

# Ekstralegale tvangsforanstaltninger i psykiatrien – et patientperspektiv

Læge Hans Mørch Jensen & læge Henrik Day Poulsen

H:S Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Afdeling E, og  
H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik

## Resume

**Introduktion:** Som en del af forarbejdet til den kommende revision af loven om frihedsberøvelse og anden tvang på psykiatriske afdelinger har Indenrigs- og Sundhedsministeriet ønsket en belysning af forekomsten af restriktioner og begrænsninger, som af psykiatriske patienter kan opfattes som ekstralegal («skjult») tvang.

**Materiale og metoder:** Der blev foretaget fokusgruppeinterview med 22 patienter, der var indlagt på psykiatriske afdelinger, om, hvilke begrænsninger de opfattede som værende ekstralegal tvang. Interviewene blev ledet af to psykiatriske læger og udført på fire psykiatriske afdelinger i H:S og Københavns Amt. I undersøgelsen er der primært anvendt kvalitativ metodologi, og den bygger på patienternes udsagn.

**Resultater:** Flertallet af patienterne anså mangel på enestuer, restriktioner i udgang og skærming på stuen for at være ekstralegal tvang. Enkelte nævnte pres til at indtage medicin som eksempel på ekstralegal tvang. Regler for adfærd på afdelingen blev anset som værende almindelig husorden. Dog savnedes saglige begrundelser for regler og restriktioner samt skriftlig husorden. Økonomiske restriktioner og aflåsning af yderdøre blev ikke opfattet som ekstralegal tvang. Begrænsning i udgang burde registreres, men ikke nødvendigvis på en særskilt tvangsprotokol.

**Konklusion:** Ekstralegal tvang forekommer på psykiatriske afdelinger, men kan i visse situationer accepteres, såfremt brugen heraf dokumenteres. Husregler er ikke ekstralegal tvang, men nødvendige tiltag og bør forefindes på alle psykiatriske afdelinger. Øget brug af tvangsprotokoller øger ikke retssikkerheden og ønskes ikke af patienterne.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang på psykiatriske afdelinger, kaldet Psykiatriloven trådte i kraft i 1989 [1]. Loven er revideret i 1998 og påtænkes revideret igen i 2005-2006. Loven regulerer anvendelse af frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangs- og beskyttelsesfiksering og fysisk magt på psykiatriske afdelinger. Lovens opregning af tilladte tvangsindgreb kan principielt ikke antages at udelukke, at der anvendes andre former for begrænsninger og restriktioner, der er mindre vidtgående end de i loven specifikt opregnede, og som kan opfattes som tvang. Sådanne indgreb er i dag ikke omfattet af nogen lovgivning og betegnes derfor som ekstralegale. Opfattes indgrebene som tvang, er der tale om ekstralegal tvang [2, 3]. En anden betegnelse er »skjult tvang«, der bør undgås, da den kan opfattes som værdiladet og indikere, at personalet skjuler, hvad der foregår på de psykiatriske afdelinger.

I forbindelse med revision af psykiatriloven i 1998 indførte man § 20 stk. 3, hvoraf det fremgår, at sundhedsministeren bemyndiges til at gennemføre forsøg, hvor der på psykiatriske afdelinger for en periode skal tilføres tvangsprotokollen oplysning om andre former for restriktioner end dem, der er nævnt i loven, bl.a. ekstralegal tvang. Der foreligger få undersøgelser af, hvad psykiatriske patienter opfatter som tvang. I en svensk undersøgelse blev der peget på restriktioner af telefoni, visitation for euforiserende stoffer og tvangsbadning som mulig ekstralegal tvang [4]. Flere internationale og en enkelt dansk undersøgelse har vist, at psykiatriske patienter, der ikke er underlagt formel tvang, alligevel oplever sig udsat for tvang, uden at man har påvist konkrete forhold, der medfører dette [5-8]. Omfanget af ekstralegal tvang er ikke velbelyst. I en dansk undersøgelse fandt man, at over 33% af frivilligt indlagte patienter, for hvem der ikke var registreret tvang i henhold til Psykiatriloven, oplevede mindst en episode med restriktion af udgang [9].

Definitionen af ekstralegal tvang kan tænkes at afhænge af, om man er patient, pårørende, patientrådgiver, plejepersonale eller behandlende læge. Der er en gråzone mellem behandling, husorden og ekstralegal tvang [10], herunder etiske problemstillinger i den psykiatriske behandling [11].

Formålet med denne artikel er at undersøge, hvad psykiatriske patienter opfatter som ekstralegal tvang. Dette er ikke tidligere undersøgt i Danmark. Undersøgelsen er iværksat på foranledning af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

## Materiale og metoder

Materialet er indsamlet gennem fire fokusgruppeinterview af patienter, der var indlagt på voksenspsykiatrisk afdeling på enten Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital eller Københavns Amts Psykiatriske Centre i Gentofte og Glostrup. Hver fokusgruppe bestod af 5-6 patienter. Der deltog ikke personalemedlemmer i denne del af undersøgelsen. Patienterne blev udvalgt af personalet på de nævnte afdelinger.

Inklusionskriterierne var: 1) Patienterne skulle have været eller aktuelt være indlagt på lukket afdeling eller skærmet enhed, og 2) patienterne skulle tale og forstå dansk.

Eksklusionskriterierne var: 1) Patienter underkastet en retslig foranstaltning, 2) patienter med demens og 3) patienter med bevidsthedspåvirkning.

Patienterne afgav informeret samtykke og deltog herefter i et fokusgruppeinterview ledet af to læger. Lægerne indledte med et kort oplæg om ekstralegal tvang, der i den forbindelse blev benævnt »skjult tvang«, og den mulige gråzone mellem behandling, husorden og ekstralegal tvang. Herefter tilkendegav patienterne deres synspunkter desangående. I samarbejde

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

med projektets styregruppe, der bl.a. bestod af læger og sygeplejersker fra de deltagende hospitaler, repræsentanter fra patient- og pårørendeforeninger, psykiatrioverlægen fra H:S-direktionen, den sundhedsfaglige vicedirektør fra Københavns Amt og patientrådgiverne, havde lægerne udarbejdet en spørgeguide til sikring af, at følgende emner blev tematiseret: restriktioner i udgang, visitation for euforiserende stoffer, restriktioner af telefoni, regler for besøgs- og sengetider, regler for påklædning og hygiejne, økonomiske restriktioner og rygning. Patienterne nævnte begrebet skærmning, der af forfatterne blev betragtet som en behandlingsmetode. Der var tale om relationel skærmning, dvs. at personalet observerede patienten og forhindrede kontakt mellem patienten og andre [12]. Interviewene varede to timer. Der blev ikke foretaget psykopatologisk vurdering af patienterne. Der er ikke foretaget statistiske analyser, da undersøgelsen hviler på kvalitativ metodologi og således primært har hypotesegenererende karakter. Undersøgelsen blev forelagt den videnskabetiske komite, som ikke fandt den omfattet af deres regelsæt.

## Resultater

I alt deltog der 22 patienter, ti mænd og 12 kvinder, alle af dansk oprindelse. Fireogfyrrer patienter blev adspurgt om deltagelse, så bortfaldsfrekvensen var på 50%. Der blev ikke foretaget bortfaldsanalyse.

Diagnostisk fordelte patienterne sig over følgende ICD-10-hovedgrupper: F1 (misbrug), F2 (skizofreni og andre psykoser), F3 (affektive sindslidelser) og F6 (forstyrrelser af personlighedsstrukturen). Data om den diagnostiske fordeling og antallet af deltagende patienter, der var omfattet af tvang i henhold til psykiatrilovens bestemmelser var interviewerne ubekendt og blev ikke registreret. Indlæggelsesvarigheden på tidspunktet for interviewet varierede fra en uge og op til 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> år, dog således at 17 ud af 22 patienter havde været indlagt i 2-20 uger.

Nedenfor anføres de deltagende patienters synspunkter om foranstaltninger og tiltag, der kan opfattes som tvang ud over den i psykiatriloven regulerede tvang (delelementerne præsenteres alfabetisk og ikke i en prioriteret rækkefølge):

*Administration af penge, bus- og bilnøgler og lignende:* Man fandt det acceptabelt, at personalet i visse situationer administrerer ovenstående. Dette blev ikke betegnet som ekstra legal tvang.

*Aflåsning af yderdøre:* Dette burde ikke forekomme på åbne afdelinger, om end behovet for at forhindre fri adgang til afdelingen blev anerkendt. Enkelte efterlyste mulighed for selv at låse døren til egen sengestue, dog med mulighed for at døren kan låses op af personalet. Samlet blev aflåsning ikke betegnet som ekstralegal tvang.

*Beklædning:* Der burde være regelsæt for beklædning på og uden for afdelingen, også omfattende personalet. Personale i shorts og militærlignende tøj kunne ikke accepteres af flertallet. Flere ønskede, at læger gik i kittel. Der var uenighed om rimeligheden i, at patienter skal være fuldt påklædte til måltider. Samlet blev regler om påklædning betegnet som husorden.

*Besøg:* Begrænsninger i besøg fandtes til en vis grad acceptable, f.eks. besøg sent om aftenen eller ved erfaring for, at besøgende indsmugler euforiserende stoffer. Restriktioner i besøg blev ikke anset for at være ekstralegal tvang.

*Døgnrytme:* Enkelte efterlyste flere resurser i nattevagten, således at de patienter, der ikke sov om natten, havde udvidet mulighed for samtale. En vis døgnrytme på afdelingen blev anset for at være nødvendig.

*Enestuer:* Hovedparten af patienterne ønskede enestuer, idet man opfattede det som tvang at skulle sove sammen med andre. Enkelte ønskede dog at dele stue.

*Fjernsyn:* Regler for, hvornår der må ses tv og høres radio, fandtes nødvendige og blev anset for almindelig husorden.

*Husregler:* Der bør være skriftlige husregler, som udleveres ved indlæggelse, og som forbyder: 1) handel mellem patienter, 2) alkohol, enkelte ønskede dog mulighed for at indtage alkohol uden for afdelingen, 3) misbrugsstoffer, 4) volds-, porno- og provokerende film, 5) støjende adfærd på afdelingen, 6) at patienter låner penge af personale og medpatienter, og 7) seksuelt samkvem på afdelingen mellem patienter eller med besøgende.

*Inddragelse af tøj/overføje:* Der var enighed om, at bæltet i visse tilfælde kan inddrages. Det blev af flere opfattet som ekstralegal tvang, hvis patienterne blev presset til at iføre sig sygehustøj.

*Indlåsning af effekter:* Enkelte ønskede beslutning herom, lagt over til patienterne. Flere efterlyste aflåselige skabe på stuerne.

*Medicin:* Få patienter følte sig presset til at tage medicin og enkelte følte sig truet med udskrivelse, hvis de nægtede. Enkelte havde oplevet, at udgangsbegrænsning afhang af, om de tog medicin. Pression blev primært udøvet af plejepersonale, i begrænset omfang af læger. Medicinindtagelse blev således i nogle situationer anset for ekstralegal tvang.

*Patientrådgiver:* En enkelt ønskede mulighed for selv at vælge patientrådgiver, frem for at personalet vælger en efter tur.

*Resurser:* Enkelte fandt, at begrænsede resurser kunne medføre ekstralegal tvang, uden dog at kunne konkretisere det.

*Ryging:* Alle fandt det påkrævet, at der er regler for rygning. Sådanne blev opfattet som husorden. Nogle mente, at begrænsninger i adgangen til at ryge – både i form af administration af cigaretter og rygeforbud på visse områder af afdelingen – var en tvangsforanstaltning, hvorimod andre accepterede det. Holdningen var dog, at ikkerygere skal have mulighed for at undgå tobaksrøg.

*Skærmning:* Man fandt det rimeligt, at patienter i visse situationer blev skærmet, dvs. at personalet hindrede kontakt mellem patienten og andre. Man ønskede ikke protokolføring herfor. Enkelte opfattede det som en tvangsforanstaltning at skærme på stuen. Flere ønskede klagemulighed i forhold til skærmning.

*Spisning:* Det fandtes acceptabelt med regler for spisetider. Enkelte påpegede, at medpatienter kunne optræde så uhygiejnisk, at de ikke burde have mulighed for selv at tage af buffeten. Regler om spisning blev anset for at være husorden.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Telefoni:** Restriktioner i adgangen til at telefonere, herunder inddragelse af mobiltelefoner, fandtes acceptable af et flertal. Beslutning herom kunne eventuelt træffes i samråd med pårørende. Mobiltelefoner med kamera burde ikke medbringes på en afdeling, og der burde ikke telefoneres på fællesarealer.

**Tændstikker/lightere:** Det fandtes rimeligt at inddrage lightere fra meget aggressive patienter. Øvrige burde have mulighed for at opbevare lightere og tændstikker.

**Udgang:** Alle tilsluttede sig, at begrænsninger i udgang var nødvendige i visse tilfælde, f.eks. ved farlighed. Enkelte havde oplevet begrænsning i udgang som en hjælp. Andre ønskede udgang til en lukket have som minimum. Beslutningen om begrænsning i udgang burde tages af en læge i samarbejde med personalet. Enkelte mente, at det udelukkende burde være en lægelig beslutning, men alle tilsluttede sig, at en læge altid skulle inddrages. Der var uenighed om nødvendighed af tvangsprotokol ved iværksat udgangsbegrænsning. Et fåtal efterlyste klagemulighed over for begrænsning af udgang. Enkelte anførte, at der burde være mulighed for at købe cigaretter på afdelingen, hvis muligheden for udgang til en kiosk var inddraget.

**Visitation for stoffer og farlige genstande:** Dette fandtes acceptabelt, men visitation skal være lægeordineret. Enkelte ønskede mulighed for at vælge, hvorvidt det skal være et mandligt eller et kvindeligt personalemedlem, der visiterer.

Ud over ovenstående anførte flere patienter, at retssikkerheden ikke blev forbedret ved føring af tvangsprotokoller, men udfyldelse af de nuværende protokoller burde fortsætte, da disse tjener som dokumentation i klagesager. Endvidere anførte flere, at de generelt savnede saglige begrundelser for restriktioner og begrænsninger. Enkelte patienter havde erfaring for, at kommuner og andre offentlige instanser pressede dem til eksempelvis at flytte i bofællesskab og således udøvede ekstralegal tvang.

## Diskussion

Undersøgelsen hviler udelukkende på patienternes synspunkter og erfaringer. De indkomne svar er i nogen grad inspireret af en spørgeguide udarbejdet i samarbejde med repræsentanter fra patientgrupper, pårørende og patientrådgivere. Det må derfor antages, at de vigtigste aspekter af mulig ekstralegal tvang er belyst.

Undersøgelsen viser, at deltagende patienter oplevede at blive udsat for andre restriktioner end de i psykiatriloven opregnede. Hovedparten heraf blev accepteret og opfattet som husorden, eksempelvis regler om rygning, påklædning, telefoni, visitation og visse økonomiske begrænsninger. Flere savnede begrundelser for en given restriktion.

Udgangsrestriktion blev anset for at være en mulig ekstralegal tvang, og flere ønskede en læge involveret i beslutningen herom. Der var uenighed om nødvendighed af at føre tvangsprotokol, men dokumentation var ønsket af de fleste, evt. i form af et journalnotat. Pression omkring medicinering blev

kun nævnt af et fåtal af patienterne, hvorimod mangel på ressourcer blev nævnt af størstedelen af deltagerne. Flere efterlyste mulighed for at klage over restriktioner.

Ved inklusionskriterierne er der introduceret selektionsbias, idet der kun inkluderes patienter, som taler dansk. Bortfaldsfrekvensen var relativ høj, hvorfor repræsentativiteten af patienternes udsagn kan være begrænset. I en tidligere dansk interviewundersøgelse fandt man, at de mest syge patienter var overrepræsenteret i bortfaldsgruppen [8].

Da forfatterens tilstedeværelse under interviewene kunne påvirke patienternes udsagn, blev det ved interviewenes påbegyndelse indskærpet, at man ikke delagtiggjorde de behandlende læger i resultaterne af interviewene, og at behandlingen eller omfanget af restriktioner ikke blev influeret af udtalelserne.

Undersøgelsens styrke er originaliteten, da lignende ikke er udført i Danmark. Svagheden er det begrænsede antal patienter og den geografiske begrænsning.

I forhold til lovrevisionen må det konkluderes, at hovedparten af de ekstralegale begrænsninger accepteres af patienterne. Man kunne overveje, om begrænsninger bør indgå i behandlingsplanen, som udarbejdes sammen med patienten, hvorved dokumentationskrav opfyldes. Oprettelse af flere enestuer anbefales, da flere opfatter det som tvang at skulle sove på stue med medpatienter.

Ud fra udsagnene om skærmning må indførelse af klagemulighed herfor overvejes. Det anbefales, at en læge inddrages ved iværksættelse heraf. Yderligere tvangsprotokoller anbefales ikke, men obligatorisk journalføring kan overvejes.

Korrespondance: Hans Mørch Jensen, Øresund Parkvej 2, 3. sal, DK-2300 København S. E-mail: hj27@bbh.hosp.dk

Antaget: 17. maj 2005

Interessekonflikter: Undersøgelsen er finansieret af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

## Litteratur

1. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. København: Justitsministeriet, 1989.
2. Cope KA, Encandela JA. Organizational features affecting the use of coercion in the administration of psychiatric care. *Adm Pol Ment Health* 1998; 25:309-19.
3. Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2000.
4. Eriksson KI, Westrin CG. Coercive measures in psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:225-30.
5. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* 1998;155:1254-60.
6. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry* 1997;20:167-81.
7. Kjellin L, Westrin CG. Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. *Int J Law Psychiatry* 1998;21:31-42.
8. Poulsen HD. Perceived coercion among committed, detained, and voluntary patients. *Int J Law Psychiatry* 1999;22:167-75.
9. Poulsen HD. The prevalence of extralegal coercion in a psychiatric hospital population. *Int J Law Psychiatr* 2002;25:29-36.
10. Kallehauge H, le Maire E. Skjult tvang. *Ugeskr Læger* 2004;166:4631-4.
11. Adserballe H. Etik i psykiatrien. Munksgaard, København 1997.
12. Skærmning. En metode i den psykiatriske behandling og pleje. Amdradsforeringen 2002. [www.arf.dk/april](http://www.arf.dk/april) 2005.