område, der tvangsfikseres og i for lang tid.

Den efterfølgende danske debat om anvendelse af tvang i psykiatrien har primært haft fokus på anvendelse af tvangsfikseringer og tvangsmedicinering. Debatten har primært omhandlet, hvorvidt anvendelse af tvangsfikseringer er mere hensigtsmæssige end anvendelse af medicin, herunder både anvendelse af beroligende medicin i

akutte situationer og planlagt længerevarende medikamentel tvangsbehandling. Endvidere har der været fokus på, hvorvidt Danmark anvender mere tvang i forhold til andre lande.

Referencegruppen har valgt at fokusere på de tvangsindgreb, der kan anvendes når patienterne er indlagte. Der er primært fokuseret på tvangsforanstaltninger, hvor patienten fikseres, isoleres eller medicineres. Referencegruppen har valgt ikke i større omfang at beskrive krav og procedurer for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangstilbageførelse.

Udredningen omfatter:

- Tvangsmedicinering (§ 12-13)
- Tvangsfiksering (§ 14-16)
- Fastholdelse (§ 17, stk. 1.)
- Anvendelse af beroligende lægemidler i akutte situationer (§ 17, stk. 2)
- Personlig skærmning (§ 18c + d)
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (§ 18a + b)

Arbejdsgruppen har som udgangspunkt valgt at beskrive forholdene i de nordiske lande. Derfor indgår:

- Danmark
- Sverige
- Norge
- Finland
- Island

Sundhedsstyrelsen deltager i arbejdet i EPSO (European Platform of Supervisory Organisations). I EPSO samarbejdet indgår bl.a.:

- Belgien
- Holland
- Irland
- England, herunder Skotland, Wales og Nordirland

Disse lande indgår også i den foreliggende udredning.

Tilsynet efter Grundlovens § 71 har fremsendt to artikler vedrørende forholdene i Lille i Frankrig og Trieste i Italien. Disse to lande indgår også i udredningen.

2.4 Forløb

Skrivegruppen har afholdt 10 møder.

Referencegruppen har afholdt 3 møder.

Referencegruppen afgiver kommentarerne i enighed.

3 Lovgivningen i udvalgte lande

Dette kapitel indeholder en kort historisk gennemgang af udviklingen i psykiatrilovgivningen i Europa.

I de følgende afsnit (afsnit 3.2-3.11) findes en beskrivelse af, hvorledes det psykiatriske område er organiseret i de enkelte lande. Beskrivelsen efterfølges af en kort historisk gennemgang af psykiatrilovgivningen i det pågældende land, og afsluttes med en opsummering af konsekvenserne af den seneste revision af lovgivningen.

I det efterfølgende afsnit 3.12 er opført nøgletal for aktiviteten inden for det psykiatriske område.

Kapitlet afsluttes med referencegruppens kommentarer og anbefalinger.

3.1 Historisk gennemgang af lovgivningen i Europa

Den ældste psykiatrilov i Europa er fra Frankrig, og blev vedtaget i juni 1838. Flere europæiske lande vedtog efterfølgende psykiatrilove i slutningen af 1800-tallet. Formålet med lovene var primært at anbringe sindssyge på hospitaler, asyler mv. med henblik på, dels at beskytte den sindssyge, dels at beskytte samfundet mod den sindssyge person. Lovene omfattede kun tvangsindlæggelse. Ved indlæggelse på et sindssygehospital mistede patienten sine civile rettigheder herunder sin stemmeret. Det var ikke muligt at blive frivilligt indlagt på et sindssygehospital.

Efter 2. verdenskrig skete der en ændring i samfundets opfattelse af sindssyge personer. Man opfattede de sindssyge personer som individer, der skulle respekteres og have rettigheder på lige fod med andre. Man lagde endvidere vægt på, at patienternes selvbestemmelse skulle medinddrages i planlægningen af behandlingen. Hertil kom, at der var udviklet nye og mere effektive behandlingsformer både inden for det medicinske område, men også inden for de sociale, miljømæssige og terapeutiske områder. Dette medførte, at en del af behandlingen kunne foregå uden indlæggelse.

Ændringerne i behandlingen medførte revision af psykiatrilovgivningen i Europa.

I 1970'erne lagde man vægt på at udvikle distriktpsychiatrien, at sikre patientrettigheder og at nedbringe anvendelsen af tvang. I Italien vedtog man i 1978 som yderste konsekvens heraf en lov, hvoraf fremgik, at alle sindssygehospitaler skulle lukkes.

Siden 1990'erne har flere lande revideret deres psykiatrilove, primært med henblik på at sikre patienternes retsstilling yderligere og for at minimere anvendelsen af tvang.

3.2 Danmark

Danmark har 5,3 mio. indbyggere.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 5 regioner, der hver er ansvarlig for såvel somatisk som psykiatrisk behandling. I hver region er der psykiatriske afdelinger

(centre) med lukkede sengeafsnit, integrerede og åbne sengeafsnit samt distriktspsykiatriske centre. Flere steder er der oprettet opsøgende psykiatriske teams. Nogle psykiatriske afdelinger er beliggende i tidligere statshospitaler. Ansvar for socialpsykiatrisk arbejde og rehabilitering ligger hos kommunerne og regionerne.

I 1938 blev den første psykiatrilov vedtaget. Loven regulerede tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse og medførte mulighed for frivillig indlæggelse.

I 1954 blev loven revideret, hvor der som konsekvens af grundlovens § 71 stk. 6, blev indsat regler om adgang til domstolsprøvelse. Klageordningen var udformet således, at afgørelser om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på psykiatrisk afdeling kunne påklages til Justitsministeriet med adgang til efterfølgende domstolsprøvelse i medfør af reglerne i retsplejeloven.

Muligheden for at anvende anden tvang end frihedsberøvelse i forbindelse med behandlingen af psykiatriske patienter var ikke udtrykkeligt reguleret i sindssygeloven fra 1938.

Sundhedsstyrelsen havde i cirkulærer i henholdsvis 1982 og 1983 om information og samtykke for så vidt angår patienter med psykisk lidelse, administrativt fastsat bestemmelser om adgangen til tvangsbehandling. I cirkulæret fra 1985 var der fastsat nærmere retningslinjer for anvendelsen af tvangsmidler og beskyttelsesforanstaltninger.

I 1989 blev ”Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien” vedtaget. Formålet med loven var at fastsætte regler for alle tvangsforanstaltninger, styrke patientrettighederne og nedbringe anvendelsen af tvang. Endvidere blev der indført national registrering af anvendelsen af tvangsforanstaltninger, og der blev etableret et system for klage over tvang i psykiatrien. Loven er efterfølgende blevet revideret i 1998 og senest i 2006.

Den gældende lov er, lovbekendtgørelse nr. 1111 af 11. november 2006. I loven er patienternes retsstilling yderligere styrket og præciseret. Det kræves eksempelvis nu, at så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af fikseringen mindst fire gange i døgnet. Såfremt fikseringen udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en uafhængig speciallæge i psykiatri, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit og som ikke er ansvarlig for behandlingen af patienten, foretage en vurdering af, hvorvidt der er baggrund for fortsat fiksering. Endvidere er patienternes klagemuligheder blevet styrket.

3.3 Sverige

Sverige har 8,8 mio. indbyggere.

I Sverige er sundhedsvæsenet opdelt i fem regioner. Hver region er ansvarlig for organiseringen af eget sundhedsvæsen. Der er fortrinsvis psykiatriske afdelinger ved almene hospitaler, men ligeledes ved psykiatriske hospitaler, retspsykiatriske afdelinger og universitetsklinikker. Der er etableret distriktspsykiatriske centre.

Første sindssygelov er fra 1929 og gav ud over tvangsindlæggelse mulighed for frivillig indlæggelse. Den efterfølgende psykiatrilov blev vedtaget i 1967. Lov om Psykiatrisk Tvangsbehandling (Tvangsvård) blev vedtaget i 1992. Loven er sidst blevet revideret i 2008. Formålet med revision af loven har været at sikre patienter-

nes rettigheder, begrænse tvangsbehandling, at styrke brugen af pårørende i behandlingen, at sikre ambulans behandling i samfundet samt at sikre, at der blev opstillet behandlingsplaner.

3.4 Norge

Norge har 4,5 mio. indbyggere.

I Norge er psykiatrien regionaliseret. Hver region varetager behandlingen af optageområdets patienter. Der er hospitalsafdelinger, særlige institutioner og distriktspsykiatriske centre. I den primære sektor bliver den psykiatriske behandling varetaget på specialniveaue i regionerne og på kommunalt niveaue.

Den første lov, der omhandler sindssyges behandling og forplejning, er fra den 17. august 1848. Ved revision af loven i 1935 blev det muligt med frivillige indlæggelser. I 1961 blev loven revideret. Ved revision i 1977 blev brug af tvangsforanstaltninger beskrevet og i 1981 blev betingelserne for tvangsbehandling revideret.

Den gældende lov er Lov nr. 62 fra 2. juli 1999 om Psykisk Helseværn. Loven er løbende blevet ændret, særligt for så vidt angår brugen af tvangsforanstaltninger. Den seneste revision er sket i 2006. I Norge kan der anvendes tvang uden for de psykiatriske afdelinger, fx på døgninstitutioner for psykisk syge. Disse institutioner skal opfylde særlige krav og være centralt godkendte. Stortinget besluttede i 2000 at tilføje 6 mia. kr. løbende indtil år 2008 med henblik på at omstrukturere den psykiatriske behandling, og for at etablere ca. 2000 senge i boinstitutioner.

3.5 Finland

Finland har 5,1 mio. indbyggere.

Finland har psykiatriske hospitaler, distriktspsykiatriske centre og universitetsklinikker. Der er 2 retspsykiatriske hospitaler og 1 retspsykiatrisk fængsel.

Lov nr. 1116 fra 1990 med virkning fra 1991 regulerede tvangsindlæggelse i lokale institutioner. Det fremgår, at al anden (ambulant) psykiatrisk behandling skal være afprøvet og have vist sig utilstrækkelig før der kan tvangsindlægges. Den efterfølgende lov fra 1993 præciserer mere patientens ret til behandling end patientens ret til selvbestemmelse. Den seneste revision af loven er fra 2001.

3.6 Island

Island har 0,28 mio. indbyggere.

Island har et universitetshospital med 60 akutsenge og 67 senge forbeholdt rehabilitering og retspsykiatri. Herudover findes en mindre afdeling med 10-12 senge regionalt.

Der er ingen specifik psykiatrilovgivning, men ved tvangsindlæggelse anvendes myndighedsloven "Lögræðislögin", fra 1997. Ifølge denne, har den behandlingsansvarlige overlæge tilladelse til at bestemme, om der er behov for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og behandling.

Lovgivningen indeholder ingen specifikke regler vedrørende anvendelse af tvang inden for psykiatrien. Anvendelsen af tvang bygger på national tradition.

3.7 Belgien

Belgien har 10 mio. indbyggere.

I Belgien består det psykiatriske behandlingssystem af psykiatriske hospitaler og psykiatriske afdelinger, der er placeret på somatiske hospitaler. Herudover er der både statslige og private retspsykiatriske klinikker.

Den første belgiske lov vedrørende psykiatri er fra 1850. Den blev revideret i 1873. Loven regulerede kun tvangsindlæggelser. Den gældende lov om personlig beskyttelse af mentalt syge er fra den 26. juni 1990. Loven kan kun anvendes, når patienten nægter frivillig behandling. I 2002 kom lov om patientrettigheder. I 2003 blev "Lov om beskyttelse af rettigheder for mentalt syge, der helt eller delvist er ude af stand til at tage vare på sig selv" vedtaget. Den seneste lov, "Lov om internering af mentalt syge" er fra 2007. Tvangsindlæggelser kan kun foregå på godkendte, akkrediterede hospitalsafdelinger.

3.8 Holland

Holland har 16 mio. indbyggere.

I Holland foregår psykiatrisk behandling på psykiatriske hospitaler, psykiatriske afdelinger, der er tilknyttet somatiske sygehuse eller universitetsklinikker, og på psykiatriske plejehjem. Der er offentlige og private retspsykiatriske klinikker.

Den første lov vedrørende psykiatri er fra 1884. Den gældende psykiatrilov blev vedtaget i 1992, men blev først implementeret i 1994. Med vedtagelse af loven blev lovens område udvidet til ikke kun at omfatte psykiatriske hospitaler, men også psykiatriske afdelinger på almene hospitaler og universitetsklinikker, plejehjem og institutioner for mentalt retarderede. Det blev ligeledes besluttet, at loven skulle revideres regelmæssigt med ca. 5 års mellemrum, men loven er endnu ikke blevet revideret.

I løbet af 2009 vil to nye love formentlig blive vedtaget i parlamentet. Disse to nye love vil erstatte den hidtidige psykiatrilov. Hensigten med lovene er at styrke patienternes retsstilling og opstille nye kriterier og procedurer for tvangsanvendelse.

3.9 United Kingdom

UK har ca. 75 mio. indbyggere fordelt i England, Wales, Skotland og Nordirland, der hver har sin lovgivning, også inden for det psykiatriske område.

Sundhedsvæsenet i England bygger på et system af trusts fra 1948. En trust kan bestå fra et til flere hospitaler, og kan være offentligt eller privat drevet, eller foregå i en kombination heraf. Der er således psykiatriske afdelinger og hospitaler med tilhørende distriktspsykiatriske centre og opsøgende teams, men der findes også private hospitaler og klinikker.

Den første psykiatrilov er fra 1890. Med vedtagelse af loven fra 1930 blev frivillig indlæggelse mulig. Loven blev revideret i 1959 og i 1983. Lovens regulerede tvangsindlæggelser og tvangsbehandling.

Lovene i England og Wales er senest blevet reviderede i 2007. En af de væsentligste ændringer er, at personer, der er mentalt retarderede, og personer med psykopati, ikke længere er omfattet af lovene og derfor ikke kan tvangsindlægges. Endvidere er der indført mulighed for ambulant tvangsbehandling.

Sundhedsvæsenet i Skotland minder om det engelske, men med en meget stærk statslig styring. Lovgivningen er lig den engelske.

Det psykiatriske område detaljereguleres alle steder af de såkaldte "code of practice", der beskriver, hvorledes personer med psykiatriske lidelser bør behandles. Siden 1957 har tvangsfiksering været ulovligt.

3.10 Irland

Irland har 3,8 mio. indbyggere.

I Irland behandles psykiatriske patienter på psykiatriske hospitaler og almindelige psykiatriske afdelinger tilknyttet somatiske hospitaler. Der er oprettet distriktspsykiatriske centre og bosteder specielt for psykisk syge. Irland har ét retspsykiatrisk hospital. Tvangsindlæggelse kan ske på såvel hospital, på psykiatrisk afdeling som på bosted.

I 1945 blev en ny lov vedtaget. Med vedtagelse af loven blev frivillig indlæggelse på psykiatrisk afdeling mulig.

Den gældende lov blev vedtaget i 2001, men blev først fuldt implementeret i 2007. Loven beskriver kun frihedsberøvelse, hvorimod retningslinjer fra the Mental Health Commission beskriver reglerne for isolation og tvangsfiksering.

3.11 Frankrig

Frankrig har 60 mio. indbyggere.

I Frankrig er der 22 regioner, der hver har ansvar for organisering og drift af hvert sit sundhedsvæsen, herunder for behandlingen af psykiatriske patienter. Der er derfor forskel på organiseringen af psykiatrien i de enkelte regioner.

I Frankrig findes der psykiatriske hospitaler og afdelinger på almindelige sygehuse og universitetsklinikker. Den almene psykiatri har overvejende åbne sengeafsnit og distriktspsykiatriske enheder. Der er retspsykiatriske afdelinger. Hertil kommer at der ligeledes findes private klinikker. Tvangsindlæggelse kan kun ske på offentlige sygehuse.

Den første psykiatrilov er fra den 30. juni 1838, på et tidspunkt hvor Frankrig var ved at etablere psykiatri som et medicinsk speciale.

Den gældende lov, er lov nr. 90 – 527 fra den 27. juni 1990. Loven beskriver tvangsindlæggelse.

Det franske sygehusvæsen har igennem flere år været akkrediteret ved den franske Sundhedsstyrelse, French National Health Authority (HAS), og der er opstillet en række akkrediteringsstandarder, der beskriver god klinisk behandling af psykisk syge, herunder anvendelse af tvang.

3.12 Italien

Italien har 57 mio. indbyggere.

Italien er inddelt i 20 regioner. Hver region er ansvarlig for organisering og drift af eget sundhedsvæsen. Hver region kan vedtage love ud over den nationale lov.

Psykiatriske patienter kan blive indlagt og behandlet både på offentlige og private hospitaler og klinikker. Hovedparten af psykiatriske patienter bliver behandlet i distriktspsykiatriske centre. Indlæggelse kan ske på den psykiatriske afdeling på det lokale sygehus eller på private psykiatriske klinikker. Den private sektor dækker 55 % af sengene. Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling kan kun ske på offentlige sygehuse.

I maj 1978 blev psykiatrilov nr. 180 vedtaget (Basaglia's lov). Ifølge denne lov skulle alle psykiatriske hospitaler være lukket inden 1980. I 1998 var der fortsat 39 offentlige og 11 private psykiatriske hospitaler med i alt 7.704 senge.

3.13 Nøgletal

Nøgletal vedrørende psykiatri for 10 udvalgte europæiske lande år 2000

	Senge pr. 1.000 indbyggere	Gennemsnitlig indlæggelsestid for alle indlæggelser	Procent tvangsindlæggelser ud af alle indlæggelser	Tvangsindlæggelser pr. 100.000 indbyggere	Procent af tvangsindlæggelser m. diagnosen: Skizofreni/F2
Danmark	0,61	36	4,6	34	32,5
Sverige	0,54	28	30	114	-
Norge*	1,19	29	8,2	86	-
Finland	0,76	46	21,6	218	52,7
Island*	-	-	-	-	-
Belgien*	1,52	-	5,8	47	34,9
Holland	1,14		13,2	44	29,5
England	0,23	52	13,5	48	-
Irland	0,94	130	10,9	74	33,7
Frankrig*	0,95	36	12,5	11	50,0
Italien*	0,08	13	12,1	18-27	-

Tallene vedrørende antal senge pr. 1.000 indbyggere stammer fra WHO's publikation om psykiatri fra 2008 (5). De øvrige tal stammer primært fra en europæisk undersøgelse fra 2000 (6).

- I ovenstående tabel er angivet:
hvor mange psykiatriske senge, der er per 1000 indbygger,
- den gennemsnitlige indlæggelsestid for alle indlagte patienter på psykiatriske afdelinger,
- hvor mange af de indlagte patienter, der udgøres af tvangsinlæggelser opgjort som procent og som rate (antal per 100.000 indbyggere), og
- hvor mange procent af tvangsinlæggelserne, der blev udgjort af patienter med skizofreni.

Norge: Tallene er fra år 2006 (7).

Island: Det var ikke muligt at finde oplysningerne.

Belgien: Tallene inkluderer daghospitalsindlæggelser, der tæller som døgnindlæggelser i statistikken.

Irland: Tallene er fra 1999

Frankrig: Tallene repræsenterer 15 % af de franske regioner.

Italien: Tallene i tabellen gælder Sardinien. Antal tvangsinlæggelser pr. 100.000 indbyggere er tal fra 3 Norditalienske regioner.

3.13.1.1 Referencegruppens kommentarer til tabellen

Sammenligning af tallene er vanskelig. Nogle af tallene i tabellen stammer fra nationale registre. Andre af tallene stammer fra videnskabelige undersøgelser eller regionale eller lokale opgørelser. Tabellens tal er hovedsageligt fra år 2000.

Som det fremgår, er 4,6 % af alle indlæggelser på psykiatriske afdelinger i Danmark tvangsinlæggelser. Dette svarer i absolutte tal til 34 tvangsinlæggelser per 100.000 indbyggere.

De tilsvarende tal fra Sverige, Norge og Finland er væsentlig højere end de danske.

Referencegruppen har overvejet om dette kunne repræsentere en reel forskel, eller om forskellen eventuelt kunne være betinget i forskelle i registrering. Det bør bemærkes, at det hverken i Sverige eller Finland er muligt at overgå fra såkaldt "frivillig vård" til "tvungen vård". Når dette sker, registreres det som en tvangsinlæggelse, idet man ikke i den svenske lovgivning opererer med tvangstilbageholdelse. I Danmark registreres dette som tvangstilbageholdelse. Dette kunne forklare de højere tal end i Danmark.

I Norge er det ikke muligt at tvangstilbageholde en patient. Patienten kan enten være frivilligt indlagt eller tvangsinlagt. Hvis det er nødvendigt at overgå fra frivillig indlæggelse til tvangsinlæggelse, skal patienten først udskrives og herefter skal der udformes tvangsinlæggelsespapirer. Dette gælder dog ikke, hvis patienten ud-

gør en overhængende fare for sig selv eller andre på grund af den psykiske lidelse. I sådanne situationer er det muligt at overgå fra frivilligt indlagt til at være tvangsindlagt. I Danmark bliver disse patienter tvangstilbageholdt.

Referencegruppen har noteret, at andelen af tvangsindlæggelser i Danmark er væsentligt lavere end i de europæiske lande, hvor det ligesom i Danmark er muligt at tvangstilbageholde en frivilligt indlagt patient. Det samme gør sig gældende når antallet af tvangsindlæggelser beregnes ud fra antal sat i relation til befolkning.

Kun Italien og Frankrig har færre tvangsindlæggelser per indbygger end Danmark. Men som anført stammer de italienske tal fra en undersøgelse, hvori der kun indgik tre norditalienske regioner. Tallene er derfor *ikke* repræsentative for hele Italien. Det samme gælder tallene fra Frankrig, hvor tallene stammer fra en undersøgelse, hvori indgik 15 % af de franske regioner.

Referencegruppen har ligeledes bemærket, at den gennemsnitlige indlæggelsestid i Italien er 13 dage, hvilket er væsentligt mindre end i de øvrige europæiske lande. Årsagen til dette er ikke entydig. Det kan skyldes et mere velfungerende primært psykiatrisk system eller det kan skyldes familiernes større rolle i plejen og behandlingen af psykisk syge. Det kan også være en nødvendig følge af meget få sengepladser. Man skal dog være opmærksom på, at tallene i tabellen kun gør sig gældende for en mindre del af Italien, og at det er uvist, om indlæggelser på private hospitaler indgår.

Trods fald i antallet af psykiatriske senge de sidste 20 år, har Holland stadig et relativt stort antal senge per indbygger (1,7 pr. 1000 indbygger i 2000 og 1,14 i 2008). Området har været regeringens indsatsområde siden 1990'erne. I 2004 blev det vedtaget, at der skulle ske en reduktion i anvendelsen af tvang med 10 % årligt.

3.14 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

I alle landene er der specifikke love, der beskriver og regulerer anvendelsen af tvang inden for psykiatrien. Der er dog forskel på lovgivningen og det tilhørende regelsæt mellem de enkelte lande.

I de senere år har flere lande revideret deres psykiatrilove, som primært har taget sigte på at styrke patienternes rettigheder og styrke indberetningssystemerne.

I nogle europæiske lande kan der gå flere år fra vedtagelse af loven, til loven er implementeret; eksempelvis er der gået over 20 år i Italien. Dette er ikke tilfældet i Danmark, hvor loven som regel træder i kraft kort efter vedtagelsesdatoen.

En gennemgang af lovgivningen i de store lande som fx Italien viser regionale forskelle. Dette betyder, at organiseringen og reguleringen af det psykiatriske område, selv inden for samme land, kan variere.

Flere lande har en rammelov, hvortil der er tilknyttet lokale bekendtgørelser og cirkulærer. Danmark har en lov, der regulerer anvendelsen af tvang inden for psykiatrien. Denne lov er forholdsvis detaljeret for så vidt angår angivelse af betingelserne for at kunne anvende tvangsforanstaltninger. Til psykiatriloven er knyttet en række, men ret overskuelige, administrative forskrifter.

Flere lande har en privat sektor med hospitaler og klinikker, hvor psykiatrilovens regelsæt vedrørende tvangsindlæggelse gælder. I Italien gælder psykiatriloven ikke i den private sektor. I Danmark er det kun lovligt at anvende tvang på offentlige psykiatriske afdelinger og på Sikringsanstalten.

I Danmark reguleres anvendelse af tvang inden for psykiatrien af ”psykiatriloven”. En ændring eller indførelse af nye tvangsforanstaltninger bør fortsat ske ad lovgivningens vej, herunder gennem administrativt fastsatte forskrifter vedrørende tvangsudøvelsen.

Referencegruppen finder, at denne praksis skal fastholdes.

Referencegruppen har forsøgt at vurdere om man i Danmark anvender mere eller mindre tvang ved indlæggelser, i forhold til de øvrige lande. Selvom tallene for tvangsindlæggelser fra de enkelte lande ikke umiddelbart er sammenlignelige så tyder de på, at der sker færre tvangsindlæggelser i Danmark i forhold til de øvrige Nordiske lande, og når man sammenligner Danmark med de øvrige Europæiske lande.

4 Tvangsforanstaltninger i henhold til lovgivningen

I dette kapitel beskrives de tvangsforanstaltninger, der findes i de respektive lande. Gennemgangen af hvert land indledes med en kort beskrivelse af kriterierne for frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse).

Herefter følger en kort beskrivelse af de tvangsforanstaltninger, som beskrives i lovgivningen, samt under hvilke forudsætninger de kan anvendes. Der fokuseres, primært på følgende tvangsforanstaltninger: tvangsmedicinering, isolation, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, anvendelse af beroligende lægemidler i akutte situationer, og personlig skærmning.

Kapitlet afsluttes med referencegruppens kommentarer og anbefalinger.

4.1 Danmark

Anvendelse af tvangsforanstaltninger er beskrevet i psykiatriloven, og må kun anvendes på offentlige psykiatriske afdelinger. Da den personlige frihed er en grundlæggende menneskerettighed er det fastsat i Grundlovens § 71, at frihedsberøvelse kun må ske med hjemmel i lov, hvilket er årsagen til psykiatrilovens særlige regler om frihedsberøvelse.

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (jf. psykiatrilovens § 5 og § 10) må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi, udsigten til helbredelse, eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (behandlingsindikation), eller fordi den pågældende frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farlighedsindikation).

Tvangsbehandling (jf. psykiatrilovens § 12 og § 13) må kun finde sted såfremt betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Der må kun anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosis og med færrest mulige bivirkninger. Beslutning om tvangsbehandling træffes af overlægen, der samtidig træffer bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. En klage over overlægens beslutning om tvangsbehandling har i almindelighed opsættende virkning. Dette betyder, at tvangsbehandlingen først må iværksættes, når det psykiatriske patientklagenævns afgørelse af klagen foreligger og kun såfremt afgørelsen giver medhold i overlægens beslutning om tvangsbehandling. Afgørelse af klager over tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, skal som udgangspunkt træffes inden 7 hverdage efter klagens modtagelse.

Tvangsfiksering (jf. psykiatrilovens § 14) må kun anvendes for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på lege- eller helbred, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller, at en patient øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er således ikke en betingelse, at patienten er sindssyg eller i en tilstand der ganske kan ligestilles hermed. Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten. Dog træffes beslutning om, at der foruden bælte, tillige skal anvendes hånd- eller fodremme, af en overlæge. En patient, der er fikseret

skal have fast vagt, jf. psykiatrilovens § 16. Tvangsfiksering kan kun ske ved at anvende bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Anvendelse af fysisk magt (jvf. psykiatrilovens § 17, stk. 1) kaldes også fastholdelse. Fastholdelse må kun anvendes for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller, at en patient øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er således ikke en betingelse, at patienten er sindssyg eller i en tilstand der ganske kan ligestilles hermed.

Anvendelse af beroligende lægemidler i akutte situationer jf. psykiatrilovens § 17, stk. 2. må kun benyttes, hvis det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand. Der stilles ved anvendelse af denne form for tvangsindgreb ikke krav om, at personen skal være sindssyg eller farlig.

Personlig skærmning (jvf. psykiatrilovens § 18 c) kan kun anvendes for at afværge at patienten begår selvmord, eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller for at afværge, at en patient forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre. Ved personlig skærmning forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Denne tvangsforanstaltning blev tidligere også benævnt fast vagt.

Det er ikke i henhold til dansk lovgivning muligt at anvende isolation eller andre fikseringsmetoder. Tvungen ambulat behandling er ikke tilladt i Danmark.

4.2 Sverige

Den svenske psykiatrilov beskriver ”tvangsvård”, der er defineret som: ”alle former for tvangspsykiatrisk behandling, herunder restpsykiatrisk behandling”. Tvangsbehandlingen kan gives enten som lukket eller åben behandling. Lukket behandling er i henhold til loven defineret som den form for tvangsbehandling der foregår, når patienten er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Åben tvangsbehandling kan fx foregå ambulat. Loven finder anvendelse, hvis patienten lider af en alvorlig psykisk lidelse og på grund af sin psykiske tilstand og sine personlige forhold i øvrigt har et overhængende behov for psykiatrisk behandling. For at kunne tvangsindlægges på psykiatrisk afdeling, skal patienten herudover være til fare for sig selv eller andre. Tvangstilbageholdelse er ikke beskrevet i loven.

Hurtigst muligt efter, at patienten er blevet indlagt skal der udarbejdes en behandlingsplan, der skal indeholde de behandlingsmuligheder og andet, der er nødvendigt for at formålet med tvangsbehandlingen skal kunne opfyldes.

Tvangsmedicinering kan anvendes, både som led i planlagt behandling over længere tid, og i akutte situationer, hvor der behandles med beroligende lægemidler.

Isolation kan anvendes, hvis patienten er aggressiv og generer andre patienter. En beslutning om isolation er kun gældende i 8 timer. Hvis der er behov for yderligere isolation træffes denne beslutning af chefoverlægen. Hvis det er nødvendigt med isolation over 8 timer, skal Socialstyrelsen umiddelbart underrettes.

Tvangsfiksering med mavebælte og fod- og håndremme kan anvendes, hvis der er umiddelbar fare for, at patienten skader sig selv eller andre. Tvangsfikseringen skal

vare så kort tid som muligt. En patient kan kun tvangsfikseres i fire timer. Herefter skal der på ny træffes beslutning om fortsættelse af fikseringen. Såfremt det er nødvendigt at fikserer patienten over 72 timer skal Socialstyrelsen umiddelbart underrettes.

Fastholdelse er muligt, men kun i akutte situationer, og anvendes kun i forbindelse med tvangsfiksering, isolation eller for at fastholde patienten, således at der kan gives en injektion. Fastholdelse som behandlingsform er ikke tilladt.

Personlig skærming er mulig, hvis patienten er farlig for sig selv eller andre, har voldelig og destruktiv adfærd overfor andre personer eller omgivelserne, eller for at skærme patienten mod stimuli, der kan udløse aggressiv adfærd.

Ovenstående tvangsforanstaltninger kan kun anvendes overfor patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling.

4.3 Norge

Den norske lovgivning beskriver i detaljer betingelser og procedurer for anvendelse af tvang. I loven skelnes mellem tvungen observation og tvungen psykisk helsevern. I lovens § 1-2 er det beskrevet, at der med tvungen psykisk helsevern menes den undersøgelse, behandling, pleje og omsorg, der gives til personer med psykisk lidelse uden der er givet samtykke, med henblik på at vurdere om vilkårene for tvangsværn er til stede og opfyldte. Tvungen observation sker under indlæggelse, og det er muligt ved anvendelse af fysisk magt at tvangstilbageholde patienten. Tvungen observation kan maksimalt vare 10 dage. Såfremt der er strengt behov for en længere observationsperiode kan denne forlænges med yderligere 10 dage efter bevilling fra kontrolkommissionen. Hvis patienten opfylder kriterierne for tvungen helsevern kan patienten tvangsindlægges.

Anvendelse af tvang kan foregå på psykiatriske afdelinger eller på specielle døgninstitutioner, der er godkendt til dette formål. Loven giver også mulighed for anvendelse af ambulante tvang/tvungen opfølgning.

Kriterierne for, at en person kan blive undergivet tvangsforanstaltninger er, at frivillig behandling har været forsøgt. Patienten skal have en alvorlig sindslidelse, og anvendelse af tvang skal med stor sandsynlighed føre til helbredelse (behandlingskriterium) eller patienten skal udgøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv (farekriterium).

Loven giver mulighed for at anvende tvangsmedicinering, isolation, fiksering, med bl.a. bælte, fod- og håndremme, kortvarig fastholdelse og brug af korttidsvirkende beroligende lægemidler.

Tvangsmedicinering kan kun ske over for patienter, der er underlagt tvungen psykisk helsevern, og kun ved anvendelse af i Norge registrerede lægemidler i sædvanlige doser. Tvangsmedicinering kan kun iværksættes, hvis behandlingen med stor sandsynlighed kan medføre helbredelse eller forhindre en væsentlig forværring i tilstanden. Patienten, dennes værge eller patientens pårørende kan påklage tvangsmedicineringen, men dette har ikke, som i Danmark, opsættende virkning.

Ved isolation forstås kortvarig anbringelse af patienten bag låst dør, uden at personalet er til stede. Isolation kan kun ske i specielle rum, der er særligt indrettede til dette. Der skal være fast vagt under hele isolationen.

Tvangsfiksering omfatter mekaniske midler, som begrænser patientens bevægelsesfrihed bl.a. bælte rundt om maven. Specielt skadeforebyggende tøj kan også anvendes.

Kortvarig fysisk fastholdelse er mulig. Loven giver også mulighed for at anvende personlig skærmning.

4.4 Finland

Kriterierne for tvangsindlæggelse er, at personen lider af en psykisk sygdom, at personen behøver behandling for psykisk sygdom, der ubehandlet betydeligt vil forværres (behandlingsindikation) eller fordi den pågældende frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farlighedsindikation), og alle andre behandlingstilbud er uanvendelige og utilstrækkelige

Den finske lovgivning giver mulighed for anvendelse af følgende tvangsforanstaltninger: isolation, tvangsfiksering med anvendelse af mavebælte, fod- og håndremme, tvangsmedicinering, fysisk magtanvendelse (holding), akut medicinering med beroligende lægemidler og personlig skærmning.

4.5 Island

Tvangsindlæggelse kan besluttes af en læge – eventuelt den behandlingsansvarlige overlæge, der skal være speciallæge i psykiatri. Kriteriet for at tvangsindlæggelse kan ske er, at personen lider af alvorlig psykisk sygdom eller psykisk tilstand (fx selvmordsrisiko eller alvorlig misbrugssygdom). Tvangsbehandling og andre tvangsindgreb er ikke nævnt i loven. Der har tidligere været anvendt bæltetikseringer og anden tvang. Tvangsindlæggelsen gælder i 2 døgn og kan forlænges af justitsministeren til 21 dage. Yderligere forlængelse er mulig efter retsafgørelse.

4.6 Belgien

Kriterierne for tvangsindlæggelse er, at patienten udgør en fare for sit eget eller andres helbred eller sikkerhed, eller for andres integritet. Der er således ikke opstillet et behandlingskriterium.

Tvangsindlæggelse kan ske både i en psykiatrisk institution og hos familien. Tvangsindlæggelse hos familien anvendes dog meget sjældent. Før tvangsindlæggelse kan ske, skal alle muligheder for frivillig behandling være udtømte. Man kan maksimalt være tvangsindlagt i 2 år. Der er mulighed for tvungen ambulant behandling i 1 år efter seneste udskrivning. Lovgivningen giver kun mulighed for tvangsbehandling i akutte situationer.

Loven beskriver anvendelse af isolation. Det er ligeledes muligt at anvende tvangsfiksering med anvendelse af mavebælte, fod- og håndremme, men det er herudover også muligt at anvende remme, der spændes over brystet. I Belgien er det muligt at anvende spændetrøje. Det er endvidere muligt at anvende tvangsbehandling, samt

akut behandling med beroligende lægemidler og personlig skærmning. Der anvendes ikke fastholdelse, som er tilladt i Danmark, og der stilles ikke krav til fast vagt i forbindelse med tvangsfiksering.

Tvangsbehandling skal ske i henhold til offentlige anerkendte medicinske principper og guidelines.

4.7 Holland

Kriterierne for, at en psykisk syg kan blive tvangsindlagt er, at vedkommende udgør en fare for sig selv eller for andre. Der kan ikke indlægges på behandlingsindikation.

Omkring halvdelen af anvendte tvangsforanstaltninger i Holland er tvangsmedicinering. Der skal kort efter tvangsindlæggelse udfærdiges en behandlingsplan, herunder plan for den medicinske behandling. Den behandlingsansvarlige læge skal herefter forsøge at opnå patientens informerede samtykke, og hvor dette ikke er muligt kan han, såfremt patienten i øvrigt opfylder kriterierne for tvangsbehandling, iværksætte dette. Han skal straks underrette den lægefaglige chef for institutionen om sin beslutning. Denne skal herefter lave en second opinion og såfremt han er enig med den behandlingsansvarlige læge, skal han lave en indstilling til Health Inspectorate, med angivelse af indikationen for behandlingen, beskrivelse af selve behandlingen samt behandlingsvarigheden. The Health Inspectorate påser herefter, at kriterierne for tvangsbehandling er til stede, og at den iværksatte tvangsbehandling er i overensstemmelse med god faglig standard eller nationale retningslinjer. Tvangsbehandlingen kan maksimalt strække sig op til tre måneder. Kun i helt særlige tilfælde kan denne periode efter ansøgning forlænges op til seks måneder. Der er klagemulighed, men i modsætning til Danmark har klagen ikke opsættende virkning. Klagenævnet skal senest inden for 14 dage efter start af tvangsmedicinering afgøre klagen, og senest 4 uger efter ophør af tvangsmedicineringen.

En anden hyppig anvendt tvangsforanstaltning i Holland er isolation. Der findes 633 isolationsceller på de hollandske hospitaler. Isolation sker ved at låse patienten inde i et specielt designet rum, der er beklædt med sikkerhedsmateriale. Patienten har i rummet ikke kontakt med nogen udenfor, fraset de øjeblikke, hvor sygeplejersken kommer med mad og drikke eller med henblik på observation.

Det har ikke været lovligt at anvende tvangsfiksering eller fastholdelse siden ca. år 2000.

4.8 United Kingdom

Tvangsindlæggelse kan ske, hvis patienten lider af en alvorlig psykisk sygdom, som udover psykose omfatter andre alvorlige mentale sygdomme. Herudover skal patienten være til fare for sit eget helbred. Tvangsindlæggelse kan også ske for at beskytte andre mod overgreb fra patienten.

Der er med revisionen af loven i 2007 indført mulighed for ambulant tvangsbehandling. Siden 2007 har det været muligt at placere det kliniske ansvar for en tvangsindlagt patient på en person der ikke er speciellæge i psykiatri. Disse personer skal have gennemgået en speciel uddannelse. Det kan fx være sygeplejersker.

Når en patient bliver tvangsindlagt giver det implicit mulighed for tvangsbehandling med lægemidler i op til måneder. I Skotland gælder, at tvangsbehandling kun kan ske for tvangsindlagte patienter. Tvangsbehandling kan finde sted på grundlag af et farekriterium eller på behandlingsindikation. Såfremt kriterierne for tvangsbehandling er til stede, kan den behandlingsansvarlige starte tvangsbehandling såfremt patienten, dennes værge og Mental Welfare Commission, skriftligt er blevet orienteret om baggrunden for tvangsbehandlingen, selve tvangsbehandlingen samt den mulige behandlingens længde. Den behandlingsansvarlige læge skal senest to måneder efter starten af tvangsbehandlingen have udarbejdet en fuldstændig og detaljeret behandlingsplan for den fortsatte tvangsbehandling. Denne behandlingsplan skal godkendes af en af Mental Welfare Commission udpeget læge. Der er klage-muligheder, men klagen tillægges ikke opsættende virkning.

Andre former for tvang, der kan anvendes er beskrevet i et særligt regelsæt (Code of Practice), der regelmæssigt revideres og udgives af Sundhedsministeriet.

Ifølge regelsættet er isolation i et aflåst tomt rum tilladt under forudsætning af, at personalet konstant observerer patienten.

Fastholdelse af patienters lemmer (ekstremiteter) er tilladt, hvis det er nødvendigt, ligesom akut medicinering kan anvendes, hvis patienterne er aggressive. Patienter, der er selvskadende eller vil forsøge selvmord, kan blive tildelt fast vagt.

Fiksering, herunder tvangsfiksering, har ikke været lovligt siden 1957, hvor en dom fastslog at fiksering var ulovlig.

4.9 Irland

Reglerne for anvendelse af tvang inden for psykiatrien er dels beskrevet i psykiatriloven (mental Act) dels i de tilhørende Code of Practice.

For at blive tvangsindlagt i Irland kræves det, at patienten er alvorlig psykisk syg, lider af alvorlig demens eller er alvorligt mentalt handikappet. Man kan ikke læn-gere tvangsindlægge på grund af personlighedsforstyrrelse, eller fordi personen har socialt afvigende adfærd eller er misbrugende. Herudover er kriterierne som i Danmark, at patienten skal være til fare for sig selv eller andre, eller at udsigten til helbredelse eller bedring i tilstanden vil blive væsentligt forringet, hvis personen ikke bliver indlagt.

Tvangsbehandling med medicin på fare og/eller behandlingsindikation er mulig. Tvangsbehandling med medicin må ikke fortsætte ud over tre måneder, med mindre en anden uafhængig speciallæge i psykiatri ved second-opinion har tilsluttet sig dette. Ambulant tvangsbehandling er mulig.

Det er kun muligt at anvende isolation, hvis patienten udgør en væsentlig fare for sig selv eller andre, og hvor andre behandlingsformer ikke har haft effekt. Der stilles særlige krav til indretningen af isolationsstuerne. Isolation er kun muligt i op til 8 timer, hvorefter patienten skal låses ud. Under isolation skal patienten tilses hvert 15. minut af plejepersonalet. Hver 2. time skal der foretages en evaluering af behovet for fortsat isolation. Denne vurdering kan foretages af specielt uddannede sygeplejersker eller psykologer. Hver 4. time skal den behandlingsansvarlige læge vurdere det fortsatte behov for isolation.

Tvangsfiksering kan anvendes, men kun hvis der er umiddelbar fare for, at patienten udsætter sig selv eller andres helbred for fare. Tvangsfiksering skal anvendes så kortvarigt som muligt, maksimalt et par timer. De enkelte afdelinger skal opstille regler for tvangsfiksering, herunder observation, uddannelse af personale ect. Overtrædelse af disse foranstaltninger kan straffes med bøde.

Det er muligt at anvende fysisk fastholdelse, primært for at forhindre patienten i at gøre skade på sig selv eller for at forhindre, at patienten forlader afdelingen. De enkelte afdelinger skal opstille regler for tvangsfiksering, herunder observation, uddannelse af personale ect.

4.10 Frankrig

Det er kun tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, der er beskrevet i den franske psykiatrilovgivning. Kriterierne for tvangsindlæggelse er, at en person har en psykisk sygdom. Der kan tvangsindlægges på såvel fareindikation som på behandlingsindikation. Der er ikke mulighed for ambulante tvangsbehandling, men dog for udskrivning på prøve.

Anvendelse af andre tvangsforanstaltninger er reguleret i faglige guidelines udgivet af den franske Sundhedsstyrelse (HAS).

I Frankrig anvendes isolation, tvangsfiksering, fastholdelse/holding, indgivelse af beroligende medicin i akutte situationer, time-out og personlig skærmming.

Det er muligt at tvangsindlægge patienterne, men det er ikke muligt at behandle dem mod deres vilje. I praksis fortolkes loven dog således, at når patienterne er tvangsindlagte kan de ikke give et egentligt informeret samtykke primært, fordi de qua deres sygdom ikke har selvindsigt. Det er derfor muligt af hensyn til patientens tarv, men kun i akutte situationer, at anvende tvangsforanstaltninger, herunder tvangsbehandling med medicin.

4.11 Italien

Kriterierne for tvangsindlæggelse er, at en psykisk syg person har behov for behandling. Der kan ikke indlægges på fareindikation. En læge skriver en lægeerklæring, hvorefter borgmesteren udsteder et bevis på indlæggelse, og en dommer autoriserer indenfor 48 timer, at personen kan blive indlagt. Den modtagende læge på det nationale sundhedscenter konfirmerer indlæggelsespapirerne. Tvangsindlæggelse kan kun vare i op til 7 dage, men kan blive forlænget.

Tvangsmedicinering kan ske, hvis patientens tilstand kræver akut terapeutisk intervention. Der er ikke mulighed for, at den medicinske behandling kan foregå ambulante.

Der er ikke nationale regler eller lovgivning, men hver region kan opstille love og regelsæt for anvendelse af andre former for tvang. Der anvendes isolation, fiksering med bælte og hånd- og fodremme samt stofarrangementer, der fastholder patienten. Isolation er den hyppigst anvendte tvangsmetode. Tvangsfiksering opfattes som terapi, og må ikke anvendes som et disciplinært middel. Kriteriet for at anvende fiksering er, at patienten er til fare for sig selv eller andre. Hærværk er ikke, som i Danmark, en indikation for at iværksætte fiksering.

4.12 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Siden 1989 har den danske lovgivning indeholdt muligheder for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling og andre former for tvang, og der er indført krav om registrering og indberetning af anvendelsen af tvang i psykiatrien, som det første land i Europa.

I henhold til den danske psykiatrilov, må der ikke anvendes tvang, med mindre der er gjort hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Det fremgår videre af psykiatrilovens § 4, at anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige skal disse anvendes. Når der anvendes tvang skal dette ske så skånsomt som muligt, og så kortvarigt som muligt. Dette kaldes også mindste middels princip.

De øvrige landes lovgivning beskriver på forskellige vis, at før der kan anvendes tvang skal mindste middels princip være overholdt.

I Danmark kan en psykisk syg person blive tvangsindlagt enten på behandlingsindikation eller på fareindikation. Dette i modsætning til nogle af de øvrige lande, hvor patienter kun tvangsindlægges på farekriteriet.

I de fleste lande sker tvangsindlæggelse, tvangsbehandling og anvendelse af andre former for tvang, på baggrund af en overlæges vurdering. I Danmark kan tvangsindlæggelse kun ske efter, at en overlæge har vurderet om betingelserne for indgrebet er til stede. Psykiatriloven beskriver, hvem der kan beslutte anvendelse af tvangsforanstaltninger, og på hvilket grundlag tvangsforanstaltninger kan iværksættes. En læge kan eksempelvis først efter en konkret undersøgelse af patienten beslutte, at patienten skal tvangsfikseres. Kun i meget alvorlige og akutte situationer kan plejepersonalet iværksætte tvangsfikseringer. Det er en forudsætning, at en læge umiddelbart efter tilkaldes, for at træffe afgørelse vedrørende tvangsfikseringen. Det er kun overlæger, der kan træffe beslutning om, at der udover bælte tillige skal anvendes hånd- eller fodremme.

Både i Norge og England er det for nyligt besluttet, at den behandlingsansvarlige person ikke nødvendigvis skal være en læge. Lovene beskriver detaljeret, hvilke kvalifikationer den behandlingsansvarlige person skal have. Den behandlingsansvarlige person skal enten være sygeplejerske eller psykolog, og have gennemgået en omfattende efteruddannelse. Disse personer har i henhold til lovgivningen mulighed for at iværksætte tvangsforanstaltninger, men de skal umiddelbart herefter kontakte en læge med henblik på at få godkendt iværksættelsen af tvangsforanstaltningerne.

England og Island er specielle ved, at en læge i disse lande kan tvangsindlægge på egen afdeling. Dette er ikke muligt i Danmark. I Danmark har man opretholdt, at det skal være en læge, der ikke er tilknyttet den afdeling, hvor indlæggelse skal ske, der skal vurdere patienten. Derved har man sikret en uafhængig vurdering af patienten, hvilket efter danske forhold opfattes som en styrkelse af patientens retssikkerhed.

I de fleste lande kræves – ligesom i Danmark - at en tvangsindlæggelse vurderes af flere instanser, enten af flere læger (psykiatere) eller af andre, fx borgmestre (Italien og Frankrig) eller af jurister evt. ansat i politiet.

Ambulant tvangsbehandling/tvungen opfølgning er tilladt i Italien, Irland, England, Belgien, Skotland, Sverige og Norge.

I Belgien, Frankrig og Sverige har udskrivning på prøve været muligt i flere år. Dette er efter psykiatriloven ikke muligt i Danmark. I Sverige gælder dette både for patienter hørende under den almindelige psykiatri og de patienter, der har en retslig foranstaltning og derfor hører under retspsykiatrien. Ordningen har fungeret siden 1991, men siden 2008 er det ved lov vedtaget at patienter kan være under ”åben psykiatrisk tvangsvård” eller ”åben retspsykiatrisk tvangsvård”. Der er i loven opstillet særlige krav til samarbejdet med kommunerne, ligesom det fremgår at patienten er forpligtet til at følge behandlingen på nærmere angivne vilkår. Såfremt patienten ikke opfylder de opstillede krav til behandling kan patienten indlægges med tvang.

Isolation anvendes, i lidt forskellige udformninger, i Sverige, Norge, Frankrig, Belgien, UK, Irland, Finland og Italien. I Holland anvendes specielt indrettede isolationsrum. I England anvendes to former for isolation. Ved den ene form anbringes patienten, ligesom i Holland, i specielle isolationsrum. Ved den anden form aflåses døren til patientens værelse. Denne form for isolation er nærmest identisk med den mulighed, der i henhold til den danske psykiatrilovs § 18 kan anvendes på Sikringen. Danmark er et af de få lande i Europa, hvor lovgivningen ikke giver mulighed for at anvende isolation.

I England har tvangsfiksering ikke været brugt siden en domstol i 1957 fandt, at tvangsfiksering var ulovlig. Til gengæld giver lovgivningen lægerne mulighed for at anvende isolation, som i de anglesaksiske lande anses for at være en langt mindre indgribende tvangsforanstaltning.

5 Udvalgte tvangsforanstaltninger

I dette afsnit gennemgås de tvangsforanstaltninger, der anvendes i de i udredningen omtalte lande. For hver tvangsforanstaltning er anført under hvilke indikationer tvangsforanstaltningen kan anvendes og under hvilke forudsætninger. Oplysningerne er opført i et skema. Under skemaet fremgår kommentarer, der uddyber oplysningerne i skemaet. Kapitlet afsluttes med referencegruppens kommentarer til hele kapitlet.

Oplysningerne stammer primært fra en spørgeskemaundersøgelse iværksat af Sundhedsstyrelsen. Spørgeskemaerne er besvaret af de europæiske statslige sundhedsmyndigheders samarbejdsorgan (European Platform of Supervisory Organisations - EPSO) og fra den europæiske psykiatriske speciallægeorganisation (Union Européenne des médecins Spécialistes - UEMS).

5.1 Tvangsmedicinering

Definition: Medikamentel behandling givet over en længere periode i henhold til en behandlingsplan og mod patientens vilje.

	Kriterier for anvendelse af tvangsbehandling							Max tidsgrænser (i minutter).
	Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark	Ja	Ja	Nej	Nej				Nej
Sverige	Ja	Ja	Ja	Ja				Nej
Norge	Ja							Ja
Finland*								
Island*								
Belgien	Ja	Ja						Nej
Holland	Ja	Ja					Ja	Ja
Skotland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja
Irland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Nej
Frankrig*								

5.2 Fiksering

Definition: Anvendelse af udstyr for at holde patienten i sengen.

	Anvendes fiksering som tvangsforanstaltning?										Kriterier for anvendelse af fiksering:									
	Mavebælte.	Fodremme.	Håndremme.	Handsker.	Spændetrøje.	Net-seng (net bur over seng).	Andre.	Er der krav om "fast vagt"	Er der krav om "intermitterende/øget observation"	Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	Max tidsgrænser (i minutter).			
Danmark	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja		Ja	Ja	Ja	Ja							
Sverige	Ja	Ja	Ja	Ja				Ja		Ja	Ja									
Norge	Ja	Ja	Ja	Ja				Ja		Ja	Ja	Ja	Ja							
Finland*	Ja	Ja	Ja	Ja					Ja	Ja	Ja	Ja								
Island*	Ja	Ja						Ja		Ja	Ja	Ja	Ja				Ja			
Belgien*	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja					-			
Holland	Nej																			
England	Nej																			
Skotland	Nej																			
Irland*	Ja									Ja	Ja									
Frankrig	Ja	Ja	Ja	Ja				Ja		Ja	Ja									
Italien	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja		Ja	Ja	Ja	Ja								

Finland: For patienter under 18 år skal der være konstant observation, det vil sige, at patienten både skal kunne tilses og det skal være muligt at høre patienten. For patienter over 18 år afhænger observationen af patientens tilstand og behov for tilsyn. Hvis det er nødvendigt at isolere patienten i mere end 8 timer, skal patientens advokat eller patientrådgiver orienteres.

Island: Det fremgår af svaret fra Island, at denne fikseringsmetode ikke rutinemæssigt har været anvendt i landet i flere årtier. Det fremgår ligeledes, at for den patient, der sidst blev bæltefikseret, blev tilladelsen til dette givet af en domstol. Det fremgår endvidere, at der ikke foreligger skriftlige regler for længden af lovlig bæltefiksering men det angives, at bæltefiksering anvendes i op til 20 til 30 minutter.

Belgien: Det fremgår af svaret fra Belgien, at man også anvender brystbælte som fikseringsmetode. Man kan ligeledes anvende en spændetrøje. Endelig anvender man fiksering til stol. Dette anvendes primært til ældre. Når patienterne bliver fikseret bør de kontinuerligt kameraovervåges. Det er en forudsætning at plejepersonen hele tiden kan høre patienten. Herudover er det et krav, at patienten skal tilses mindst hver halve time, hvis der er kameraovervågning, og hvert 15. minut hvis der ikke er kameraovervågning.

5.3 Isolation

Definition: Patienten bliver anbragt i et tomt og aflåset rum, uden mulighed for at forlade det.

	Anvendes isolation som tvangsforanstaltning?	Er der krav om "fast vagt"	Er der krav om "intermitterende/øget observation"	Kriterier for anvendelse af isolation:							Max tidsgrænser (i minutter).
				Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark	Nej*										
Sverige*	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Nej
Norge*	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				Nej
Finland*	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				Nej
Island	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Nej
Belgien*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja					Nej
Holland	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Nej
England*	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja				Nej
Skotland*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				Ja	Nej
Irland	Ja	Ja		Ja	Ja						Nej
Frankrig*	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				Nej

Danmark: Ifølge den danske psykiatrilov, må aflåsning af patientstuer kun anvendes over for patienter, der er anbragt på Sikringsafdelingen. Foranstaltningen defineres ikke i psykiatriloven som isolation.

Aflåsningen af patientstuen kan kun anvendes behandlingsmæssigt med henblik på at etablere nødvendige faste rammer for behandlingen, eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstuer kan endvidere anvendes, hvis en patient udsætter andre for nærliggende fare, eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Disse tilfælde skal indberettes som tvang.

Herudover kan aflåsning af døre til patientstuer ske om natten, under den ugentlige konference og under den daglige behandlingskonference. I disse tilfælde skal der ikke ske indberetning som anvendelse af tvang.

Sverige: For at kunne anvende denne form for tvang er det en forudsætning, at patienten er til ikke ubetydelig fare for andre patienter. Der er ikke krav til fast

vagt. Ved beslutning om isolation af patienten, skal lægen tage stilling til observationsplan.

Norge: Denne tvangsforanstaltning kan kun anvendes i akutte situationer, og den skal anvendes så kort tid som muligt. Det er ikke muligt at anvende isolation overfor patienter under 16 år.

Finland: Der er forskellige regler for observation af patienterne. For patienter under 18 år skal der være konstant observation, det vil sige at patienten både skal kunne tilses og det skal være muligt at høre patienten. For patienter over 18 år afhænger observationen af patientens tilstand og behov for tilsyn. Hvis det er nødvendigt at isolere patienten i mere end 12 timer skal patientens advokat eller patientrådgiver orienteres.

Belgien: Denne tvangsforanstaltning anvendes kun i akutte situationer, når alle andre metoder ikke har haft effekt. Når patienterne bliver anbragt i isolation bør de kontinuerligt kameraovervåges. Det er en forudsætning, at plejepersonalet hele tiden kan høre patienten. Herudover er det et krav, at patienten tilses mindst hver halve time, hvis der er kameraovervågning, og hvert 15. minut, hvis der ikke er kameraovervågning.

England: Isolation anvendes kun i akutte situationer overfor psykotiske patienter eller hvor patienterne er til fare for sig selv eller andre. Isolation kan ske ved at låse patienten inde på sin patientstue, eventuelt fjernes enkelte personlige ting med henblik på at forhindre patienten i at øve skade på sig selv eller udøve hærværk. Isolation kan ligeledes ske ved at patienten anbringes i et særligt indrettet isolationsrum på afdelingen. Når der anvendes isolation planlægges isolationen således, at patienten også i begrænsede perioder befinder sig i fællesarealerne.

Skotland: Isolation anvendes kun i akutte nødværge situationer.

Frankrig: De franske sundhedsmyndigheder har opstillet kliniske retningslinjer, der beskriver god klinisk praksis i forbindelse med isolation. Såfremt det er nødvendigt, at patienten forbliver i isolation i mere end en dag, foretages dagligt vurdering af behovet for anvendelsen. I ekstraordinære tilfælde, hvor isolation er nødvendig over en længere periode, overføres patienten til en specialiseret afdeling, der er særligt indrettet med henblik på at håndtere disse patienter. Der er fem af sådanne afdelinger i Frankrig. Disse afdelinger kaldes UMD (unites pour malades difficiles).

5.4 Fastholdelse/"Holding"

Definition: Fysisk fastholdelse, der modvirker, at patienten kan bevæge sig.

	Anvendes fastholdelse/"holding" som tvangsforanstaltninger?	Kriterier for anvendelse af fastholdelse/"holding":							Max tidsgrænser (i minutter).
		Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Sverige	Nej								
Norge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Finland*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Island*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja
Belgien	Nej								
Holland	Nej								
England	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Skotland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Irland	Ja	Ja	Ja						
Frankrig*	Ja		Ja		Ja				

Finland: Fastholdelse anvendes meget sjældent inden for voksenpsykiatri. Når det anvendes må det kun anvendes overfor patienter, der er i tvangsbehandling, og beslutningen om anvendelse træffes af en læge, og kun i akutte situationer. Inden for børnepsykiatrien kan fastholdelse kun anvendes, hvis barnets forældre har givet samtykke hertil.

Island: Fastholdelse anvendes kun med henblik på at berolige patienten, eller for at fastholde patienten i forbindelse med injektioner. Fastholdelse sker derfor kun i få minutter.

Frankrig: Denne tvangsforanstaltning anvendes i akutte situationer, primært for at berolige patienten og for at forhindre isolation. Herudover anvendes fastholdelse af patienten i forbindelse med injektioner.

5.5 Akut tvangsmedicinering – indgivelse af beroligende lægemidler i akutte situationer

Definition: Medicin givet imod patientens vilje i akutte situationer (ikke givet i længere tid som en del af behandlingsplanen).

	Anvendes medicinsk/farmakologisk-fiksering som tvangsforanstaltning?	Kriterier for anvendelse af medicinsk/farmakologisk fiksering:						
		Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.
Danmark*	Ja							Ja
Sverige	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Norge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Finland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Island	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Belgien	Ja	Ja	Ja	Ja				
Holland	Ja	Ja	Ja	Ja				
England	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Skotland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Irland	Nej							
Frankrig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja

Danmark: Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 2, at hvis det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten med magt skal have et beroligende middel.

England: Akut medicinering anvendes kun, hvis dette fremgår af den samlede behandlingsplan, herunder næsten altid i sammenhæng med planlagt behandling med antipsykotiske lægemidler. Der anvendes kun medicinering med beroligende lægemidler, hvis patienten på grund af forværring af sin psykose er til fare for sig selv eller andre.

5.6 Personlig skærmning

Definition: Patienten befinder sig hele tiden inden for personalets syns- eller rækkevidde, kombineret med, at ansvaret for observationen er tildelt en navngivet sygeplejerske eller andet personalemedlem.

	Anvendes personlig skærmning som tvangsforanstaltning?	Kriterier for anvendelse af personlig skærmning:							Max tidsgrænser (i minutter).
		Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark*	Ja	Ja	Ja					Ja	
Sverige	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			
Norge*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
Finland	Nej								
Island	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Belgien	Ja	Ja	Ja			Ja	Ja		
Holland	Nej								
England	Ja	Ja	JA	Ja	Ja	Ja			
Skotland*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Irland	Ja	Ja	Ja						
Frankrig	Ja				Ja				
Italien									

Danmark: Ifølge lovgivningen kan personlig skærmning anvendes, hvis der er fare for, at patienten begår selvmord, eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig fare, eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Norge: Denne foranstaltning bliver i Norge ikke opfattet som en tvangsforanstaltning, hvis patienten samtidig er underlagt tvangsbehandling.

Island: Personlig skærmning betragtes ikke som en tvangsforanstaltning, men mere som et led i god observation af patienten, specielt på akutafdelinger.

Skotland: Behovet for personlig skærmning vurderes dagligt.

5.7 "Oppegående" fiksering

Definition: Anvendelse af fikseringsudstyr, der tillader patienten at være oppegående.

	Anvendes "oppegående" fiksering som tvangsforanstaltning?	Er der krav om "fast vagt"	Er der krav om "intermitterende/øget observation"	Kriterier for anvendelse af "oppegående" fiksering:							Max tidsgrænser (i minutter).
				Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark*	Nej										
Sverige	Nej										
Norge*	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja				
Finland	Nej										
Island	Nej										
Belgien	Nej										
Holland	Nej										
England	Nej										
Skotland	Nej										
Irland	Nej										
Frankrig	Nej										

Danmark: Denne form for fiksering er ikke beskrevet i dansk lovgivning. Dog har man anvendt denne form for fiksering overfor patienter på Sikringen, Sjælland.

Norge: Denne form for fiksering anvendes ikke i behandlingsøjemed. Denne form for fiksering anvendes kun til transport af patienten fra et sted til et andet.

5.8 "Time out"

Definition: Patienten bliver bedt om at opholde sig i et rum i en bestemt periode, uden at døren bliver låst.

	Anvendes "time-out" som tvangsforanstaltning?	Kriterier for anvendelse af "time-out":							Max tidsgrænser (i minutter).
		Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark	Nej								
Sverige*	Nej								
Norge*	Nej								
Finland	Nej								
Island*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
Belgien*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
Holland	Ja					Ja	Ja		
England	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja				
Skotland	Ja				Ja	Ja	Ja		
Irland	Ja						Ja		
Frankrig*	Ja					Ja	Ja		

Sverige: Time-out som defineret i spørgeskemaet bliver i Sverige betragtet som anvendelse af isolation.

Norge: Denne foranstaltning bliver i Norge ikke opfattet som en tvangsforanstaltning, men som en del af relevant behandling.

Island: Anvendelse af time-out har i flere tilfælde forhindret brugen af andre mere indgribende tvangsforanstaltninger. Time-out bruges i 10-30 minutter.

Belgien: Time-out kan anvendes maksimalt i en time uden ordination af en læge. Ved anvendelse af time-out længere end en time, skal dette være ordineret af en læge. Der anvendes ikke time-out længere end 48 timer.

Frankrig: Time-out anvendes ikke længere end et par timer.

5.9 Andre tvangsforanstaltninger

Definition: Anvendes andre tvangsforanstaltninger end de tidligere nævnte?

	Beskrivelse af tvangsforanstaltningen.	Kriterier for anvendelse af den beskrevne tvangsforanstaltning:							Max tidsgrænser (i minutter).
		Til fare for sig selv.	Til fare for andre.	Destruktiv adfærd overfor ting.	Truende/aggressiv adfærd.	Fjerne patienten fra mulig provokerende aggressiv adfærd.	Reducere sensorisk "overload".	Andre.	
Danmark	Ja								
Sverige	Nej								
Norge*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
Finland*	Ja	Ja	Ja						
Island	Nej								
Belgien*	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Holland*	Ja								
England	Nej								
Skotland	Nej								
Irland	Nej								
Frankrig*	Ja	Ja	Ja	Ja					

Norge: I Norge gives der i lovgivningen mulighed for skærmning af en hel afdeling. Herudover er der mulighed for tvangsmedicinering. Tvangsmedicinering anvendes når patienten er psykotisk og ude af stand til at forstå at den medicinske behandling er nødvendig for helbredelse.

Finland: Loven giver mulighed for at fratage personlige ejendele, at give patienten reduceret kontakt med omverdenen fx ved internet eller telefon.

Belgien: Der er mulighed for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Holland: Lovgivningen giver mulighed for tvangsernæring.

Frankrig: Der er mulighed for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

5.10 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

I de fleste lande, der indgår i denne udredning, er det muligt at anvende tvangsmedicinering. I disse lande kan tvangsmedicineringen umiddelbart iværksættes af den behandlingsansvarlige overlæge, og tvangsbehandlingen kan fortsættes, trods det, at patienten, dennes værge eller pårørende indgiver en klage.

Dette er ikke tilfældet i Danmark, hvor en klage over iværksættelse af tvangsmedicinering vil betyde, at iværksættelsen udskydes indtil det psykiatriske patientklagenævn har behandlet klagen. Afgørelsespraksis i de danske psykiatriske patientklagenævn er, at overlægens beslutning om tvangsbehandling med medicin kun accepteres, hvis patienten forinden er blevet tilbudt medicin i ca. 10 dage (motiveringsperiode). Hvis patienten klager over denne beslutning skal der afventes yderligere ca. 10 dage før afgørelse fra det psykiatriske patientklagenævn foreligger. I disse 17-22 dage er patienten oftest frihedsberøvet og medicinsk ubehandlet, og der er stor sandsynlighed for, at det bliver nødvendigt at anvende andre former for tvang i denne periode.

Referencegruppen har vurderet, at dette ikke sjældent kan betyde at iværksættelse af tidlig og sammenhængende medikamentel behandling forsinkes. Tidlig og sammenhængende medikamentel behandling er specielt vigtigt overfor yngre patienter med nydiagnosticeret skizofreni. Undersøgelser har vist, at tidlig og sammenhængende medikamentel behandling har betydning for sygdomsprognosen på længere sigt.

Medikamentel behandling af en patient med sindssygdomssymptomer vil oftest medføre nedsat aggression og at farlig adfærd dæmpes. Disse patienter har sjældent behov for fiksering og akut beroligende tvangsmedicin. Medikamentel tvangsbehandling kan derfor være et middel til at undgå andre former for tvang fx tvangsfiksering.

Referencegruppen har overvejet om det ved en eventuel revision af psykiatriloven ville være hensigtsmæssigt at ændre loven således, at en klage over tvangsmedicinering ikke tillægges opsættende virkning.

I Danmark anvendes tvangsfiksering. I medfør af lovgivningen er det muligt at foretage tvangsfiksering med bælte, og såfremt en overlæge skønner det nødvendigt, er det ligeledes muligt at fikser patientens hænder og fødder med remme. Det er tillige muligt at fikser med handsker. Som det fremgår af tabellen er der forskellig indikation for anvendelse af tvangsfiksering i de forskellige lande. Det fremgår, at det i Danmark er muligt at blive tvangsfikseret på langt flere indikationer end det fx er tilfældet i Sverige, hvor det kun er muligt at tvangsfiksere på farekriteriet.

Oppegående fiksering er ikke tilladt i de øvrige lande, bortset fra Norge, hvor denne form for tvangsfiksering anvendes ved transport af patienterne fra et sted til et andet.

Danmark er det eneste land af de udvalgte lande i udredningen, der ikke anvender isolation. I Danmark er det i medfør af psykiatriloven kun muligt at aflåse døre på Sikringsanstalten. Referencegruppen har drøftet, hvorvidt isolation er en mindre indgribende tvangsforanstaltning end tvangsfiksering.

Videnskabelige undersøgelser vedrørende dette spørgsmål er meget sparsomme.. Der foreligger dog et mindre studie, der viste, at der ikke fra et etisk eller sikker-

hedsmæssigt synspunkt, kunne findes præferencer for den ene type af tvang. Studiet viser, at lægen i sin beslutning om at anvende en tvangsforanstaltning, fx tvangsfiksering kontra isolation, bør tage patientens præferencer med i den kliniske beslutningsproces.

I Danmark er det lovligt at anvende fysisk magt overfor patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, hvor fastholdelse er nødvendig, og det er ligeledes muligt at anvende fysisk magt når patienten føres fra et sted til et andet på hospitalet. Endelig er det muligt at anvende fastholdelse overfor patienter for at sikre, at de forbliver på afdelingen. Anvendelse af fysisk magt i Danmark minder meget om, hvordan denne tvangsforanstaltning anvendes i de øvrige nordiske lande. Anderledes er det i England, hvor fastholdelse kan ske over længere tid, primært for at forhindre anvendelse af mere indgribende tvangsforanstaltninger som fx isolation.

I Danmark er personlig skærmning en tvangsforanstaltning, der anvendes for at afværge, at en patient begår selvmord, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller andre. I Norge og Irland opfattes personlig skærmning ikke som et tvangsindgreb. I disse to lande opfattes personlig skærmning som en del af god observation og pleje af patienterne.

Time-out er ikke beskrevet i den danske psykiatrilovgivning, men påbudt ophold på egen uaflåst stue anvendes i dag som led i mindste middels princip. Denne mulighed for tvang er tilladt i de fleste øvrige lande. Det fremgår, at der er forskellige indikationer for at kunne anvende denne tvangsforanstaltning. Referencegruppen har bemærket, at denne tvangsforanstaltning i visse lande virker til at være velkendt og veldefineret, hvorimod fx Norge, ikke anser Time-out for en tvangsforanstaltning, men derimod som del af god pleje af patienten.

6 Registrering og statistikker

6.1 Danmark

Ved tvang inden for psykiatrien forstås alle foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke jf. psykiatrilovens § 1, stk. 2. Der er fem forskellige typer af tvangsanvendelse, som alle skal indberettes. Det drejer sig om frihedsberøvelse, tvangsbehandling, fysisk magtanvendelse, beskyttelsesforanstaltninger og aflåsning af patienters stuedør. Data udgives én gang årligt i 4. kvartal i det efterfølgende kalenderår.

6.2 Sverige

Chefoverlægen på den psykiatriske afdeling skal føre lister over patienter, der er i tvangsvård. Den svenske psykiatriske lægeforening har angivet nationale standarder, og ifølge lovgivningen skal der være lokale instrukser og retningslinjer, også for registrering.

Der føres ingen nationale statistikker, udover for tvangsindlæggelser. I 2008 blev det indført, at tvangsvård, åben tvangsvård, tvangsfiksering og isolation skulle indrapporteres centralt. Ordningen er ikke på nuværende tidspunkt fuldstændig implementeret. Der planlægges en national kampagne for at få ordningen implementeret.

6.3 Norge

Hver psykiatrisk afdeling er tilknyttet en kontrolenhed, der ved lov er forpligtet til at gennemgå hvert eneste tvangsindgreb på hver enkelt patient – også uden at patienten har givet tilladelse.

Data for tvang med behandling med lægemidler samles i den regionale embedslægeinstitution.

Der udgives årlige tabeller og statistikker for anvendelsen af tvang. Disse publiceres på www.npr.no eller www.helsedirektorat.no. Der føres statistik for isolation, tvangsfiksering til seng, ”oppegående” fiksering, fastholdelse/holding, medicinsk fiksering, personlig skærmning.

6.4 Finland

Der findes et nationalt register, hvor data for tvangsindlæggelser indrapporteres. Herudover føres der statistik for anvendelse af isolation, tvangsfiksering, fastholdelse/holding, og andre tvangsforanstaltninger. Data opdateres ca. hvert andet år. Data publiceres på www.thl.fi.

6.5 Island

Der findes ingen nationale data, men på landets eneste universitetshospital føres statistikker over anvendelse af tvang. Dette register er ikke landsdækkende. Data kan rekvireres. Data sendes regelmæssigt til Universitetshospitalets ledelse og de regionale chefer.

6.6 Belgien

Der er ingen landsdækkende registrering, men alle hospitaler skal obligatorisk registrere anvendelse af isolation og tvangsfiksering (i kombination med isolation). Der sker registrering i en national database vedrørende antallet af tvangsendlæggelser. Der publiceres først 3 år efter.

6.7 Holland

Alle hospitaler og afdelinger skal føre registre over anvendelse af tvang. Der skal registreres, såvel anvendelse af tvangsforanstaltninger, som patienten selv beder om, som tvang som personalet beslutter. Herudover er der et nationalt registreringssystem IGS, hvor der kun indberettes den tvang patienten ikke selv har bedt om.

6.8 United Kingdom

Ethvert hospital eller rehabiliteringshjem, der er registreret til at kunne tilbageholde patienter, skal føre lister over anvendelsen af tvang. Herudover skal de arrangere second opinion og etablere undervisning af personalet.

6.8.1 Skotland

Der findes ikke et landsdækkende indrapporteringssystem. Der sker ikke systematisk opgørelse af anvendelse af tvang. Dog foregår der registrering af visse områder, fx antallet af personale, der pådrager sig skade under arbejde.

6.9 Frankrig

Der er sparsomme registre og statistikker. Hver region skal årligt indsende statistikker over tvangsendlæggelser til Sundhedsministeriet, men data publiceres ikke regelmæssigt.

6.10 Italien

Der er ingen national registrering og statistikker vedrørende tvang.

Der er kun få videnskabelige undersøgelser, der fokuserer på anvendelse af tvang. Disse undersøgelser har påpeget, at der sker en meget langsom implementering af loven og at der er flere tvangsendlæggelser i Syditalien og på øerne. Således skete 23 % af indlæggelserne fra 1978–1988 på Sardinien på fareindikation selv om dette

var ophævet. I Lombardiet var der i 1999 36 tvangsindlæggelser per 100.000 voksne indbyggere. Procentdelen af tvangsindlæggelser ud af alle indlæggelser faldt fra 50 % i 1975 til 20 % i 1984 og 11,8 % i 1994.

I nedenstående tabel er for hvert land angivet, hvorvidt der nationalt er oplysninger om andelen af tvangsindlæggelser, hvorvidt der er oplysninger om anvendelse af fiksering, og om der er oplysninger om anvendelse af isolation. Tallene stammer fra WHO's publikation "Policies and practices for mental health in Europe", 2008.

	Oplysninger om tvangsindlæggelser	Oplysninger om tvangsfiksering	Oplysninger om isolation
Danmark	Ja	Ja	
Sverige	Ja	Nej	Nej
Norge	Ja	Ja	Ja
Finland	Ja	Ja	Ja
Belgien	Ja	Nej	Nej
Holland	Ja	Ja	Ja
England + Wales	Ja	Ja	Ja
Skotland	Nej	Nej	Nej
Irland	Ja	Nej	Nej
Frankrig	Ja	Nej	Nej
Italien	Ja	Nej	

6.11 Opgørelse af tvang i de udvalgte lande

Referencegruppen har forsøgt at opstille tal for de enkelte lande, der indgår i denne udredning vedrørende anvendelse af tvang. Referencegruppen har indhentet tallene fra de nationale registre, hvor dette har været muligt, men ellers har referencegruppen gennemgået videnskabelige undersøgelser og ud fra disse vurderet, hvorvidt tallene kunne anvendes som en indikator for anvendelsen af tvang i landet. Nedenfor gennemgås, hvorfra tallene stammer.

Der findes kun nationale registre i tre af de undersøgte lande: Norge, Finland og Danmark. På trods af, at vi ikke kender registreringskvaliteten helt præcist og at der er små forskelle i registreringspraksis, må opgørelserne betegnes som valide og rimeligt sammenlignelige.

Den svenske opgørelse er fra en national myndighed og dækker hele den sydlige sygehusregion. Denne opgørelse antages at have en rimelig kvalitet.

Opgørelserne fra Holland, Italien og England er beregnede tal fra små studier, hvilket gør dem meget usikre.

De øvrige lande har det ikke været muligt at finde/beregne opgørelser fra.

Opgørelse af tvang i de udvalgte lande.

Land	Tvangs- fikseringer pr. 1.000 indbyggere	Fastholdelse pr. 1.000 indbyggere	Isolation eller andet pr. 1.000 indbyggere	Fysisk tvang i alt pr. 1.000 indbyggere
Danmark	0,34	0,18	0,02 ¹	0,5
Norge	0,21	0,06	0,29 ²	0,6
Finland	0,20	0,08	0,43 ³	0,7
Sverige	0,70	-	0,31 ⁴	1,0
Holland	0,14	-	0,34 ⁵	0,5
Italien	0,07	0,07	0,02 ⁶	0,2
England	0,00	0,13	0,18	0,3
Island	-	-	-	-
Belgien	-	-	-	-
Skotland	-	-	-	-
Irland	-	-	-	-
Frankrig	-	-	-	-

Danmark: Opgørelsen er fra år 2007. Befolkningstal 5,3 mio.. Bælte 1.809 (B&U 103 – RP 113), Fastholden 962 (B&U 120 – RP 41), Personlig skærmning 117 (B&U 14 – RP 17), I alt 2.888 indgreb i alt 9.759 (Forholdstal 3,4) (alle incl. gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk.). Kilde: Sundhedsstyrelsen (8).

Norge: Opgørelsen er fra år 2007, Befolkningstal 4,5 mio., Bælte 967, Isolation 68, Fastholdelse (Holding) 272, Personlig skærmning (over 48 timer) 1.239, I alt 2.546, antal indgreb i alt 7.646 (Forholdstal 3,0) (alle incl. gerontopsyk., unge psyk. og sikkerhedspsyk.) Kilde: Helse S. (9).

Finland: Opgørelse fra år 2007, 5,1 mio., Bælte 1.029, Isolering 2.179, Fastholdelse 425, I alt 3.633, antal indgreb kendes ikke (alle incl. gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk.). Kilde: National Research and Development Centre for Welfare and Health (10).

Sverige: Tallene stammer fra et virksomhedstilsyn i den sydlige sygehusregion foretaget af Socialstyrelsen. Tallene fra denne undersøgelse er herefter ekstrapoleret til hele Sveriges befolkning. Opgørelse fra 2007, Befolkningstal 8,8 mio. Bælte 6.188, Fastholdelse anvendes ikke, Isolation 2.758 (alle incl. gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk.). Kilder: Socialstyrelsen (11;12).

Holland: Tallene stammer fra 12 hospitalers egne optegnelser samt fra den Hollandske hospitalsdatabase (IGZ). Tallene er derefter beregnet for hele Hollands be-

¹ Personlig skærmning

² Personlig skærmning over 48 timer samt isolation.

³ Isolation, Personlig skærmning registreres ikke.

⁴ Isolation. Personlig skærmning/Fast vagt anvendes som tvangsmiddel men der findes ingen opgørelser.

⁵ Isolation

⁶ Personlig skærmning/Fast vagt

folkning. Opgørelse fra 2003, Befolkningstal 16 mio. Bælte udgør ca. 30 % af alt tvang ~ 2.300, Fastholdelse, isolation 5.400, I alt 7.700 tvangsindgreb (alle incl. gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk.). Kilde: Janssen WA (13).

Italien: Befolkningstal 57 mio. Tallene stammer fra 3 modtageafsnit på 2 hospitaler i Modena området. Tallene fra disse er herefter ekstrapoleret til at dække hele Italien. Tallene stammer fra journaler på patienter i deres første 14 dages indlæggelse, hvilket betyder at tallene nok er for høje da vi ved at patienter bliver fikseret mere i starten af indlæggelsesforløbet. Tallene inkluderer: gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk. Opgørelse fra 2002. Bælte 3.990, Fastholdelse 3.990, Fast vagt 1.140, I alt 9.120. Kilde: Bowers L (14).

England: Befolkningstal 51 mio. Tallene stammer fra 12 modtageafsnit på 3 hospitaler i London og derefter beregnet for hele Englands befolkning, Tallene er fra journaler på patienter i deres første 14 dages indlæggelse, hvilket betyder at tallene nok er for høje da vi ved at patienter bliver fikseret mere i starten af indlæggelsesforløbet, til gengæld inkludere tallene ikke gerontopsyk., børn/unge psyk. og retspsyk. Opgørelse fra 2002. Bælte anvendes ikke, Fastholdelse 6.630, Isolation 2.040, Fast vagt 5.610, Time out 1.530, I alt 15.810. Kilde: Bowers L (14).

6.12 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

I forbindelse med vedtagelse af psykiatriloven i 1989 blev Danmark det første europæiske land, hvor der ved lov blev indført en national forpligtelse til at indrapportere anvendelse af tvangsforanstaltninger.

Der foretages i dag elektroniske indberetninger af anvendelse af tvang til Sundhedsstyrelsen. Tvangsprotokollerne er korte og præcise og indeholder oplysninger om tvangsforanstaltningen, baggrund for iværksættelse, tid for start og tid for ophevelse af tvangsforanstaltningen. Tvangsprotokollerne indeholder herudover oplysninger om, hvem der er ansvarlig for, at psykiatrilovens bestemmelser om anvendelse af tvang er opfyldt.

De danske indberetninger er, i forhold til de øvrige lande, mere omfattende og detaljerede, og kvaliteten af data er høj og pålidelig. Dette skyldes formentlig, at man i Danmark, specielt inden for sundhedsvæsenet, har en lang tradition for at indrapportere data vedrørende behandlinger og resultater til centrale nationale registre, fx cancerregistreret.

Hvis man sammenligner tvangsopgørelserne fra Danmark med opgørelserne fra Norge og Finland ses det, at man i Danmark hyppigere anvender tvangsfiksering og fastholdelse. I Norge anvendes hyppigere personlig skærmning, hvorimod man i Finland hyppigere anvender isolation. Sammenlagt ser det ud til at både Norge og Finland anvender mere tvang end Danmark.

Sverige anvender mere tvang end Danmark. Dette gælder både for tvangsfikseringer og for anvendelse af fysisk magt – fastholdelse og personlig skærmning. Det er muligt at anvende isolation i Sverige.

Referencegruppen finder, at det er vanskeligt at vurdere anvendelsen af tvang mellem de europæiske lande. Dette skyldes flere faktorer. En væsentlig faktor er, at lovgivningen i de enkelte lande er forskellig. Således er der forskellige indikationer

for at iværksætte samme tvangsindgreb når landene sammenlignes. En anden væsentlig faktor er, at der ikke er ensartet registreringspraksis blandt landene.

Referencegruppen finder, at de danske data for anvendelse af tvang er af høj kvalitet. Referencegruppen finder, at der på lang sigt på Europæisk plan bør arbejdes hen mod at indberette ens data og opbygge ensartede indberetningssystemer, gerne med den danske model som forbillede.

7 Ekstraordinært farlige patienter

I Danmark bliver en ekstraordinær farlig patient i medfør af psykiatriloven defineret som en person, der er sindssyg og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Mindre indgribende foranstaltninger, som tvangsbehandling og andre tvangsindgreb under indlæggelse på almen psykiatrisk afdeling, har været forsøgt uden effekt. I medfør af Straffeloven kan en psykisk syg kriminel ved dom blive anbragt til behandling på Sikringen. Det er ligeledes i dette tilfælde en betingelse, at vedkommende er sindssyg og at personen vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Mindre indgribende foranstaltninger, som tvangsbehandling og andre tvangsindgreb under indlæggelse på almen psykiatrisk afdeling, har været forsøgt uden effekt.

Ekstraordinært farlige patienter anbringes på Sikringen. For opholdet og behandlingen af ekstraordinært farlige patienter anbragt på Sikringen, finder psykiatriloven anvendelse, dog med undtagelse af §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.

Der er ikke i EU landene en fælles definition af begrebet ”ekstraordinært farlige patienter”. I nogle lande er definitionen af en ekstraordinær farlig patient identisk med den danske og i andre lande stilles der ikke krav om, at den ekstraordinært farlige patient skal være sindssyg.

7.1 Danmark

Sikringsanstalten er en særlig sikret psykiatrisk afdeling beliggende i Nykøbing Sjælland. Afdelingen er sikret som et fængsel og har 30 pladser til patienter med farlighedsdekret og patienter med dom til anbringelse/behandling.

I medfør af psykiatriloven kan justitsministeren i ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes på Sikringsafdelingen. Der er i sådanne tilfælde tale om afsigelse af et farlighedsdekret, dvs. en administrativt bestemt frihedsberøvelse, jf. lovens §§ 40 og 41.

Efter afsigelse af farlighedsdekret, skal Justitsministeren inden 5 søgnedage indbringe sagen for retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Domstolsprøvelse er obligatorisk og skal således ske, uanset om patienten fremsætter anmodning herom.

I henhold til psykiatriloven har man på Sikringen, som eneste sted inden for det psykiatriske område, mulighed for at aflåse døre til patientstuen. Det er således muligt, at aflåse døren til en patientstue med henblik på at etablere faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli.

Aflåsning af døren til patientstuen kan ligeledes ske for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærverk af ikke ubetydeligt omfang.

Herudover kan aflåsning af døre til patientstue ske af sikkerhedsmæssige grunde om natten, under den ugentlige konference og under den daglige behandlingskonference.

7.2 Sverige

Ekstraordinært farlige patienter kan overflyttes til og er på specielle retspsykiatriske afdelinger og hospitaler. Det er ikke muligt at anvende andre tvangsforanstaltninger overfor disse patienter, end hvad der kan anvendes på almindelige psykiatriske afdelinger.

7.3 Norge

Ekstraordinært farlige patienter anbringes på sikrede, lukkede afdelinger i almenpsykiatrien. I sjældne tilfælde kan disse patienter være indlagt på almindelige psykiatriske afdelinger, og i meget sjældne tilfælde også være indsat i fængsel.

Alle psykiatriske patienter, uanset hvor de er indlagt, er underlagt samme lovgivning og tvangsforanstaltninger.

7.4 Finland

Ekstraordinært farlige patienter kan overflyttes til og blive indlagt på 2 retspsykiatriske hospitaler. Det drejer sig om Niuvanniemi Hospital og Vanha Vaasa Hospital.

Der findes ikke særlig lovgivning eller tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.5 Island

Ekstraordinært farlige patienter er enten indlagt på specialafdeling eller på almindelig psykiatrisk afdeling.

Der findes ikke særlig lovgivning eller tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.6 Belgien

Ekstraordinært farlige patienter er enten indsat i særlige fængsler eller på særlige psykiatriske afdelinger. Der findes særlig lovgivning for denne patientgruppe. "Law on the protection of mentally ill, who are partly unable to care for themselves, 3 May 2003" og "Law on the internment of mentally ill, 21 April 2008".

7.7 Holland

Ekstraordinært farlige patienter kan være anbragt på specialiserede psykiatriske afdelinger i et fængsel, på retspsykiatriske hospitaler eller i almene psykiatriske afdelinger.

Der findes ikke særlig lovgivning eller tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.8 United Kingdom

Ekstraordinært farlige patienter overflyttes til særligt sikrede retspsykiatriske afdelinger eller til særlige fængsler.

Højt sikrede hospitaler varetager behandlingen af de få ekstraordinært farlige patienter. Udskiftningen blandt disse sker langsomt.

Der findes ingen særlige tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.8.1 Skotland

Ekstraordinært farlige patienter er anbragt på specielle sikrede hospitaler.

Der findes ikke særlig lovgivning eller tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.9 Irland

Ekstraordinært farlige patienter bliver behandlet på det nationale retspsykiatriske hospital. 8 ud af 80 senge er reserveret til disse patienter.

7.10 Frankrig

Ekstraordinært farlige patienter kan overflyttes til og er på 1 af 4 sikrede retspsykiatriske hospitaler. Patienterne kan også være anbragt i isolation i mindre lukkede celler i almenpsykiatrien.

7.11 Italien

Ekstraordinært farlige patienter kan anbringes på retspsykiatrisk hospital.

Der findes ikke særlig lovgivning eller tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

7.12 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Danmark adskiller sig fra de fleste andre lande ved at have en psykiatrilov, der definerer ekstraordinært farlige patienter, samt ved at have et regelsæt for, hvor disse patienter skal indlægges og behandles.

Ekstraordinært farlige patienter kan kun anbringes på Sikringsanstalten efter vedtagelse af farlighedsdekret eller efter dom. Sikringen huser de 30 absolut farligste psykiatriske patienter i Danmark. Sikringen er særligt indrettet efter at sikre, at disse særdeles farlige patienter ikke har mulighed for komme uden for institutionen, ligesom institutionen har særlige sikkerhedsforanstaltninger for besøgende.

De fleste øvrige lande har ikke opstillet klare kriterier til definition af ekstraordinært farlige patienter. Der er i de øvrige lande oprettet specielle afdelinger med henblik på at modtage og behandle denne patientgruppe.

I Sverige befinder disse patienter sig på specielle retspsykiatriske afdelinger. Det samme er tilfældet i Norge, men i Norge kan patienterne dog også være indsat i fængsel.

I Finland er ekstraordinært farlige patienter anbragt på to specielt indrettede hospitaler med særlige sikkerhedsforanstaltninger.

I England, Skotland og Irland findes disse patienter på særligt sikrede institutioner.

I Frankrig er disse patienter hovedsageligt anbragt på fire særligt sikrede hospitaler.

I Danmark er det muligt at anvende særlige tvangsforanstaltninger over for denne patientgruppe. Disse tvangsforanstaltninger må kun anvendes på Sikringen. Det er her muligt at aflåse døren til patientstuerne enten på bestemte tidspunkter fx om natten, eller hvis patienterne udgør en fare for sig selv eller andre, hvis de groft forulemper medpatienter, eller hvis de øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Referencegruppen har drøftet de helt særlige forhold der gør sig gældende for Sikringen. De patienter, der opholder sig på Sikringen er særligt farlige på grund af deres svære sindssygdom, og de er oftest meget vanskelige at behandle medikamentelt med positiv effekt. Det er derfor ofte nødvendigt at anvende tvang over for disse patienter, specielt er det væsentligt, at disse patienter kan isoleres fra andre patienter.

Referencegruppen kan tilslutte sig, at Sikringen har mulighed for at anvende særlige tvangsforanstaltninger over for disse patienter, fx aflåsning af dørene til patientstuerne.

Referencegruppen har drøftet, at der på Sikringen i ganske særlige tilfælde, kan være behov for at anvende andre tvangsforanstaltninger end dem, der er beskrevet i psykiatriloven, over for disse ekstraordinært farlige patienter.

Referencegruppen har drøftet, om der i psykiatriloven, i helt særlige tilfælde, kan indføres mulighed for, at Justitsministeren på baggrund af en konkret ansøgning og efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, kan give Sikringen tilladelse til at anvende andre tvangsforanstaltninger end beskrevet i den nuværende psykiatrilov.

Referencegruppen har drøftet muligheden for, at Sundhedsstyrelsen på denne baggrund nedsætter et særligt sagkyndigt råd til vurdering af disse tilfælde.

8 Kriminelle psykiatriske patienter

Der er ikke i EU landene en fælles definition af begrebet ”psykisk syg kriminel” (15).

I medfør af den danske straffelovs § 16, straffes personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, ikke. Det samme gør sig gældende for personer, der på gerningstidspunktet var mentalt retarderet i højere grad.

Såfremt en person, der på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af sindssygdom eller var retarderet i højere grad frifindes for straf, kan retten i medfør af straffelovens § 68, såfremt det findes formålstjenligt, træffe bestemmelse om andre foranstaltninger, herunder fx anbringelse på psykiatrisk afdeling, behandling på psykiatrisk afdeling eller ambulante behandling med mulighed for indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Personer med andre (psykiske) sygdomme end sindssygdomme kan efter straffelovens § 69 tillige idømmes foranstaltninger efter § 68.

Det er væsentligt at bemærke, at en dom til anbringelse eller behandling på psykiatrisk afdeling ikke giver det behandlende personale ret til at anvende tvang. Dommen bestemmer alene, at den psykisk syge kriminelle fx skal indlægges. Er det herefter nødvendigt at anvende tvang, skal psykiatrilovens betingelser for iværksættelse af de forskellige tvangsforanstaltninger være opfyldt. En psykisk syg kriminel med dom til anbringelse kan således være indlagt på psykiatrisk afdeling, uden at blive behandlet med fx medicin, hvis psykiatrilovens betingelser for tvangsmedicinering ikke er opfyldt og den pågældende ikke frivilligt tager medicinen. Psykiatrilovens §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel, finder ikke anvendelse for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til dom.

Inden domsafsigelse er den tiltalte psykisk syge for det meste indsat i fængsel, hvilket tillige gør sig gældende i alle de andre lande. I Danmark overflyttes en tiltalt sindssyg person fra fængsel til psykiatrisk afdeling inden domsafsigelse. Oftest sker overflyttelsen akut til et almen lukket afsnit. Efter domsafsigelse venter nogle psykisk syge kriminelle i fængsel indtil overførsel til retspsykiatrisk eller almen psykiatrisk afdeling kan finde sted.

I overensstemmelse med de Europæiske Fængselsregler, er der ingen af de andre lande der efter domsafsigelse fængsler personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af sindssygdom eller, som var retarderet i højere grad. I stedet bliver disse personer idømt anden foranstaltning med henblik på behandling i det psykiatriske sundhedssystem. Der kan dog være ventetid på sengeplads i psykiatrien i flere lande på grund af kapacitetsproblemer.

Personer med personlighedsforstyrrelse eller misbrugsproblemer og sædelighedsforbrydere indsættes overvejende i fængsel. Behandlingen er for nogle landes vedkommende lokalt forankret i den regionale psykiatri eller forestås af ansatte konsulenter (16).

8.1 Danmark

De fleste psykisk syge kriminelle behandles på almen psykiatriske afdelinger eller retspsykiatriske afdelinger. Hovedparten behandles ambulant, medens de resterende er indlagt på enten åbne eller lukkede afsnit.

Personlighedsforstyrrede, ikke sindssyge og sædelighedskriminelle indsættes i Anstalten ved Herstedvester, der er et fængsel med speciale i psykiatriske problemstillinger.

I 2008 var der i Danmark 2.058 retspsykiatriske patienter og 250 retspsykiatriske senge.

En psykisk syg kriminel, der dømmes til ambulant behandling, behandles ambulant. Dommen kan indeholde vilkår om, at indlæggelse kan ske, såfremt det vurderes nødvendigt. Afsiger retten dom til *behandling*, skal den dømte indlægges på et sengeafsnit efter domsafsigelsen, men behandles i øvrigt ambulant eller under indlæggelse. Beslutningen træffes af overlægen ud fra en forsvarlighedsvurdering. Såfremt overlægen vurderer det forsvarligt at behandle den dømte ambulant sker dette, men på baggrund af den afsagte behandlingsdom kan den dømte genindlægges uden at psykiatrilovens betingelser for tvangsindlæggelse er opfyldt. Genindlæggelse vil typisk ske, hvis den dømte ikke følger behandlingen.

En psykisk syg kriminel, der idømmes en *anbringelsesdom*, skal bo på hospitalet, enten på åbent eller lukket afsnit. Disse patienter har begrænset frihed i op til 3 timer dagligt, såfremt det vurderes forsvarligt af overlægen.

8.2 Sverige

Sverige har en specifik lov fra 2001, der omhandler kriminelle sindssyges tvangsbehandling. Kriminelle sindssyge behandles i retspsykiatriske afdelinger og kan overføres til almindelige psykiatriske afdelinger. Der findes i Sverige endvidere psykiatriske fængselsafdelinger.

Der er ingen særlige tvangsforanstaltninger for denne patientgruppe.

Tvangsbehandling i fængsel er ikke lovreguleret.

8.3 Norge

Der findes ikke retspsykiatriske afdelinger i Norge. Retspsykiatriske patienter behandles på lukkede, sikrede sengeafsnit i almenpsykiatrien i den lokale region. Lovene indeholder regler om overflytning til anstalter og tilsyn under kriminalforsorg og tilbageførsel fra fængsel til tvungent psykiatrisk helseværn.

8.4 Finland

Retspsykiatriske patienter behandles på 2 retspsykiatriske hospitaler. Herudover behandles retspsykiatriske patienter også på andre retspsykiatriske afdelinger på lokalhospitaler eller på almindelige psykiatriske afdelinger. Der er ingen særlig lovgivning for denne patientgruppe. Den væsentligste betingelse for anbringelse i

retspsykiatrisk afdeling eller hospital er sygdomsbetinget farlighed og destruktiv adfærd – ikke om der er faldet dom.

Tvangsbehandling i fængsel kan ske efter Psykiatrilovens regler.

8.5 Island

Retspsykiatriske patienter behandles på et specielt 7-sengs retspsykiatrisk afsnit i afdelingen i Reykjavik. Der er ingen særlig lovgivning for denne patientgruppe. Der bruges samme type tvang, som der bruges for patienter indlagt på almene psykiatriske afdelinger.

8.6 Belgien

Sindssyge kriminelle opholder sig i fængsel til der er faldet dom, og først derefter overføres de til det psykiatriske system. Der er en særskilt lov vedrørende indlæggelse af psykisk syge kriminelle. Retspsykiatriske patienter opholder sig enten i fængsel på specielle retspsykiatriske afdelinger eller på almene psykiatriske afdelinger. Der findes i Belgien endvidere private retspsykiatriske hospitaler. UEMS besvarelsen af spørgeskemaet angiver, at retspsykiatriske patienter behandles, hvor der er plads, enten i ordinært fængsel, i specialiseret hospital for retspsykiatriske patienter eller i almen psykiatrien.

Tvangsbehandling i fængsel er ikke lovreguleret.

8.7 Holland

Retspsykiatriske patienter kan være anbragt på retspsykiatriske fængselsafdelinger eller på et af 3 retspsykiatriske hospitaler, på en retspsykiatrisk afdeling eller i almen psykiatrien. Der er speciel lovgivning omhandlende retspsykiatriske patienter. En lovgivning fra 1997 har indført tidsbegrænset tvunget hospitalsophold i specielle retspsykiatriske sikrede institutioner (TBS). TBS anbringelse blev indført med henblik på at beskytte samfundet mod kriminelle, når der var risiko for kriminelt recidiv. Opholdene har været årelange, i gennemsnit 7 år, og er dyre (468 Euro sammenlignet med 155 Euro for en fængsels seng og 143 Euro for en almen psykiatrisk seng). 25 % af patienterne anbragt under TBS ordningen var sindssyge. De resterende personer har overvejende haft personlighedsforstyrrelser og/eller misbrug.

Tvangsbehandling med lægemidler i fængsel kan ske efter psykiatrilovens regler.

8.8 United Kingdom

Retspsykiatriske patienter behandles på almindelige psykiatriske afdelinger og på retspsykiatriske hospitaler. Der findes middel- og højt sikrede retspsykiatriske afdelinger. Der findes privatre retspsykiatriske hospitaler.

Der findes enkelte specialiserede fængsler for fanger med alvorlige personlighedsforstyrrelser. Alle fanger eller patienter, hvor forstyrrelser i personligheden skyldes en sindssygdom, behandles indenfor hospitalssektoren.

Der findes ikke særlige tvangsforanstaltninger, der kan anvendes overfor denne patientgruppe.

8.8.1 Skotland

Restpsykiatriske patienter behandles på særlige retspsykiatriske afdelinger. Der er både medium og lavt sikrede afdelinger.

Der findes ikke yderligere tvangsforanstaltninger overfor denne patientgruppe.

8.9 Irland

Retspsykiatriske patienter bliver behandlet på det nationale retspsykiatriske hospital, men kan efter den sidste revision af psykiatriloven i 2001 overflyttes til behandling i almenpsykiatrien. Denne mulighed anvendes dog ikke. Retspsykiatriske patienter behandles fortsat på det nationale retspsykiatriske hospital.

8.10 Frankrig

Retspsykiatriske patienter er defineret som psykisk syge kriminelle uden ansvar for egen kriminalitet. En person, der har begået en forbrydelse, og som af dommeren vurderes at være psykisk syg og uansvarlig, kan dømmes til anbringelse i psykiatrien.

Retspsykiatriske patienter er indlagte i retspsykiatriske fængselsafdelinger eller i 1 af 4 retspsykiatriske hospitaler (ca. 400 sengepladser), men kan efter dom overføres til almene hospitalsafdelinger, hvor de almindeligvis vil være anbragt i isolation i celler, idet almenpsykiatrien fortrinsvis har åbne sengeafsnit. Der findes 1 psykiatrisk fængsel (Chateau – Thierry) med 85 pladser til personer med ”psykopati”. Der eksisterer herudover 26 regionale sikrede fængselsafdelinger med medikopsykologisk service. Hver har i gennemsnit 25 sengepladser og foretager observation og har korttids anbringelser.

I 2000 fandt domstolene, at under 2 % af lovovertræderne var uansvarlige på grund af psykisk sygdom. Tvangsbehandling i fængsler er ikke lovreguleret.

En undersøgelse fra 2002 – 2004 fandt, at man måtte formode, at 15 % af dem der var indsatte i fængslerne og havde begået lovovertrædelse var svært psykisk syge, heraf 7 % skizofrene. Konklusionen har været, at psykisk sygdom hos indsatte ikke altid blev diagnosticeret, og derfor blev den psykiske sygdom ikke behandlet. En lovændring i 1998 (Lov D398) har haft til formål, at bedre muligheden for at få psykisk syge flyttet fra fængsler til psykiatrisk behandling. I praksis bliver færre dog overflyttet fra fængsler til behandling i psykiatrien, idet kravet efter lovændringen er, at personen ikke blot skal være psykisk syg (ofte psykotisk), men også være farlig.

For at bedre forholdene, har det efter 2006 været muligt at bygge psykiatriske fængselsafdelinger i tilslutning til almene hospitaler. Tvangsbehandling i fængsler er ikke lovreguleret.

8.11 Italien

Retspsykiatriske patienter defineres i Italien som patienter, der både er psykisk syge og som har begået kriminalitet. Patienterne bliver behandlet på 6 retspsykiatriske hospitaler (1.000 sengepladser), hvis de vurderes farlige, ellers behandles de i almenpsykiatrien. Loven, der regulerer, hvem der skal anbringes på de retspsykiatriske hospitaler, er fra 1930. Revision af loven i 1988 har ikke i praksis ændret forholdene for de retspsykiatriske patienter. De fleste ”retspsykiatriske undersøgelser” foretages i fængslerne af ikke-psykiatere. Retspsykiatrien og almenpsykiatrien har ikke et formaliseret samarbejde og er ikke i samme system. Varetægtsfængslede, der er i fængsel, kan ved sindssygdom overflyttes til almenpsykiatrien. I disse tilfælde er det den behandlende psykiater, der beslutter om der er grundlag for tvangsbehandling.

Der findes ingen oplysninger om, eller tal for psykisk syge i fængsler, men 10 fængsler har psykiatriske afdelinger (76 senge i alt).

8.12 Nøgletal

Retspsykiatriske senge pr. 100.000 indbyggere og antal pladser i psykiatriske fængselsafdelinger.

	Retspsyk. senge pr. 100.000 indbyggere	Psykiatriske fængselsafd.	Antal sengepladser i fængselsafdeling
Danmark	6,6	(Ja*)	
Sverige	8,0	Ja	142
Norge	0*	Nej	
Finland	6,9	Ja	60
Island	2,3*	Nej	
Belgien	10,3	Ja	213
Holland	9,8	Ja	733
England	6,1	Nej	?
Irland	2,2	Nej	?
Frankrig	0,8*	Ja	735
Italien	2,2	Ja*	?

Danmark: Anstalten ved Herstedvester behandler patienter med svære personlighedsforstyrrelser. Der bliver ikke behandlet sindssyge patienter i danske fængsler. Pladser fra Herstedvester indgår i de samlede danske tal.

Norge: Har ikke retspsykiatriske afdelinger.

Island: Tallene for retspsykiatriske senge på Island er fra 2009.

Frankrig: Har et fængsel til langtidsbehandling af 85 personer med psykopati. Det er ikke defineret, hvad psykopati dækker over. Der er endvidere 26 regionale afdelinger til medicinsk og psykologisk observation med henblik på at vurdere, hvor personerne skal anbringes efter dom.

Italien: Der findes fængselsafdelinger med psykisk syge, men kapacitet og behandlingsmuligheder er ukendt.

Årstal for sidste revision af henholdsvis straffelov og psykiatrilov i udvalgte lande

	Straffelov	Psykiatrilov
Danmark	2006	2006
Sverige	2001	2008
Norge	2002	2007
Finland	2003	2001
Island	2002	1997
Belgien	1964	2007
Holland	1997	1994
England	1991	2007
Irland	2006	2001
Frankrig	1998	2002
Italien	1988	1978

Sverige og Italien: Har særskilt ”Straffelov” for psykisk syge.

Island: § i Myndighedsloven, da Island ikke har selvstændig psykiatrilov.

Belgien: Har 2 særlove, én om ”Beskyttelse af psykisk syge, der delvis ikke kan passe på sig selv, 3. Maj 2003”, og én om ”Internering af psykisk syge, 21. april 2007”.

Holland: Har lovgivning fra 1997 om tidsubestemt internering af psykisk syge i specielle retspsykiatriske sikrede institutioner (TBS).

England: Insanity and unfit to plead, act 1991, samt Homicide Act 1957.

Italien: Har særskilt “straffelov” for psykisk syge.

8.13 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

I flere andre europæiske lande er der indrettet specielle afdelinger i fængslerne til at varetage behandlingen af psykisk syge kriminelle. Dette er ikke tilfældet i Danmark, bortset fra anstalten ved Herstedvester, hvor de få personlighedsforstyrrede kriminelle og farlige personer er anbragt.

I Danmark behandles psykisk syge kriminelle, der er idømt ambulant behandling, dom til behandling eller dom til anbringelse, fortrinsvis på retspsykiatriske afdelinger eller almen psykiatriske afdelinger efter, hvad der fagligt set er mest hensigtsmæssigt. Stigningen i antallet af patienter med en retspsykiatrisk foranstaltning belaster imidlertid kapaciteten, både ved de retspsykiatriske afdelinger og ved de almen psykiatriske afdelinger. De almene psykiatriske afdelinger risikerer derfor at skulle modtage patienter på afdelinger, der ikke er indrettet hertil, og hvor personalet ikke er uddannet til at håndtere denne patientgruppe.

En anbringelsesdømt der er i behandling, vil oftest ikke volde store problemer under indlæggelse. Derimod vil en anbringelsesdømt der ikke frivilligt tager sin medicin, ofte medføre, at der er behov for anvendelse af andre tvangsforanstaltninger, og at der er stor risiko for skader på personalet. Det er referencegruppens opfattelse, at retspsykiatriske patienter, så snart de har fået det psykisk bedre, bør overflyttes til almenpsykiatriske afdelinger med henblik på at blive udsluset og integreret i samfundet.

Referencegruppen vurderer, at:

- det er vigtigt at fastholde, at psykisk syge kriminelle ikke anbringes i almindelige fængsler
- retspsykiatriske patienter anbringes, hvor de bedst kan blive behandlet efter en samlet faglig vurdering,
- at der er tilstrækkelig kapacitet, herunder på de retspsykiatriske afdelinger.

9 Behandlerkultur

Kulturen i samfundet, herunder også behandlerkulturen i sundhedsvæsenet, påvirkes af det politiske system, forskningsresultater og ikke mindst af, hvordan og hvilke forskningsresultater og ideologier, der bringes frem i pressen. Behandlerkulturen påvirkes også af befolkningens holdning til psykiatrien generelt.

Behandlerkulturen varierer derfor landene imellem, men den varierer også mellem de enkelte afdelinger i samme land (17). Tillæringen til den specifikke kultur sker blandt andet gennem opbygning af vaner, måder at gøre tingene på og tilegnelse af holdninger, baseret på såvel materielle som åndelige værdier.

Behandlerkulturen blandt pleje- og behandlingspersonalet på de psykiatriske afdelinger påvirker den måde, hvorpå personalet agerer overfor patienter, der udsættes for tvangsforanstaltninger.

Hvor meget og hvilke tvangsforanstaltninger, der aktuelt anvendes, er påvirket af mange forhold. Der er forhold, der påvirker anvendelsen af tvang på det mere overordnede plan, fx lovgivning og sygehusejernes strategier for psykiatrien. Anvendelsen af tvang påvirkes også af forhold i de konkrete situationer som fx anvendelse af deeskalering teknikker, personalets evne til at observere, den medicinske behandling osv.

Senere års forskning har vist, at tiltag som fx holdningsbearbejdende efteruddannelse af personalet, kan medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvangsforanstaltninger, i højere grad end ved ændring af lovgivningen.

En væsentlig faktor til forebyggelse af anvendelsen af tvang er at forhindre situationer, hvor anvendelse af tvangsforanstaltninger kan blive aktuelle. Dette kræver en mangefacetteret indsats, og involverer blandt andet kommunerne, distriktpsychiatrien, de opsøgende psykoseteam og de psykiatriske afdelinger. Det kræver ligeledes en grundlæggende viden hos den enkelte patient, som skal kende tegnene ved forværring af sygdommen, hvor der kan hentes (døgn)hjælp, hvornår der er brug for mere eller mindre medicin, viden om egne reaktionsmønstre mv., således, at personen ikke havner i situationer, hvor tvangsudøvelse bliver nødvendig.

Der er ikke tvivl om, at kulturen har indflydelse på, hvor meget tvang, der anvendes og om dette opleves mere eller mindre indgribende af patienter og personale. Undersøgelser (18;19) har vist, at patienter udsat for tvangsforanstaltninger, oplever frygt, angst, utryghed, vrede, krænkelser, efterfølgende genoplevelse og mareridt. Enkelte tilfælde af PTSD efter tvangsfiksering og isolation er påvist i undersøgelser. Generelt opleves anvendelse af tvang negativt af patienterne, men mange patienter indser efter ophør af en tvangsforanstaltning, at tvangsansværelsen var nødvendig.

9.1 Hvilke indgreb opleves som mest indgribende

Under udarbejdelsen af denne udredning, blev et spørgeskema udarbejdet og sendt til myndighederne i de lande, der indgår i udredningen. Myndighederne blev blandt andet anmodet om med tal fra 1-8 at angive, hvilken tvangsforanstaltning, der i det pågældende land blev anset som den mindst indgribende (1) frem til den mest indgribende (8).

Det fremgår af besvarelserne af spørgeskemaet, at selvom landene blev anmodet om at prioritere alle tvangsforanstaltninger i prioriteret rækkefølge, har ikke alle lande besvaret skemaet på den anmodede måde. Således har nogle lande eksempelvis vurderet forskellige tvangsforanstaltninger, for lige indgribende (jf. eksempelvis Norge, der angiver 8 ved tre forskellige tvangsforanstaltninger). Endvidere vurderer ikke alle lande et givent tvangsindgreb, såfremt landet ikke anvender dette (fx oppegående fiksering). Irland, England og Italien har ikke besvaret spørgeskemaet.

Nedenstående tabel viser opgørelsen af landenes vurdering af de mest og mindst indgribende tvangsforanstaltninger. N/A betyder not applicable (landet anvender ikke den pågældende tvangsforanstaltning). Den sidste kolonne angiver, om det er bekræftet i landets lovgivning, at patienterne skal have mulighed for at tale med kvalificeret personale efter ophøret af en tvangsforanstaltning (eftersamtaler).

	Isolation	Tvangsfiksering	"Oppegående" tvangsfiksering	Tvangsmedicinering	Fastholdelse	Indgivelse af et beroligende lægemiddel	Timeout	Personlig skærmmning	Eftersamtaler
Danmark	6	7	8	5	3	4	1	2	Ja
Sverige	5	4	7	6	3	2		1	Ja
Norge	4	6	5	8	3	7	1	2	Ja
Finland	2	3	N/A	N/A	1				Ja
Island	N/A	5	5	3	4	2	1		Nej
Belgien	6	7	4	5	3	8	1	2	Ja
Holland	1				2				Nej
England	5			4	3	1	2		?
Skotland	6	8	7	4	3	5	1	2	Nej
Frankrig	6	7	N/A	3	4	2	1	5	Ja

Undersøgelsen viser, at der er stor forskel på, hvordan de forskellige tvangsforanstaltninger opleves i de forskellige lande.

Trods forskellighed i besvarelserne, vurderes det, at de mest indgribende tvangsforanstaltninger er tvangsfiksering, isolation og medikamentel tvangsbehandling. Det fremgår ligeledes, at i de lande, hvor der både er mulighed for isolation og

tvangsfiksering opfattes tvangsfiksering som en mere indgribende foranstaltning end isolation.

Sverige og Island har som de eneste lande vurderet tvangsforanstaltningen ”oppegående fiksering”. Begge lande vurderer foranstaltningen som den mest indgribende.

I henhold til dansk lovgivning skal patienten efter endt tvangsforanstaltning tilbydes en eller flere samtaler, hvor patienten bl.a. skal have mulighed for at beskrive og drøfte sine oplevelser i forbindelse med iværksættelsen og gennemførelsen af tvangsforanstaltningen. Systematisk anvendelse af eftersamtaler, kan formentlig medvirke til at nedbringe anvendelse af tvang. Eftersamtaler, kan ligeledes anvendes til, at såvel patienten som personalet kan ”lære” noget om tvangssituationen.

Halvdelen af landene i sammenligningen tilbyder patienterne eftersamtaler.

9.2 Vurdering af behandlerkulturen i de enkelte lande

Referencegruppen har forsøgt at vurdere behandlerkulturen i de enkelte lande, der indgår i denne udredning. Referencegruppen har taget udgangspunkt i landenes lovgivning, samt udredninger vedrørende anvendelse af tvang.

9.2.1 Danmark

I Danmark vægtes patientens autonomi og selvbestemmelse højt. Frihedsberøvelse anses i Danmark for den mest indgribende foranstaltning, efterfulgt af tvangsmedicinering (§ 12 stk. 2), tvangsfiksering og anvendelse af akut beroligende medicin (§ 17 stk. 2).

9.2.2 Sverige

I Sverige synes patientens selvbestemmelse og rettigheder ikke at have helt så stor vægt som i Danmark. Der er lagt større vægt på, at samfundet ønsker at beskytte andre i samfundet mod farlige sindssyge. Dette er i Sverige ikke mindst sket efter det tragiske mord på deres udenrigsminister Anne Lindh i 2003, begået af en psykisk syg mand.

9.2.3 Norge

Norge er nok det land, der behandlingskulturmæssigt ligner Danmark mest. Det gælder lovgivning, registrering og mange behandlingsmæssige holdninger. Som det ses i tabellen vurderer Norge, som det eneste land, alle tvangsindgreb som værende mere indgribende end Danmark. Generelt set vurderer Norge patientens autonomi og selvbestemmelse højt. På nogle punkter er den norske kultur dog mere paternalistisk end den danske. I Norge er det muligt at blive ambulantly tvangsbehandlet. Desuden er det under særlige forhold stadig tilladt at give medicin skjult i madvare. Dette er ikke acceptabelt i Danmark.

9.2.4 Finland

I Finland synes patientens selvbestemmelse og rettigheder ikke at have så stor vægt som i Danmark. Ønsket om at sikre patientens ret til behandling er meget væsentlig. Ligesom i Sverige, er der også lagt stor vægt på, at samfundet ønsker at beskytte andre i samfundet mod farlige sindssyge.

9.2.5 Island

Island virker som en mellemtung mellem den angelsaksiske og den skandinaviske tradition.

9.2.6 Holland

I Holland anses tvangsmedicinering for at være en mere indgribende tvangsforanstaltning end fx isolation. Proceduren for at iværksætte tvangsmedicinering er omstændelig og besværlig. Anvendelse af beroligende medicin i akutte situationer anses ligeledes for en indgribende tvangsforanstaltning. Lovgivningen lægger særlig vægt på patienternes selvbestemmelse.

9.2.7 England og Skotland

I England og Skotland er det ulovligt at anvende tvangsfiksering. Lovgivningen og "Code of Practice" påpeger nødvendigheden af, at man har afprøvet mindst midtens princip før der anvendes tvangsforanstaltninger. Det påpeges endvidere, at når der anvendes tvang, skal dette ske så skånsomt som muligt, og i kortest mulig tid. Code of Practice indeholder en lang række detaljerede krav til uddannelse af det personale, der kan medvirke til anvendelse af tvang, herunder krav til kontinuerlig undervisning. Det påpeges ligeledes, at afdelingerne og institutionerne skal opstille og beskrives instrukser og procedurer for anvendelsen af tvang, herunder krav til kontinuerlig kvalitetsovervågning og udvikling, primært med henblik på at nedsætte anvendelsen af tvang.

I de anglesaksiske lande anses isolation som en mere skånsom tvangsforanstaltning end tvangsfiksering. Disse lande anser tvangsfiksering, som en gammeldags tvangsforanstaltning, som er uværdig for patienten.

9.2.8 Irland

I Irland er det tilladt at anvende tvangsfiksering. Men ellers er holdningen til anvendelse af tvang for så vidt den samme som i Engelske og Skotland.

9.2.9 Frankrig og Italien

Både Frankrig og Italien er lande, hvor det offentlige i mindre grad sikrer borgerne socialt og sundhedsmæssigt. En stor del af sundhedsvæsenet i disse lande er privat. Hovedparten af befolkningerne i landene er katolske, og den katolske kirke har i mange år drevet private hospitaler og klinikker. En anden forskel på disse lande og

de skandinaviske lande er, at familien i langt større grad deltager i behandlingen, også af psykisk syge.

9.10 Referencegruppens kommentarer

Der er ingen tvivl om, at kulturen i et land er væsentlig for, hvilke tvangsforanstaltninger, der beskrives i lovgivningen og derved kan anvendes og på hvilke indikationer. Alle lande anvender en eller anden form for tvangsforanstaltning inden for psykiatrien over for en akut, urolig og aggressiv patient. Nogle tvangsforanstaltninger kan kun anvendes, når patienten er sindssyg, hvorimod andre kan anvendes, når patienten udgør en fare for sig selv eller andre.

Alle landene, der indgår i denne udredning, har opstillet overordnede principper for anvendelse af tvang. Disse indebærer, at man i vid udstrækning skal forsøge at motivere patienten for en given behandling, før tvang kan anvendes.

Når det findes nødvendigt at anvende tvang, skal denne udøves så skånsomt som muligt, under størst mulig hensyntagen til patienten, og skal anvendes så kort varigt som mulig. Der findes således i de øvrige lande målsætninger om anvendelse og overholdelse af mindste middels princip.

Isolation, tvangsfiksering og medikamentel tvangsbehandling anses for at være de mest indgribende tvangsforanstaltninger. Derimod anses personlig skærmning og time-out for at være de mindst indgribende foranstaltninger. I nogle lande opfattes disse foranstaltninger ikke som tvangsforanstaltninger, men derimod for at være en del af omhyggelig observation og behandling af patienten.

Danmark er det eneste land i denne udredning, hvor det ikke er muligt at anvende isolation. Omvendt er det ulovligt i England at anvende tvangsfiksering. Her anvendes til gengæld isolation.

Danmark var i 1989 det første europæiske land, der krævede, at patienten skulle have en fast vagt under tvangsfiksering. Flere af de øvrige lande har efterfølgende indført dette i deres lovgivning. Der er dog fortsat ikke et obligatorisk krav i Finland, Belgien og Italien, hvor man fortsat anvender intermitterende observation af patienten under tvangsfiksering.

Kulturen på den enkelte afdeling – behandlerkulturen – er i høj grad med til at påvirke, hvor meget de enkelte tvangsforanstaltninger anvendes på afdelingen. Kultur er vanskelig at påvirke og ændre, men kan dog påvirkes og ændres af:

- at pleje- og behandlingspersonalet tillærer sig nye eller andre handlinger, fx gennem praksisudvikling, grunduddannelser, efter- og videreuddannelse,
- de politiske/ideologiske beslutninger, der træffes nationalt og regionalt,
- befolkningens holdninger og interesseorganisationer, der igen bl.a. er påvirket af pressen, og mere og mere af ”verdens” holdninger (globaliseringen),
- forskningsresultater (evidensbaseret praksis),
- karismatiske faglige/ledelsesmæssige personligheder,

- afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævn og domstolsafgørelser.

I Danmark skal en patient, dennes patientrådgiver eller pårørende informeres om, at det er muligt at klage over en iværksat tvangsforanstaltning. Der kan klages til de regionale psykiatriske patientklagenævn. Afgørelser fra klagenævne er i høj grad med til at påvirke anvendelsen af tvang. De psykiatriske patientklagenævn har inden for de seneste år lagt som praksis, at tvangsmedicinering først kan anvendes når man gennem 10-15 dage har forsøgt at motivere patienten til behandling. Psykiatriloven stiller ikke krav til længden af motiveringsperioden.

Flere lande stiller krav om, at patienterne tilbydes samtaler efter udøvelsen af en tvangsforanstaltning. Afholdelse af eftersamtaler i Danmark har været anvendt i forbindelse med Det nationale kvalitetsprojekt om anvendelse af tvang, som blev gennemført i 2004-2005. Resultaterne fra de forsøg, der blev gennemført i dette regi, viste, at en systematisk anvendelse af eftersamtaler, kunne medvirke til at nedbringe tvangsansøgningen. Dette er baggrunden for, at der i loven blev indført krav om afholdelse af eftersamtaler.

Referencegruppen finder, at en grundig samtale, fx i forbindelse med indlæggelsen, bør anvendes mere systematisk med henblik på at indhente specifikke oplysninger om patientens reaktionsmønstre, mestringsstrategier (deeskaleringsstrategier) i forbindelse med uro, selvmordsforsøg og aggressioner, jævnfør forebyggelsestænkningen, for at undgå at komme i en situation hvor tvangsforanstaltning bliver nødvendig.

Referencegruppen finder endvidere, at der i højere grad bør fokuseres på systematisk at afdække patientens ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold. Dette gælder også behandling uden samtykke.

Referencegruppen har kort drøftet ”Gennembrudsprojektet”. Referencegruppen kan konkludere, at ”Gennembrudsprojektet” medførte italesættelse af tvangen, som der har været - og fortsat er - mange tabuer omkring. Det har været vanskeligt at fastholde resultaterne fra ”Gennembrudsprojektet”, formentlig på grund af manglende opmærksomhed og ressourcer.

10 Faglig vurdering af tvangsforanstaltninger

I dette afsnit beskrives de danske tvangsforanstaltninger, der er indgået i denne udredning. Det vil sige medikamentel tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af beroligende medicin i akutte situationer, anvendelse af fastholdelse/holding og personlig skærmning.

Herefter følger en beskrivelse af de tvangsforanstaltninger, der kan anvendes i de øvrige europæiske lande, der er indgået i denne udredning. Det vil sige isolation.

Endelig gennemgås den form for fiksering, som har været anvendt på Sikringen. Denne form for fiksering har arbejdsgruppen kaldt for ”oppegående” tvangsfiksering. I den engelske litteratur betegnes denne for, for fiksering som ”ambulatory-restraint”.

Den faglige vurdering af hver af tvangsforanstaltningerne beskriver kort, hvor hyppigt indgrebet udføres i Danmark, samt udviklingen inden for området. Herefter følger en kort beskrivelse af, hvorledes tvangsforanstaltningen udføres. Den faglige vurdering afsluttes med referencegruppens vurdering af fordele og ulemper ved tvangsforanstaltningen. I overskrifterne er i parentes indskrevet den aktuelle paragraf i loven. Lovteksten er optrykt som bilag.

Gennem de sidste 10 år har andelen af indlagte psykiatriske patienter, der har været berørt af tvang i en eller anden form, ligget nogenlunde uændret, omkring 20 - 22 %. Antallet af indlagte patienter i psykiatrien har i denne periode også været nogenlunde uændret mellem 24 – 26.000 årligt.

10.1 Tvangsforanstaltninger, der anvendes i Danmark

10.1.1 Medikamentel tvangsbehandling (§ 12, stk. 2)

Gennem de sidste 10 år har antallet af personer, der blev udsat for medikamentel tvangsbehandling ligget nogenlunde uændret omkring 500 årligt.

Behandling med antipsykotiske lægemidler er en del af en mangefacetteret behandlingsindsats. Men behandling med antipsykotiske lægemidler er oftest en forudsætning for, at patienten bliver modtagelig overfor de øvrige behandlingstiltag.

Tvangsbehandling må kun anvendes overfor patienter, der opfylder kravene for at blive frihedsberøvede. Det vil sige, at patienterne skal være sindssyge, og udgøre en fare for sig selv eller andre, eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, såfremt der ikke iværksættes behandling.

Medikamentel tvangsbehandling omfatter længerevarende sammenhængende planlagt medikamentel behandling. Der er primært tale om behandling med antipsykotiske lægemidler. Det fremgår af psykiatriloven, at der kun kan anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Lægemidlerne kan administreres både som tabletter, mikstur eller injektion. Tabletter og mikstur foretrækkes. Injektion anvendes, når der er usikkerhed om patienten reelt indtager medicinen, eller hvis der i forbindelse med tvangsmedicineringen

skal anvendes fysisk magt i form af fastholdelse. Kun i sjældne tilfælde anvendes depot-præparater, der for patient og personale kan have den fordel, at der kun skal gives en injektion hver eller hver anden uge. Depot-præparater har dog den ulempe, at patienten ikke fra den ene dag til den anden kan ophøre med at indtage medicin, hvis der fx udvikles bivirkninger.

Længerevarende tvangsmedicinering med antipsykotisk virkende medicin bør foregå over uger til måneder, idet den fulde dæmpende virkning på sindssygdomssymptomerne først indtræder efter 4-6 uger, for nogle præparater efter flere måneder. Tilsvarende vil der ved ophør af medicinindtagelse ofte gå uger til måneder før den antipsykotiske virkning forsvinder, således får 85 % af personer med diagnose skizofreni tilbagefald med sindssygdomssymptomer indenfor 1½ år efter at være stoppet med medicin.

Der bruges fortrinsvis anden-generations (nyere) præparater med få bivirkninger. Bivirkningerne er forskellige fra person til person og fra præparat til præparat. For første-generations (ældre) præparaterne, er bivirkninger hyppige og omfatter fortrinsvis: Sædning, (følelse af at være i en osteklokke). Desuden kan der opstå uro, rysten, stivhed af muskler og varige muskelbevægelseforstyrrelser samt vægtøgning. For anden-generations præparaterne er bivirkningerne fortrinsvis: Påvirkning af hjerterytmen, vægtøgning, udvikling af sukkersyge, samt forstyrrelse i fedtstofskiftet.

Nogle patienter oplever under behandling med antipsykotiske lægemidler og lithium, ved fx mani-depressiv lidelse, at være i en ”medicinsk spændetrøje”, og at deres personlighed ændres, sammenlignet med de perioder, hvor de er medicinsk ubehandlede, men så eventuelt er præget af symptomer på sindssygdom.

Ved de planlagte og frivillige sammenhængende behandlingsforløb, der strækker sig over flere måneder, foregår medicineringen stort set altid fredeligt og uden magtudøvelse. Patienten vil som hovedregel befinde sig på åbent almen psykiatrisk sengeafsnit, have udgangstilladelse og deltage i patientundervisning, optræning, psykoterapi og sociale aktiviteter udenfor afdelingen, idet den individuelle behandlingsplan vil være tilrettelagt med henblik på rehabilitering og udskrivning til egen bolig og arbejde eller anden beskæftigelse.

Fordel:

1. Kan helbrede eller undgå at patientens tilstand væsentligt forringes.
2. Kan minimere anden form for tvang (fx frihedsberøvelse eller fiksering).
3. Øger muligheden for at iværksætte psykoterapi, miljøterapi og psykoedukation tidligere og mere kvalificeret (herunder misbrugsbehandling).
4. Kan modvirke fare for patienten selv eller andre.
5. Mindsker risikoen for, at patienten udfører ulovlige/kriminelle handlinger.
6. Nedsætter risikoen for stigmatisering af den psykiatriske patient.

Ulemper

1. Farmakologiske bivirkninger.
2. Kan skade det relationelle forhold (fortroligheden, trygheden) mellem personale og patient.

10.1.1.1 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Referencegruppen vurderer, at medikamentel behandling af sindssyge patienter er en væsentlig og uundværlig behandlingsmetode. Den medikamentelle behandling medfører, at patientens psykotiske symptomer dæmpes og eventuelt helbredes, og at anden terapeutisk intervention hurtigere kan iværksættes.

Referencegruppen finder, at iværksættelse af længerevarende planlagt medikamentel tvangsbehandling er væsentlig, især overfor unge patienter med nydiagnosticeret skizofreni. Referencegruppen har tidligere påpeget det u hensigtsmæssige i, at man i Danmark har indført, at klage over iværksættelse af tvangsbehandling tillægges opsættende virkning. Referencegruppen har ligeledes tidligere anført, at dette eventuelt kan medføre, at der anvendes andre former for tvang, fx tvangsfiksering, i ventetiden.

Referencegruppen finder, at planlagt længerevarende medikamentel tvangsbehandling er en mindre indgribende tvangsforanstaltning end tvangsfiksering. Referencegruppen vurderer, at dette bør udmeldes fra de centrale sundhedsmyndigheder.

Referencegruppen har ved gennemgang af afgørelser fra de regionale psykiatriske patientklagenævn bemærket, at nævnene i deres praksis, for at kunne tiltræde beslutningen om tvangsmedicinering, vurderer om den behandlingsansvarlige overlæge gennem minimum 10 dage har forsøgt at motivere patienten til at tage medicinen frivillig. Referencegruppen har drøftet, at denne lange motivationsperiode ligeledes kan nødvendiggøre anvendelse af andre former for tvang. Referencegruppen har derfor drøftet det hensigtsmæssige, i at motivationsperioden forkortes til få dage, fastsat i loven.

I henhold til den gældende lovgivning kan tvangsbehandling kun anvendes når patienten er tvangsindlagt. Referencegruppen har drøftet, hvorvidt medikamentel tvangsbehandling kunne foregå ambulant.

Referencegruppen har drøftet, at dette formentligt kunne være relevant for de patienter, der er blevet tvangsindlagt på grund af medikamentelt behandlingssvigt. Dette kunne formentlig skyldes, at patienterne stopper den medicinske behandling efter de velbehandlet bliver udskrevet. Efterfølgende får de det igen dårligere og dårligere, og til sidst bliver de igen indlagt med tvang. Der er dog delte meninger blandt psykiatere generelt, hvor en del mener, at det vil skade relationen mellem patienten og behandlingssystemet.

Referencegruppen har derfor drøftet, at der bør gives tilladelse til at gennemføre tidsbegrænsede forsøgsordninger med medikamentel tvangsbehandling af ambulante patienter, og om nødvendigt i særlige tilfælde med depotpræparater.

10.1.2 Tvangsfiksering (§ 14, 15 og 16)

Gennem de sidste 10 år har antallet af tvangsfikseringer ligget nogenlunde uændret på omkring 6-7.000 årligt med en lille undtagelse i 2004, hvor tallet var 5.262. Hver person, der bliver udsat for tvangsfiksering bliver i gennemsnit tvangsfikseret 3,5 -4 gange på et år. Dette betyder, at mellem 1700 – 2000 personer bliver tvangsfikseret årligt.

Antal fikseringer, hvor der også anvendes fod- og eller håndremme samt handsker, har ligget mellem 2 – 3.000 årligt med en svagt stigende tendens de sidste år, men varigheden af de enkelte tvangsfikseringer er faldende.

Andelen af frivillige fikseringer var i 2007 på omkring 10 %. Der blev i alt udført 688 frivillige bæltefikseringer på 212 personer. Frivillige bæltefikseringer sker efter samme forhold som tvangsfikseringer. Frivillige fikseringer opgøres sammen med tvangsfikseringer.

Tvangsfiksering må kun anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Der stilles således ikke krav til, at patienten er sindssyg.

Tvangsfikseringen foregår ved, at patienten føres til en seng, bliver lagt på ryggen og spændt fast med et mavebælte, der låses med en særlig låseanordning, som ikke er mulig at åbne uden nøgle.

Der kan desuden anvendes, håndremme, normalt udført af læder. Patientens hænder fastspændes til sengen med en rem rundt om håndleddet.

Der kan ligeledes anvendes fodremme, normalt udført af læder, hvorved patientens ben fastspændes til sengen med en rem rundt om hver ankel.

Endelige kan der anvendes handsker, normalt lavet af stof, hvori patientens hænder anbringes, og samtidigt fastspændes til sengen med armene ned langs siden.

Beslutningen om bæltefiksering kan træffes af en læge. Derimod kan beslutningen om også at anvende hånd- og fodremme eller handsker kun træffes af en overlæge.

Håndremme anvendes oftest, hvis patienten er meget selvskadende, fx slår sig selv eller lignende. Hvis patienten desuden slår eller river sig selv til blods anvendes handsker. Der anvendes kun handsker 5-25 gange årligt. Fodremme anvendes hovedsageligt, hvis patienten har en stor fysisk statur, fx er så overvægtig, at bæltet ikke kan holde patienten i sengen. Baggrunden for den svagt stigende tendens ved anvendelsen af remme, kunne skyldes den stigende overvægt i befolkningen.

I forbindelse med tvangsfikseringen skal patienten have fast vagt, hvor en af plejepersonalet er placeret så vedkommende hele tiden kan se den fikserede patient. Den fikserede person ligger enten i et specielt rum eller på egen enestue, så den fikseredes privatliv opretholdes bedst muligt.

Fordele:

1. Kan etableres umiddelbart
2. Afværger fare for personalet, medpatienter og omgivelser
3. Behøver ikke at blive flyttet til andet afsnit
4. Der etableres fast vagt, med mulighed for kontinuerlig observation og eventuel kommunikation

Ulemper:

1. Kan give fysiske skader på patient og personale
2. Langvarige og gentagne fikseringer kan være vanedannende for patienten, der efterfølgende beder om frivillig fiksering
3. Ved meget langvarige fikseringer kan det i meget sjældne tilfælde medføre dybe vene tromboser og udvikling af lungeembolier, samt mave-tarmproblemer
4. I meget sjældne tilfælde kan der udvikles kardio-vaskulært shock på grund af den fysiske modstand, hvorved der kan udvikles mælkesyre
5. Kan skade det relationelle forhold (fortroligheden) mellem personale og patient

10.1.2.1 Referencegruppen kommentarer og vurderinger

Tvangsfiksering er en tvangsforanstaltning, der kan anvendes til at kontrollere de mest udadreagerende eller selvbeskadigende patienter, i situationer, hvor andre tvangsforanstaltninger har vist sig ineffektive. Det er referencegruppens vurdering, at denne tvangsforanstaltning er nødvendigt for at kunne håndtere svært psykisk syge personer, hvor det ikke har været muligt at forebygge akutte, voldelige situationer med andre foranstaltninger.

Referencegruppen finder, at tvangsfiksering er en langt mere indgribende tvangsforanstaltning end fx medikamentel tvangsbehandling.

Torturforebyggelseskommissionen angav i sin rapport om anvendelse af tvangsfikseringer i Danmark, at der blev anvendt for lange og for mange tvangsfikseringer i Danmark.

Referencegruppen er helt enig i, at antallet af tvangsfikseringer bør reduceres til det mindst mulige, og at lange tvangsfikseringer bør undgås. Referencegruppen har dog bemærket, at to af de patienter, der gav anledning til, at kommissionen kritiserede Danmark var patienter indlagt på Sikringen. Patienter på Sikringen er svært psykisk syge og dertil meget farlige. Over for disse patienter er det ofte nødvendigt at anvende mere tvang end ellers.

Referencegruppen har drøftet, hvorvidt det kunne være hensigtsmæssigt om der blev indført en øvre tidsgrænse for, i hvor lang tid en patient må være tvangsfikseret. Referencegruppen har bemærket, at der i Sverige efter 72 timers fiksering, skal ske anmeldelse til Socialstyrelsen.

I Danmark skal en tvangsfikseret patient tilses minimum fire gange dagligt med henblik på at vurdere behovet for fortsat tvangsfiksering. Herudover skal patienten tilses af en af behandlingen uafhængig overlæge efter 48 timer for at få en uvildig vurdering af, om der er indikation for videre tvangsfiksering. Referencegruppen har drøftet, at det i Danmark ville være hensigtsmæssigt, at de centrale sundhedsmyndigheder umiddelbart blev orienteret om langvarige tvangsfikseringer. I andre lande er det ikke lovligt at tvangsfiksere patienter over en given tidsgrænse. Referencegruppen finder dog ikke, at der bør indføres maksimale tidsgrænser for tvangsfikseringer i Danmark.

Det er referencegruppens vurdering, hvilket ligeledes underbygges af den tilgængelige forskning, at hvis antallet af tvangsfikseringer for alvor ønskes nedsat, er det nødvendigt at igangsætte mange forskellige interventioner, mere om dette kan blandt andet ses i en rapport udgivet af det norske Social- og helse direktorat (20). Forhold der fremmer/hæmmer reduktionen i anvendelsen af tvang er beskrevet i rapporten og kan findes i bilaget. Mange af de samme fund ses i et nyt dansk litteraturreview (21). Referencegruppen har ikke særligt vurderet dette felt, da det ikke var en del af kommissoriet.

10.1.3 Beroligende middel (Akut behandling - § 17, stk. 2)

Gennem de sidste 10 år har antallet af gange der er blevet givet beroligende middel med tvang, ligget mellem 4 – 4.500. Der har været en svagt stigende tendens.

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

Der anvendes medicin som mikstur, tablet eller injektion enten i årerne eller i musklerne. Der vælges det præparat, som vil være bedst egnet til at berolige den meget urolige patient. Det vil ofte være et beroligende lægemiddel af benzodiazepin typen, men det kan også være et antipsykotisk lægemiddel. Somme tider kan det være nødvendigt at give to forskellige præparater, eller at gentage indgiften af det beroligende lægemiddel.

Hvilket lægemiddel der anvendes, afhænger af patientens aktuelle tilstand og diagnose, hvad der tidligere har virket, og hvad der vurderes at ville være det mest skånsomme for patienten. Ofte spørges patienten, hvad vedkommende selv ønsker eller personalet beder patienten selv foreslå et præparat i den aktuelle situation.

Afhængigt af præparat og indgiftsmåde vil medicinen virke indenfor minutter til 1½ time. Det vil oftest i forbindelse med tvangsbehandling med beroligende lægemidler i akutte situationer være nødvendigt at fastholde patienten, mens der bliver givet en injektion. Denne form for fastholdelse registreres ikke særskilt som en tvangsforanstaltning.

Fordele:

1. Accepteres ofte af patienterne senere i indlæggelsesforløbet
2. Opleves som et mindre indgribende tvangsindgreb end fx tvangsfiksering

3. Har umiddelbar og kort virkning

Ulemper:

1. Kan skade det relationelle forhold (fortroligheden, trygheden) mellem personale og patient
2. Har sløvende effekt

10.1.3.1 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Akut beroligende medicinering er vigtig i behandlingen af meget urolige patienter. Det er vigtigt fortsat at tillægge patientens præferencer for medicintype stor betydning.

Opleves som mindre indgribende end tvangsfiksering. Tvangsbehandling med beroligende lægemidler anvendes ofte i forbindelse med tvangsfiksering.

10.1.4 Anvendelse af fysisk magt – fastholdelse (§ 17)

Gennem de sidste 10 år har antallet af fastholdelser ligget nogenlunde uændret mellem 3.000 og 4.000 tilfælde årligt.

Betingelserne for at anvende fysisk magt er de samme som ved tvangsfikseringer.

Fastholdelse foregår i praksis ved, at to personer fra plejepersonalet holder patienten fast med et specielt greb, der ikke påfører smerte, i hver arm. En tredje person forsøger at forklare patienten, hvad der sker og holder hans/hendes opmærksomhed rettet mod vedkommende. I særlige tilfælde kan det være nødvendigt, at en fjerde person holder patientens hoved.

Fordele:

1. Kan etableres umiddelbart
2. Afværger fare for personalet, medpatienter og omgivelserne
3. Modvirker at patienten forlader afdelingen uden tilladelse

Ulemper:

1. Kan give skader på patienter og personale i forbindelse med udførelsen
2. Kan skade det relationelle forhold (fortroligheden, trygheden) mellem personale og patient
3. Kan i meget sjældne tilfælde medføre kardio-vaskulært chok på grund af udvikling af mælkesyre

10.1.4.1 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Fastholdelse anvendes i Danmark oftest kun kortvarigt, og primært i forbindelse med flytning af patienten fra en afdeling til en anden. Endvidere er det referencegruppens opfattelse, at fastholdelse kun anvendes kortvarigt for at forhindre, at patienten forlader afdelingen uden tilladelse. Også i disse tilfælde er det referencegruppens opfattelse, at dette sker kortvarigt op til minutter.

Referencegruppen finder, at fastholdelse, især overfor skizofrene patienter, bør indskrænkes til at være så kort som muligt. Dette skyldes, at meget tæt fysisk kontakt, overskrider sådanne patienters personlige grænser i meget høj grad. Såfremt det er nødvendigt at holde disse patienter i ro over længere tid bør tvangsfiksering overvejes som en mindre indgribende foranstaltning.

I andre lande, fx England, anvendes længerevarende fastholdelse (op til timer). I England kaldes denne form for fastholdelse ”holding” eller ”physical restraint”. Dette skyldes formentlig, at det ikke er lovligt at anvende tvangsfiksering i landet. Det er referencegruppens opfattelse, at anvendelse af fastholdelse i stedet for tvangsfiksering (også over længere tid) ikke anvendes i Danmark.

Referencegruppen vurderer, at såfremt længerevarende fastholdelse er nødvendigt, bør dette kun anvendes til særlige patientgrupper fx børn og måske debile.

10.1.5 Personlig skærmning (§ 18)

Personlig skærmning er først fra 2007 blevet opfattet som en tvangsforanstaltning, hvorfor det først fra da af blev obligatorisk at indberette foranstaltningen som tvang. Der blev i 2007 udført 144 skærmninger.

Personlig skærmning anvendes for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller, at patienten forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Personlig skærmning foretages i praksis ved, at et eller flere plejepersonalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det opfattes som værende en tvangsforanstaltning når den foretages uden patientens samtykke og varer uafbrudt mere end 24 timer.

Personlig skærmning blev tidligere benævnt fast vagt og blev anvendt til fx selvmordstruede patienter, hvor tvangsfiksering ikke var nødvendig. I 2006 blev personlig skærmning indføjet i lovgivningen med mulighed for efterprøvelse af beslutning om iværksættelsen, hos det psykiatriske patientklagenævn, ved en varighed over 24 timer.

Fordele:

1. Afværger at patienten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit helbred for fare
2. Afværger fare eller groft forulempelse af medpatienter eller personale

Ulemper:

1. Kan skade det relationelle forhold mellem personale og patienten
2. Patienten føler sig forfulgt eller overvåget, hvilket eventuelt kan medføre en forværring i tilstanden

10.1.5.1 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

Referencegruppen vurderer, at personlig skærmning er et uundværligt tiltag ved observation og intervention i forhold til selvbeskadigende patienter og patienter, der udsætter andre for nærliggende fare. Den personlige skærmning anses fagligt for i højere grad at være en omsorgsforanstaltning end et tvangsindgreb.

10.2 Tvangsforanstaltninger, der ikke anvendes i Danmark

10.2.1 Isolation

Isolation anvendes i de fleste øvrige lande, der indgår i denne udredning.

Der findes to typer for isolation. I den ene form, isoleres patienten og bliver ført til et særligt indrettet isolationsrum, hvorefter døren låses og patienten efterlades alene. Den anden form for isolation sker ved, at patienten føres til sin egen patientstue, og døren herefter bliver låst.

Isolation foregår oftest under en kombination af konstant eller intermitterende observation.

Isolation anses af patienter og personale for at være en mindre indgribende tvangsforanstaltning end fx tvangsfiksering. I lande, hvor man anvender både isolation og tvangsfiksering, vil isolation oftest ikke blive anvendt til patienter, der udviser voldsom selvskadende og/eller selvmordstruende adfærd. Her vil personlig skærmning og tvangsfiksering blive anvendt.

Fordele:

1. Kan i værksættes og stoppes umiddelbart
2. Anses af mange for at være en mindre indgribende tvangsforanstaltning end tvangsfiksering
3. Afhængig af indikationen for anvendelse af isolation, så kan isolation afværge skade på medpatienter, personale og inventar
4. Kan nedsætte anvendelsen af tvangsfikseringer
5. Mulighed for fysisk udfoldelse, og eventuelt afløb for aggressioner

Ulemper:

1. Kan medføre flere skader på patienterne, hvis patienterne skader sig selv
2. Kan medføre flere skader på personalet, primært ved indledning og afslutning af isolation

3. Kan skade det relationelle forhold mellem patient og personale
4. Forværre paranoia, hvis patienten overvåges med kamera eller vindue i dør

10.2.1.1 Referencegruppen kommentarer og vurderinger

Referencegruppen vurderer, at anvendelse af isolation kan være med til, at nedbringe anvendelsen af tvangsfiksering.

Der foreligger kun en mindre videnskabelig opgørelse, hvor man havde mulighed for at anvende både tvangsfiksering og isolation. Det fremgår, at patienterne anså både isolation og tvangsfikseringer som alvorlige og svært indgribende foranstaltninger. Der var ingen forskel på indlæggelsestiden eller medicineringen for de patienter, der havde været udsat for isolation og dem der havde været udsat for tvangsfiksering. Patienterne angav, at de ikke ville foretrække den ene tvangsforanstaltning frem for den anden. Det væsentligste for patienterne var, at de havde haft muligheden for at vælge, og dermed havde haft indflydelse på tvangssituationen.

Referencegruppen vurderer, at der på forsøgsbasis initieres en ordning, hvor der ved tre større psykiatriske afdelinger gives mulighed for at anvende isolation. Forsøgsordningen bør som minimum evaluere patienternes præferencer og evaluere om isolation er lige så sikker som tvangsfiksering med hensyn til, om patienter og personale pådrager sig skader.

10.2.2 Oppegående fiksering

Under Torturforebyggelseskomitéens besøg på Sikringen blev det konstateret, at der blev anvendt en særlig form for fiksering af en patient. Oppegående fiksering fungerer i praksis ved, at patienten får bælte/remme omkring mave, hænder og fødder. Mellem den ene hånd og foden på samme side fæstnes en rem gennem en ring i mavebæltet. Det samme gøres på den anden side, dette bevirker at hændernes og føddernes bevægelse indskrænkes og betyder at patienten ikke kan slå eller sparke særlig kraftigt. Denne form for fiksering blev også anvendt, når patienten opholdt sig på fællesarealerne. Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har overfor Sikringen meddelt, at denne form for fiksering ikke var beskrevet i psykiatriloven, og det derfor ikke var muligt at anvende denne form for fiksering. Sikringen har efterfølgende meddelt, at man ikke længere anvender denne form for fiksering.

Denne form for fiksering anvendes i Norge, som eneste land i udredningen, primært når en patient skal transporteres fra en afdeling til en anden.

Fordele:

1. Patienten er oppegående
2. Mulighed for fysisk aktivitet
3. Kan modvirke isolation af patienten
4. Øger muligheden for terapeutiske tiltag, fordi det giver patienten mulighed for at deltage i en række aktiviteter
5. Nedsætter anvendelse af tvangsfiksering

6. Nedsætter anvendelsen af tvangsbehandling med beroligende lægemidler
7. Nedsætter aggression

Ulemper:

1. Uværdig for patienten
2. Anses for at være gammeldags/uværdigt
3. Patienten kan ikke tage for sig hvis han falder
4. Patienten kan ikke forsvare sig mod angreb fra medpatienter
5. Nedværdigende, da patienten bliver udstillet for medpatienter og besøgende
6. Kan skade det relationelle forhold mellem patient og personale

10.2.2.1 Referencegruppens kommentarer og vurderer:

Denne form for fiksering vurderes ikke at have nogen anvendelse i almen- eller retspsykiatrien.

Referencegruppen finder, at denne form for fiksering eventuelt kan være anvendelig overfor ganske få, og meget farlige patienter, hvor alternativet vil være tvangsfiksering over længere tid.

Hvis der gives tilladelse til at anvende denne form for fiksering, vurderer referencegruppen, at dette kun bør kunne anvendes efter en særlig vurdering og tilladelse og kun på Sikringen i Nykøbing Sjælland.

10.2.3 "Spændetrøje"

I Danmark har denne form for tvang ikke været anvendt de sidste mange år, og opleves som uværdig og gammeldags.

I praksis iføres patienten en trøje udført af kraftigt lærred. Ærmerne er forlængede og armene krydses foran brystet og de forlængede ærmer bindes sammen på ryggen. Fikseringen kan anvendes sammen med en tvangsfiksering i seng, i forbindelse med isolation eller alene.

I Belgien, Italien og Norge giver lovgivningen mulighed for anvendelse af spændetrøje eller spændetrøjelignende stof arrangementer. Fikseringen anvendes vist ikke meget og er på vej ud.

Fordele:

1. Afværger fare for patienten selv, medpatienter, personale og omgivelserne

Ulemper:

1. Uværdigt for patienten
2. Patienten kan ikke væge for sig ved fald eller overgreb fra andre patienter
3. Nedværdigende, da patienten bliver udstillet for medpatienter og besøgende
4. Kan skade det relationelle forhold mellem patienten og personalet

10.2.3.1 Referencegruppens kommentarer og vurderinger:

Referencegruppen vurderer ikke at denne tvangsforanstaltning bør genindføres i Danmark.

11 Trieste (Italien) og Lille (Frankrig)

Grundlovens § 71-tilsyn har fremsendt to artikler vedrørende anvendelse af tvang inden for psykiatrien i Trieste i Italien og Lille i Frankrig og ønsket en udtalelse vedrørende disse to artikler. Det fremgår af det fremsendte materiale, at man både i Trieste og Lille har reduceret antallet af psykiatriske senge og at man har styrket den ambulante behandling.

11.1 Trieste (Italien)

Region Trieste har 248.000 indbyggere, og omfatter et afgrænset område på 50 x 12 km med overvejende bybefolkning. Trieste hørte oprindeligt til det Østrig Ungarske rige, men blev efter 2. verdenskrig italiensk. Der har været faldende befolkningstal og stagnerende økonomi siden slutningen af det 20. århundrede. 25 % af befolkningen er over 65 år.

I 1971 ansatte Trieste kommune Basaglia med henblik på at opbygge distriktspsykiatrien og reducere udgifterne til behandlingen af psykiatriske patienter. Ca. 50 % af sundhedsbudgettet blev brugt på det lokale psykiatriske hospital. På dette tidspunkt var der på sindssygehospitalet i Trieste indlagt 1.260 patienter, hvoraf 90 % var tvangsindlagte. Personalestaben bestod af 13 læger, 336 sygeplejersker og 3 socialarbejdere.

Basaglia ansatte yderligere 10 læger og forbød fikseringer, isolation og ECT behandling. Der blev etableret gruppehjem og patienterne blev udskrevet til deres familier. En væsentlig ting var at gengive patienterne respekt for sig selv og de civile rettigheder, hvorfor målet var, at alle patienter skulle i arbejde. Der blev udbetalt løn for arbejde i form af fx cigaretter og senere i samarbejde med de sociale myndigheder, løn efter faste tariffer. Psykiatriske patienter havde dengang ikke civile rettigheder og ingen pension eller indtjening.

Det psykiatriske hospital blev omstruktureret. De permanente senge blev væsentligt reduceret i antal. Bygningerne blev i stedet brugt til dagaktiviteter og gruppehjem. På grund af det faldende befolkningstal i Trieste var der mange tomme lejligheder og huse, hvor psykiatriske patienter kunne genhuses i fald de ikke kunne bo hos deres familier.

Der blev, især efter indførelsen af en ny psykiatrilov i 1978, etableret en formaliseret kontakt til det politiske system, det øvrige sundhedsvæsen og socialvæsenet, med henblik på at indgå aftaler og særlove, der kunne understøtte intentionerne i den nye lov. Lov 180 har tilnavnet Basaglia's lov. Et af lovens formål var, at den psykiatriske behandling skulle foregå i et tværfagligt samspil. Det blev pointeret, at patienterne ikke længere skulle hedde patienter men gæster, og de skulle medinddrages i al behandling. Det blev ligeledes besluttet, at psykiaterne skulle være til rådighed for patienterne på patienternes præmisser. Lovens formål var:

- at lukke sindssygehospitalerne
- at etablere distriktspsykiatriske centre åbne 12 timer dagligt 6 dage om ugen
- at etablere psykiatriske afdelinger på de somatiske hospitaler med højst 15 senge i en afdeling.

- at etablere rehabiliterings- og arbejdsfaciliteter, daghospital og bosteder

Basaglia blev i 1978 efterfulgt af Rotelli Dell`Acqua, som fra midten af 1990'erne blev direktør for hele sundhedsvæsenet i Trieste. I 1980'erne var der mangel på sygeplejersker, men projektet i Trieste tiltrak sig opmærksomhed, og mange ildsjæle og frivillige fra alle faggrupper – også uden psykiatrisk uddannelse - kom fra hele Italien til Trieste. Til betaling af patientarbejde og organisering af dette, blev der søgt og givet EU midler.

Aktuelt er der i Trieste 4 distriktspsykiatriske centre, der hver har ansvaret for ¼ af indbyggerne i området (60.000). Hvert center har 8 senge, der er åbne og som ikke modtager tvangsindlæggelser. Herudover er der en psykiatrisk universitetsklinik med 4 senge. Tvangsindlæggelser og akutte indlæggelser foregår på en særlig afdeling med 8 senge, der er tilknyttet det lokale somatiske sygehus. Ved indlæggelse modtages patienterne af lægerne ansat på sygehuset. Læger og sygeplejersker fra distriktspsykiatrien tilser og vurderer patienten den efterfølgende formiddag. Indlæggelsestiden er i gennemsnit 12-14 dage.

Hvert center har kontakt til ca. 50 praktiserende læger i området. Disse varetager dog kun i begrænset omfang selvstændigt den psykiatriske behandling af de kronisk psykisk syge patienter. Det formodes, at disse læger i mere eller mindre grad varetager behandlingen af patienter med depressioner, angst og alvorlige personlighedsforstyrrelser.

Der er 28 psykiatere, 8 psykologer og 155 sygeplejersker ansat i de 4 psykiatriske centre. Herudover er der en enhed, der administrerer rehabiliteringsprogrammer.

Der er blevet oprettet kooperativer, der driver hoteller, havearbejde, rengøringsarbejde etc. I dag har disse kooperativer ca. 600 ansatte, heraf 300, der er eller tidligere har været behandlet for psykisk sygdom. Rehabiliteringsvarigheden ved ansættelse i kooperativerne er op til 2 år og der udbetales løn.

Ifølge en regional lov i Trieste, skal ca. 10 % af alle kommunale boliger bruges til sociale formål, det vil sige til funktionshæmmede og mennesker med psykiske problemer. Der har således ikke været mangel på boliger til psykisk syge i området og derfor er der ingen hjemløse psykisk syge.

I Trieste by er der en regel om, at der er et eget sundhedsbudget, der følger den enkelte patient/bruger. Beløbet er beregnet til aktiviteter – ikke til bolig og mad.

Data fra Trieste er begrænset. En rapport fra 1995 (Dell`Acqua) viste et fald i antallet af tvangsindlæggelser fra 117 i 1978 til 11 om året i gennemsnit i de senere år. I 1977 blev 15 personer fra Trieste flyttet til retspsykiatrisk hospital sammenlignet med 25 personer i perioden 1978 – 1994. Desuden var udgifterne faldet såvel til medicinbudget som til det tidligere sindssygehospital. Der foreligger ikke data fra Trieste for de sidste 14 år.

Kilder specielt til dette afsnit: (1 og 22-25).

11.1.1 Referencegruppens kommentarer

Den italienske psykiatrilov har været effektiv i Trieste. Sindssygehospitalet er lukket, patienterne er udskrevet og en del er blevet rehabiliteret og kommet tilbage til samfundet endog i arbejde. Mængden af tvang er faldet fra 1978 til 1995.

Det har været væsentligt, at patienterne er blevet behandlet som mennesker med rettigheder, og skal arbejde og integreres i samfundet. Patienterne bor ikke længere isoleret på et hospital.

Årsagerne til, at den italienske psykiatrilov – især i Trieste – har været en succes kan være:

- At patienternes familier blev inddraget i behandlingen, og hvor patienten ikke havde familie, blev patienten tilknyttet familiegrupper i lokalsamfundet. Der var stærk politisk velvilje og karismatiske ledere og ildsjæle. Det har været muligt at tiltrække EU midler og bevågenhed fra Europa.
- At invalidepension til psykisk syge blev undgået. I stedet blev det besluttet, at alle så vidt det var muligt skulle arbejde og integreres i samfundet via rehabiliteringssystemer, fx gennem tilknytning til kooperativer.
- Inden den italienske lov i 1978 var der allerede i Trieste i gennem 7 år sket en ændring af psykiatribehandling. Man havde opbygget distriktspsykiatri, og allerede i 1973 havde man etableret det første kooperativ for psykiatriske patienter
- At det via lovgivning blev besluttet at der skulle være boliger til psykisk syge.

Det er blevet rapporteret, at familierne synes, at det til tider kan være en stor byrde, at de skal deltage så meget i behandlingen og rehabiliteringen af den psykiske syge.

Behandlingsindsatsen er rettet imod alvorligt psykiske syge med kroniske og akutte psykoser. Der er ikke behandlingstilbud til personer med depressioner, angst og alvorligere personlighedsforstyrrelse. Der synes ikke at være megen behandling af disse psykiske sygdomme i primærsektoren. Det pointeres i litteraturen om Trieste, at psykiatrisk behandling ikke kan stå alene, men at behandlingen for den givne målgruppe skal kobles sammen med arbejde til de psykisk syge i lokalsamfundet. Dette kræver et værdigrundlag og en kultur, hvor den syge respekteres som menneske og gives meningsfuld beskæftigelse.

Personer med misbrug behandles ikke i systemet.

Det er uvist om farlige kriminelle eller andre svært sindssyge fra Trieste behandles i andre regioner, på privathospitaler, eller om nogle er søgt til nærliggende storbyer (Milano).

11.2 Lille (Frankrig)

Øst-Lille har 85.000 indbyggere. Lille er hovedbyen i regionen Nord-Pas-de-Calais og ligger i Nordvestfrankrig 15 km. fra den Belgiske grænse. Regionen er præget af stor arbejdsløshed (15,6 % i 2006) og kort middelalder. I omegnen af Lille

har der ligget 4 store sindssygehospitalet. Disse er siden midten af 1990'erne påbegyndt en integration med det omkringliggende samfund.

Efter et studiebesøg i Trieste i 1976 blev der i 1977 startet et projekt i den offentlige psykiatrisektor i Øst-Lille, der er et afgrænset byområde på 2653 hektar med 6 sammenvoksede byer.

Formålet med projektet var at nedlukke 300 sengepladser til kronisk psykisk syge på sindssygehospitalet og at etablere distriktspsykiatri. Det var ønsket at psykiatriske patienter fremover skulle undgå stigmatisering og diskrimination.

For at hjælpe denne proces i gang blev der i 1977 etableret en privat organisation AMPS, der i samarbejde med det lokale sindssygehospital, 6 lokale embedsmænd (en fra hver by), de lokale sociale sundhedsmyndigheder, praksissektoren og private organisationer skulle etablere et sammenhængende behandlingstilbud.

I de følgende år blev der holdt offentlige møder for at ændre befolkningens opfattelse af sindssyge som farlige personer uden rettigheder. Med støtte fra regionen blev der etableret kulturelle programmer og kunstprogrammer. Der blev oprettet lokale klinikker for psykiatriske konsultationer, placeret på steder, hvor befolkningen almindeligvis kom, fx på et sportscenter, i tilknytning til en stor svømmehal, centre for ældre mennesker og centre for mødre med børn, og i forbindelse med sundhedscentre for legemlige sygdomme.

I 1982 blev der etableret kontakt til private udlejere for at finde boliger til langvarigt indlagte psykisk syge patienter. Samtidig blev der etableret tilbud med kulturelt indhold og kunst til de psykisk syge i lokalsamfundet.

I perioden fra 1975 – 2005 lykkedes projektet således, at hvor man oprindeligt havde brugt 98 % af budgettet til psykiatriske senge, var i 2005 70 % af det psykiatriske personale ansat i distriktspsykiatrien, og kun 30 % var fuldtidsansat på psykiatriske afdeling (26 senge sammenlignet med 300 i 1975).

Der blev i perioden etableret beskyttede boliger betalt af Socialvæsenet.

Indtil nu (2006) er der skaffet 150 lejligheder til psykisk syge. I hver lejlighed bor der 2-3 psykisk syge samt 1 student, der bor gratis. Der findes for psykisk syge med større behov et specialtilbud med konstant plejepersonale, en boenhed, hvor en psykisk syg kan bo op til 6 mdr. for ca. 6 personer.

I samarbejde mellem behandlerne fra de forskellige sektorer og de private organisationer, er der blevet satset på telefonkonferencer og tæt telefonisk kontakt og kontakt via e-mail vedrørende enkeltpersoners behandling.

Fra 2000 blev der mulighed for familieophold som alternativ til hospitalsindlæggelse. I 2006 var der 12 senge. Et gennemsnitligt familieophold var 17 dage, og værtsfamilien fik 1036 Euro pr. måned. Værtsfamilien sørgede for opholdet, hvorimod behandlingen blev varetaget ambulant af sygeplejersker og et socialt team fra det lokale distriktspsykiatriske center. Den psykiske syge fik tilbud om terapeutiske og kulturelle aktiviteter.

I dag er hospitalet normeret med 20 åbne senge. Hospitalet modtager såvel almindelige indlæggelser som tvangsindlæggelser. Der er aktuelt planer om at flytte af-

delingen til det lokale somatiske sygehus. Sengene er kun belagt med 50 %, og der er en gennemsnitlig liggetid på ca. 8 dage.

I 2006 blev 214 patienter indlagt i alt 303 gange. Heraf var 98 indlæggelser tvangsindlæggelser. Herudover var der yderligere 10 tvangsindlæggelser i andre hospitalscentre. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 17 dage.

For nogle år siden blev der etableret en enhed med 5 senge med mulighed for i op til 8 dage at yde intensiv opfølgning af akutteam med sygeplejerske, psykolog og andet personale.

Med henblik på at håndtere akutte situationer 24 timer i døgnet er der tilknyttet en psykiater på vagt. Det er patientens egen læge, der udskriver medicin, men behandlingen foregår i samarbejde med den psykiatriske overlæge.

I det psykiatriske team i sektor Øst Lille var der i 2007 ansat 9 psykiatere, 68 sygeplejersker og ca. 30 andre. Dette er et væsentligt lavere tal end svarende til gennemsnittet af psykiatere i andre regioner i Frankrig, idet det er 9 pr. 100.000 i Lille, i andre regioner i Frankrig er det 22 pr. 100.000 indbyggere.

For at tage vare på hjemløse psykisk syge, er der i samarbejde med andre sektorer i Lille etableret et mobilt psykiatrisk team, som der kan henvises til, og som fx kan vurdere den hjemløses behov for behandling/bolig.

Der har været mulighed for at blive indlagt i den lokale universitetsafdelings krise-center i op til 72 timer. Det lokale psykiatriske team tilser den syge i krisecenteret, visiterer videre og varetager ved behov efterfølgende ambulante behandling.

I den private sektor i området arbejdede der i 2006, 2 privatpraktiserende psykiatere, og der var en privat psykiatrisk klinik, hvor 35 beboere fra optageområdet kunne indlægges.

Kilder specielt til dette afsnit: (2 og 26)

11.2.1 Referencegruppens kommentarer

Når det har kunnet lade sig gøre at nedlægge de mange hospitalssenge, skyldes det en intensiv samlet rehabiliteringsindsats. Der har været et intenst samarbejde med såvel private som offentlige institutioner, især for at skaffe bosted og arbejde til psykisk syge. Der har løbende været etableret nye projekter. Mange af projekterne har bygget på princippet ”hjælp til selvhjælp” og har involveret familien og frivillige hjælpere fra lokalsamfundet.

Ved vurdering af projektet ses det som en fordel, at det er lykkedes at implementere WHO anbefalingerne i Øst Lille, det vil sige at centralisere akuttilbud og korttid-sindlæggelser og ikke længere at have en ren psykiatrisk tilgang til behandling af psykisk syge, men koble behandlingen sammen med somatikken. Der er planer om at flytte den eksisterende 20 sengs afdeling hen til det lokale somatiske sygehus. Det er endvidere lykkedes at få behandlingstilbud, der bedrer helbredet og de sociale forhold for de psykisk syge, som nu bor i samfundet i stedet for at bo på hospital.

Det er uvist om svært sindssyge og farlige kriminelle fra Lille er søgt til andre områder af Lille, til Paris eller over grænsen til Belgien.

11.3 Referencegruppens kommentarer og vurderinger

I Trieste og Lille er beskrevet forrige århundredes overgang fra asylpsykiatri til vore dages distriktspsykiatri. Resultaterne kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold.

Udgangspunktet i Trieste (1971) og Lille (1977), har været en gammeldags asylpsykiatri med psykisk syge, især sindssyge, der boede på hospitaler.

Danmark adskiller sig ved, på dette tidspunkt at have etableret ambulante behandlingstilbud i psykiatrien.

I Danmark overtog amterne ansvaret for Statshospitalerne i 1976. På det tidspunkt var der gennem 20 år etableret psykiatriske afdelinger i tilslutning til centralsygehusene. Ambulante behandlingstilbud fandtes således lokalt til psykisk syge i Danmark, selvom socialpsykiatrien og samarbejdet med kommunen ikke var udbygget som i dag. Udgangspunktet har således været forskelligt, idet omstillingen til distriktspsykiatri er påbegyndt tidligere i Danmark.

I Trieste og Lille benyttes og samarbejdes i stor udstrækning med private organisationer, og der bruges frivillige hjælpere. Der er kun begrænset tradition for dette i Danmark, og det kunne måske implementeres herhjemme. Boligstandarden i Lille er ikke for psykisk syge som i Danmark, hvor vi tilstræber egen lejlighed til hver enkelt psykisk syg. I Lille bor flere i en lejlighed med en studerende, der bor gratis og hjælper til. Det er spørgsmålet om denne model kan overføres til Danmark, specielt om det er muligt at finde gratis, frivillige studerende, der vil bo i lejligheder som beskrevet. Især i Københavnsområdet er der stor boligmangel for psykisk syge. Det er med til at give behov for flere hospitalssenge til psykisk syge, som venter på bolig.

Et andet forhold er, at selvom man i Lille har nedbragt antallet af indlæggelser, er antallet af tvangsindlæggelser både pr. indbygger og relativt, væsentlig højere i Øst Lille (36 %) sammenlignet med i Danmark.

I Italien og Frankrig behandles retspsykiatriske patienter i begrænset omfang i de lokale psykiatriske afdelinger, idet de er i fængsel eller på specielle retspsykiatriske hospitaler. Der er meget hyppigt indlagte retspsykiatriske patienter i almen psykiatrien i Danmark, hvilket giver et større sengebehov.

I Italien er der et stort antal senge i private psykiatriske klinikker (55 % af alle psykiatriske senge), og også i Frankrig findes private psykiatriske afdelinger. Der er ingen sikre oplysninger om, hvilke og hvor mange patienter, der behandles privat, idet der mangler nationale og regionale statistikker i Italien og Frankrig.

I Italien indlægges psykisk syge akut på et 15 sengs afsnit på det lokale sygehus, og modtages af ikke-psykiatrisk uddannede læger. Dette ville næppe være en acceptabel standard i Danmark, hvor det netop er ønsket, at en syg skal tilses så hurtigt som muligt af en læge med specialviden.

Trieste og Lille har med deres projekter ved en samlet rehabilitering fået langvarigt psykiske syge bedre integreret i samfundet, bl.a. ved at aktivere lokalbefolkningen og familien. Begge steder er religionen katolicisme. Dette kan betyde bedre muligheder for inddragelse af familien end i det protestantiske Danmark. Herudover har en indsats – også via lovgivning – for at sikre boliger til sindslidende været en væsentlig faktor for projekternes succes.

Systemet med et fælles samlet ansvar, der er koordineret med tæt kontakt mellem de forskellige behandlere og pårørende kunne være ønskeligt i Danmark, men det danske regelsæt med tavshedspligt og krav om patientsamtykke kan begrænse samarbejdet. Det er uvist, hvordan tavshedspligt er reguleret og håndteres i såvel Trieste som i Lille.

Både Trieste og Lille er små byer i store lande, lande uden tilgængelige patientdata og med uensartede psykiatriske tilbud i de forskellige regioner. Referencegruppen undrer sig over, at noget tilsvarende ikke er implementeret i resten af Italien og Frankrig. Det kan måske skyldes, at projekterne ikke kan overføres til de store byer.

Det er velkendt, at nogle svært psykisk syge søger mod store byer, og dér lever en marginaliseret tilværelse, ofte som hjemløse. Andre psykisk syge flytter eller flyttes af pårørende hen, hvor der er acceptable behandlingstilbud, fx i storbyerne.

Referencegruppen vurderer:

- at man i Danmark sikrer en samlet rehabiliteringsindsats for gruppen af langvarigt sindssyge og
- at man – som i Trieste – sikrer boliger til sindslidende, idet dette er en af forudsætningerne for, at disse patienter kan udskrives til varig ambulant behandling.

12 Litteratur

- (1) Clausen L. Psykiatri del Trieste. Depressions Tidende 2008;11(2).
- (2) Øster B. I Lille står sengene tomme. Danske Handicaporganisationer 2008. Available from: URL: <http://www.handicap.dk/handiklip/i-lille-star-sengene-tomme>
- (3) Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr. 1111, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2006).
- (4) Hauksson P. Statement made by Mr Pétur Hauksson at the meeting with senior Danish officials on 20 February 2008, at the end of the 4th periodic visit to Denmark by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment 2008 [cited 2008 Sep 15]; Available from: URL: http://dagsordener.regionsjaelland.dk/data/70040071/69531304/Brev_af_3_1._marts_fra_ministeriet_for_sundhed.pdf
- (5) World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
- (6) Aggernæs H, Cubli-Bauer A, Zarotti G, Schudel W, Saliba J, Pietrowski A, et al. Report of the UEMS Section for Psychiatry. Psychiatric Legislation in Europe 1998. Prague: European Board of Psychiatry; 2001.
- (7) Rudjord K, Johansen K, Indergård PJ, Nybrodahl I. Aktivitetsdata - psykisk helsevern for voksne. Årsdata 2006. Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra sundhedsstyrelsen. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2007. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (9) Helse S. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007.
- (10) Psykiatrien erikoisalan laitoshito 2007. National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2008. Report No.: 36/2008.
- (11) Den psykiatriske tvångvården - Verksamhetstillsyn av vården enligt LPT och LVR i södra sjukvårdsregionen. Malmö: Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Malmö; 2008. Report No.: 2006-126-60.
- (12) Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrien - En rapport baserad på hälsodataregistren vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2008. Report No.: 2008-131-31.
- (13) Janssen WA, Noorthoorn EO, De Vries WJ, Hutschemakers GJ, Lendemeijer HH, Widdershoven GA. The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. International Journal of Law and Psychiatry 2008;31(6):463-70.

- (14) Bowers L, Douzenis A, Galeazzi G, Forghieri M, Tsopelas C, Simpson A, et al. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005 Oct;40(10):822-8.
- (15) Salize HJ, Dressing H, Kief C. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders - Legislation and Practice in EU Member States. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2005.
- (16) Salize HJ, Dressing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2007.
- (17) Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today* 2004;24(6):435-42.
- (18) Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 2005;56(9):1123.
- (19) Cusack KJ, Frueh BC, Hiers T, Suffoletta-Maierle S, Bennett S. Trauma within the psychiatric setting: A preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health* 2003;30(5).
- (20) Norvoll R. Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur. SINTEF rapport A 2008;4572.
- (21) Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Which nursing interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review. 2009.
Ref Type: Unpublished Work
- (22) Cohen A, Saraceno B. The risk of freedom - Mental Health Services in Trieste. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, editors. *World Mental Health Casebook, Social and Mental Programs in Low-Income Countries*. 2002.
- (23) De Girolamo G., Cozza M. The Italian Psychiatric Reform A 20-Year Perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000;23(3-4):197-214.
- (24) Sagabråten S, Haavet O, Prestegaard K, Hansen T, Olafsson K, Aanes U. Psykiatri på Italiensk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:2418-20.
- (25) Thoresen B. Trieste-psykiatrien går videre: - Inn bak lukkede dører. *Bladet Psykisk Helse* 2007 Available from: URL: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27490>
- (26) Roelandt JL, Daumerie N, Caria A, Bastow P. The East Lille Mental Health Service experience: Citizen Psychiatry integrated in the city. 2006.

13 Bekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien

Bekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien

LBK nr 1111 af 01/11/2006

Herved bekendtgøres lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 med de ændringer, der følger af lov nr. 377 af 6. juni 2002, lov nr. 1371 af 20. december 2004, § 10 i lov nr. 542 af 24. juni 2005 og lov nr. 534 af 8. juni 2006.

Kapitel 1

Lovens område m.v.

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

Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Stk. 3. For patienter, der er under 15 år eller varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke, skal der ikke forsøges indhentet et samtykke fra forældremyndighedens indehaver, værgeren eller de nærmeste pårørende, hvis omgående gennemførelse af en foranstaltning i henhold til denne lov er nødvendig for at afværge, at en patient

1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred eller

2) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Forældremyndighedens indehaver, værgeren eller de nærmeste pårørende skal efterfølgende orienteres herom.

Stk. 4. For patienter, der er imellem 15 og 18 år, hvor sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at vedkommende ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen, jf. sundhedslovens § 17, stk. 2, finder stk. 3 tilsvarende anvendelse.

Kapitel 2

Almindelige bestemmelser

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

§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.

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

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

Stk. 3. Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået. En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette.

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

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

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

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

Stk. 5. Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler herom.

§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, § 10 a, stk. 1, 1. pkt., § 12, stk. 4, § 13, stk. 2, 1. pkt., § 15, stk. 2, § 18 f, § 19 a, stk. 1 og 3, og § 21, stk. 2, er ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Kapitel 3

Frihedsberøvelse

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

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

Tvangsindlæggelse

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

Stk. 2. På grundlag af sin undersøgelse og de modtagne oplysninger skønner lægen, om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig. Modsætter patienten sig sådan indlæggelse, afgør lægen, om tvangsindlæggelse er påkrævet.

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

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

Stk. 2. Tvangsindlæggelse må kun gennemføres på grundlag af en lægeerklæring, som hviler på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge, der er ansat på det psykiatriske sygehus eller den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted. Erklæringen må endvidere ikke være udstedt af en læge, der er inhabil. Inhabilitet foreligger i samme tilfælde som nævnt i forvaltningslovens § 3.

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

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

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

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

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, herunder om politiets medvirken hertil.

Tvangstilbageholdelse

§ 10. Tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

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

Stk. 3. Fremsættes anmodning om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske. Fremsættes anmodning om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen. Er begæringen fremsat af patientrådgiveren, jf. §§ 24-29, underrettes tillige denne.

Tilbageførelse

§ 10 a. Har en tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt person forladt en psykiatrisk afdeling, og er den pågældende ikke frivilligt vendt tilbage, kan overlægen beslutte, at den pågældende skal føres tilbage til afdelingen med politiets bistand. Sådant tilbageførelse kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret. Er den pågældende udeblevet efter udgang, er det endvidere en betingelse for tilbageførelse, at der ikke er givet tilladelse til udgang med mere end tre overnatninger.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden i forbindelse med tilbageførelse, herunder om politiets medvirken hertil.

Ophør af frihedsberøvelse

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

Kapitel 4

Tvangsbehandling

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

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

Stk. 3. Tvangsbehandling med elektrostimulation må kun iværksættes, hvis patienten opfylder betingelserne i stk. 1 og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Stk. 4. Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. Denne træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

§ 13. En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. § 5, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, jf. § 6, stk. 3, og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. § 9, stk. 2.

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

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsbehandling efter denne bestemmelse.

Kapitel 4 a

Opfølgning efter udskrivning

§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af koordinationsplaner til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 c. 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 eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

Kapitel 5

Fiksering m.v.

Tvangsfiksering

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

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

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

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

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

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

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

Anvendelse af fysisk magt

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

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

Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse

§ 17 a. Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse kan anvendes over for en patient, der lider af demens eller demenslignende tilstande, for at hindre, at vedkommende ved at forlade en psykiatrisk afdeling udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade.

Stk. 2. Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse må kun anvendes, efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt middel.

Stk. 3. Afgørelse om anvendelse af særlige dørlåse skal snarest muligt godkendes af overlægen, og alle patienter på afdelingen skal straks efter, at afgørelse om anvendelse af særlige dørlåse er truffet, underrettes herom.

Beskyttelsesfiksering

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

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

Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland

§ 18 a. Aflåsning af patientstue kan anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. kapitel 11.

Stk. 2. Aflåsning af patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt med henblik på

- 1) at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- 2) at skærme patienten mod for mange stimuli.

Stk. 3. Aflåsning af patientstue kan tillige anvendes, i det omfang det er nødvendigt at afværge, at en patient

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

Stk. 4. Beslutning om aflåsning af patientstue træffes af en læge.

§ 18 b. Aflåsning af patientstuer kan i følgende tilfælde foretages af sikkerhedsmæssige grunde over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. kapitel 11:

- 1) Om natten,
- 2) under den ugentlige konference og
- 3) under den daglige behandlingskonference.

Stk. 2. Beslutning om aflåsning af patientstuer træffes af en læge.

Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen

§ 18 c. Ved personlig skærmning forstås i denne lov foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Stk. 2. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Stk. 3. En beslutning om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten.

§ 18 d. Patienten skal i forbindelse med indlæggelse på afdelingen orienteres om afdelingens indretning, herunder om forekomsten af mindre enheder på afdelingen, hvortil døren kan aflåses, hvis sådanne mindre enheder findes på afdelingen.

§ 18 e. Lægen kan beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, over for

- 1) patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og
- 2) patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. § 18.

Stk. 2. Lægen kan endvidere beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke af døre til patientstuer over for en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves.

Stk. 3. Alle patienter på afdelingen skal straks efter, at en beslutning om aflåsning efter stk. 1 og 2 er truffet, underrettes herom.

Personlig hygiejne under anvendelse af tvang

§ 18 f. Overlægen kan beslutte, at en patient, der på grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget personlig hygiejne under

anvendelse af tvang, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale.

Bemyndigelsesbestemmelse

§ 19. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Kapitel 5 a

Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten, kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.

Kapitel 6

Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse

§ 20. Oplysning om enhver anvendelse af tvang, jf. §§ 5- 10 a, 12 og 13, 14- 17 a og 18 a samt § 18 c, stk. 2, der uafbrudt varer mere end 24 timer, og § 18 e, skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det samme gælder enhver ordination efter § 18.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om tvangsprotokoller samt om registrering og indberetning af tvang til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at gennemføre forsøg, hvor der på en eller flere psykiatriske afdelinger for en tidsbegrænset periode tillige skal tilføres tvangsprotokollen oplysning om andre former for indgreb eller restriktioner end de i stk.1 nævnte.

§ 21. Overlægen har til stadighed ansvaret for, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v., samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Stk. 2. Som led i efterprøvelse af frihedsberøvelse skal overlægen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage, efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, påse, om betingelserne for at frihedsberøve patienten fortsat er opfyldt. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen. Patientrådgiveren og efter begæring tillige patienten underrettes om beslutning om opretholdt frihedsberøvelse.

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

Stk. 4. Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog

mindst 4 gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

Stk. 5. Hvis en tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end 48 timer, skal en læge, der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering. Denne vurdering skal foretages af en læge, der er speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende. Uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen skal dog mundtligt og skriftligt oplyses over for patienten. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om den lægelige vurdering efter denne bestemmelse.

Kapitel 7

Særlige regler om psykokirurgiske indgreb og om forsøgsbehandling

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

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

Stk. 3. (Ophævet).

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

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

Kapitel 8

Patientrådgivere m.v.

§ 24. Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen efter § 18 e, stk. 1, nr. 2, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. dog § 40, stk. 4.

Stk. 2. Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.

§ 25. Statsforvaltningen antager efter ansøgning et antal patientrådgivere. En fortegnelse over disse fordeles mellem de enkelte psykiatriske afdelinger i regionen.

Stk. 2. Beskikkelse sker i det enkelte tilfælde ved, at den vagthavende sygeplejerske hurtigst muligt underretter patientrådgiveren om tvangsindgrebet og beskikkelsen. Patientrådgiverne beskikkes efter tur i den rækkefølge, hvori de er optaget på fortegnelsen.

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

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

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

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

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

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

§ 29. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om antagelse og beskikkelse af patientrådgivere, deres opgaver og nærmere beføjelser samt honorar.

§ 30. (Ophævet).

Kapitel 9

Underretning og klagevejledning m.v.

§ 31. Inden frihedsberøvelse iværksættes og anden tvang anvendes, skal patienten underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Underretning om anvendelse af tvang i henhold til § 18 b kan dog foretages som generel information til patienten.

Stk. 2. Ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og aflåsning af patientstue, jf. §§ 14-17 og § 18 a, kan underretningen dog i særlig hastende tilfælde undlades. Begrundelsen skal i så fald gives efterfølgende.

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

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

Stk. 3. Klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

§ 33. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere bestemmelser om underretning og klagevejledning.

Kapitel 10

Klageadgang og domstolsprøvelse

§ 34. Ved hver statsforvaltning oprettes et psykiatrisk patientklagenævn bestående af direktøren for statsforvaltningen som formand, jf. dog stk. 2, samt 2 medlemmer. Indenrigs- og sundhedsministeren beskikker et antal medlemmer efter indstilling fra henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og De Samvirkende Invalideorganisationer. Indenrigs- og Sundhedsministeren beskikker endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelserne gælder for en periode på 4 år. Genbeskikkelse kan finde sted.

Stk. 2. Direktøren for statsforvaltningen kan bemyndige ansatte ved statsforvaltningen til at fungere som formand for nævnet.

Stk. 3. Statsforvaltningen varetager det psykiatriske patientklagenævns sekretariatsopgaver og afholder udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder vederlag til nævnets medlemmer.

§ 35. Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe klager over tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, aflåsning af døre i afdelingen samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.

§ 36. Når en sag som nævnt i § 35 indbringes for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, skal sygehusmyndigheden fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen samt en erklæring fra overlægen. Nævnet drager i øvrigt selv omsorg for sagens oplysning og træffer bestemmelse om tilvejebringelse af eventuelle yderligere erklæringer m.v., ligesom nævnet kan aflægge besøg på vedkommende psykiatriske afdeling.

Stk. 2. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet. I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Stk. 3. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal træffe afgørelse i klagesager om tvangsbehandling, der er tillagt opsættende virkning, jf. § 32, stk. 3, inden 7 hverdage efter klagens modtagelse. I andre sager skal det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen træffe afgørelse snarest muligt. Er afgørelse ikke truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en forretningsorden for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.

§ 37. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe sine afgørelser vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og aflåsning af døre i afdelingen for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Stk. 2. Godkender patientklagenævnet, at patienten frihedsberøves, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet i det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen, når der er forløbet 2 måneder efter nævnets afgørelse. Har spørgsmålet om frihedsberøvelsens lovlighed været indbragt for retten, jf. stk. 1, regnes den nævnte frist fra rettens afgørelse.

§ 38. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Stk. 2. Ved behandlingen af sådanne sager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn gælder reglerne i kapitel 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

§ 39. Det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen offentliggør hvert år en beretning om sin virksomhed.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om indberetning af afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og om offentliggørelse af afgørelser af generel betydning.

Kapitel 11

Særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer

§ 40. I ganske særlige tilfælde, hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan justitsministeren bestemme, at en person, der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

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

Stk. 3. Bestemmelserne i denne lov finder tilsvarende anvendelse på personer, der anbringes i sikringsafdelingen efter stk. 1. Det gælder dog ikke §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel.

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

§ 41. Anbringelse efter § 40, stk. 1, kan administrativt kun ophæves af justitsministeren. Begæring om ophævelse kan fremsættes af overlægen, patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgeren. Begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgeren kan tidligst fremsættes, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse, jf. § 40, stk. 2. Afslag på ophævelse forelægges på begæring for retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

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

§ 41 a. Justitsministeren kan fastsætte regler om meddelelse af tilladelse til udgang m.v. til personer, der efter § 40, stk. 1, er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Kapitel 12

Patienter indlagt i henhold til strafferetlig afgørelse

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

Kapitel 13

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser m.v.

§ 43. Loven træder i kraft den 1. oktober 1989 og gælder for alle afgørelser og beslutninger, der træffes efter lovens ikrafttrædelse.

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

§§ 44-45. (Udeladt)

§ 46. (Ophævet).

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

Lov nr. 534 af 8. juni 2006 (Revision af psykiatriloven, herunder tvangsdefinition, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, øget lægeligt tilsyn og ekstern efterprøvelse, ændret klageadgang m.v.) indeholder følgende ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser: [U](#)

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium om tvangsindlæggelse, tvangstillbageholdelse og tilbageførsel, som er truffet inden den 1. januar 2007, skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringes for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Afgørelser fra det psykiatriske patientklagenævn ved statsamtet/Københavns Overpræsidium om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, som er truffet inden den 1. januar 2007, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 1. november 2006

Lars Løkke Rasmussen

/Lene Christensen

Bilag.

Konklusjoner fra rapporten "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus".

De mest fremtredende alternativene (Red. der modvirker anvendelse af tvang) som beskrives i litteraturen er at:

- Alternativer må sees i et bredt organisatorisk og forebyggende perspektiv hvor det er nødvendig med flere type intervensjoner på ulike nivå. Ikke minst fremheves viktigheten av å skape et avdelingsmiljø som virker ivaretagende og konfliktforebyggende.
- Endring av behandlingsfilosofi mot økt vekt på individuell- og familierettet behandling, recovery, krisehåndtering samt traumeinformert behandling for å unngå traumer ved tvangsbruk. Det fremheves også at fysisk tvang og rigid grensesetting øker faren for skader på personal og pasienter. Man bør derfor søke å håndtere vanskelig atferd og krisesituasjoner ved hjelp av forebygging og kommunikasjon. Det vises til god erfaring med å inkludere ledelsen i tvangssituasjoner og å benytte spesielt erfarent personell og/eller krise-team i postene for å løse krisene eller problemene på alternative måter.
- Økt involvering av brukere (pasienter) og pårørende i behandlingen.
- Endrede fysiske lokaler og romlige løsninger.
- Lederskap på ulike nivå fremheves som en avgjørende faktor i de fleste artikler. Viktige aspekter er å utarbeide en felles visjon og strategisk handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene.
- Bruk av data for å få oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon.
- Hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debriefing hvor ledelsen og brukerne er involvert for å se på forebygging av tvang og muligheter for tvangsreduksjon gjennom alternative tilnærminger.
- Kvalitetssikring av forhåndsvurderingene og beslutningene om å iverksette tvang.
- Utvikling av personalgruppen gjennom målbevisste ansettelse, utvikling av holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis. I tillegg vektlegges betydningen av systematiske utdanningskurs rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i forhold ny behandlingsfilosofi og å løse vanskelige situasjoner i praksis uten tvang. Personalet må bli mer bevisst mulighetene for å intervensjonere på en mindre restriktiv og mer samarbeidende måte med pasientene.

- Økt kompetanse hos pasienten i forhold til å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon på bedre måter bl.a. gjennom "sinne-håndteringsverktøy", kriseforebyggende planer og stress-/sinne-håndteringsgrupper for pasienter.

Artiklene viser til gode resultater av intervensjonene. Særlig systemomfattende utviklingsarbeid har gode resultater. Det understrekes samtidig at et slik arbeid tar lang tid og at det er krevende arbeid å snu store etablerte organisasjoner. Hindringer for et godt utviklingsarbeid er bla:

- Ingen overordnede ledere deltar aktivt i arbeidet, alt blir delegert.
- Personal som er kritiske for arbeidets suksess blir ikke innlemmet i utviklingsarbeidet.
- Data brukes ikke, blir skjult, eller tvangsrapportene blir ikke gjennomgått med en gang, men flere uker eller måneder etterpå..
- S/R (isolat og tvangsmidler) blir betraktet og behandlet som helt vanlige rutinemessig hendelser/praksis og ikke fremhevet som en krisesituasjon som må håndteres spesielt.
- Personalet blir bedt om å ikke bruke S/R, men ikke gitt de ferdigheter som er nødvendige for å endre atferd.
- Personalet og brukerne identifiserer de "regler" som ofte bidrar til å skape konflikt, men har ikke myndighet til å endre disse.
- Individuelle personer i personalet som er ambivalente eller som motarbeider tvangsreduksjonsarbeidet blir ikke fulgt opp eller holdt ansvarlige.
- Det er ikke noe belønningssystem for best praksis.
- Brukerne (pasienter/pårørende) er ikke virkelig involvert, kun tale-måter.
- S/R trening er orientert mot legge personen ned, ikke forebygging
- Debriefing er ikke systematisk og forpliktende endringsarbeid, men kun en ventilasjon for personalet.