

type af overvågning stilles der endvidere ikke krav om skiltning.

Der er ikke adgang til at dispensere fra lovens forbud mod tv-overvågning.

2. Der er ingen særlige lovregler, der regulerer *politiets* adgang til at observere personer ved hjælp af kameraer og lignende apparater.

Politiet er således ikke i samme omfang som private afskåret fra at foretage tv-overvågning på offentlige steder. Som ulovreguleret efterforskningsmiddel vil politiets adgang til at opsætte tv-overvågningskameraer – f.eks. på Blågårds Plads som nævnt i begrundelsen for spørgsmålet – dog skulle ske inden for rammerne af den almindelige, ulovbestemte proportionalitetsgrundsætning.

Spørgsmålet om politiets adgang til at anvende tv-overvågning er behandlet af Strafferetsplejeudvalget i betænkning nr. 1298/1995 om fotoforevisning, konfrontation, efterlysning og observation, s. 77-127.

I betænkningen foreslår udvalget en lovregulering af politiets adgang til at observere personer, der opholder sig på *ikke frit tilgængeligt sted*.

For så vidt angår politiets adgang til skjult tv-overvågning af personer, der befinder sig på *frit tilgængelige steder*, indeholder betænkningen en nøje drøftelse af behovet for at fastsætte nærmere regler, og der er peget på en række forhold, der kan tale henholdsvis for og imod en lovregulering, jf. betænkningen s. 123-127. Betænkningens lovudkast indeholder imidlertid ikke forslag til regler om dette spørgsmål.

Jeg forventer i løbet af efteråret at fremsætte lovforslag på grundlag af Strafferetsplejeudvalgets betænkning.

Spm. nr. S 3260

Til sundhedsministeren (2/9 97) af:

Tove Fergo (V):

»Vil ministeren redegøre for alle kendte bivirkninger ved psykofarmaka, hvor hyppigt forekommer de, og på hvilken måde bliver patienter og pårørende informeret om bivirkningerne ved hjernemedicin?«

Svar (11/9 97)

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Jeg har til brug for min besvarelse forelagt spørgsmålet for Lægemedelstyrelsen. Lægemedelstyrelsen har i denne forbindelse svaret følgende:

»Betegnelsen psykofarmaka omfatter fire hovedgrupper af lægemidler:

- Midler mod sindssygdomme som skizofreni og andre tilstande præget af hallucinationer, vrangforestillinger, paranoia, eller mani,
- midler mod neuroser og angsttilstande,
- midler mod alvorlig depression og
- midler som stabiliserer stemningslejet hos patienter med maniodepressiv sygdom.

Blandt patienter og pårørende opfattes psykofarmaka oftest som midler mod alvorlig sindssygdom, især skizofreni. Besvarelsen af spørgsmålet retter sig derfor mod lægemidler til behandling af skizofreni, som er en kronisk sindssygdom, hvor medicinsk behandling strækker sig over mange år.

Visse bivirkninger ved psykofarmaka kan ikke adskilles helt fra den ønskede virkning. Lægemedlerne har deres biokemiske virkning i hjernen, hvor de påvirker en række forskellige receptorer. Den dæmpende virkning på hallucinationer og vrangforestillinger vil oftest ledsages af dæmpning af patientens emotionelle liv, spontanitet og initiativ. Den sløvende virkning, som er ønskelig hos en urolig og psykotisk patient, vil opleves som en generende bivirkning, når urotilstanden er ophørt.

Alle psykofarmaka har bivirkninger gennem deres virkning på centralnervesystemet (hjernen), men der er forskelle i bivirkningsprofil. Der findes flere end 20 forskellige psykofarmaka, hvorfor hyppigheden af en bivirkning er groft angivet.

Såkaldte *højdos* psykofarmaka, som er de ældste lægemidler, og som især er sløvende, kan bevirke blodtryksfald, hjertebanken, mundtørhed, svedtendens, forstoppelse, synsforstyrrelser og hos ældre mænd blæretømmingsbesvær. Disse bivirkninger skyldes især lægemidlets påvirkning af det autonome nervesystem.

Nyere *lavdos* psykofarmaka er kun lidt sløvende, har sjældent autonome bivirkninger, men har til gengæld hyppigere motoriske bivirkninger i form af rastløshed og trang til bevægelse (hos ca. 20 pct.), symptomer som ved Parkinsons sygdom med muskelstivhed, rysten på hænderne, langsomme bevægelser, øget