

da der ikke hidtil har været nogen indberetningspligt.

Der skal ikke megen fantasi til at forestille sig, hvor belastende det kan være specielt for stærkt psykotiske patienter at blive lagt i bælte, i enrum, bag en lukket dør, uden fornemmelse af varigheden, uden at kunne røre sig, med hæmmede åndedrætsfunktioner (på grund af bæltet) og med følelsen af ikke at kunne komme i kontakt med nogen. Det fremgår da også meget klart ved patientmøder og lignende, at det af mange opfattes som aldeles rædselsfuldt, og at sådanne oplevelser stærkt kan modvirke behandlingen i øvrigt og dermed helbredelsen.

Ombudsmanden har adskillige gange beskæftiget sig med bæltfiksering og andre tvangsindgreb over for psykiatriske patienter og har henstillet, at der skabes et klart lovgrundlag, hvis sådanne indgreb anses for nødvendige. Lovgrundlaget må formentlig afvente den revision af sindssygeloven, som er under forberedelse. Men uden at afvente denne kan der utvivlsomt gennemføres foranstaltninger, som mildner virkningen af disse indgreb. Til en vis grad skyldes de nok personalemangel, hvilket er uundskyldeligt, når det nødvendiggør sådanne indgreb. Men mindstekravet må være, at fikserede patienter har krav på at få placeret en fast vagt hos sig under fikseringen, hvis de ønsker det. Den personaleforøgelse, som skal til for at opfylde dette krav, må bevilges. Hvis en sådan forøgelse så i sig selv viser sig at mindske behovet for anvendelsen af bæltfiksering, som bl.a. galebevægelsen har hævdet, er det kun godt.

### *Til nr. 3*

Der er ingen præcise tidsfrister for hospitalets behandling af klager i forbindelse med tvangsindlæggelse. Observationsperioden, hospitalets videreekspektion af den eventuelle klage over den derefter trufne beslutning om tvangstilbageholdelse, justitsministeriets behandlingstid (som højst må være en måned), indbringelse for domstolene og en berømmelsestid på typisk to måneder medfører, at der oftest forløber mere end 3 måneder, før den frihedsberøvede kan opnå at få sin sag behandlet af domstolene.

Så længe sindssygeloven og dermed den her beskrevne procedure er gældende, må bestræbelserne gå i retning af tidsfrister i alle led, som tilsammen væsentligt nedbringer tiden, indtil frihedsberøvelsen kan komme for domstolene. Det er, hvad beslutningsforslaget tilsigter på dette punkt.

Ved en kommende revision bør det nok overvejes, om ikke den forstærkede tilsyns- og kontrolordning kan blive et smidigere, hurtigere virkende og fagligt mere velfunderet appelorgan, eventuelt med justitsministeriet som ankeinstans.

Som den seneste redegørelse fra ombudsmanden viser, er det nødvendigt også at sætte tidsfrister for myndighedernes behandling af klager over andre tvangsindgreb. For at det kan fungere i praksis uden omgåelse, finder forslagsstillerne det væsentligt – som ombudsmanden også gør det – at gøre justitsministeriet ansvarligt for den samlede varighed af klagebehandlingen, således at eventuelle konsultationer hos sundhedsstyrelse, retslægeråd m.v. må holdes inden for den tidsfrist, ministeriet får til den samlede behandling af klagen.

### *Normering*

Som anført i beslutningsforslagets sidste linjer er forslagsstillerne klar over, at nogle af disse forbedringer ikke er gennemførlige uden en vis personaleforøgelse. Det gælder så meget mere, som det psykiatriske sygehusvæsen i forvejen er væsentlig dårligere normeret end det somatiske.

Umiddelbart skulle man mene, at psykiatriske patienter måtte kræve mindst lige så meget personale som somatiske, hvis man skulle kunne tilbyde dem en ordentlig behandling. Om plejeopgaven er større eller mindre, er ikke noget enkelt spørgsmål: på den ene side er psykiatriske patienter måske nok gennemgående mere selvhjulpne end somatiske, på den anden side stilles der specielle personalekrav, når patienter er urolige eller ligefrem voldsomme.

Når det derimod drejer sig om selve behandlingen, skulle man mene, at psykiatriske patienter stillede langt større krav end patienter med brækkede ben, perforerede blindtarme osv. – ikke krav til dyrt apparatur og lignende, men netop til personale. Der er et helt anderledes behov for at tale om problemerne, om symptomerne, om de mulige årsager; der er behov for samtaler, for gruppeterapi, for nogen at henvende sig til og hente støtte hos, når man får det rigtig skidt, bliver urolig osv. Alt sammen meget personalekrævende. Er disse muligheder ikke til stede, bliver «løsningen» meget nemt beroligende indspjøjninger, overhåndtagende brug af psykofarmaka, bæltfiksering eller andre rene nødforanstaltninger.

Men det forholder sig sådan, at antallet af læger pr. 100 patienter (eller senge) på psykiatriske hospitaler og afdelinger er under en tredjedel af,