

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

BEHANDLING MED TVANG?

SOMATISK SYGDOM HOS
BEHANDLINGSAFVISENDE
VARIGT INHABILE



BEHANDLING MED TVANG?

SOMATISK SYGDOM HOS
BEHANDLINGSRAFVISENDE
VARIGT INHABILE

BEHANDLING MED TVANG?
SOMATISK SYGDOM HOS BEHANDLINGSAFVISENDE VARIGT INHABILE

Ligebehandlingsafdelingen, Institut for Menneskerettigheder
Ansvarlig: Ligebehandlingschef Maria Ventegodt Liisberg
Forfattere: Signe Stensgaard Sørensen og Caroline Adolphsen

ISBN: 978-87-93241-78-7

Forsideillustration: Hanne Louise Nielsen
Layout: Hedda Bank
Tryk: Rosendahls a/s
Oplag: 200

Institut for Menneskerettigheder er alene ansvarlig for rapportens indhold.

Tak til alle, der har stillet deres viden til rådighed i forbindelse med udarbejdelse af rapporten.

© 2016 Institut for Menneskerettigheder
Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution

Wilders Plads 8 K
1403 København K
Telefon 3269 8888
www.menneskeret.dk

Denne publikation eller dele af den må reproduceres til ikke-kommercielle formål med tydelig angivelse af kilde.

Vi tilstræber, at vores udgivelser bliver så tilgængelige som muligt. Vi bruger fx store typer, korte linjer, få orddelinger, løs bagkant og stærke kontraster. Læs mere om tilgængelighed på www.menneskeret.dk/tilgaengelighed

INDHOLD

RESUME	6
SUMMARY	8
KAPITEL 1 – INTRODUKTION OG METODE	10
1.1 AFGRÆNSNINGER OG DEFINITIONER	11
1.1.1 Persongruppe	11
1.1.2 Behandlingsafvisende	11
1.1.3 Somatisk sygdom	11
1.2 PROBLEMFORMULERING	12
1.3 METODE	12
1.3.1 Juridisk analyse	12
1.3.2 Desk study og praksis	13
1.3.3 Internationale erfaringer	13
1.3.4 Dialog	13
KAPITEL 2 – MENNESKERETTEN	14
2.1 GRUNDLÆGGENDE PRINCIPPER	14
2.2 INFORMERET SAMTYKKE TIL BEHANDLING	15
2.2.1 Støttet beslutningstagen og beslutningsoverdragelse	16
2.2.2 Når patienten siger nej	17
2.2.3 Grænser for samtykket	17
2.2.4 Beskyttelsesmekanismer mod beslutningsoverdragelse	18
2.3 TVANG	18
2.3.1 Beskyttelsesmekanismer mod tvang	19
2.4 SAMMENFATNING	20

KAPITEL 3 – DANSK RET	22
3.1 SUNDHEDSLOVEN	22
3.1.1 Informeret samtykke	22
3.2 BEHANDLING AF PATIENTER UDEN SAMTYKKEKOMPETENCE	23
3.2.1 Undtagelsesbestemmelser og -situationer	24
3.3 NÅR PATIENTEN MODSÆTTER SIG BEHANDLING	26
3.3.1 Verbal overtalelse kan være magt	27
3.3.2 Særligt om skjult medicinering	27
3.3.3 Magtanvendelse efter serviceloven	28
3.3.4 Frihedsberøvelse	28
3.4 PATIENTENS SELVBESTEMMELSE VERSUS FAGPERSONENS OMSORGSPLIGT	29
3.4.1 Patienter med og uden samtykkekompetence	29
3.4.2 Dilemma	30
3.5 RETSGRUNDLAG FOR TVANG	31
3.5.1 Processuel beskyttelse	32
3.5.2 Proportionalitet	32
3.5.3 Indberetningssystem	33
3.6 SAMMENFATNING	33
KAPITEL 4 – DILEMMAER I PRAKSIS	35
4.1 DATAGRUNDLAG	35
4.1.1 Interviewpersoner	35
4.1.2 Fremgangsmåde	36
4.2 UDVIKLING OVER TID	37
4.2.1 Politisk fokus	38
4.3 HVOR OFTE ANVENDES TVANG?	38
4.4 OVERBEHANDLING VERSUS UNDERBEHANDLING	40
4.5 HVAD ER NØDVENDIGT AT BEHANDLE?	41
4.5.1 Risiko for "fagidioti"	42
4.6 HVEM ER VARIGT INHABIL?	43
4.7 HVAD ER TVANG?	43
4.7.1 Skjult medicinering	44
4.7.2 Individuelle grænser	45
4.8 TVANG ER DEN LETTE LØSNING	46
4.9 VILKÅRLIG LOVGIVNING	47

4.10 ERFARINGER FRA NORGE	47
4.10.1 Retsbeskyttelsen for patienten	48
4.10.2 Evaluering af den norske lov	49
4.11 SAMMENFATNING	50
KAPITEL 5 – KONKLUSION OG ANBEFALINGER	51
5.1 MULIGHED FOR AT ANVENDE TVANG	51
5.2 FOREBYGGELSE	52
5.3 RETSSIKKERHED	52
5.4 MONITORERING	53
LITTERATURLISTE	54
BILAG	56
NOTER	57

RESUME

Det danske sundhedsvæsen er for alle, og der er principielt lige adgang til at modtage ydelser fra sundhedsvæsenet.

Ikke desto mindre har flere handicap-organisationer og fagforeninger igennem en årrække peget på, at nogle varigt inhabile ikke får den behandling for somatiske sygdomme, som de burde. Efter at have analyseret området er det også Institut for Menneskerettigheders vurdering, at den nuværende retstilstand og praksis er uholdbar både for de varigt inhabile, deres pårørende og for de sundhedsprofessionelle. Vores analyse er baseret på en juridisk analyse, en beskrivelse af praksis, dialog med relevante aktører og perspektivering til erfaringer fra Norge.

Behandling i sundhedsvæsenet er baseret på patientens informerede samtykke og herefter patientens frivillige deltagelse. For varigt inhabile, der ikke forstår konsekvensen af at modsætte sig behandling, kan andre give samtykket til behandling. Undersøgelse og behandling forudsætter herefter, at patienten ikke modsætter sig i ord eller handling. Dansk ret tillader kun, at personer bliver undersøgt eller behandlet med tvang for en somatisk sygdom, hvis der er tale om en akut livstruende

situation. Det betyder, at når en varigt inhabil modsætter sig behandling, må behandlingen opgives eller gennemføres med uhjemlet tvang.

DILEMMAER I PRAKSIS

Når en varigt inhabil modsætter sig behandling for en somatisk sygdom, stiller det både den varigt inhabile, de sundhedsprofessionelle og eventuelle pårørende i en vanskelig situation. Manglende undersøgelse eller behandling kan betyde, at den inhabile person kommer til at skulle udholde smerter, leve med unødigt sygdom eller dø tidligere. Samtidig må de sundhedsprofessionelle og de pårørende acceptere at leve med, at de ikke kan give den behandling og yde den omsorg, de mener, er nødvendig.

Det er ikke tidligere blevet afdækket, hvordan dilemmaet bliver håndteret i praksis. Vores undersøgelse viser, at der er eksempler på, at varigt inhabile har haft unødige smerter eller er døde af sygdomme, som kunne have været behandlet. Situationer, der muligvis kan betragtes som omsorgssvigt. Der findes også eksempler på, at varigt inhabile bliver udsat for uhjemlet tvang i forbindelse med undersøgelse eller behandling for somatisk sygdom. Både

sundhedsprofessionelle og pårørende forsøger at finde pragmatiske løsninger, men det sikrer ikke nødvendigvis en værdig behandling af de varigt inhabile, som derved udsættes for enten omsorgssvigt eller uhjemlet tvang.

MENNESKERETTEN

Menneskerettens hovedfokus er at beskytte individet mod indgreb og overgreb fra myndigheder og privatpersoner. De menneskeretlige regler og retlige aktører tager ikke direkte stilling til behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom.

Myndighederne har dog en positiv pligt til at sikre, at også personer, som mangler evnen til at samtykke, ikke bliver udsat for umenneskelig eller nedværdigende behandling. Regler, som giver mulighed for at anvende tvang i forbindelse med behandling af somatisk sygdom hos varigt inhabile, kan være med til at sikre, at varigt inhabile ikke udsættes for unødige smerter eller væsentlige helbredsforringelser som følge af manglende undersøgelse eller behandling.

ANBEFALINGER

Institut for Menneskerettigheder anbefaler på baggrund af denne rapport analyse og med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder:

- At Sundheds- og Ældreministeriet ændrer sundhedsloven, så behandlingsafvisende varigt inhabile kan behandles for somatisk sygdom mod deres vilje, når en række betingelser er opfyldt.
- At Sundheds- og Ældreministeriet sikrer, at sundhedsprofessionelle får viden om og uddannelse i, hvordan tvang undgås, så der skabes en kultur og praksis, hvor tvang anses som den sidste mulighed.
- At Sundheds- og Ældreministeriet sikrer, at en kommende lovændring indebærer tilstrækkelige processuel beskyttelse i form af blandt andet klageadgang til et uvildigt nævn.
- At Sundheds- og Ældreministeriet løbende indsamler og analyserer både kvantitativ og kvalitativ data om lovens gennemførelse, så eventuelle utilsigtede konsekvenser af loven bliver undgået.

SUMMARY

All individuals have a right to equal access to health care.

However organisations of people with disabilities and trade unions have raised concerns that some persons with longer lasting reduced decision-making capacity are not receiving adequate treatment for somatic diseases. In this report, the Danish Institute for Human Rights also concludes that the current legal situation and practices are untenable, both for individuals whose decision-making capacity is reduced, their relatives and for healthcare professionals. Our analysis is based on a legal analysis, a description of practice, dialogue with relevant actors and draws on experiences from Norway.

Treatment in the Danish healthcare system is based on informed consent by patients and their voluntary participation. For individuals whose decision-making capacity is reduced, and who do not understand the consequences of resisting treatment, other individuals can give consent to treatment. In such cases, medical examination and treatment can only be carried out if the individual refrains from resisting treatment either verbally or through

their actions. Danish law only allows use of force for examination or treatment of somatic diseases in cases where the disease is acutely life-threatening. This means that when an individual whose decision-making capacity is reduced resists treatment, necessary treatment must either be terminated or continued through unauthorised use of force.

A DILEMMA IN PRACTICE

When an individual whose decision-making capacity is reduced resists treatment for a somatic disease, this puts the individual, the health professionals involved and possibly also family members in a difficult situation. Resisting examination or treatment may lead to the individual in question suffering pain, having to live with treatable disease or dying prematurely. Moreover, health professionals and family members must accept and live with the fact that they cannot provide the treatment and care that they believe is necessary.

How this dilemma is dealt with in practice in Denmark has not previously been analysed. Our study has identified several examples of individuals whose decision-making capacity is reduced who have suffered unnecessary pain

or have died from a disease that could have been treated. Such cases may in fact qualify as negligence. The study has also identified cases where individuals whose decision-making capacity is reduced have been subject to unauthorised use of force in connection with medical examinations or treatment for somatic diseases.

HUMAN RIGHTS

The primary focus of human rights is to protect the individual against intervention and violation by the authorities and private individuals. Human rights regulations and legal practitioners give no specific directions with regard to how to deal with individuals whose decision-making capacity is reduced and with a somatic disease who resist treatment.

The authorities do, however, have a positive duty to ensure that individuals who do not have the capacity to consent are not subjected to inhumane or degrading treatment. Regulations that allow use of force in connection with somatic-disease treatment of individuals whose decision-making capacity is reduced can contribute to ensuring that these individuals do not have to endure unnecessary pain or experience significant health loss because they have not undergone medical examination or treatment.

RECOMMENDATIONS

On the basis of the analysis presented in this report and with a view to promoting the individual's human rights, the Danish Institute of Human Right recommends that:

- The Danish Ministry of Health take steps to amend the Danish Health Act so that individuals whose decision-making capacity is reduced over a longer period of time and who resist treatment can be treated for somatic diseases against their will, when a number of conditions have been met.
- The Danish Ministry of Health ensure that health professionals have relevant knowledge and training in how to avoid using force so as to establish a culture and practice where the use of force is considered the last resort.
- The Danish Ministry of Health ensure sufficient procedural protection in the form of e.g. the right to appeal decisions to treat without consent to an independent and impartial tribunal.
- The Danish Ministry of Health regularly collect and analyse both quantitative and qualitative data about the implementation of the Act so as to prevent any unintended consequences of Act.

INTRODUKTION OG METODE

Ulighed i sundhed har igennem en længere årrække været en anerkendt problemstilling. Personer med handicap er en af de grupper, som er særligt udsatte i relation til at have lige adgang til sundhed. Det er der flere årsager til, herunder at personer med handicap i gennemsnit har lavere uddannelsesniveau, lavere arbejdsmarkedstilknytning og lavere indkomst end resten af befolkningen i Danmark. Alle tre faktorer, som det er veldokumenteret, er medvirkende årsag til at give dårligere helbred.¹

En faktor for ulighed i sundhed, som efter Institut for Menneskerettigheders vurdering er underbelyst og uløst, er adgangen til behandling for behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom. I medierne findes en række eksempler på, hvilke alvorlige konsekvenser det kan have for varigt inhabile, hvis de modsætter sig behandling. Eksempelvis er personer med udviklingshæmning i Danmark døde efter at have modsat sig behandling for henholdsvis lungebetændelse² og kræft.³ Mens en forpint kvinde med udviklingshæmning i 2014 modsatte sig en undersøgelse for en mulig somatisk sygdom, hvilket bevirkede, at hun måtte gennemgå et traumatiserende

udredningsforløb med indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.⁴

Afvisning af behandling kan med andre ord have meget alvorlige konsekvenser på enten kort eller lang sigt, såsom unødigt sygdom, unødige smerter eller sågar dødsfald. Som lovgivningen er i dag, er det dog ikke tilladt at tvinge personer til behandling for somatisk sygdom med undtagelse af egentlige nødretssituationer.⁵

Det overordnede spørgsmål i nærværende rapport er at undersøge, hvorvidt tvang burde være lovlig i situationer som ovenstående: situationer, hvor en varigt inhabil person modsætter sig undersøgelse eller behandling for en somatisk sygdom.

Spørgsmålet rummer en række dilemmaer. Herunder det grundlæggende, at der på den ene side skal tages hensyn til individets beskyttelse mod at blive udsat for tvang og på den anden side skal tages hensyn til individet selv, som ikke har mulighed for at forstå de negative konsekvenser af at nægte behandling for somatisk sygdom.

1.1 AFGRÆNSNINGER OG DEFINITIONER

Nærværende analyse er afgrænset til at fokusere på den ulighed i sundhed, som måtte være et resultat af, at personer afviser behandling af somatisk sygdom, selvom de ikke forstår konsekvenserne deraf.

1.1.1 PERSONGRUPPE

Det er afgørende at holde sig for øje at en eventuel brug af tvang i forbindelse med somatisk sygdom ikke bør være betinget af en bestemt diagnose eller et bestemt handicap. Derimod bør det være betinget af et konkret og nødvendigt behov i en specifik situation.

Forudsætningen, at man er varigt inhabil, er dog i praksis begrænset til en målgruppe, som hovedsageligt består af demente, personer med udviklingshæmning, personer med hjerneskade og personer med både psykisk og somatisk sygdom. I praksis vil der således udelukkende være tale om personer med handicap.

Personer med handicap omfatter ifølge Handicapkonventionen personer, der har langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre.⁶ Det afgørende og nye ved denne afgrænsning er, at det anerkendes, at et handicap opstår på grund af et negativt samspil med omgivelserne, hvor fysiske indretninger og fordomme skaber barrierer for, at et menneske med en funktionsnedsættelse kan udfolde sig på lige vilkår med andre. Barriererne ligger

altså uden for den person, som har en konkret funktionsnedsættelse. Et handicap bliver på den måde et socialt forhold snarere end et individuelt kendetegn.

Endvidere afgrænses analysen til voksne og beskæftiger sig således ikke med tvang over for børn. Brug af tvang i forbindelse med behandling for somatisk sygdom over for børn er givetvis en reel problemstilling, men situationer, hvor patienten er et barn, adskiller sig væsentligt fra situationer, hvor patienten er voksen, både i praksis og juridisk.

1.1.2 BEHANDLINGSAFVISENDE

For langt de fleste personer indebærer behandling for en somatisk sygdom ikke noget stort konfliktpotentiale. Heller ikke for varigt inhabile, som i de fleste tilfælde må antages mere eller mindre eksplicit at indvilge i behandling. Udfordringen opstår, når en varigt inhabil modsætter sig behandling for en somatisk sygdom. I disse situationer må behandling opgives, hvis det ikke er muligt pædagogisk at overbevise den varigt inhabile om, at behandlingen skal gennemføres. Nærværende undersøgelse er afgrænset til at se på de situationer, hvor behandlingen umiddelbart må opgives, fordi en varigt inhabil modsætter sig.

1.1.3 SOMATISK SYGDOM

Endelig er analysen afgrænset til at se på behandling i forbindelse med somatisk sygdom. Både praktisk og juridisk er behandlingen af personer for psykisk sygdom væsentlig anderledes, blandt andet i form af,

at tvangsbehandling er lovligt under bestemte forudsætninger.⁷ Afgrænsningen til behandling i forbindelse med somatisk sygdom betyder også, at analysen ikke omhandler situationer, hvor magtanvendelse i dag er tilladt, jævnfør serviceloven, eksempelvis magtanvendelse i forbindelse med personlig hygiejne, såsom tandbørstning.

1.2 PROBLEMFOMULERING

Følgende hovedspørgsmål adresseres i forhold til retten til sundhed for behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom:

- I hvilket omfang rummer menneskeretten mulighed for at anvende tvang?
- I hvilket omfang muliggør dansk ret sundhedsfaglig behandling med tvang?
- Hvilke dilemmaer indebærer den nuværende retstilstand i praksis?
- Hvilke ændringer i dansk retstilstand bør iværksættes for at sikre bedre efterlevelse af Danmarks menneskeretlige forpligtelser?

1.3 METODE

Det følger af Institut for Menneskerettigheders Ligebehandlingsstrategi, at instituttet skal "[...] levere analyser, der sætter fingeren på strukturelle udfordringer og peger på konkrete løsninger. Vi vil udfordre grundantagelser og bidrage til nytænkning og problemløsning. Det forudsætter, at vi har en tæt dialog med både civilsamfundet og andre nøgleaktører".⁸

Nærværende analyse er baseret på denne tilgang og indebærer således både en juridisk analyse, en beskrivelse af praksis, dialog med relevante aktører og beskrivelse af erfaringer fra Norge.

Ovenstående vil samlet set danne baggrund for de anbefalinger, instituttet fremsætter.

1.3.1 JURIDISK ANALYSE

Undersøgelsen har et rettighedsperspektiv, hvilket betyder, at regler og praksis på området vurderes i forhold til de rettigheder, der følger af relevante menneskerettighedskonventioner.

FN's Handicapkonvention blev vedtaget af FN's generalforsamling i 2006, ratificeret af Danmark i 2009 og er i dag en del af dansk lovgivning. Konventionen udgør en milepæl i forhold til rettigheder for personer med handicap på en række områder.

Retten til sundhedsydelse og pleje af samme kvalitet som andre for personer med handicap er præciseret i såvel Handicapkonventionen som Oviedo-konventionen, Europarådets Socialpakt og Den Internationale Konvention om Økonomiske, Sociale og Kulturelle Rettigheder. Hertil kommer, at personer med handicap har ret til de sundhedsydelser, som deres handicap måtte give anledning til. Eksempelvis kan personer med udviklingshæmning have et særligt behov for hjælp eller til forebyggende undersøgelser for at opdage, at de har brug for behandling.

Den juridiske undersøgelse vil således indeholde en kort beskrivelse og analyse af udvalgte bestemmelser i særligt Handicapkonventionen og Den Europæiske Konvention om Biomedicin og Menneskerettigheder.

Den juridiske undersøgelse vil herefter indeholde en kort beskrivelse af relevante danske regler på området, herunder krav til informeret samtykke, klagemuligheder og indberetningsmuligheder.

Det overordnede formål med den juridiske analyse er at undersøge, om de danske regler på området formelt set lever op til kravene i internationale menneskerettighedskonventioner.

1.3.2 DESK STUDY OG PRAKSIS

Ud over den juridiske analyse gives en skitsering af de dilemmaer, der eksisterer i praksis. Beskrivelsen baseres dels på den eksisterende litteratur på området, dels interviews, som Institut for Menneskerettigheder har gennemført med henholdsvis sundhedsprofessionelle, en socialpædagog og pårørende til varigt inhabile. Se mere herom i afsnit 4.1 Datagrundlag.

1.3.3 INTERNATIONALE ERFARINGER

I en række andre lande, herunder lande, som Danmark normalt sammenligner sig med, har man valgt en anden tilgang til personer med handicap, som er varigt inhabile, og som modsætter sig behandling for somatisk sygdom. Eksempelvis har man i Norge i

2011 indført mulighed for at anvende tvang i forbindelse med behandling inden for sundhedsvæsenet. Instituttet skitserer kort erfaringer fra Norge for at give inspiration til ændringer i en dansk kontekst.

1.3.4 DIALOG

Instituttet ønsker og har pligt til at involvere personer med handicap og de organisationer, som repræsenterer personer med handicap, i instituttets arbejde.

Nærværende undersøgelse er derfor gennemført i dialog med Danske Handicaporganisationer, LEV, Hjernesagen og Alzheimerforeningen, der alle har særlig interesse og indsigt i problemstillingen.

Ud over handicaporganisationer har en række andre organisationer en væsentlig rolle at spille i forhold til enten at påvirke eller beslutte, hvordan problemstillingen bedst løses. Instituttet har derfor afholdt dialogmøde med deltagelse af ovenstående handicaporganisationer samt Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Socialpædagogerne, Det Centrale Handicapråd, Ældresagen, Nationalt Videnscenter for Demens, Etisk Råd og Ombudsmanden.

Endelig er instituttet i dialog med Sundheds- og Ældreministeriet om ministeriets arbejde på området.

MENNESKERETTEN

I det følgende gennemgås de menneskeretlige principper og regler, der gælder, når en varigt inhabil skal modtage sundhedsfaglig behandling. På baggrund af gennemgangen vurderes det, hvorvidt reglerne giver adgang til at behandle personen uden dennes samtykke.

2.1 GRUNDLÆGGENDE PRINCIPPER

Det følger af de universelle og europæiske menneskeretlige konventioner, at enhver har menneskerettigheder. Det betyder naturligvis, at mennesker med handicap har de samme umistelige rettigheder som mennesker uden handicap. Formålet med Handicapkonventionen, der blev vedtaget i 2006, er derfor heller ikke at skabe nye rettigheder for mennesker med handicap, men derimod at sikre, at mennesker med handicap bliver i stand til at udøve og nyde deres rettigheder i samme omfang som andre.

Handicapkonventionen flytter fokus fra det tidligere dominerende medicinske handicapbegreb til et samfundsrelateret handicapbegreb. Dermed fokuseres der ikke længere på selve funktionsnedsættelsen som årsag til, at mennesker med handicap ikke kan

deltage fuldt ud i samfundslivet, men derimod på de samfundsmæssige barrierer, der hindrer eller vanskeliggør denne deltagelse. Personer med handicap skal derfor ikke betragtes som en særlig gruppe borgere, der skal beskyttes eller kompenseres, men som ligeværdige og selvstændige rettighedssubjekter. Og det er en samfundsmæssig opgave og et samfundsmæssigt ansvar at sikre, at personer med handicap på lige fod med andre borgere kan deltage i samfundet.

Handicapkonventionen bygger på nogle grundlæggende principper, som danner rammen for de enkelte bestemmelser i konventionen. Disse principper er opstillet i artikel 3 og skal inddrages ved fortolkningen af bestemmelserne. Når der er tale om samtykke til sundhedsfaglig behandling, fungerer Handicapkonventionen side om side med Oviedo-konventionen om samtykke vedrørende sundhedsretlige forhold,⁹ der i vidt omfang bygger på de samme principper.¹⁰

De principper, der er særligt relevante i forhold til selvbestemmelse ved sundhedsfaglig behandling, gennemgås i det følgende. Der er således ikke tale om en udtømmende

gennemgang af de principper, der regulerer indretningen af sundhedsvæsenet.

Selvbestemmelse: Personer med handicap skal nyde respekt for deres personlige autonomi forstået som retten til at træffe egne beslutninger. Dette princip genfindes både i Oviedo-konventionens regler om informeret samtykke til behandling og i Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8, stk. 1, om retten til privatliv. Princippet omhandler både en negativ forpligtelse for myndighederne til ikke at foretage indgreb og en positiv forpligtelse til at sikre den enkelte mod indgreb fra andre.¹¹

Værdighed: Princippet om værdighed medfører, at den enkeltes fysiske og psykiske integritet respekteres. Alle personer skal betragtes som selvstændige individer med krav på anerkendelse som ligeværdige mennesker. Dette princip reflekteres også i Oviedo-konventionens artikel 6, stk. 3, om behandling af voksne patienter, der ikke selv er i stand til at samtykke til sundhedsfaglig behandling, og i den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, der blandt andet foreskriver et værn mod nedværdigende behandling.

Støtte: Selvom Handicapkonventionen omhandler en gruppe personer med særlige behov, gælder der ikke efter konventionen et særligt beskyttelsesprincip i forhold til mennesker, der ikke selv er i stand til at varetage deres rettigheder. Staten er

imidlertid efter artikel 12 forpligtet til at tilbyde personer med handicap den kompenserende støtte, de måtte have behov for til at udøve deres rettigheder (fx tegnsprogstolkning), hvor dette er tilstrækkeligt, eller støttet beslutningstagen, hvor dette er nødvendigt. Personen med handicap skal ikke anses for at være et beskyttelsesobjekt, men derimod et rettighedsobjekt, hvilket understreges af, at der alene kan anvendes støttet beslutningstagen efter en konkret vurdering af den enkelte persons forhold og behov, hvorimod den pågældendes diagnose er underordnet.

Lige muligheder og tilgængelighed: Et bærende princip i Handicapkonventionen er, at mennesker med handicap skal have mulighed for at nyde de samme rettigheder som andre mennesker. Princippet er særligt fremhævet i forhold til muligheden for at modtage sundhedsydelser. Det følger af Handicapkonventionens artikel 25, at personer med handicap skal have adgang til de samme sundhedsydelser som andre borgere. Princippet har både et formelt og et materielt indhold forstået på den måde, at sundhedsydelserne skal være reelt tilgængelige, således at personen med handicap rent faktisk er i stand til at gøre brug af dem.

2.2 INFORMERET SAMTYKKE TIL BEHANDLING

Det er et grundlæggende princip i forhold til sundhedsbehandling, at patienten selv

kan samtykke til eller afstå fra at modtage behandling. Patientens selvbestemmelse er udtrykkeligt fastslået i Oviedo-konventionens artikel 5, stk. 1, men er også særskilt fremhævet i Handicapkonventionens artikel 25, litra d, om et frit afgivet og informeret samtykke. Patienten har således ret til information om sin sundhedstilstand, diagnose, relevante behandlingsmuligheder etc. samt ret til på denne baggrund at til- eller fravælge et tilbud om behandling.

2.2.1 STØTTET BESLUTNINGSTAGEN OG BESLUTNINGSOVERDRAGELSE

Kun hvor en person med handicap ikke er i stand til at give et informeret samtykke, vil det kunne komme på tale at lade andre personer deltage i beslutningstagningen. I sådanne tilfælde vil ovennævnte principper om autonomi og værdighed tilsige, at der så vidt muligt skal være tale om en støttet beslutningstagen efter Handicapkonventionens artikel 12. Kun hvor støttet beslutningstagen ikke er tilstrækkeligt til at sikre rettighederne for personen med handicap, kan der blive tale om en decideret beslutningsovertagelse. Er der eksempelvis tale om et menneske med en mindre hjerneskade, der i vidt omfang er selvhjulpent i dagligdagen, kan støttet beslutningstagen være tilstrækkeligt til, at personen kan hjælpes til at tage stilling til selv komplicerede behandlingstiltag, mens mere omfattende hjerneskader kan medføre, at det er nødvendigt med en egentlig beslutningsoverdragelse, også ved simple behandlinger.

Det fremgår ikke af Handicapkonventionen, hvornår og i hvilket omfang der kan blive tale om en egentlig beslutningsoverdragelse. Men efter Handicapkonventionens artikel 12, stk. 4, skal enhver begrænsning eller regulering vedrørende udøvelse af retlig handleevne, hvilket samtykke til behandling falder ind under, respektere den enkelte persons rettigheder, vilje og præferencer. Dette afspejles også i Oviedo-konventionens artikel 6, stk. 3, hvorefter patienter, der ikke er i stand til at give samtykke til behandling, så vidt muligt skal inddrages i behandlingssituationen.

Det er endvidere relevant at bemærke, at personer med handicap har ret til beskyttelse af deres personlige integritet efter Handicapkonventionens artikel 17 og Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8, stk. 1, og ret til fortrolighed om personlige og helbredsrelevante oplysninger efter artikel 22, stk. 1, på lige fod med andre mennesker. Den omstændighed, at det kan være nødvendigt med støttet beslutningstagen, medfører derfor ikke, at den person, der støtter patienten ved udøvelsen af dennes samtykke, også kan gøre brug af patientens øvrige rettigheder, fx i forhold til aktindsigt i patientens helbredsoplysninger. Dette må bero på en nødvendighedsvurdering, således at patientens integritet og privatliv i videst muligt omfang respekteres. Overdragelsen – helt eller delvist – af kompetencer på vegne af personen med handicap skal derfor også være så kortvarig som muligt.

En egentlig overtagelse af beslutningskompetencen, uanset varigheden heraf, vil desuden alene kunne ske, hvor det ikke er muligt for en patient at deltage i beslutningen om at give et informeret samtykke som følge af patientens (manglende) individuelle forudsætninger. Og i disse tilfælde vil det afgørende ikke være patientens diagnose, men derimod det konkrete omsorgs- eller behandlingsbehov, som personen, selv med relevante støtteforanstaltninger, ikke selv vil kunne varetage.

Det vil i sagens natur alene være relevant at overveje en egentlig kompetenceovertagelse i mødet med patienter med et psykisk handicap i form af en markant nedsat psykisk funktionsevne, hvorimod et fysisk handicap som det klare udgangspunkt ikke medfører, at patienten ikke er kompetent i retlig henseende.

Spørgsmålet om, hvornår en patient ikke (længere) er kompetent til at give samtykke til behandling, har været prøvet af Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol i sagen Shtukurov v. Russia. Her udtalte domstolen, at den overlader staten en bred skønsmargin ved vurderingen af, om en person er i stand til at varetage egne interesser. Dette skyldes, at staten – der har direkte kontakt med patienten – er nærmere til at foretage en sådan vurdering i det enkelte tilfælde end Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol,¹² der som det klare udgangspunkt har skriftlig sagsbehandling.¹³ Domstolen prøver dog rammerne for afgørelsen, herunder om der

er proportionalitet mellem fratagelsen af handleevnen og den pågældendes mentale tilstand.

2.2.2 NÅR PATIENTEN SIGER NEJ

Det er desuden vigtigt at bemærke, at den omstændighed, at en person ikke ønsker at undergive sig en fagligt indikeret behandling, ikke i sig selv er bevis for, at personen er ude af stand til at varetage sine egne sundhedsrelaterede interesser. Dette synspunkt finder støtte i retspraksis, og Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har i sagen Plesó v. Ungarn om psykiatrisk behandling udtalt, at myndighederne skal være tilbageholdende med at sætte lighedstegn mellem en borgers modstand mod en behandling og manglende samtykkekompetence.¹⁴ Alternativet ville være en tilbagevenden til det paternalistiske udgangspunkt, som man netop har søgt væk fra i Handikapkonventionens grundlæggende principper og de øvrige menneskerettighedskonventioner, herunder Oviedo-konventionen og Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

2.2.3 GRÆNSER FOR SAMTYKKET

Hverken Handikapkonventionen eller Oviedo-konventionen indeholder en positiv afgrænsning af, hvilke sundhedsfaglige indgreb der kan gives samtykke til på vegne af et menneske, der ikke selv besidder fornøden samtykkekompetence. Konventionerne indebærer imidlertid en vis negativ afgrænsning, omend denne ikke kan betragtes som værende udtømmende, således

at alle nærmeste pårørende eller værger kan samtykke til alle andre typer indgreb.

Efter begge konventioner er der en beskyttelse mod at lade personer med svækket samtykkekompetence deltage i medicinske forsøg. Hvor Handicapkonventionens artikel 15 opstiller et decideret værn mod deltagelse uden samtykke fra den potentielle forsøgsperson, opstiller Oviedo-konventionens artikel 17 en række betingelser for, hvornår potentielle forsøgspersoner uden samtykkekompetence kan deltage i medicinske eller videnskabelige eksperimenter. Det er herunder som udgangspunkt et krav, at forsøget er til direkte fordel for den involverede patient. Det er kun undtagelsesvis muligt at udføre forsøg på personer uden samtykkekompetence ud fra et hensyn til at opnå større forståelse for den pågældendes sygdom eller tilstand. Fælles for bestemmelserne er imidlertid, at det slås udtrykkeligt fast, at der ikke kan foretages forsøg mod forsøgspersonens vilje.¹⁵ På samme måde beskyttes personer uden samtykkekompetence mod andre indgreb, der ikke har behandling af patienten for øje, herunder organdonation, og antageligt også sterilisation og abort.¹⁶

2.2.4 BESKYTTELSESMEKANISMER MOD BESLUTNINGSOVERDRAGELSE

Det er endvidere et krav efter Handicapkonventionens artikel 12, stk. 4, at der opstilles tilstrækkelige beskyttelsesmekanismer i de tilfælde, hvor en anden person inddrages i eller overtager beslutningskompetencen for

personen med handicap. Formålet hermed er at sikre, at den pågældende respekterer personen med handicaps rettigheder, vilje og præferencer, samt at der ikke er en interessekonflikt mellem parterne. Dette understøttes også af Oviedo-konventionens artikel 9, hvorefter tidligere udtrykte ønsker fra patienten skal inddrages, selvom den pågældende ikke længere er i stand til at samtykke. Dette kan eksempelvis være relevant, hvor personens handicap er opstået i voksenlivet, fx ved en hjerneskade.

Samlet set kan det siges, at personer med handicap i udgangspunktet er samtykkekompetente ligesom alle andre. Er en person med handicap i det konkrete tilfælde ikke i stand til at varetage sin samtykkekompetence på egen hånd, vil løsningen være støttet beslutningstagen. Kun hvor støttet beslutningstagen er umulig eller utilstrækkelig som følge af de konkrete forhold, fx fordi personen med handicap slet ikke formår at deltage i behandlingssituationen, vil en egentlig beslutningsoverdragelse kunne komme på tale.

2.3 TVANG

Med undtagelse af de ovennævnte krav om frivillighed ved visse indgreb forholder hverken Handicapkonventionen eller Oviedo-konventionen sig til, om det er muligt, og i givet fald i hvilket omfang, at behandle personer uden samtykkekompetence mod deres vilje, herunder om behandlingen kan gennemføres med tvang. Efter Oviedo-

konventionens artikel 7 vil personer med en alvorlig psykisk lidelse under visse betingelser kunne tvangsbehandles herfor, ligesom det efter konventionens artikel 8 er muligt at behandle ud fra nødretsbetragtninger, hvis det grundet nødretssituationen ikke er muligt at opnå et samtykke til en akut nødvendig behandling. Ingen af disse bestemmelser tager imidlertid klart stilling til spørgsmålet om tvang i forhold til somatisk sygdom i de tilfælde, hvor patienten er ved bevidsthed og klart modsætter sig behandlingen.¹⁷

2.3.1 BESKYTTELSESMEKANISMER MOD TVANG

Retten til personlig integritet og værdighed må i udgangspunktet antages at opstille et værn mod alle indgreb, uanset om der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for indgrebet. Integritet og værdighed er også beskyttet af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3 og 8, stk. 1.¹⁸ Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har i *Y.F. v. Turkey*¹⁹ udtalt, at tvungen medicinsk behandling, uanset indgrebets relativt underordnede karakter, er omfattet af beskyttelsen i artikel 8, stk. 1. Artikel 8, stk. 2, opstiller endvidere et krav om et tilstedeværende retsgrundlag, fx en klar lovbestemmelse, som forudsætning for, at der overhovedet kan gøres indgreb i den personlige frihed, samt et krav om proportionalitet, hvilket betyder, at staten skal bruge det mindst indgribende middel til at opnå formålet, fx ved at anvende støttet beslutningstagen, hvor dette er tilstrækkeligt, og kun tillade tvang,

hvor det er akut nødvendigt ud fra patientens behandlingsbehov. Endelig skal indgrebet forfølge et legitimt formål efter konventionen.²⁰

Beskyttelsen mod tvang i forbindelse med behandling må dog ses i sammenhæng med personens retlige handleevne, hvilket kan betyde, at tvang over for personer uden retlig handleevne kan bedømmes anderledes end ved spørgsmålet om tvang over for personer med fuld retlig handleevne. Selvom begge grupper har ret til autonomi og værdighed, medfører den manglende forståelse for situationens alvor, der kan ligge i den manglende handleevne, at personer med handicap kan risikere ikke at modtage nødvendig behandling, fx fordi deres handicap giver sig udslag i en kategorisk afstandtagen fra enhver form for fysisk berøring.²¹ Spørgsmålet om tvangsmæssig behandling af personer, der er frataget den retlige handleevne, mod personens egen vilje, ses ikke direkte berørt af Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol. Domstolen udtaler vedrørende samtykkekompetente personer følgende:

" [...] The imposition of medical treatment, without the consent of a **mentally competent** [forfatterens fremhævnings] adult patient, would interfere with a person's physical integrity in a manner capable of engaging the rights protected under Article 8 § 1 of the Convention."²²

Sagen omhandler en utvivlsomt samtykkekompetent kvinde, og ovenstående kan derfor ikke siges at være udtryk for en klar stillingtagen til tvang over for patienter uden samtykkekompetence. Men udtalelsen er interessant derved, at den åbner mulighed for en anden fortolkning af artikel 8 i sager, hvor patienten mangler retlig handleevne.

Dette forudsætter imidlertid, at patientens nærmeste pårørende/værgemagt ikke har modsat sig behandlingen, og såfremt der ikke er givet samtykke på patientens vegne, vil behandlingen betragtes som et indgreb i patientens ret til privatliv og fysisk integritet.²³ Domstolen udtaler i den forbindelse:

"The Court considers that, having regard to the circumstances of the case, the decision of the authorities to override the second applicant's objection to the proposed treatment in the absence of authorization by a court resulted in a breach of Article 8 of the Convention."²⁴

I forhold til en egentlig tilbageholdelse af en patient uden samtykkekompetence opstilles der i Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 5, stk. 1, litra e, et krav om hjemmel for at tage personer "of an unsound mind" i forvaring. Deri ligger ikke en selvstændig tilladelse til tvangsmæssig somatisk behandling af disse personer.²⁵ Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har i den forbindelse udtalt, at nærmeste

pårørende/værgemagts samtykke til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling ikke var tilstrækkeligt til at betragte behandlingen som frivillig og dermed ikke omfattet af artikel 5's beskyttelse af den personlige frihed.²⁶

Endelig kan retten til liv som understreget i Handicapkonventionens artikel 10, der pålægger staten en pligt til at beskytte personer med handicap mod overgreb, ikke siges at indeholde en pligt for staten til – mod personen med handicaps vilje – at gennemtvunge nødvendig behandling. Værnet i bestemmelsen retter sig således ikke mod individet selv, men med udefrakommende overgreb imod individet.

2.4 SAMMENFATNING

De menneskeretlige regler og retlige aktører tager ikke direkte stilling til situationer, hvor personer, der ikke er i stand til at varetage egne interesser, modsætter sig en sundhedsfagligt indikeret behandling.²⁷ Heller ikke i de tilfælde, hvor manglende behandling vil medføre en helbreds- eller velfærdsforringelse hos patienten, uden der er tale om et forhold, hvor behandling vil kunne legitimeres ud fra nødretsbetragtninger.

Dette skyldes formentlig, at det beskyttelsesbehov, reglerne er skabt til at værne om, er behovet for individets beskyttelse mod indgreb og overgreb fra myndighederne og andre privatpersoner, hvilket stemmer overens med principperne selvbestemmelse, værdighed og lige adgang til behandling, samt

med Handicapkonventionens opgør med en forståelse af personer med handicap som en særlig gruppe individer med andre behov og rettigheder end andre.

Omvendt har myndighederne dog en positiv pligt til at sikre, at personer ikke som følge af manglende evne til at samtykke udsættes for forhold, der kan udgøre umenneskelig eller nedværdigende behandling. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har således i en række sager fastslået, at manglende behandling, der medfører en konkret skade på patienten, kan udgøre brud på Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3,²⁸ der har samme anvendelsesområde og indhold som Handicapkonventionens artikel 15, stk. 1. Der er imidlertid ikke i sagerne tale om forhold, hvor borgeren afviser behandling, men hvor staten ikke tilbyder den nødvendige behandling, og praksis efter artikel 3 vil derfor ikke kunne udstrækkes til at indfortolke en pligt til at gennemføre en nødvendig behandling med tvang i artikel 3.

Spørgsmålet om tvang i forbindelse med nødvendig behandling af personer uden samtykkekompetence er altså ikke endeligt afklaret i international ret.

KAPITEL 3

DANSK RET

I dette kapitel beskrives de danske regler om behandling af patienter, der ikke selv er i stand til at give samtykke til behandling. Det vurderes desuden, i hvilket omfang patientens egne holdninger til behandlingen skal inddrages, og hvordan sundhedspersonalet skal forholde sig, hvis patienten afviser behandlingen.

3.1 SUNDHEDSLOVEN

De gældende regler om behandling i det somatiske sundhedsvæsen blev indført med patientretsstillingsloven i 1998²⁹ og er uændret videreført i sundhedslovens §§ 14-20.³⁰ Det fremgår udtrykkeligt af forarbejderne til sundhedsloven, at reglerne skulle bidrage til at understrege Danmarks på det tidspunkt forventede tilslutning til Oviedo-konventionen, og reglerne har da også klare lighedspunkter med konventionen.³¹

3.1.1 INFORMERET SAMTYKKE

Udgangspunktet efter dansk ret er, at patienten selv afgiver informeret samtykke til behandling eller kan vælge ikke at modtage en tilbudt behandling. Dette udgangspunkt kan alene fraviges med hjemmel i sundhedsloven eller anden lovgivning.³² Patienten har desuden ret til information om sin helbredstilstand

og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, og informationen skal gives løbende på en forståelig måde og under hensyntagen til modtagerens individuelle forudsætninger.³³ Patienten kan selv frabede sig informationen,³⁴ hvorimod sundhedspersonen ikke af egen drift kan tilbageholde denne.³⁵

Kernen i patientretten er således patientens autonomi, hvilket også afspejles i sundhedslovens formålsbestemmelse, hvorefter loven skal sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse.³⁶ Sundhedslovgivningen er endvidere rettighedsorienteret på den måde, at der tales om rettigheder for patienten, der modsvares af pligter for de sundhedsprofessionelle. Det følger eksempelvis af loven, at det er den behandlingsansvarlige sundhedspersons pligt at sikre, at der er givet den fornødne information og indhentet det fornødne samtykke til behandlingen.³⁷ Sundhedspersonens konkrete pligter fortolkes i lyset af den såkaldte professionsstandard, hvorefter sundhedspersonen er forpligtet til at udøve omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sit hverv.³⁸

I det følgende gennemgås de særlige regler, der finder anvendelse, når patienter i det danske sundhedsvæsen ikke selv er i stand til at forstå information og give samtykke til behandling.

3.2 BEHANDLING AF PATIENTER UDEN SAMTYKKEKOMPETENCE

Det kræver lovhjemmel at fratage en patient samtykkekompetencen. En sådan hjemmel findes, for så vidt angår personer, der varigt er ude af stand til at varetage deres interesser, såkaldt varigt inhabile patienter, i sundhedslovens § 18. Sundhedslovens samtykkeregler bygger ligesom Oviedo-konventionens artikel 5 og 6 på en opdeling mellem samtykkekompetente og ikke-samtykkekompetente patienter og er dermed anderledes opbygget end Handicapkonventionens artikel 12 om støttet beslutningstagen.

Sundhedslovens § 18 handler om beslutningsoverdragelse og giver mulighed for at overdrage kompetencen til at give informeret samtykke til patientens nærmeste pårørende eller værge, hvis der er tale om et personligt værgemål efter værgemålslovens § 5.³⁹ Det fremgår udtrykkeligt af sundhedsloven, at dette kun kan ske i de tilfælde, hvor det er konkret nødvendigt, og der er altså ikke tale om en generel, fremadrettet beslutningsoverdragelse.⁴⁰ Det bemærkes i den forbindelse, at det ikke er muligt at opstille en klar grænse for, hvornår beslutningskompetencen er nedsat i en sådan grad, at den

pågældende må betragtes som værende varigt inhabil.

Selv hvor det kan slås fast, at den pågældende er varigt inhabil, er det desuden ikke ensbetydende med, at denne ikke i den konkrete situation vil kunne samtykke til et indgreb. Er patienten konkret i stand til at samtykke, har den pågældende ret til dette, selvom der er udpeget en værge, eller et familiemedlem almindeligvis optræder som nærmeste pårørende. Det kan fx være tilfældet, hvis der er tale om et indgreb af så beskeden et omfang, at en person, der ikke vil kunne overskue konsekvenserne af et mere omfattende indgreb, må vurderes at have tilstrækkelig forståelse til at kunne samtykke i den konkrete situation. Den behandlingsansvarlige sundhedsperson må derfor foretage en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde af behovet for inddragelse af nærmeste pårørende eller værge.⁴¹

Hvor det er nødvendigt at overdrage beslutningskompetencen, tilgodeses hensynet til patienten derved, at denne skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre inddragelsen kan skade den pågældende, fx fordi det vurderes, at patienten ikke kan klare at få information om alvorlig sygdom. Patientens tilkendegivelser skal desuden tillægges betydning i det omfang, de er aktuelle og relevante.⁴² Der er imidlertid ikke tale om en delt beslutningskompetence, og det er således

nærmeste pårørende eller værger, der afgiver det endelige samtykke.⁴³

Det kan diskuteres, om dansk ret på dette punkt er i strid med Handicapkonventionen, der foreskriver, at personer med handicap skal inddrages ved alle spørgsmål vedrørende deres personlige forhold. Som det fremgår nedenfor, er patientens umiddelbare modstand imidlertid beskyttet i de tilfælde, hvor patienten modsætter sig behandlingen, hvorfor beskyttelsesbehovet i de tilfælde, hvor nærmeste pårørende eller værger samtykker til en behandling, kan siges at være varetaget. Derimod kan det diskuteres, om dansk ret lever op til Handicapkonventionen i de tilfælde, hvor patienten ønsker at blive behandlet, men nærmeste pårørende eller værger modsætter sig dette.

Det fremgår ikke udtrykkeligt af sundhedsloven, om den beslutning, der tages på patientens vegne, så vidt muligt skal være udtryk for patientens eget ønske, eller om beslutningen skal tages ud fra patientens bedste interesser, rent sundhedsfagligt. Princippet om støttet beslutningstagen taler for, at nærmeste pårørende eller værger i videst mulig omfang søger at tilgodese patientens egne ønsker,⁴⁴ hvilket også finder støtte i Oviedo-konventionens artikel 6 (1), som finder anvendelse ved fortolkningen af sundhedsloven. Der kan desuden argumenteres for, at det ville være i strid med Handicapkonventionens artikel 12, hvis samtykket ikke skulle gives ud fra patientens ønsker.

3.2.1 UNDTAGELSESBESTEMMELSER OG -SITUATIONER

Selvom reglerne om nærmeste pårørendes eller værgens kompetence til at give samtykke på patientens vegne bygger på en formodning om, at den pågældende ønsker at handle til patientens bedste, vil der kunne være et modsætningsforhold mellem parterne, der nødvendiggør, at samtykkekompetencen ikke kan være ubegrænset. Patienten kan fx være meget urolig eller plejkrævende, og her vil en fri adgang til at handle på patientens vegne kunne føre til en risiko for, at der fx kunne anvendes beroligende medicin i et unødvendigt stort omfang, uagtet at den behandlingsansvarlige sundhedsperson er underlagt et professionsansvar i forbindelse med ordinationen af medicinen. Omvendt kan en afmægtig pårørende også undlade at søge behandling på patientens vegne, fordi det er en uoverskuelig opgave.

Hvis nærmeste pårørende eller værger forvalter samtykkeoverdragelsen til åbenbar skade for patienten, typisk ved ikke at ville samtykke til en nødvendig behandling, kan den behandlingsansvarlige sundhedsperson gennemføre behandlingen, hvis Sundhedsstyrelsen giver sin tilslutning hertil.⁴⁵ Der er efter forarbejderne til sundhedsloven tale om en meget snæver undtagelsesbestemmelse, der ikke vil kunne anvendes, blot fordi repræsentanten ikke nødvendigvis træffer de absolut bedste beslutninger set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv på patientens vegne.⁴⁶

Sundhedspersonen er således ikke berettiget til at kontakte Sundhedsstyrelsen, blot fordi den pågældende selv ville have truffet et andet valg. Det kan diskuteres, om dansk ret her er på linje med Oviedo-konventionen, hvorefter nærmeste pårørende eller værgerne alene kan give samtykke, hvis det er til patientens "direct benefit". Det betyder, at samtykkekompetencen er positivt afgrænset, forstået på den måde, at der kun kan gives samtykke, hvis det er direkte til gavn for patienten, modsat den negative afgrænsning i sundhedsloven, hvor der kan gives samtykke medmindre det er til skade for patienten.⁴⁷

Det er desuden interessant, at sundhedslovens § 18 alene omhandler de tilfælde, hvor der rent faktisk er tale om at foretage en behandling, hvorimod bestemmelsen ikke indeholder en positiv pligt for den nærmeste pårørende eller værgerne til at opsøge behandling. Dette resulterer i et behov for, at andre omsorgspersoner og pårørende er opmærksomme på, at patienter med handicap bliver behandlet, hvis der er behov for det.

Endelig er der en række begrænsninger i sundhedsloven af nærmeste pårørendes eller værgens adgang til at handle på patientens vegne. Vedkommende kan således fx ikke på patientens vegne give afkald på behandling med blod eller blodprodukter, ligesom det er fast antaget, at den pågældende ikke kan give afkald på livsnødvendig behandling på patientens vegne.⁴⁸ Sådanne rettigheder har beslutningshabile patienter over 15 år efter

sundhedslovens kapitel 6 i den konkrete behandlingssituation.

Uagtet at reglen er ment som et værn mod skadelige beslutninger fra repræsentantens side, er det tankevækkende, særligt under hensyntagen til det menneskeretlige hensyn til patientens eventuelt tidligere udtrykte ønsker, at det tilsyneladende ikke er muligt at undlade behandling af inhabile ud fra patientens egne samvittigheds- eller religionsbetragtninger. Har patientens tidligere udtrykte ønsker været fremført på et tidspunkt, hvor denne var beslutningshabil, ville det stride mod selve kernen af patientautonomien, hvis tidligere udtrykte ønsker ikke skulle kunne udstrækkes til den situation, hvor patienten ikke længere kan samtykke. Denne problemstilling er søgt løst med lovforslaget om fremtidsfuldmagter, der er vedtaget den 12. maj 2016,⁴⁹ hvorefter voksne habile patienter kan give fuldmagt til, at en eller flere personer kan handle på den pågældendes vegne blandt andet vedrørende personlige forhold.⁵⁰ Forslaget giver imidlertid ikke mulighed for at gennemtvinge en behandling, som den inhabile patient modsætter sig, uanset om der er givet fuldmagt hertil, ligesom fuldmagten ikke fritager den behandlingsansvarlige sundhedsperson fra at foretage en sundhedsfaglig vurdering. Det bemærkes desuden, at fuldmægtigens kompetencer på den inhabile patients vegne ikke omfatter de særlige behandlingstiltag efter sundhedslovens kapitel 6.⁵¹ Som nævnt omhandler fremtidsfuldmagten endvidere alene patienter, der på et tidspunkt i deres

voksenliv har været i stand til at afgive en fremtidsfuldmagt. Også hvor patienten som følge af en medfødt funktionsnedsættelse aldrig har været i stand til at give et selvstændigt samtykke til behandling, bør dennes ideologisk funderede modstand mod fx behandling med blod imidlertid tillægges vægt ved, at patientens synspunkter inddrages i den behandlingsansvarlige sundhedspersons beslutning om at iværksætte en behandling. Sundhedslovens begrænsning af nærmeste pårørendes/værgens samtykkekompetence på dette punkt⁵² må derfor skulle forstås sådan, at fx en afvisning af behandling med blod eller blodprodukter under henvisning til den nærmeste pårørende eller værgens personlige religion eller ideologi ikke vil skulle respekteres, hvorimod den inhabile patients egne ønsker skal.

Sammenfattende kan det siges, at nærmeste pårørende eller værger alene kan samtykke til nødvendig behandling, og at samtykkekompetencen på patientens vegne ikke rækker længere end til at sikre den nødvendige behandling. Nærmeste pårørende eller værger skal desuden i videst muligt omfang handle ud fra de ønsker, patienten selv måtte have for behandlingen.

3.3 NÅR PATIENTEN MODSÆTTER SIG BEHANDLING

Det følger af sundhedsloven, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov. Samtykke til

behandling er desuden frit tilbagekaldeligt.⁵³ Sundhedsloven opstiller dermed et krav om lovhjemmel for magtanvendelse og tvang,⁵⁴ hvilket er i overensstemmelse med grundlovens § 71 om indgreb i den personlige frihed efter dansk ret, og Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8, stk. 2.

Mens der i psykiatriloven findes en række muligheder for tvang over for personer med psykisk sygdom, herunder gennem tvangsbehandling af den psykiske lidelse, er der ikke nogen generel bestemmelse i sundhedsloven, der giver adgang til med tvang at gennemføre somatisk behandling.⁵⁵

Der er i april 2016 vedtaget en ændring af sundhedsloven, som træder i kraft den 1. august 2016.⁵⁶ Ændringen giver sundhedspersoner mulighed for at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte varigt inhabile patienter og for i helt særlige tilfælde fysisk at kunne tilbageholde eller tilbageføre disse patienter til sygehuset, som de har forladt eller er ved at forlade. Hvis patienten i ord eller handling modsætter sig anvendelsen af personlige alarm- og pejlesystemer, kan overlægen under visse omstændigheder med samtykke fra patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig beslutte at anvende systemerne mod patientens vilje. Ændringsforslagets målgruppe er navnlig ældre, demente patienter, der har forladt landets sygehuse og i den forbindelse er kommet til skade. Lovforslaget skal på

afbalanceret vis tilgodese både hensynet til beskyttelsen af patienten over for patientens selvbestemmelsesret. Samtidig skal det fastsætte en retlig ramme, der sikrer patienterne den fornødne retssikkerhed.

Sundhedsloven vil derimod fortsat ikke indeholde hjemmel til behandling i de tilfælde, hvor patienten i ord eller handling modsætter sig behandlingen. Den omstændighed, at en pårørende eller værge (eller frem over en fremtidsfuldmægtig) har samtykket på vegne af et menneske med handicap, er ikke tilstrækkelig til, at behandlingen kan gennemføres mod patientens vilje. Selvom samtykkekompetencen ligger hos nærmeste pårørende eller værger (eller fremtidsfuldmægtigen), ligger der altså ikke heri en kompetence til at samtykke til at lade behandlingen gennemføres med tvang.⁵⁷

Indgreb i den personlige frihed er således undergivet et krav om klar lovhjemmel, uanset om den person, der gøres indgreb over for, ikke selv er i stand til at samtykke til behandling.

3.3.1 VERBAL OVERTALELSE KAN VÆRE MAGT

Det har givet anledning til en vis tvivl i den juridiske litteratur, om beskyttelsen af den inhabile patient i form af kravet om lovhjemmel til indgrebet, alene omhandler overvindelse af fysisk modstand, eller om det er tilstrækkeligt, at patienten modsætter sig behandlingen verbalt.⁵⁸ Sagt på en anden måde, om der kun er tale om magtanvendelse, hvis der anvendes fysisk magt.

Eftersom kravet om klar lovhjemmel har til formål at beskytte personen mod indgreb i dennes integritet, vil det forekomme dybt problematisk, hvis beskyttelsen alene rakte til patienter, der selv kunne gøre fysisk modstand, men derimod ikke omfattede fx personer med delvis eller fuldstændig lammelse. Det antages derfor, at den menneskeretlige såvel som den nationale beskyttelse af patientens integritet også gælder, hvor der alene udøves verbal modstand. Dette er også kommet direkte til udtryk i det verserende lovforslag om ændring af sundhedsloven (mulighed for anvendelse af alarm- og pejlesystemer på sygehuse og tilbageholdelse af patienter m.v.) og i bemærkningerne hertil.⁵⁹

Denne fortolkning ses også anvendt af Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn, der behandler klagesager på sundhedsområdet. Nævnet har således i en konkret sag udtalt, at sundhedsloven ikke giver mulighed for, at en sundhedsperson kan behandle en patient uden samtykkekompetence, hvis denne i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles. Sagen omhandlede rektal temperaturtagning under anvendelse af magt, herunder fastholdelse på en ældre, svækket og dement patient, altså et spørgsmål om fysisk magtanvendelse.⁶⁰

3.3.2 SÆRLIGT OM SKJULT MEDICINERING

Et spørgsmål, man ofte mødes med fra sundhedsfaglig side, er, om det er tilladt at anvende såkaldt skjult medicinering. Altså at give patienten eksempelvis beroligende

medicin, uden at patienten er klar over det. Argumentet fra sundhedspersonalets side er, at det opleves som mindre indgribende at skjule medicinen i patientens mad- eller drikkevarer end at anvende fysisk tvang.

Uagtet, at der bestemt kan argumenteres for, at den oplevede tvang, også fra patientens side, er mindre end ved fysisk at skulle gennemtvunge medicinindtagelsen, er der utvivlsomt tale om en tvang, der kræver lovhjemmel. At manipulere patienten til at tage medicin, som patienten ikke har haft mulighed for at forholde sig til, er et indgreb i den personlige integritet og autonomi og derfor omfattet af selve kerneområdet for hjemmelskravet.

3.3.3 MAGTANVENDELSE EFTER SERVICELOVEN

Ved siden af de sundhedsretlige regler findes der i Serviceloven en snæver adgang til at anvende magt i forhold til en gruppe af voksne med nedsat psykisk funktionsevne, der modtager visse former for personlig og praktisk hjælp.⁶¹ Den personlige hjælp kan bestå i hjælp til at løse hygiejneopgaver, herunder eksempelvis tandrensning.

Heller ikke disse regler giver mulighed for magtanvendelse/tvang til egentlig sundhedsfaglig behandling, da formålet netop skal være at løse hygiejneopgaver, og bestemmelserne desuden alene giver mulighed for magtanvendelse til det ansatte plejepersonale og kun i en tidsmæssigt begrænset periode.

3.3.4 FRIHEDSBERØVELSE

Endelig skal det tilføjes, at, hvis patienten tilbageholdes mod sin vilje, kan der desuden være tale om en frihedsberøvelse i grundlovens forstand, uanset om nærmeste pårørende eller værger har givet samtykke til tilbageholdelsen, hvilket medfører en ret til domstolsprøvelse af tilbageholdelsens lovlighed.⁶² Det bemærkes i den forbindelse, at den rettlige beskyttelse af personer, der er frihedsberøvet uden for strafferetsplejen, alene iværksættes efter begæring fra den frihedsrøvede patient eller den nærmeste pårørende eller værge, der handler på patientens vegne. Dette gør sig også gældende i forhold til klager over den sundhedsfaglige behandling og betyder, at patienten, dennes nærmeste pårørende eller værger aktivt skal anmode om, at sagen indbringes for domstolene.

Det kan diskuteres om de danske regler her i overensstemmelse med Handicapkonventionens artikel 12, stk. 4s, krav om omfattende og passende beskyttelsesmekanismer ved indgreb i eller begrænsninger af den enkeltes selvstændige rettigheder, herunder samtykkeoverdragelse. En beskyttelsesmekanisme, der alene træder i kraft efter anmodning, forudsætter således, at patienten selv er i stand til at håndhæve sine rettigheder eller har en aktiv og kompetent nærmeste pårørende eller værge, samt at der er enighed mellem parterne. Er nærmeste pårørende eller værger og sundhedspersonen enige om at gennemtvunge en behandling mod patientens vilje, uanset at dette er i strid med

lovgivningen, står personen med handicap desuden tilbage med en rettighed, som denne reelt ikke er i stand til at gøre gældende.

Konklusionen på ovenstående er, at konsekvensen af, at patienten i ord eller handling modsætter sig behandlingen, er, at der kræves et lovgrundlag for, at behandlingen kan gennemføres med tvang. Et sådant grundlag findes ikke i sundhedsloven og kun i begrænset omfang i serviceloven, hvorfor der alene vil kunne anvendes tvang i nødretslignende situationer, hvor patientens tilstand er så alvorlig og behandlingsbehovet så akut, at tilsidesættelse af patientens ønske kan være acceptabelt. Behovet for behandling skal med andre ord klart overstige hensynet til patientens egne ønsker, og eftersom man tilsidesætter klare lovregler om frivillighed, skal der være tale om et endog særdeles påtrængende behandlingsbehov, som samfundet kan føle sig tvunget til at varetage.

Nødretsbestemmelsen er en snæver undtagelsesbestemmelse, der alene kan anvendes i nødstilfælde, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet.⁶³

3.4 PATIENTENS SELVBESTEMMELSE VERSUS FAGPERSONENS OMSORGSPLIGT

Hverken de danske eller de internationale regler indeholder noget værn for patienten mod dennes egne beslutninger i de tilfælde, hvor denne som følge af sit handicap ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin

modstand mod en behandling og derfor risikerer at blive udsat for en væsentlig og for patienten uforudset helbredsforringelse, hvis modstanden respekteres. Beskyttelse mod egne dårlige beslutninger er altså ikke en generel menneskerettighed, hvilket understreges af, at der kræves klar hjemmel for tilbageholdelse og tvangsbehandling af patienter med psykisk sygdom efter Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 5 og krav om klar lovhjemmel for indgreb i privatlivet efter artikel 8. Mens Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har accepteret indgreb i forældres ret til at samtykke på deres børns vegne,⁶⁴ er der i forhold til voksne patienter hverken i retspraksis eller litteraturen taget stilling til, hvordan man uden for det psykiatriske område skal forholde sig til patientens selvskadende beslutninger, uanset om disse er udslag af dennes nedsatte funktionsevne. Når dette problem ikke er behandlet i reglerne, skyldes det formentlig, at mennesker med handicap har krav på den samme beskyttelse mod myndighedernes indgreb, hvorfor fokus i reglerne er på at sikre denne beskyttelse.⁶⁵

3.4.1 PATIENTER MED OG UDEN SAMTYKKEKOMPETENCE

Problemstillingen om konsekvensen af patientens modstand nødvendiggør en opdeling i patienter med og uden samtykkekompetence, da afvisning fra patienter med samtykkekompetence af en nødvendig behandling vil ske på et fuldt informeret grundlag, mens afvisning fra patienter uden

samtykkekompetence ikke nødvendigvis vil indebære, at de har forstået konsekvenserne af deres modstand.

Det har tidligere i den juridiske litteratur været gjort gældende, at børns rettigheder kan inddeles i to overordnede grupper, henholdsvis selvstændige rettigheder og trygheds- og beskyttelsesrettigheder, hvoraf sidstnævnte også indeholder en ret til ikke selv at skulle træffe afgørelser.⁶⁶

En lignende inddeling har ikke været søgt foretaget, for så vidt angår voksne uden samtykkekompetence, hvilket i udgangspunktet er fornuftigt henset til den risiko, der vil være for misbrug af en adgang til at tilsidesætte den voksne inhabiles selvstændige rettigheder ud fra en, mere eller mindre velbegrundet, henvisning til dennes " eget bedste".

Inden for psykiatrien har lovgiver i de senere år søgt at styrke patientens retsstilling, også hvor denne ikke aktivt er i stand til at modtage information og give samtykke, og dermed forladt den tidligere paternalistiske tilgang til den psykiatriske patient som et rent beskyttelsesobjekt. Dette giver sig udtryk ved, at psykiatrilovens krav om klar og tydelig lovhjemmel for indgreb og bestemmelser om domstolskontrol både beskytter voksne patienter, der aktivt modsætter sig en behandling, og voksne patienter, der udviser passivitet, fordi de ikke kan eller vil give samtykke.⁶⁷ En lignende styrkelse kan siges at ligge i forslaget om fremtidsfuldmagter, men

det skal i den forbindelse påpeges, at disse alene beskytter patienter, der på et tidligere tidspunkt har taget klar stilling til deres fremtidige behandlingsønsker, og retsstillingen for patienter, der ikke har gjort dette, eventuelt fordi de aldrig har været i stand til det, er således uændret.

3.4.2 DILEMMA

De nuværende regler indebærer mulighed for, at der opstår situationer, hvor der er et sundhedsfagligt behov for behandling, fordi manglende behandling vil medføre en helbredsforringelse eller stærke smerter hos patienten, men hvor patienten modsætter sig behandlingen. Dette kan fx være tilfældet, hvor der ikke foretages en sundhedsfagligt indiceret tandbehandling, hvilket resulterer i smerter for patienten, et fremadrettet større behandlingsbehov samt risiko for stigmatisering som følge af synligt dårlige tænder og dårlig mundhygiejne. Her vil den manglende behandling kunne opfattes som et omsorgssvigt over for en patient, hvor der netop er sket beslutningsoverdragelse for at sikre, at nødvendig behandling kan ske.⁶⁸ Det sundhedspersonale, der skal udføre behandlingen, vil kunne opleve, at de ikke kan leve op til den omsorgspligt, der ligger i autorisationslovens § 17 om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres hverv. Ikke desto mindre vil en kategorisk tilsidesættelse af patientens synspunkter under henvisning til, at patienten ikke kan forstå konsekvenserne af disse, konkret kunne være en krænkelse af den personlige frihed.

Den sundhedsprofessionelle, som er ansvarlig for behandlingen, vil med andre ord kunne stå i situationer, hvor dennes faglighed tilsiger, at der iværksættes en behandling, da alternativet vil være et omsorgssvigt, men hvor behandlingen alene kan gennemføres ved anvendelse af tvang, som ikke er tilladt.

3.5 RETSGRUNDLAG FOR TVANG

Regler om tvang kan overordnet set indrettes på tre måder.

- I form af regler, som tillader anvendelsen af tvang uden nærmere begrænsning i, hvilke typer behandling der kan være tale om
- Som detaljerede regler, der giver det sundhedsfaglige personale adgang til at gennemtvinge helt specifikke behandlinger med tvang.
- Kompetencen flyttes til en uafhængig instans, som Embedslægeinstitutionen eller et andet organ under Sundheds- og Ældreministeriet.

Mens der i førstnævnte løsningsmodel ligger en indbygget risiko for magtmisbrug ved, at bestemmelsens krav om nødvendighed fortolkes for bredt, ligger der i den anden løsningsmodel den indbyggede problematik, at klare regler nødvendigvis skal fortolkes efter ordlyden og derfor medfører, at behandlingstyper, der ikke er taget højde for i de specifikke regler, ikke vil kunne gennemføres, selvom behovet vil være lige så stort som i de tilfælde, hvor reglerne tillader dette. Denne

reguleringsmåde kendes fra servicelovens regler om magtanvendelse over for både voksne og (anbragte) børn, og giver anledning til en række problemstillinger i praksis i alle de uforudsete situationer, der jævnlige opstår.

Uanset hvilken af de to første løsningsmodeller man ville vælge, vil det være nødvendigt, at beslutningen om at anvende tvang tages af en person med fornøden sundhedsfaglig kompetence, og retssikkerhedsbetragtninger taler for, at beslutningen ikke kan overlades alene til den sundhedsperson, der skal udføre behandlingen, men skal tiltrædes af en anden sundhedsperson med samme faglige indsigt på området, som ikke har deltaget eller skal deltage i behandlingen. En sådan løsning kendes allerede fra de almindelige behandlingstilfælde, hvor en varigt inhabil patient ikke har nogen nærmeste pårørende eller værge, og vil derfor ukompliceret kunne overføres til også at omfatte situationer, hvor der skal anvendes tvang.⁶⁹

Endelig skal det bemærkes, at også løsningsmodellen med en uafhængig instans rejser nogle problemstillinger, da en sådan proces, hvor der skal indhentes en forudgående tilladelse, vil være tidskrævende og vil kunne forsinke behandlingen af en lidelse, der indebærer smerter for patienten. Det kan i den forbindelse overvejes, om der skulle kunne ansøges om en samlet tilladelse til tvang i forbindelse med et behandlingsforløb af længerevarende karakter, fx ved et massivt behov for tandbehandling eller som

led i behandlingen af en infektion. Her vil behandlingsbehovet strække sig over længere tid, og det vil derfor være bedst i tråd med Handicapkonventionens artikel 12, stk. 4's, krav om effektive beskyttelsesmekanismer, hvis beslutningen om tvang hvilede på et sikkert grundlag i form af en tilladelse fra et organ med såvel lægefaglig som juridisk viden, der også vil kunne påse, at tvangen ikke får et unødvendigt omfang rent tidsmæssigt. Når en sådan tilladelse ikke vil være egnet ved enkeltstående behandlinger, skyldes det, at behovet for tvang vil kunne opstå uventet, og at den sagsbehandlingstid, der ville være, vil kunne siges at være uproportional med det indgreb, en helt kortvarig, enkeltstående tvang vil udgøre, fx hvor der blot skal tages en enkelt blodprøve. Spørgsmålet må i sidste ende overlades til lovgiver.⁷⁰

3.5.1 PROCESSUEL BESKYTTELSE

Uanset hvilken løsning der vælges, er det nødvendigt med en ordentlig processuel beskyttelse af den patient, der udsættes for tvang. Som nævnt ovenfor kan der argumenteres for, at den nuværende løsning i sundhedsloven, hvor alle patientens rettigheder i udgangspunktet udøves af den samme repræsentant,⁷¹ ikke er tilstrækkelig til at sikre, at patientens behov varetages, og dette argument gælder desto mere, hvor der er tale om magtanvendelse. Her kunne der med vægt argumenteres for en løsning lig den, der findes i psykiatriloven,⁷² hvorefter patienter, der udsættes for tvang i det psykiatriske sygehusvæsen, får udpeget en patientrådgiver,

der skal vejlede og bistå patienten i forbindelse med dennes indlæggelse og derigennem sikre, at patientens rettigheder, herunder adgang til at klage eller kræve en tilbageholdelse indbragt for domstolene, iagttages.

Det bemærkes i den forbindelse, at alt behandlingsansvarligt sundhedspersonale i Danmark er autoriseret af Sundhedsstyrelsen og kan miste deres autorisation, hvis de gør sig skyldige i grove forsømmelser, ligesom de i særligt alvorlige tilfælde kan straffes for deres virksomhed.⁷³

Endelig kan der klages over den enkelte sundhedspersons virke. Derved adskiller sundhedspersonalet sig fra det personale, der anvender magt efter servicelovens regler, hvor der ikke kræves en særlig faglig baggrund og ikke gælder et personligt ansvar, og man kan derfor argumentere for, at sundhedspersoner bør kunne overlades flere beslutningsbeføjelser.

De ovennævnte betragtninger har en række fællestræk med de regler, der blev indført i den norske Patient- og brugerrettighetslov i 2006, som behandles i kapitel 5.

3.5.2 PROPORTIONALITET

Skal der etableres en retlig mulighed for tvang, vil det ud over et lovgrundlag helt overordnet set være en forudsætning, at tvangen sker på et objektivt grundlag, altså ud fra et reelt behandlingsbehov, samt at tvangen er så kortvarig og så lidt indgribende som muligt.

For i videst muligt omfang at sikre respekten for patientens autonomi vil det desuden være nødvendigt at forholde sig til, hvad der er baggrunden for patientens modstand mod behandlingen. Er modstanden begrundet i et fravalg af selve behandlingen, fx fordi den pågældende får det dårligt af medicinen, eller blot i den kortvarige ubehag forbundet hermed?⁷⁴ Her er det vigtigt at huske på, at den gruppe patienter, der er tale om, typisk ikke vil have den samme fornemmelse for tid som patienter med samtykkekompetence, hvorfor de ikke vil kunne overskue at acceptere kortvarig smerte, da de netop ikke kan forstå, at ubehaget eller smerten er forbigående, og at det ubehag eller den smerte, som de vil opleve senere, kan være værre. En modstand på denne baggrund vil derfor ikke, hvis magtanvendelse skal tillades, skulle tillægges den samme vægt som en modstand mod selve behandlingen eller dennes udfald.

Det vil derudover være nødvendigt at forholde sig til behandlingens nødvendighed, herunder prognosen med/uden behandling.

Endelig vil proportionalitetsbetragtninger tilsige, at der vil være grænser for, hvor meget tvang der kan anvendes, også ved en sundhedsfagligt nødvendig behandling. Tvungen må således aldrig have karakter af umenneskelig eller nedværdigende behandling, som Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3 beskytter imod.

3.5.3 INDBERETNINGSSYSTEM

For at monitorere den anvendte tvang og sikre, at der er en vis ensartethed i niveauet for anvendelsen af tvang, vil det desuden være hensigtsmæssigt med et indberetningssystem, hvor den behandlingsansvarlige sundhedsperson registrerer den anvendte tvang.

Et sådant system kan laves som indberetninger til et tilsyn, lig indberetningssystemet i psykiatriloven, hvor den behandlingsansvarlige overlæge skal indføre oplysninger om tvangsbehandling i en såkaldt tvangsprotokol, som patienten via sin patientrådgiver har adgang til, skal rådføre sig med uafhængige overlæger, hvis tvangen har en vis varighed, og skal indberette til Sundhedsstyrelsen, hvis en tvangsfiksering varer over 30 dage.⁷⁵ Alternativt kan der laves en anonym indrapportering lig den, der findes ved utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Sidstnævntes formål er ikke at kunne iværksætte sanktioner, men derimod at overvåge området for fejlbehandlinger og dermed skabe systematisk læring herom for at hindre, at der begås fejl i fremtiden. Et lignende system i forhold til tvang vil have den fordel, at de relevante myndigheder vil blive opmærksomme på, hvor behovet for eventuelle specialregler er størst, samtidig med at det kan vurderes, om der anvendes tvang i et uacceptabelt omfang.⁷⁶

3.6 SAMMENFATNING

Spørgsmålet om behandling af personer uden samtykkekompetence under anvendelse af

tvang er juridisk set meget kompliceret. Dette skyldes, at der er tale om regler, der skal sikre, at patienter beskyttes fra integritetskrænkelser fra sundhedspersonalets og sundhedsvæsnets side. Regler, som giver mulighed for at anvende tvang, kan dog være med til at understøtte, at patienter med handicap ikke udsættes for væsentlige helbredsforringelser, selvom deres handicap giver sig udslag i, at de modsætter sig nødvendig behandling, fordi de ikke forstår behovet for behandlingen og konsekvenserne af ikke at blive behandlet.

De nuværende regler forholder sig ikke til det dilemma, der kan opstå, når manglende behandling risikerer at føre til et omsorgssvigt over for en patient, der ikke selv er i stand til at give et informeret samtykke til behandling. Som det fremgår af det følgende kapitel om praksis i Danmark, håndteres dette dilemmafyldte område ganske forskelligt. Endelig kan det diskuteres, om klagereglerne i deres nuværende form i tilstrækkelig grad sikrer den inhabile patients rettigheder.

KAPITEL 4

DILEMMAER I PRAKSIS

Omdrejningspunktet for denne rapport er, hvorvidt det danske sundhedsvæsen med det nuværende lovgrundlag understøtter, at behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom har lige adgang til sundhed og dermed mulighed for at indfri denne menneskerettighed.

I nærværende kapitel skitseres praksis og oplevelse af det dilemmafyldte område, hvor de sundhedsprofessionelles og de pårørendes omsorg skal balanceres i forhold til patientens selvbestemmelse og integritet.⁷⁷

Kapitlet er struktureret efter følgende hovedtemaer: Efter en gennemgang af datagrundlaget for analysen skitseres den udvikling, som har kendetegnet området de seneste årtier. Herefter gennemgås en række dilemmaer: anvendelse af uhjemlet tvang i dag, overbehandling versus underbehandling, hvilke somatiske tilstande det kan være nødvendigt at behandle med tvang, hvem de varigt inhabile er, hvad tvang er, og hvorfor tvang kan være den letteste løsning, og endelig hvordan den nuværende lovgivning opleves som vilkårlig. Afslutningsvist præsenteres nogle af de

erfaringer, der er gjort med en Patient- og brugerrettighedsloven i Norge.

4.1 DATAGRUNDLAG

Illustrationen af dilemmaerne i praksis er sammensat af dels viden og eksempler fundet gennem desk study, dels viden og eksempler genereret gennem interviews med en række sundhedsprofessionelle og pårørende til varigt inhabile. Ambitionen med denne viden er at give indsigt i, hvilke dilemmaer der kan være på spil, og hvordan de kan håndteres i praksis. Derimod er der ikke tal om data, som kan generaliseres til alle situationer, hvor en varigt inhabil modsætter sig behandling for somatisk sygdom.

4.1.1 INTERVIEWPERSONER

Institut for Menneskerettigheder har gennemført interviews med følgende:

- Mor til datter i 30'erne med udviklingshæmning (Pårørende 1)
- Pårørende og værge til ældre mand med udviklingshæmning (Pårørende 2)
- Socialpædagog gennem flere årtier på forskellige bosteder (Socialpædagog)

- Søster til ældre kvinde med svær udviklingshæmning (Pårørende 3)
- Tandlæge gennem flere årtier ved kommunal specialtandlæge (Tandlæge 1)
- Tandlæge gennem flere årtier ved kommunal specialtandlæge (Tandlæge 2)
- Tandlæge i flere år ved kommunal børne- og ungdomstandpleje (Tandlæge 3)
- Tandlæge ved kommunal specialtandlæge (Tandlæge 4).

Tandlæger er udvalgt som faggruppe af flere årsager. For det første er tandplejen organisatorisk sådan inddelt, at det er bestemte klinikker, som modtager varigt inhabile (kommunale specialklinikker). Det er derfor forholdsvist enkelt at identificere tandlæger, som med stor sandsynlighed har erfaring med målgruppen. Dette er modsat eksempelvis praktiserende læger, som ikke har den inddeling, hvorfor der statistisk vil gå meget lang tid imellem, at den enkelte læge har en varigt inhabil i konsultation. For det andet viser evalueringen af lovgivningen om anvendelse af tvang inden for somatikken i Norge, at 13 procent af alle godkendte tvangsanvendelser er i tandplejen.⁷⁸ Der er således tale om en profession, som må antages at ville anvende tvang i fremtiden, hvis der lovgivningsmæssigt åbnes op for det. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at nogle af de dilemmaer, tandlægerne står over for, ikke nødvendigvis er til stede for andre sundhedsprofessionelle og omvendt. Alene af denne grund kan nærværende analyse ikke generaliseres til at gælde alle sundhedsprofessionelle.

Endvidere er der gennemført interview med en enkelt socialpædagog.

Der er ikke gennemført interviews med dem, det hele handler om: personer, som er varigt inhabile og har været eller er i risiko for ikke at modtage behandling, fordi de modsætter sig. Grunden hertil er for det første, at gruppen er karakteriseret ved at have store kommunikationsvanskeligheder. For det andet, at gruppen er karakteriseret ved at have et meget lavt forståelsesniveau. Og for det tredje, at der er en risiko for, at en samtale med en fremmed vil kunne påvirke negativt på deres sindstilstand.⁷⁹

4.1.2 FREMGANGSMÅDE

I forbindelse med alle interviews er der anvendt en semistruktureret interviewguide for at sikre, at de mest relevante spørgsmål er blevet berørt. Interviewguiden findes i bilag 1. At interviewene har været semistrukturerede, vil sige, at temaer og spørgsmål er forberedt inden interviewet, men at det samtidig er muligt, at interviewene har bevæget sig væk fra disse.

Interviewpersoner er under et interview bevidste om, hvem de taler med, og indretter samtalen derpå. Der er således ikke tale om, at instituttet gennem interviewene har opnået neutrale svar fra interviewpersonerne. Den emnemæssige ramme for interviewene har været at få belyst de dilemmaer, der kan opstå, når en varigt inhabil modsætter sig behandling i forbindelse med somatisk sygdom. Dette perspektiv kan have den indvirkning, at kritiske

perspektiver på den nuværende situation og lovgivning har fået mere plads i interviewene end forhold, som taler for det ønskværdige ved den nuværende praksis og lovgivning. Det er dog tilstræbt, at de positive elementer, der måtte være ved det nuværende, også er blevet belyst.

Interviewene er optaget og efterfølgende transskriberet med henblik på at opnå et overblik over materialet samt at kunne anvende de mest relevante udsagn. I overensstemmelse med almindelige principper for indsamling og anvendelse af kvalitative interviews til brug for undersøgelser som denne er data behandlet fortroligt. Således er citaterne i rapporten anonymiseret, hvilket også indebærer, at titler, sted- og personnavne i nødvendigt omfang er ændret. Endvidere er de anvendte citater i begrænset omfang rettet til for at sikre en vis læsevenlighed. Eksempelvis kan gentagelser af ord være fjernet.

4.2 UDVIKLING OVER TID

Det fremgår af flere af interviewene med både pårørende og de professionelle, at der tidligere er blevet brugt langt mere tvang, end tilfældet er i dag. En tandlæge fortæller eksempelvis:

”Der er en historie, der hedder, at man lavede overgreb tidligere over for de her mennesker. Det har jeg faktisk selv været med til, vil jeg sige. Jeg er så gammel nu, at jeg da godt kan huske, da vi holdt folk, der var udviklingshæmmede, når vi lavede tænder på dem. Jeg kan huske

engang, hvor jeg arbejdede et sted, hvor klinikassistenterne var trænet i at sætte sig oven på patienter, mens de lå i tandlægestolen. Og det er jo den historie, vi bærer rundt på.” (Tandlæge 1)

Flere af interviewpersonerne giver udtryk for, at det er en barsk historie, de bærer med sig, og som nogle har vanskeligt ved at forson sig med. Samtidig giver flere udtryk for, at sådan som praksis er i dag, hvor ”tingene har ændret sig meget” (Tandlæge 1), også er en uholdbar og vanskelig situation.

Der er således tale om en vægtskål, hvor vægten gennem flere årtier har indebåret en udbredt, uhensigtsmæssig og uværdig brug af tvang, mens vægten ifølge nogle i dag er endt der, hvor ingen tvang (principielt) anvendes. Hvilket har resulteret i en situation, som også skaber uhensigtsmæssige og uværdige situationer for nogle varigt inhabile.

”[...] Enten bruger vi magt, eller også lader vi stå til. Og så svigter vi dem. Det er det dilemma og den vægtskål, man hele tiden står med. Hvor plaget er de, og hvor plaget bliver de af, at vi lader være med at behandle dem i forhold til den magt af forskellig art, altså anæstesi og [...] præmedicin. Det er sådan en vægtskål, vi hele tiden arbejder med.” (Tandlæge 2)

4.2.1 POLITISK FOKUS

Siden 2011 har der været et politisk fokus på de dilemmaer, som opstår i praksis som følge af den gældende lovgivning: at professionelle og pårørende kan opleve det som omsorgssvigt, når varigt inhabile modsætter sig behandling og derfor ikke behandles eller undersøges.

I 2011 forsøgte en række organisationer således at få daværende sundhedsminister Bertel Haarder til at finde en løsning på den uholdbare situation. Ministeren bad i april 2011 Etisk Råd om at tage stilling, om der i lovgivningen burde være hjemmel til at behandle varigt inhabile patienter, der undlader at give samtykke til behandling og eventuelt også rent fysisk modsætter sig den. I oktober 2011 anbefaler rådet blandt andet, at der bør være hjemmel i lovgivningen til at behandle inhabile demente, som ikke samtykker til behandling og eventuelt rent fysisk modsætter sig den.⁸⁰ Rådet peger blandt andet på, at hvis behandlingen er i patientens interesse, kan det være omsorgssvigt ikke at behandle.

Det samme gjorde en lang række organisationer. Således pegede Alzheimerforeningen, Landsforeningen LEV, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Socialpædagogernes Landsforbund og Lægeforeningen på et møde med sundhedsministeren på, at det er nødvendigt at ændre sundhedsloven, så sundhedspersonale kan behandle demente og inhabile patienter, så de kan få den behandling, som de har brug for.⁸¹

I slutningen af 2011 lovede daværende sundhedsminister Astrid Krag at justere loven inden for et år. Det er dog endnu ikke sket i 2016. Heller ikke selvom den nuværende sundheds- og ældreminister Sophie Løhde har udtalt, at hun "vil lægge [sig] i selen for, at jeg bliver den sundhedsminister, som får ændret reglerne på området".⁸²

4.3 HVOR OFTE ANVENDES TVANG?

Omfanget af anvendt tvang i forbindelse med somatisk sygdom kendes ikke. Det skyldes blandt andet, at brug af tvang ikke er tilladt i forbindelse med behandling af somatisk sygdom, undtagen i nødretssituationer. Den tvang, der måtte anvendes, er uhjemlet og registreres derfor næppe, hvorfor det er meget vanskeligt at opnå troværdig viden om det reelle omfang.

Det er dog gennemgående, at personer med kendskab til området vurderer, at tvang sker i et eller andet omfang. Eksempelvis udtaler konstitueret afdelingsleder i Tilsynsenheden i Herning Kommune Pia B. Strandbygaard til fagbladet Socialpædagogen, at det er hendes fornemmelse, at det relativt ofte sker, at en pædagog holder en person med udviklingshæmning i hånden, når denne skal have taget en vigtig blodprøve – og at pædagogen så holder hånden fast, hvis borgeren prøver at trække den til sig, når sygeplejersken kommer med nålen.⁸³ Ligesom en undersøgelse gennemført af FOA i 2011 viste, at fire ud af ti sosu-medarbejdere har prøvet at skjule medicin i maden for at få en dement borger til at tage den.⁸⁴

Endvidere har Ombudsmanden i 2016 udgivet en temarapport om enkeltmandsprojekter, som også dokumenterer en række eksempler på, at tvang finder sted.⁸⁵ Ombudsmanden gennemførte i 2015 tilsynsbesøg på 14 institutioner dækkende i alt 79 voksne personer, der har en varig funktionsnedsættelse, som skyldes udviklingshæmning, senhjerneskade og/eller autismespektrum-forstyrrelser eller andre gennemgribende udviklings-forstyrrelser samt udviser problemskabende adfærd, som kræver personalenormering på mindst 1:1.

Ombudsmandens tilsyn viser, at på mere end halvdelen af de besøgte institutioner er der borgere, for hvem det er meget angstprovokerende at skulle til tandlæge, læge eller på hospitalet for at få foretaget tandfyldning eller rensning af tænderne, få taget blodprøver eller andre undersøgelser og operationer. Problemerne opstår, når borgeren sætter sig fysisk til modværge i forhold til nødvendige undersøgelser eller behandling. Konsekvensen er i flere tilfælde, at de ansatte finder det nødvendigt at anvende tvang til at fastholde borgeren, så den nødvendige behandling eller undersøgelse kan gennemføres. Der er forskellig praksis for, hvorvidt sådan anvendelse af uhjemlet tvang er indberettet.

Også de interviewpersoner, som Institut for Menneskerettigheder har talt med, giver udtryk for, at behandlingsafvisende varigt inhabile i et eller andet omfang behandles med tvang.

”Mange af de udviklingshæmmede bliver holdt, når der bliver taget blodprøver.”
(Socialpædagog)

En pårørende, som er mor til en midaldrende kvinde med udviklingshæmning, beskriver, hvordan netop det at få tage en blodprøve kan være ekstremt vanskeligt, og at det kan være nødvendigt at anvende tvang:

”Hun kan ikke mere få taget blodprøver... [...] Man var nødt til at holde mange mennesker, men det er jo helt forfærdeligt. Hvis nogle overordnede ansvarlige så det, så ville det jo være forbudt at holde hende fast. Hun har fået taget blodprøve, og jeg ved sådan set ikke engang, om der blev taget blod nok til, at det lykkedes. Jeg har ikke fået svar endnu. Men de gjorde det jo kun, fordi jeg stod der, og fordi min mand og jeg er værge, og dermed kan man ligesom skyde ansvaret over på værgerne og sige, ”jamen de sagde, jeg skulle”. Hvis du ser rent juridisk på det, så må man ikke holde et menneske fast på den måde.”
(Pårørende 1)

Interviewpersonerne har dog ikke nogen klar definition af, hverken hvem de varigt inhabile er, eller hvad der er tvang, jævnfør nedenstående afsnit 4.7. Den manglende klarhed er forståelig i lyset af, at der ikke er nogen lovgivning på området, som afgrænser gruppen eller definerer, hvad tvang er. Ikke desto mindre fremgår det klart af interviewene, at tvang

anvendes. En tandlæge fortæller eksempelvis følgende:

"Tandlæge 2: [...] Det er især præmedicinering og generel anæstesi, de to ting vi har, som vi kan bruge som magt.

I: Gør I så det?

Tandlæge 2: Det kan jeg love dig for.

I: Også selvom de modsætter sig?

Tandlæge 2: [...] Det [er], når de modsætter sig, at vi bruger det."

Samlet set er det ikke muligt at sige noget om omfanget af brugen af tvang i forbindelse med somatisk sygdom hos varigt inhabile. Men der er ikke tvivl om, at uhjemlet tvang finder sted.

4.4 OVERBEHANDLING VERSUS UNDERBEHANDLING

Set i lyset af historien, hvor tvang formodentligt har været langt mere udbredt end i dag, er der en risiko for, at varigt inhabile tidligere er blevet overbehandlet. Og dermed også en risiko for, at det vil kunne ske igen. En tandlæge udtaler sig således om muligheden for at overbehandle patienter, hvis tvang er en mulighed:

"[...] Man kan sige, at det er 10 procent, man overbehandler. Det ville jeg da godt tage på min kappe for den fordel, at man kunne forbygge smerter hos andre. Det er

nok de færreste lovgivere, der har prøvet selv virkelig at have tandpine." (Tandlæge 4)

Tandlægen, der citeres, refererer til en undersøgelse fra specialtandplejen på Fyn, hvor man har gennemført et studie af resultaterne ved brug af generel anæstesi i forbindelse med tandbehandling af patienter med udviklingshæmning.⁸⁶ Undersøgelsen viste, at 10 procent af de udviklingshæmmede, der blev lagt i generel anæstesi, ikke havde behandlingskrævende tilstande. Og altså således kan siges at være lagt unødigt i narkose.

Den nuværende situation, hvor tvang principielt ikke er en mulighed, indebærer i modsætning hertil en risiko for, at varigt inhabile underbehandles. Mette Hartlev, professor i sundhedsret på Københavns Universitet, beskriver risikoen for underbehandling således:

"Det er klart, at der er risiko for, at så firkantede regler kan resultere i omsorgssvigt. For hvis man skal følge reglerne, bliver man jo nødt til at opgive behandling i de tilfælde, hvor det ikke kan lade sig gøre at motivere patienten."⁸⁷

Medierne har bragt eksempler på, at varigt inhabile har manglet behandling eller er blevet underbehandlet med den nuværende lovgivning og praksis, jævnfør kapitel 1. Også de personer, instituttet har talt med, kan berette om undersøgelser eller behandling, som er

opgivet. Eksempelvis beretter værgeren for en kvinde med udviklingshæmning:

"Hun er jo flere gange blevet indkaldt til gynækologisk undersøgelse. Der er vi jo også nødt til at sige, "det kan hun ikke". Det kan hun kun i narkose, og det har jeg ikke kræfter til nu. Nu skal hun til øjenlægen her om 14 dage, og der vil jeg tro, at øjenlægen må (kan ikke høre det)." (Pårørende 1)

Det forekommer således, at personer, som antageligt er varigt inhabile, underbehandles eller behandles meget sent i et sygdomsforløb som konsekvens af, at de har modsat sig undersøgelser. Hvilket har haft store konsekvenser for deres velbefindende eller endda fatale konsekvenser for deres helbred.

4.5 HVAD ER NØDVENDIGT AT BEHANDLE?

Adspurgt, hvad der får de sundhedsprofessionelle til at overveje eller måske anvende uhjemlet tvang, er smerter hos patienten et gennemgående argument.

"Det kan være en 23-årig dreng, der ikke har noget sprog. Altså han er psykisk udviklingshæmmet. Og så begynder han at få visdomstænder. [...] De gør pludselig ondt. Så sidder han og slår kinden ind i væggen hele dagen og slår sit hoved ind i væggen. Ham fx holdt vi og tog nogle røntgenbilleder. Med magt holdt vi ham til at sidde i en stol, og så holdt jeg billedet,

og så får vi taget et billede. Det tager få minutter. Der kunne vi se, at det var helt galt. Det blev han holdt til, og så blev han lagt i generel anæstesi og fik fjernet sine visdomstænder." (Tandlæge 2)

Det er dog ikke altid ligetil at slutte, hvorvidt en varigt inhabil rent faktisk har smerter. Flere af de interviewede er inde på, at gruppen af varigt inhabile ofte ikke har noget sprog, samtidig med at de har et kropssprog og en mimik, som kan være vanskelig at afkode:

"Der er jo nogle, der ikke kan ... De har jo ikke sprog for at sige, de har ondt. Så det er også et vanskeligt felt, det her, i hvert fald for dem med psykisk udviklingshæmning og de demente. Hvor de har ondt, og om de har ondt, eller om der er noget andet, der trykker. Så det er svært, hvad det er. Der kan man jo nogle gange have brug for at lave den her undersøgelse, for ligesom at differential diagnosticere, hvad er nødvendigt, og hvad er ikke." (Tandlæge 2)

Tilsvarende beskriver pårørende, at de oplever, at de kan tolke deres nærmestes kropssprog væsentligt bedre end de professionelle:

"Han har haft lidt sprog. Men der har været besparelser hele vejen, så det der med talepædagog, det blev også taget fra. Jeg forstod ham lige nøjagtig. Altså kendte man [ham], så vidste man, hvad han mente. Hvis nu fx du havde fået

ordnet dit hår, så ville han blive ved med at gøre sådan her, og så pegede han på dig. Når ja, hun har fået klippet hår. [...] Altså man kan jo meget med kropssprog. Men man skal kende ham meget for det.” (Pårørende 2)

Bortset fra at åbenlyse smerter forekommer at være en gyldig grund til at gennemtvunge smertelindrende behandling, så er det forholdsvist vanskeligt for de personer, instituttet har talt med, at angive klare kriterier for, hvornår tvang kan være nødvendig. Men der er åbenlyst langt fra det nuværende kriterie, hvor tilstanden skal være livstruende, til den væsentlighed, flere af tandlægerne tillægger forebyggelse. Således peger flere af tandlægerne på, at forebyggelse er et grundelement i udøvelsen af deres hverv, hvorfor flere også er inde på, at tvang bør være mulig i forbindelse med forebyggende behandlinger.

Flere peger også på, at det givetvis ikke er muligt at fastsætte faste kriterier for, hvornår tvang er muligt. Derimod bør det være en beslutning, der træffes på baggrund af en samlet vurdering af hele personens situation.

”Altså som jeg tror, det er for øjeblikket, så skal det være ret grelt. Så skal det næsten være noget, som er livstruende, ikke. Hvor jeg måske mere tænker, at det skal være en samlet vurdering af det menneske. Og det er jo selvfølgelig lidt mere kompliceret [...]” (Tandlæge 3)

4.5.1 RISIKO FOR "FAGIDIOTI"

Hvis vurderingen af, hvilke somatiske tilstande der bør behandles med tvang, overlades til de sundhedsprofessionelle, bør man være opmærksom på risikoen for, hvad en tandlæge betegner som "fagidiotien":

"[...] Bare i mit eget lille fag, der hersker fagidiotien ganske betragteligt. Jeg synes da indimellem, vi har fået henvisninger på patienter, hvor vi har sagt, at det synes vi, er ude i skoven at skulle ligge og bokse med en patient, som egentlig ikke vil være med, for sådan nogle småting. Kan det så ikke bare være ligegyldigt, hvis du forstår, hvad jeg mener. Altså det synes jeg. [...] Det var simpelthen for småtteriagtigt. [...] Det er helt klart, at man skal være på vagt over for, at de fagprofessionelle ikke er for fikserede på deres fagprofessionalitet, hvis du forstår. Det tror jeg, kan være en faldgrube i det her." (Tandlæge 1)

Også Etisk Råd pegede i dets udtalelse om sygdomsbehandling af inhabile demente i 2011 på, at det er væsentligt at holde sig for øje, at der kan være stor forskel på patientperspektivet og behandlerperspektivet, når det skal afgøres, hvilken behandling en inhabil dement person skal modtage. Rådet anbefalede i den forbindelse, at det er vigtigt, at sundhedspersonalet respekterer patientens egne værdier og interesser.⁸⁸

4.6 HVEM ER VARIGT INHABIL?

Jævnfør de foregående kapitler om menneskeretten og dansk ret er det ikke muligt at fastsætte entydige grænser for, hvornår en person er varigt inhabil. Ligesom det heller ikke vil være i tråd med menneskerettighederne at koble betegnelsen varigt inhabil til specifikke diagnoser.

Ikke desto mindre vil varigt inhabile i praksis altid have et handicap. Men det afgørende er, at de varigt er ude af stand til at træffe beslutninger for sig selv.

"[...] De regler, man har, de er ikke lavet til inhabile mennesker. De er [lavet] ud fra en eller anden liberal tankegang om, at vi alle sammen er handlingshabile i enhver sammenhæng. De er lavet for 90 procent af befolkningen og ikke de sidste 10. Altså alt det der med frit valg, ja, undskyld, jeg siger det, men rend mig i røven. Det er der en masse mennesker, der ikke kan administrere, og det ender med ingenting." (Tandlæge 1)

I den hidtidige diskussion om mulighederne for at anvende tvang har der særligt været fokus på mennesker med demens. Eksempelvis handler Etisk Råds udtalelse fra 2011 udelukkende om sygdomsbehandling af inhabile demente, omend rådet vurderer, at anbefalingerne om behandling af demente delvist lader sig generalisere og derfor udgør et godt grundlag for at udforme en samlet lovgivning for området.⁸⁹

Ud over personer med demens fremhæver de personer, instituttet har talt med, personer med svær udviklingshæmning og personer med neuropsykiatriske diagnoser, såsom autisme, som de handicaps, der kan være medvirkende årsag til, at en person er varigt inhabil.

"Det er udviklingshæmmede og demente. Sindslidende har vi også en del af, og hvis de står af, så står de af. De er jo som regel nogenlunde rationelle. Det er de svært mentalt retarderede, de er et stort problem. Det er nok næsten det største, fordi de også har en lang livshorizont. De demente ældre kan man holde flydende med en midlertidig behandling eller et eller andet. Bum bum. Nerverne er gået på pension i tænderne, og de er ikke så krævende, plagede af det. Det er helt klart, at det største problem, det er de udviklingshæmmede patienter." (Tandlæge 1)

Personerne er kendetegnet ved et meget lavt forståelsesniveau og måske mangel på sprog, hvilket resulterer i, at de ikke forstår formålet med en undersøgelse eller behandling, hvorfor de kan reagere med manglende motivation, angst eller vrede.

4.7 HVAD ER TVANG?

Det fremgår tydeligt af interviewene, at der ikke er nogen ensartet forståelse af, hvad tvang er. Eksempelvis fortæller en tandlæge, at hun med jævne mellemrum fastholder behandlingsafvisende varigt inhabile.

”Ja, men der er jo, og det er jo en af de ting, hvor vi virkelig sopper rundt i noget etik. Fordi vi har nogle plejere, som har en udpræget pligtetik. De ved, at man ikke må lave overgreb, og når jeg så siger, jamen I må heller ikke lave omsorgsvigt, så står man i et rigtig godt dilemma. Hvor jeg vil sige, at jeg er nok sådan mere ... Hvis ikke de får tilset deres tænder, så kan de jo få frygteligt ondt. Og derfor er vi jo nødt til i et vist omfang at støtte. Vi fastholder ikke, vi støtter. Det vil sige, at vi holder fast, kortvarigt. [...] Op i mors armkrog. Man kan virkelig holde godt. Og det er et godt greb, så det er ikke hårdt, men det er trygt. Jeg tænker meget, at i gamle dage der svøbte man børn, fordi den der fasthed ... Jeg oplever, at rigtig tit så værger borgerne kortvarigt for sig, og så er det ligesom ”nå okay”. Så slapper de af, ikke. [...] Men der er også mange unge, der er ”uh, vi må ikke fastholde”, og så må jeg sige at ”uh, så kan vi ikke lave tænder”, fordi man dør jo ikke af ikke at få lavet tænder.” (Tandlæge 4)

Tandlægen er umiddelbart bevidst om, at hun overtræder loven ved at fastholde borgeren. Men hun beskriver det som den pragmatiske løsning baseret på etiske overvejelser, der skal til for at undgå omsorgsvigt.

”Jeg føler ikke, det er overgreb, netop fordi jeg får den afslapning, som jeg tager som en accept. Der var en plejer, der sagde: ”Jamen du må gerne vise

den tryghed, du kan tilbyde.” Og det er egentlig sådan, jeg har valgt at se det. Du må gerne vise borgeren: ”Se her, det er den tryghed, jeg kan tilbyde dig.” Og hvis borgeren tager det, så fint, så fortsætter vi. Hvis de ikke tager det, jamen så må vi jo stoppe. Så må vi finde på noget andet.” (Tandlæge 4)

Samme tandlæge giver dog også eksempler, hvor anvendelsen af tvang tilsyneladende overskrider hendes grænse.

”Det endte med, at moren sad på skødet af hende. Hun havde en portør i hvert ben og lår og overlæge i hver arm og to sygeplejersker, der forsøgte at putte noget Ketalar i hende. Det var altså voldsomt. Det var jo overgreb, så det ville noget ... [Senere i interviewet] Ketalar er nok i virkeligheden min akilleshæl. Ketalar er et amfetaminlignende stof. Hvis man ikke kan få folk til at samarbejde til en narkose, så kan man give dem det. Det var det, overlægen havde, da han åbnede døren og stak det i låret på [den varigt inhabile]. [...] Jeg tænker drug rape hver gang. Der går få minutter, så er man sparket omkuld.” (Tandlæge 4)

4.7.1 SKJULT MEDICINERING

Skjult medicinering er et område, hvor det bliver meget tydeligt, at grænsen for, hvad der er tvang, er meget uklar for de sundhedsprofessionelle. Skjult medicinering sker eksempelvis ved, at patienter gives

saftevand med beroligende/sløvende medicin, hvorefter det er muligt at behandle dem i et vist omfang.

Tandlæge 1: "Vi giver saftevand med beroligende i."

I: "Ja, uden at de ved det?"

Tandlæge 1: "Ja. Men hvis vi sagde, at nu skal du se, nu får du et glas saftevand med [beroligende] i, så ville de heller ikke forstå, hvad det var, vi sagde."

Også på bosteder anvendes skjult medicinering,⁹⁰ hvilket underbygges af den socialpædagog, som instituttet har talt med:

"Mange af dem, de så jo aldrig, at vi gav dem medicinen, fordi vi puttede det i deres yoghurt eller deres et eller andet. Det var ikke for at skjule det, men det var, for at så var det nemmere for dem at synke. Hvis man ret beset kigger på det, så indtager de jo ting, der er skjult i noget." (Socialpædagog)

Det er tydeligt, at flere af de personer, instituttet har talt med, ikke betragter skjult medicinering som tvang. En sådan forståelse kan være affødt af, at de varigt inhabile ikke modsætter sig hverken i ord eller i handling. Ikke desto mindre er skjult medicinering tvang, jævnfør ovenstående kapitel 2 om menneskeretten.

Det fremgår af interviewene, at skjult medicinering foregår i et ikke ubetydeligt omfang. Flere peger på, at skjult medicinering sker ud fra en afvejning af den potentielle konflikt, det vil afføde at få en person til at tage medicinen. Hvis man eksempelvis ved, at en person vil modsætte sig, så kan det opleves som det mindst indgribende at skjule medicinen og dermed få personen til at tage det uden åbenlys tvang.

"Ja. Det kontra at tage fat i folk. Hvis nu det var vigtigt for mig, at du faktisk ved, at jeg giver dig medicin, og du så siger nej tak til den. Egentlig så kunne jeg have givet dig den under osten, uden at du havde lagt mærke til den. Hvor meget af den konflikt er det, man skal ind i? Hvem har fordele af, at vi laver konflikten? Er det, fordi jeg skal kunne sidde tilbage og vide, at jeg i hvert fald ikke skjuler noget for dig, at jeg har haft respekten for dig i et omfang, at du skal vide det her?" (Socialpædagog)

4.7.2 INDIVIDUELLE GRÆNSER

Flere af interviewpersonerne peger på, at det er meget individuelt, hvad varigt inhabile oplever som tvang. Det hænger blandt andet sammen med, hvad personen er vant til.

"Nogen er måske vant til at blive holdt derhjemme af deres forældre. Så er det måske ikke et kæmpe overgreb, hvis man også gør det. Men der kan være nogen, der måske er traumatiserede, måske på andre måder." (Tandlæge 3, 07:14)

Tidligere traumatiserende oplevelser, hvor tvang har været anvendt, kan have den konsekvens, at reaktionsmønsteret hos nogle varigt inhabile kan være ekstra voldsomt. Moren til en kvinde med udviklingshæmning fortæller:

"Hun har kunnet afledes og kunne lave skæg og sjov og ballede. Der har været noget forsonende i hendes adfærd. [...] [Gennemføre undersøgelser] kan vi faktisk ikke rigtig mere [...], men det skyldes også, at hun for to år siden faldt på grund af epilepsien og brækkede ankelen, og det medførte hospitalsindlæggelse. Hun måtte ikke røre sig i 8 uger med foden i gips og alle sådan nogle forfærdelige ting. Som måske har været traumatisk for hende. Hun blev tvunget ud i så mange ting, som var imod hendes vilje. Så nu siger hun bare nej til alt." (Pårørende 1)

Hertil kommer, at nogle varigt inhabile kan være karakteriseret ved, at deres handicap i sig selv gør, at de oplever bestemte sansepåvirkninger anderledes end andre.

"Altså man kan sige, at hvis man har en meget lav mental alder, så er man jo i den orale fase, og dermed er enhver adgang til munden, det er jo i princippet voldtægt, ikke? [...] Hvis hele ens følelsesliv og ens private sfære sidder i munden, så er det selvfølgelig ubehageligt, at der er fremmede

mennesker, der tiltvinger sig adgang." (Tandlæge 4)

4.8 TVANG ER DEN LETTE LØSNING

En åbenlys risiko ved at indføre muligheden for at anvende tvang er, at brugen af tvang bliver den letteste løsning, og at der måske på sigt sker en forræelse og kulturændring, hvor tvang af behandlingsafvisende inhabile patienter betragtes som en selvfølge.

"[En kommende lovgivning på området] skal være relativt restriktiv, for ellers så løber det bare løbsk. Så bliver det bare den nemme løsning, for det er den nemme løsning. [...] Der har jeg i hvert fald set kollegaer, hvor det der med, at man smider udviklingshæmmede i generel anæstesi for at lave tænder i stedet for at prøve faktisk at lære dem at gå til tandlæge, det bliver den nemme løsning, for så får man fred og ro." (Tandlæge 1)

Risikoen for, at tvang vil blive den lette og umiddelbare løsning, kan underbygges af de erfaringer, der i dag er med tvang efter Psykiatriloven og magtanvendelse efter Serviceloven. Således fungerer hverken Psykiatrilovens eller Servicelovens muligheder for at anvende henholdsvis tvang og magt problemfrit i praksis. Erfaringerne fra anvendelsen af tvang i psykiatrien understreger, at der er risiko for, at en lovliggørelse af at anvende tvang vil kunne være en glidebane. Således arbejdes der i dag både i praksis

og politisk for at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien.⁹¹ I forhold til Serviceloven viser en undersøgelse fra 2015 gennemført af Ankestyrelsen, at hver anden afgørelse om magtanvendelse over for demente efter serviceloven ikke følger reglerne.⁹² Ankestyrelsen har vurderet 57 sager om magtanvendelse mod demente fra 13 udvalgte kommuner. 30 af sagerne ville være blevet hjemvist eller ændret, hvis de havde været klagesager hos Ankestyrelsen. Det skyldes primært et mangelfuldt oplysningsgrundlag, hvilket kan betyde, at betingelserne for indgrebet ikke er opfyldt.

Erfaringerne fra de områder, hvor det i dag er muligt at anvende tvang, kan således kun mane til besindighed.

4.9 VILKÅRLIG LOVGIVNING

Efter den nuværende lovgivning er tvang kun tilladt efter psykiatriloven, i få situationer efter serviceloven, i forbindelse med nødretssituationer efter sundhedsloven samt i ganske få andre situationer. Denne retstilstand forekommer for nogle praktikere vilkårlig. Eksempelvis udtaler formanden for Landsforeningen LEV, Sytter Kristensen, at det er paradoksalt, at der må anvendes magt til tandbørstning, men ikke til at sikre livreddende lægebehandling.⁹³ Flere af både de sundhedsprofessionelle og de pårørende, som instituttet har talt med, har samme oplevelse.

Det paradoksale består dog ikke udelukkende, i hvilke situationer der må anvendes

tvang. Men også i, at bestemte faggrupper (sundhedsprofessionelle) er afskåret fra at yde behandling.

"[...] Hvis man kigger på de demente, er det ikke kun et spørgsmål om behandling. Det er også et spørgsmål om plejen i det daglige. Og der har vi altså et modsætningsfyldt regelsæt herhjemme. For i sociallovgivningen er der adgang til at anvende tvang i forbindelse med hygiejnesituationer i tre måneder ad gangen. Man må godt børste tænder med tvang i tre måneder, forudsat man ikke er autoriseret sundhedsperson. For hvis man er autoriseret sundhedsperson, så er man undergivet sundhedslovens bestemmelser, og så må man ingenting. Det hænger ikke sammen." (Tandlæge 1)

4.10 ERFARINGER FRA NORGE

Når det overvejes at indføre nye regler på det velfærdsretlige område, kan det være hensigtsmæssigt at inddrage erfaringer fra Norge og Sverige, hvor samfundsindretningen er meget lig den danske, hvilket gør en sammenligning af regelsættene både mulig og relevant. Sverige har imidlertid ikke den samme tradition for at regulere spørgsmål om patientrettigheder som Norge og Danmark, hvorfor fokus i denne rapport alene er på en inddragelse af norsk ret.

Spørgsmålet om magtanvendelse over for personer, som ikke selv er i stand til at give samtykke til behandling, blev reguleret i

den norske Pasient- og brukerrettighetslov i 2006⁹⁴ og fungerer sideløbende med regler om tvangsbehandling i psykiatrien og i det sociale system. Reglerne har således samme anvendelsesområde, som eventuelle regler om magtanvendelse ville skulle have i dansk ret.

Det er vigtigt at understrege, at de norske regler ikke blev indført med det formål at anvende mere tvang end tidligere, men derimod med det formål at sikre nødvendig behandling til patienter uden samtykkekompetence og begrænse den ulovbestemte brug af tvang, der var dokumenteret forud for lovændringen.⁹⁵

Det er kendetegnende for reglerne, at de opstiller rammer for tvang, men derimod ikke indeholder bestemmelser om de enkelte behandlingstiltag eller former for tvang, der kan anvendes. Er det ikke muligt ved hjælp af inddragelse og dialog at få patienten til at samtykke, vil der herefter kunne anvendes tvang, når en undladelse heraf vil kunne føre til væsentlig helbredsmæssig skade for patienten, behandlingen anses for nødvendig, og indgrebet er proportionelt med behandlingsbehovet. Området for magtanvendelse er dermed bredere end den almindelige nødretsgrundsætning.

Det er bemærkelsesværdigt, at en afgørelse om brug af tvang som udgangspunkt kan træffes af den behandlingsansvarlige sundhedsperson selv, og kun hvor behandlingen indebærer et alvorligt indgreb for patienten, herunder hvis patienten skal indlægges, eller tilbageholdelse,

skal der inddrages en anden kvalificeret sundhedsperson i beslutningen.

En afgørelse om anvendelse af tvang i Norge kan træffes for et år ad gangen.

4.10.1 RETSBESKYTTELSEN FOR PATIENTEN

Retsbeskyttelsen for patienten i den norske lov ligger i, at patienten og nærmeste pårørende skal underrettes om, at der er truffet afgørelse, og kan påklage den til en regional repræsentant for staten, fylkesmannen, som også fører tilsyn med anvendelsen af tvang i sundhedsvæsenet.

Fylkesmannen er forpligtet til af egen drift at undersøge sager, hvor der har været anvendt tvang i mere end tre måneder, såfremt sagen ikke er påklaget. Denne pligt må betragtes som en væsentlig retssikkerhedsgaranti for patienten. Er der tale om situationer, hvor patienten tilbageholdes eller indlægges med tvang, eller tilfælde, hvor anvendelsen af tvang strækker sig over mere end tre måneder, vil patienten eller dennes pårørende desuden kunne indbringe sagen for domstolene efter en særlig procedure meget lig den danske procedure for prøvelse af frihedsberøvelse uden for strafferetsplejen.⁹⁶ Det bemærkes i den forbindelse, at patienten ikke tildeles en særlig repræsentant eller rådgiver i sager om anvendelse af tvang efter Pasient- og brukerrettighetsloven, hvilket kan udgøre et problem i de tilfælde, hvor nærmeste pårørende ikke varetager patientens personlige ønsker, men handler i forståelse med sundhedspersonalet.

4.10.2 EVALUERING AF DEN NORSKE LOV

Den norske lov er i efteråret 2013 blevet evalueret.⁹⁷ Helt overordnet viser evalueringen, at loven opleves som legitim, og hovedsagelig hensigtsmæssigt.

Konkret har loven betydet, at anvendelsen af tvang er øget, omend det fortsat vurderes, at antallet af anvendelser af tvang er underrapporteret.⁹⁸ De rapporterede magtanvendelser er rettet mod demente, personer med afvigende adfærd, psykisk udviklingshæmning, personer med hjerneskade og personer med psykisk sygdom med behov for behandling af somatisk lidelse.

I forhold til retssikkerheden for de varigt inhabile viser evalueringen, at det fortsat er et problem, at for mange anvendelser af tvang igangsættes uden tilstrækkelig konkret og fyldestgørende begrundelse. Således er dette begrundelsen for ophævelsen af 39 ud af 110 tiltag ophævet af fylkesmannen.⁹⁹ Endvidere forekommer der uhjemlet tvang, hvilket er et alvorligt retssikkerhedsmæssigt problem, omend der er tale om en ganske lille andel af tvangsanvendelserne. De retssikkerhedsmæssige problemer indikerer ifølge evalueringen, at der bør gøres mere for oplæring i, hvilke situationer der må anvendes tvang.

De samme problematikker vil kunne opstå ved en eventuel dansk regulering af spørgsmålet, hvilket understøtter behovet for et tilstrækkeligt beskyttelsesværn, herunder en upartisk patientrådgiver.

Konklusionen på evalueringen af indførelsen og brugen af Patient- og brugerrettighedsloven i Norge er blandt andet:¹⁰⁰

- At en del af de juridiske begreber, såsom samtykkekompetence og tillidsskabende tiltag, er for uklare og vanskelige at omsætte i praksis for de sundhedsprofessionelle.
- At lovgivningens afgrænsning i forhold til andre lovområder, såsom psykiatrien, opleves som uklar.
- At mangel på kompetencer, tid og ressourcer samt bureaukrati og manglende ledelse er væsentlige barrierer for implementeringen og forandringen af lovgivningen.
- At lovgivningen indebærer risiko for utilsigtede konsekvenser, blandt andet i form af uhjemlet anvendelse af tvang, at lovgivningen kan misbruges til at spare penge eller effektivisere, samt at ressourcer brugt på dokumentation af anvendelse af tvang tages fra andre vigtige områder.
- At løbende oplæring og erfaringsudveksling er afgørende for, at lovgivningen bliver anvendt og efterlevet.

I tilknytning til det sidste punkt om oplæring og erfaringsudveksling kan tilføjes, at erfaringer fra Norge med både indførelsen af Patient- og brugerrettighedsloven, men også tidligere indførelse af tilsvarende regler i den daværende Sosialtjenestelov

vedrørende omsorgstvungne over for personer med udviklingshæmning og udfordrende adfærd peger på, at det tager tid, før regler af denne type bliver anvendt efter hensigten til trods for massive informationskampagner om lovgivningen inden ikrafttrædelsen. Hvorfor også reglerne bør følges op af undersøgelser for at vurdere erfaringer og udfordringer, herunder kvalitative dybdestudier.¹⁰¹

4.11 SAMMENFATNING

Det er den gennemgående oplevelse hos både de professionelle og de pårørende, som instituttet har talt med, at behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom er et meget vanskeligt og dilemmafyldt område. Grunddilemmaet består i, hvorvidt man som professionel eller pårørende skal acceptere, at en behandlingsafvisende varigt inhabil med somatisk sygdom ikke bliver behandlet på trods af fx stærke smerter. Eller om man som professionel eller pårørende skal (forsøge) at omgå loven og gennemføre behandling med tvang.

I praksis dækker dilemmaet over mange vanskelige problemstillinger: Ud fra hvilke kriterier skal det afgøres, om en person er varigt inhabil? Kan det forebygges, at tvang bliver nødvendigt, og hvordan? Kan vi acceptere risikoen for at overbehandle for at undgå at underbehandle? Ud fra hvilke kriterier skal det besluttes, hvilke somatiske tilstande det kan være nødvendigt at behandle med tvang? Må forebyggende undersøgelser gennemføres med tvang?

Nogle sundhedsprofessionelle udtrykker en vis tilfredshed med den nuværende situation. De har gennem mange års erfaring oparbejdet en viden om og erfaring med området, som gør, at de på pragmatisk vis finder måder at håndtere behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom.

Dog er der generelt enighed om, at det er nødvendigt med en lovændring, da den nuværende lovgivning kan være medvirkende årsag til, at varigt inhabile ikke får den behandling, de har behov for. Eller at professionelle anvender uhjemlet tvang for at undgå omsorgssvigt.

Det er på denne baggrund instituttets vurdering, at den nuværende lovgivning skaber en uholdbar situation for både de varigt inhabile, de pårørende og de professionelle, hvorfor der bør gennemføres en lovændring, som betyder, at behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom kan behandles imod deres vilje, når en række betingelser er opfyldt. Ud over inddragelse af erfaringerne fra Norge bør en eventuel ny lov, der lovliggør anvendelse af tvang over for behandlingsafvisende varigt inhabile med somatisk sygdom, som minimum forholde sig til følgende områder: forebyggelse, retssikkerhed og monitorering.

KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Denne rapport diskuterer, om de nuværende rammer for behandling af somatisk sygdom hos behandlingsafvisende varigt inhabile sikrer en behandling i overensstemmelse med menneskerettighederne.

Med den nuværende lovgivning må sundhedsfaglig undersøgelse eller behandling af somatisk sygdom ikke foretages, hvis patienten i ord eller handling modsætter sig. Det betyder, at hvis en varigt inhabil modsætter sig undersøgelse eller behandling, må de sundhedsprofessionelle enten undlade at behandle patienten eller tilsidesætte loven og behandle patienten med tvang.

Institut for Menneskerettigheder har kunnet konstatere, at begge dele forekommer i praksis. Således findes der konkrete eksempler på, at varigt inhabile har haft unødige smerter, er blevet underbehandlet eller er døde af sygdomme, der kunne behandles for. Ligesom der findes konkrete eksempler på, at varigt inhabile udsættes for uhjemlet tvang i forbindelse med undersøgelse eller behandling for somatisk sygdom.

Det er Institut for Menneskerettigheders vurdering, at den nuværende retstilstand er

uholdbar både for de varigt inhabile, deres pårørende og for de sundhedsprofessionelle.

5.1 MULIGHED FOR AT ANVENDE TVANG

De menneskeretlige kilder tager ikke direkte stilling til situationer, hvor personer, der ikke er i stand til at varetage egne interesser, modsætter sig sundhedsfagligt indikeret behandling. Myndighederne har dog en positiv pligt til at sikre, at personer ikke som følge af manglende evne til at samtykke udsættes for forhold, der kan udgøre umenneskelig eller nedværdigende behandling.

Med den nuværende lovgivning og praksis er det instituttets vurdering, at behandlingsafvisende varigt inhabile er i betydelig risiko for omsorgssvigt i form af manglende eller utilstrækkelig behandling eller for at blive udsat for uhjemlet og ureguleret tvang.

Hvis der fremadrettet åbnes op for, at tvang må anvendes i bestemte situationer, bør formålet hermed være at regulere brugen af tvang. En lovgivning vil således være med til at skærpe bevidstheden hos sundhedsprofessionelle om, hvad tvang er, og hvornår tvang må anvendes.

Med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Sundheds- og Ældreministeriet ændrer sundhedsloven, så behandlingsafvisende varigt inhabile kan behandles for somatisk sygdom mod deres vilje, når en række betingelser er opfyldt.

5.2 FOREBYGGELSE

Åbnes der op for, at tvang kan anvendes, er det helt afgørende, at tvang kun anvendes, når den er absolut nødvendig. Således er det vigtigt, at tvang ikke bliver en let løsning på et vanskeligt problem eller en konsekvens af effektiviseringer eller mangel på ressourcer.

At muligheden for at anvende tvang ikke skal blive en glidebane, kræver en betydelig indsats. Ikke mindst i lyset af, at anvendelsen af tvang efter både psykiatriloven og magtanvendelse efter serviceloven ikke umiddelbart er forbilledlig.

For at undgå, at der skal skabes kulturer, hvor tvang anvendes for ofte og med for stor selvfølgelighed, skal en eventuel indførelse af tvang som en mulighed følges op af initiativer, som sikrer, at både sundhedsprofessionelle og andre professionelle, der er en del af den varigt inhabiles liv, er klædt på til at understøtte personens selvbestemmelse i det omfang, det overhovedet er muligt. Brug af tvang bør således kun komme på tale, når alle forebyggende tiltag har været forsøgt.

I praksis eksisterer den udfordring dog, at målgruppen må antages at være relativ lille, samtidig med at det må antages at være forholdsvis sjældent, at behandling for somatisk sygdom vil nødvendiggøre tvang. I dette lys vil det være meget sjældent, at den enkelte sundhedsprofessionelle vil stå i situationer, hvor anvendelse af tvang vil kunne komme på tale. En generel opkvalificering af alle sundhedsprofessionelle må derfor betragtes som urealistisk. Det bør derfor overvejes eksempelvis at etablere et videnscenter eller lignende, hvor sundhedsprofessionelle kan modtage rådgivning om både regelsættet og pædagogiske metoder i konkrete situationer.

Med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Sundheds- og Ældreministeriet sikrer, at sundhedsprofessionelle får viden om og uddannelse i, hvordan tvang undgås, så der skabes en kultur og praksis, hvor tvang anses som den sidste mulighed.

5.3 RETSSIKKERHED

Uanset omstændighederne er det at blive udsat for tvang en meget alvorlig indgriben i et menneskes selvbestemmelse og integritet. Der skal derfor ses med største alvor på, at der stilles et tilstrækkeligt beskyttelsesværn til rådighed for de personer, som udsættes for tvang.

Det er instituttets vurdering, at retsikkerhed for behandlingsafvisende patienter med en ny lovgivning på området som minimum forudsætter, at patienter har mulighed for at klage over en eventuel anvendelse af tvang til et uvildigt nævn. Endvidere bør nævnet være forpligtet til af egen drift at undersøge sager efter nærmere fastsatte kriterier. Og endelig bør det overvejes, målgruppen taget i betragtning, at sikre, at personer med faglig indsigt i livsvilkårene for varigt inhabile er repræsenteret ved nævnet.

Med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Sundheds- og Ældreministeriet sikrer, at en kommende lovændring indebærer tilstrækkelige processuel beskyttelse i form af blandt andet klageadgang til uvildigt nævn.

5.4 MONITORERING

En lovændring, hvor tvang fremadrettet tillades over for behandlingsafvisende varigt inhabile, bør nøje følges og evalueres. Enhver anvendelse af tvang bør således indberettes.

Erfaringer fra Norge, hvor tvang over for behandlingsafvisende varigt inhabile har været mulig siden 2011, kan bidrage med perspektiver på, hvilke oplysninger der bør registreres i forbindelse med anvendelse af tvang. På den ene side er der et hensyn i forhold til at sikre alle relevante oplysninger, hvilket over tid kan

være med til at monitorere lovens virke. På den anden side et hensyn til, at det ikke gøres for besværligt at registrere anvendelse af tvang, da det udgør en risiko for, at personale fravælger enten at anvende tvang, hvor det er nødvendigt, eller fravælger at registrere anvendt tvang.

Jævnfør instituttets anbefaling om, at tvang altid skal være sidste mulighed, bør der foretages registrering af, hvilke forebyggende tiltag der har været forsøgt for at undgå, at tvang bliver nødvendig.

Endelig er det afgørende, at den viden, som den løbende registrering og evaluering fører til, når ud til sundhedsprofessionelle.

Med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Sundheds- og Ældreministeriet løbende indsamler og analyserer både kvantitativ og kvalitativ data om lovens gennemførelse, så eventuelle utilsigtede konsekvenser af loven bliver undgået.

LITTERATURLISTE

Adolphsen, Caroline & Naur, Eva (2005): "Use of Force for Medical Purposes – A Danish Perspective", European Journal of Health Law, volume 22.

Ankestyrelsen (2015): Ankestyrelsens undersøgelse af kommunernes håndtering af magtanvendelsesreglerne over for borgere med demens.

Britta Lundqvist (2011): "Demente narres til at tage medicin". Fagbladet FOA, februar.

Dalberg-Larsen, Jørgen (1988): "Barnets rettigheder" i Jørgen Graversen (red.): Familieretspolitik: om børn, ret og familie. Carnet.

Det Ethiske Råd (2011): Sygdomsbehandling af inhabile demente. Udtalelse 26. oktober.

Folketingets Ombudsmand (2016): Temarapport 2015 om enkeltmandsprojekter.

Hartlev, Mette (2005): Fortrolighed i sundhedsretten – et patientretligt perspektiv. 1. udgave, Forlaget Thomson.

Hartlev, Mette m.fl. (2013): Sundhed og Jura. 1. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

Helsedirektoratet (2013): Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Evalueringsrapport fra Oxford Research. Kristiansand.

Helsedirektoratet (2013): Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Evalueringsrapport fra Oxford Research AS. Kristiansand.

Helsetilsynet (2013): Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Oslo.

Institut for Menneskerettigheter: Ligebehandling 2013 – 2016. Substrategi. København 2013.

Jacobs, White & Ovey: The European Convention on Human Rights, Sixth edn, Oxford University Press 2014.

Jakobsen, Tina Mou (2015): "Tvang rimer ikke på sundhed - – men det kan være en nødvendighed", LEV Bladet nr. 7.

Kristensen, Kent (2014): Sundhedsjura. 5. udgave, Gads Forlag.

Lægeforeningen (2011): "Organisationer til sundhedsministeren: Demente skal have den nødvendige behandling". 12. december.

Lorenzen, Peer m.fl. (2011): Den Europæiske Menneskerettighedskonvention artikel 1-9 med kommentarer. 3. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

Madsen, Helle Bødker (2013): Psykiatiret. 1. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

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

Meyer, Ida (2015): "Sundhedsminister vil give lov til at tvangsbehandle demente", Berlingske Tidende, 18. oktober.

Naur, Eva (2015): Magtanvendelse over for voksne, 1. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København.

Pedersen, Lone Marie & Rørbæk, Maria (2011a): "Forbuddet overtrædes i praksis". Socialpædagogen.

Pedersen, Lone Marie & Rørbæk, Maria (2011b): "Lov forhindrer omsorg". Socialpædagogen.

Pedersen, Reidar m.fl. (2013): "Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning". Tidsskrift for den norske Legeforening. 133: 1935-1939.

Rasmussen, Lars Igum & Olesen, Peter Hove (2015): "Hvorfor må lægerne ikke hjælpe min datter?". Politiken 18. oktober.

Rasmussen, Lars Igum (2015): "Sprogløs udviklingshæmmede døde af kræft - lægerne måtte ikke hjælpe". Politiken 18. oktober.

Sørensen, Dennis Toft (2013): Menneskerettigheder og tvang i psykiatrien. Anbefalinger. Institut for Menneskerettigheder. København.

Syse, Aslak (2013): "Omsorgstvang – av hensyn til hvem?". Tidsskrift for den norske Legeforening. 133: 1905.

Torben Gasseholm (2011): "Brug af generel anæstesi i forbindelse med tandbehandling af udviklingshæmmede patienter".

UN, Special Rapporteur on Torture (2013), Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishments, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 February 2013, para § 15.

BILAG 1. INTERVIEWGUIDE

Pårørende

Målgruppe: Pårørende til behandlingsafvisende varigt inhabile somatiske patienter.

Intro (om fortrolighed)

Institut for Menneskerettigheders mandat

Hvorfor sætter vi fokus på dette område?

Fortæl om hvem du er

Hvem er du væрге for?

Hvilket handicap har personen, og hvilken betydning har handicapet?

Beskriv den konkrete eller de konkrete situationer, hvor behandling ikke har været mulig

Hvad tænker du om denne/disse situationer?

Kender du til andre, som har oplevet tilsvarende?

Hvad ville du ønske, var sket?

Hvad er vigtigt at huske, hvis man indfører en mulighed for at anvende magt?

Sundhedsprofessionelle

Målgruppe: Professionelle, som har været i situationer, hvor nødvendig behandling for somatisk sygdom ikke har været mulig, fordi en varigt inhabil har modsat sig.

Intro (om fortrolighed)

Institut for Menneskerettigheders mandat

Hvorfor sætter vi fokus på dette område?

Hvor længe har du arbejdet som sundhedsprofessionel?

Kan du fortælle om en episode, hvor en varigt inhabil har modsat sig behandling? Hvordan har du løst det?

Hvordan løser I det generelt?

Hvor ofte oplever du det?

Hvad tænker du om denne/disse situationer?

Hvilke handicaps har personerne, hvor du oplever problemet?

Kender du til andre, som har oplevet tilsvarende? Er det noget, I taler om kollegaerne imellem?

Hvad er vigtigt at huske, hvis man indfører en mulighed for at anvende tvang?

NOTER

- 1 For dokumentation af uligheden i sundhed for personer med handicap se eksempelvis Sundheds- og Ældreministeriets to udgivelser fra 2014: "Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse" og "Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning". For generelt indføring i ulighed i sundhed se eksempelvis Sundhedsstyrelsen: "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" fra 2011.
- 2 Jakobsen 2015.
- 3 Rasmussen 2015.
- 4 Rasmussen & Hove 2015.
- 5 Der findes enkelte andre undtagelser, hvor tvang er tilladt i forbindelse med somatisk sygdom, herunder tvang over for gravide misbrugere (Sundhedslovens §§ 141a-e) samt i forbindelse med epidemier efter Lovbekendtgørelse nr. 814 af 27/08/2009. For overskuelighedens skyld gentages disse undtagelser ikke i det følgende.
- 6 Handicapkonventionen artikel 1.
- 7 Se eksempelvis Sørensen 2013.
- 8 Institut for Menneskerettigheders ligebehandlingsstrategi for 2013 – 2016 findes på http://www.menneskeret.dk/sites/menneskeret.dk/files/strategier/ligebehandling_final.pdf
- 9 Oviedo-konventionen har været en del af dansk ret siden 1999, hvor den blev ratificeret af den danske stat. Konventionen, der omhandler sundhedsfaglig behandling, herunder forsøg, er ratificeret af de fleste lande under Europarådet og er tilgængelig på <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=22903>.
- 10 Modsat Handicapkonventionen er Oviedo-konventionen dog opdelt mellem individer med og uden samtykkekompetence og bygger derfor på en forudsætning om, at det er afklaret, om en person er i stand til at samtykke til behandling.

- 11 Om den positive forpligtelse efter Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8 se Peer Lorenzen m.fl. (2011), side 644f.
- 12 Shtukurov v. Russia (44009/05), § 87-89.
- 13 Peer Lorenzen m.fl. (2011), side 1144 og 1149. Der afgives således som det klare udgangspunkt ikke parts- og vidneforklaringer under domstolsbehandlingen.
- 14 Plesó v. Hungary (41242/08), § 67.
- 15 Handicapkonventionens artikel 15, stk. 1, og Oviedo-konventionens artikel 17, stk. 1 (v).
- 16 Spørgsmålet om organdonation er udtrykkeligt reguleret i Oviedo-konventionens artikel 20, stk. 2 (v), der indeholder et forbud mod at foretage indgrebet mod donorens vilje, ligesom organdonation fra mennesker uden samtykkekompetence alene kan foretages under nogle meget specifikke betingelser, herunder at der ikke findes en egnet samtykkekompetent donor. Spørgsmålet om tvangsindgreb i reproduktive rettigheder er ikke specifikt reguleret, men FN's Handicapkomité har i sine anbefalinger til EU's statusrapport om implementeringen af Handicapkonventionen problematiseret den uklarehed, der findes i visse EU-landes lovgivning angående beskyttelse mod tvungen abort og sterilisation, der ligesom med forsøg og organdonation er indgreb, der ikke tjener til helbredelse af sygdom hos den personen med handicap. Se "Committee on the Rights of Persons with Disabilities considers initial report of the European Union", Questions by Experts, side 5.
- 17 En specifikt lovregel om magtanvendelse til somatisk behandling findes i psykiatrilovens § 13, hvorefter behandling for lidelser, der udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare, kan gennemføres tvangsmæssigt. Reglerne omhandler imidlertid alene sindssyge patienter.
- 18 Se om EMRK art. 8, stk. 1's beskyttelse af personens fysiske og psykiske integritet i Jacobs, White & Ovey (2014), side 361. Særligt om tvangsbehandling se Lorenzen m.fl. (2011), side 657.
- 19 Y.F. v Turkey (24209/94), para 33.
- 20 Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har ved flere lejligheder understreget, at hensynet til beskyttelse af sundheden efter Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8, stk. 2, skal forstås bredere end en beskyttelse af den offentlige sundhed, jævnfør Jacobs, White & Ovey (2014), side 320.
- 21 Peer Lorenzen m.fl. (2011), side 622.
- 22 Pretty v. The United Kingdom (2346/02), para 63.

- 23 Glass v. The United Kingdom (61827/00), para 70.
- 24 Glass v. The United Kingdom (61827/00), para 83.
- 25 Jacobs, White & Ovey (2014), side 394, henviser til artikel 5 som den primært anvendelige bestemmelse i relation til tvangsbehandling, men inddrager også spørgsmålet under såvel artikel 3 som artikel 8, hvilket også reflekterer praksis.
- 26 Shtukaturov v. Russia (44009/05), para 108-110.
- 27 Kendetegnende er, at de retlige rammer for tilsidesættelse af patientens samtykke skitseres, mens man afstår fra at forholde sig til den egentlige gennemførelse af behandlingen mod patientens vilje. Se som eksempel Europarådets anbefalinger om behandling af voksne patienter uden samtykkekompetence: Council of Europe, rec (99)4. On principles concerning the legal protection of incapable adults, punkt 22-24, og den uddybende rapport, Council of Europe Committee of Ministers, Explanatory Memorandum, Recommendation **Rec (1999) 4**, on principles concerning the legal protection of incapable adults, punkt 83.
- 28 Peer Lorenzen m.fl. (2011), side 270-271.
- 29 Lov nr. 482 af 1. juli 1998.
- 30 Lov nr. 546 af 24. juni 2005, som trådte i kraft med kommunalreformen den 1. januar 2007. Den nyeste udgave af loven er nr. 1202 af 14. november 2014.
- 31 Både de generelle regler om samtykke og fx de specielle regler om samtykke til transplantation i sundhedslovens § 52, der blev præciseret i 2013 med det udtrykkelige formål at få dem på linje med konventionen, jævnfør LFF nr. 172 af 28. februar 2013, pkt. 3.2.
- 32 Sundhedslovens § 15, stk. 1 og § 16.
- 33 Sundhedslovens § 16, stk. 1 og 3.
- 34 Sundhedslovens § 16, stk. 2.
- 35 PKN 9914402 (1999).
- 36 Sundhedslovens § 2.
- 37 Sundhedslovens § 21. Disse oplysninger skal desuden journalføres, jævnfør bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 (journalføringsbekendtgørelsen) § 12, stk. 1.
- 38 Lov bekendtgørelse nr. 877 af 4. april 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven) § 17.
- 39 Lov nr. 1015 af 20. august 2007. Har patienten ingen nærmeste pårørende eller værge, kan sundhedspersonen gennemføre

en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning hertil, jævnfør sundhedslovens § 18, stk. 2. Er behandlingen af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed, kan den før behandlingen ansvarlige sundhedsperson udføre denne uden at inddrage en anden sundhedsperson, jævnfør § 18, stk. 3.

- 40 Dette fremgår udtrykkeligt af sundhedslovens § 20. Se desuden (om adgangen til patientoplysninger) Kent Kristensen (2014), side 59.
- 41 Helle Bødker Madsen (2014), side 184, og Helle Bødker Madsen (2013), side 46.
- 42 Sundhedslovens § 20.
- 43 Helle Bødker Madsen (2014), side 199.
- 44 Mette Hartlev (2005), side 307.
- 45 Sundhedsloven § 18, stk. 4.
- 46 FT 1997/1998, 2. samling, tillæg A, side 531, og Helle Bødker Madsen (2014), side 198.
- 47 Mette Hartlev m.fl. (2013), side 146.
- 48 Jævnfør sundhedslovens § 24 og FT 1997/1998, 2. samling, tillæg A, side 322.

Se endvidere Helle Bødker Madsen (2014), side 184 og 198f.

- 49 Lov nr. 618 af 08/06/2016.
- 50 Lovens § 2, stk. 1, og § 10.
- 51 Lovens § 33, nr. 8
- 52 Jævnfør Sundhedslovens § 22 modsætningsvis.
- 53 Sundhedslovens § 15, stk. 1 og 2.
- 54 Helle Bødker Madsen (2014), side 412f.
- 55 Kent Kristensen (2014), side 59, og Helle Bødker Madsen (2013), side 50.
- 56 Lov nr. 383 af 27/04/2016 om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Mulighed for anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer på sygehuse, tilbageholdelse af patienter m.v.).
- 57 FT 1997/1998, tillæg A, 2. samling, side 514. Se også Sundhedsministeriets notat af 29. marts 11 om eventuel behandling i forhold til varigt inhabile patienter, som afviser eller ikke er i stand til at give samtykke til behandling, og Mette Hartlev m.fl. (2013), side 146f, hvor det også påpeges, at der heller ikke findes hjemmel til magtanvendelse i værgemålsloven.

- 58 Se således Helle Bødker Madsen (2014), side 119f, og Helle Bødker Madsen (2013), side 47, hvor der argumenteres for, at der principielt ikke er tale om tvang, hvis patienten alene udøver verbal modstand. Modsat Mette Hartlev m.fl. (2013), side 146f, hvor der argumenteres for, at verbal modstand er tilstrækkeligt til, at behandlingen ikke kan gennemføres. Se også vejledning nr. 161 af 16. september 1998, pkt. 2.1.2.1.
- 59 Se lovforslaget, der er tilgængeligt på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=177314>. En lignende forståelse af servicelovens regler om magtanvendelse over for voksne uden selvbestemmelsesret findes hos Eva Naur (2015), side 43ff.
- 60 Sag nr. 151609 (2015) fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.
- 61 Lovbekendtgørelse nr. 1284 af 17. november 2015, § 126a.
- 62 Helle Bødker Madsen (2014), side 418.
- 63 Se også Helle Bødker Madsen (2014), side 412.
- 64 Se den ovenfor omtalte afgørelse Glass v. The United Kingdom.
- 65 Dette synspunkt findes også hos FN's rapportør for tortur, der understreger, at patienter med og uden samtykkekompetence skal behandles ens, jævnfør UN, Special Rapporteur on Torture (2013), Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishments, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 February 2013, para 15.
- 66 Jørgen Dalberg-Larsen (1988), side 150.
- 67 Dette fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3.
- 68 Se i samme retning Helle Bødker Madsen (2013), side 50, og Mette Hartlev m.fl. (2013), side 147.
- 69 Sundhedslovens § 18, stk. 2.
- 70 Ifølge det fremsatte forslag til ændring af sundhedsloven kan der gøres brug af gps- og pejlesystemer under indlæggelse på somatiske sygehuse med det formål at kunne lokalisere patienter, der ikke selv kan varetage deres interesser, hvis de har forladt sygehuset. Forslaget indeholder ikke en generel hjemmel til magtanvendelse. Det er et eksempel på lovgivning om en specifik form for magtanvendelse og løser ikke de problemstillinger, der behandles i denne rapport.
- 71 Er patientens nærmeste pårørende ikke i stand til at træde til, vil en anden pårørende kunne samtykke, men sundhedslovens § 18 bygger på et udgangspunkt om, at det

- er **den** nærmeste pårørende, værgeren eller eventuelt den fremtidsfuldmægtige, der alene handler på patientens vegne.
- 72 Psykiatrilovens § 24.
- 73 Reglerne herom findes i autorisationslovens §§ 7-8 og 75.
- 74 Caroline Adolphsen og Eva Naur (2005), side 373ff.
- 75 Psykiatrilovens §§ 20-21a.
- 76 Systemet hedder Dansk Patientsikkerhedsdatabase og kan findes på www.dpsd.dk.
- 77 Institut for Menneskerettigheder har ikke mulighed for at vurdere de sundhedsfaglige aspekter af de citater og eksempler, som anvendes.
- 78 Helsedirektoratet (2013), side 38.
- 79 Jævnfør Folketingets Ombudsmand (2015), side 5.
- 80 Det Ethiske Råd (2011), side 2.
- 81 Lægeforeningen (2011).
- 82 Ida Meyer (2015).
- 83 Lone Marie Pedersen og Maria Rørbæk (2011a).
- 84 Britta Lundqvist (2011)
- 85 Folketingets Ombudsmand (2015).
- 86 Torben Gasseholm (2011).
- 87 Lone Marie Pedersen og Maria Rørbæk (2011b).
- 88 Det Ethiske Råd (2011), side 10.
- 89 Det Ethiske Råd (2011), side 2.
- 90 Se eksempelvis spørgsmål til Alzheimerforeningens brevkasse om brugen af skjult medicinering: <https://www.demensnet.dk/mailbox/1820/default.aspx>.
- 91 Eksempelvis Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet er tilgængelig på <http://dpsnet.dk/wp-content/uploads/2015/01/evalueringssrapport.pdf>.
- 92 Ankestyrelsen (2015).
- 93 Lone Marie Pedersen og Maria Rørbæk (2011b).
- 94 Lov 2. juli 1999 nr. 63 som ændret ved lov 22. december 2006 nr. 99 (indsættelse af kapitel 4A).
- 95 Dette fremgår udtrykkeligt af forarbejderne til loven, jævnfør ot.prp. 64 (2005-2006), punkt 4.3.1.2.

96 Reglerne findes i kapitel 36 i lov 17. juni 2005 nr. 90 (tvisteloven).


97 Helsedirektoratet (2013).

98 Helsedirektoratet (2013), blandt andet på side 9.

99 Helsedirektoratet (2013), side 53.

100 Helsedirektoratet (2013), side 67f.

101 Syse (2013) samt Helsedirektoratet (2013), side 21.

A stylized illustration showing a hand in a white sleeve with a black cuff holding another hand. The background is black, and the hands are rendered in shades of orange and yellow with black outlines. The text is contained within a dark grey rectangular box on the right side of the image.

Enten får de ikke behandling for deres sygdom, eller også bliver behandlingen gennemført med tvang uden hjemmel. Det er virkeligheden for nogle varigt inhabile med somatisk sygdom, som afviser behandling.

Institut for Menneskerettigheder sætter fokus på Danmarks retslige forpligtelser til at sikre behandling af varigt inhabile med somatisk sygdom. Rapporten ser også på, hvordan forpligtelserne bliver varetaget i praksis.

Endeligt indeholder rapporten en række anbefalinger til, hvordan Danmark kan fremme menneskerettighederne for denne gruppe patienter.