

# Udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien



**DET  
ETISKE  
RÅD**

# Indhold

## Forord / 3

### 1. Introduktion og resumé / 4

1.1 Måden psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter på / 4

1.2 Længden af de retspsykiatriske særforanstaltninger / 5

1.3 Langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter / 5

### 2. Retspsykiatri / 7

2.1 Statistik om retspsykiatrien / 10

### 3. Retspsykiatri og etik / 13

3.1 Selvbestemmelse og paternalisme / 13

3.2 Særlige forhold i retspsykiatrien / 15

### 4. Måden psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter på / 18

4.1 Behandlingskapacitet i psykiatrien / 20

4.2 Anmeldelsestilbøjelighed / 22

4.3 Udarbejdelse af mentalerklæringer / 23

### 5. Længden af de retspsykiatriske særforanstaltninger / 25

### 6. Langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter / 30

## Det Etske Råds udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien

© Det Etske Råd 2020  
ISBN: 978-87-92915-22-1

[www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk)



DET  
ETISKE  
RÅD

# Forord

Denne udtalelse er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Det Etiske Råd i vinteren 2018-19.

Arbejdsgruppen bestod af Karen Stæhr (formand), Signild Vallgård, Herdis Hansen, Rune Engelbreth Larsen og Mia Amalie Holstein.

Rådet vil gerne takke følgende personer for at have stillet deres viden til rådighed i forbindelse med arbejdet:

Jette Møllerhøj, Kompetencecenter for retspsykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans; Liv Os Stølan, Kompetencecenter for retspsykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans; Jakob Christian Hvidhjelm, sygeplejerske og Ph.d., Psykiatrisk Center Sct. Hans; Dorthe Birkmose, psykolog og forfatter; Maria Ventegodt, ligebehandlingschef ved Institut for Menneskerettigheder; og Gitte Ahle, formand for Dansk psykiatrisk selskab og overlæge ved Justitsministeriet, Retspsykiatrisk Klinik takkes alle for at bidrage med oplæg på rådets møder.

Per Balling, ledende overlæge ved Retspsykiatrisk afdeling Slagelse, og Pia Beate Stranges, oversygeplejerske samme sted, takkes for at give arbejdsgruppen mulighed for at besøge et retspsykiatrisk afsnit i Slagelse, ligesom Mette Brandt-Christensen, klinikchef på Psykiatrisk Center Glostrup, og Mie Kaiser Reuven, afdelingssygeplejerske samme sted, takkes for at give arbejdsgruppen mulighed for at besøge et retspsykiatrisk afsnit i Glostrup. Rådet takker også det personale og de patienter, som arbejdsgruppen har talt med i forbindelse med besøgene.

Deltagerne i tre rundbordssamtaler med henholdsvis psykiatere, blandet retspsykiatrisk personale og pårørende til retspsykiatriske patienter takkes for at have delt deres erfaringer og viden med rådet.

Knud Kristensen, formand for SIND, takkes for at have stillet sin viden til rådighed i forbindelse med et arbejdsgruppemøde. Randi Rosenqvist, seniorrådgiver ved Illa fængsel og forvaringsanstalt, takkes for at have delt sin viden om norsk retspsykiatri med rådet.

Endelig takkes også Raben Rosenberg, klinikchef ved Psykiatrisk Center Amager, for at have delt sin viden med rådet.

Martin Ejsing Christensen har arbejdet på udtalelsen i rådets sekretariat.

Udtalelsen er behandlet af rådet på to rådsmøder i november og december 2019 og giver udtryk for et enigt råds fælles holdning.

Anne-Marie Axø Gerdes  
Formand for Det Etiske Råd

Christa Kjølner  
Sekretariatschef

# 1. Introduktion og resumé

Retspsykiatrien har i de senere år været genstand for stor offentlig bevågenhed. Som følge af en kraftig stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, er antallet af sengepladser i retspsykiatrien udvidet betragteligt, og både Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Justitsministeriets Forskningskontor har udgivet rapporter, som belyser udviklingen og ser på, hvordan den kan vendes. I finansloven for 2020 er retspsykiatrien desuden nævnt særskilt i forbindelse med aftaleparternes afsættelse af midler til at styrke psykiatrien.

I lyset af, at retspsykiatrien fylder mere i sundhedsvæsenet og den offentlige debat, har Det Etiske Råd besluttet at tage retspsykiatrien op til behandling og præsenterer i denne udtalelse hele rådets fælles holdninger til en række centrale, etiske dilemmaer i retspsykiatrien.

Da rådets mandat begrænser sig til etiske spørgsmål vedrørende sundhedsvæsenet, forholder udtalelsen sig ikke til de dele af straffeloven, som regulerer retspsykiatrien. Fokus er i stedet på de etiske dilemmaer, som denne lovgivning giver anledning til i psykiatrien. Rådet er dog bevidst om, at retspsykiatrien er et særdeles komplekst felt, hvor løsningen af problemerne kræver en helhedsorienteret tilgang, og har bemærket, at både Lægeforeningen, SIND og Institut for Menneskerettigheder har anbefalet, at Straffelovrådet gransker det retspsykiatriske område.

Udtalelsen består af to dele: en baggrundsdel, hvor rådet redegør for nogle almene forhold vedrørende retspsykiatrien, og en holdningsdel, hvor rådet beskriver og forholder sig til etiske dilemmaer i relation til tre områder inden for retspsykiatrien. De to dele kan i princippet læses uafhængigt af hinanden, men for personer uden forhåndskendskab til retspsykiatrien, anbefales det at begynde med baggrundsdelene. Her redegør det første afsnit for retspsykiatrien (juridisk såvel som psykiatrisk), mens det andet afsnit beskriver de overordnede etiske hensyn, som ofte giver anledning til dilemmaer i retspsykiatrien. Efter de to indledende baggrundsafsnit følger så holdningsdelen, hvor rådet i tre afsnit beskriver og forholder sig til etiske dilemmaer i relation til følgende områder: 1) måden psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter på; 2) længden af de retspsykiatriske særforanstaltninger; og 3) langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter. I det følgende beskrives hovedsynspunkterne fra disse tre afsnit.

## 1.1 MÅDEN PSYKISK SYGE MENNESKER BLIVER RETSPSYKIATRISKE PATIENTER PÅ

I dette afsnit ser rådet nærmere på tre faktorer i sundhedsvæsenet, som kan påvirke, hvorvidt psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter: utilstrækkelig behandling i almenpsykiatrien, anmeldelsestilbøjeligheden blandt sundhedspersonale og udarbejdelsen af mentalerklæringer.

Hvad angår utilstrækkelig behandling i almenpsykiatrien finder rådet det bekymrende, at det i mange tilfælde kan udgøre en risikofaktor for kriminalitet. Rådet ser det som et særskilt etisk svigt, at den utilstrækkelige behandling ikke blot risikerer at øge krimi-

naliteten i samfundet, men også kan være medvirkende til, at en patientgruppe, som i forvejen er stigmatiseret (som psykisk syge), bliver stigmatiseret som kriminelle. Rådet støtter derfor op om de anbefalinger til forebyggelse af kriminalitet blandt psykisk syge mennesker, som for nylig er blevet fremsat af en bredt sammensat arbejdsgruppe i regi af Danske Regioner.<sup>1</sup>

Hvad angår anmeldelsestilbøjeligheden blandt sundhedspersonale, har rådet forståelse for, at det at blive udsat for trusler eller vold kan sætte personalet i svære dilemmaer, når det skal besluttes, om en episode skal politianmeldes eller ej. Rådet finder det dog vigtigt, at al personale er klar over, at såvel konkrete som generelle behandlingshensyn ifølge en Højesteretsdom fra 2018 kan begrunde dispensation fra kravet om, at en episode skal politianmeldes inden for 72 timer, hvis man ønsker at søge om offerskadeerstatning. Samtidig finder rådet det også vigtigt, at al personale er klar over, at en politianmeldelse og efterfølgende særforanstaltning ikke automatisk fører til behandling i den specialiserede retspsykiatri, da en betydelig del af de retspsykiatriske patienter behandles i almenpsykiatrien.

Hvad angår udarbejdelsen af mentalerklæringer, er rådet bekymret for, om det at have diagnosen skizofreni automatisk fører til anbefaling af en særforanstaltning ved kriminalitet, og anbefaler, at det undersøges nærmere. Af hensyn til patienters selvbestemmelsesret bør vurderingen af sindssygdom og tilregnelighed i det enkelte tilfælde efter rådets mening være så nuanceret som mulig.

## **1.2 LÆNGDEN AF DE RETSPSYKIATRISKE SÆRFORANSTALTNINGER**

I dette afsnit tager rådet stilling til de etiske begrundelser, som kan gives for, at sundhedspersonalet i retspsykiatrien på retsvæsenets opfordring begrænser patienters selvbestemmelse over længere tid.

Rådet anerkender, at det retspsykiatriske personale befinder sig i en kompliceret position i krydsfeltet mellem retsvæsenet og sundhedsvæsenet. Samtidig udtrykker rådet bekymring for, om denne position i visse tilfælde kan føre til, at sundhedspersonalet kommer til at udøve adfærdsmæssig kontrol og regulering over for udsatte og sårbare individer, snarere end sundhedsfaglig behandling og støtte i overensstemmelse med patienternes bedste interesser. Det er særligt problematisk, hvis udøvelsen af adfærdsmæssig kontrol og regulering forstyrrer muligheden for at etablere en hensigtsmæssig samarbejdsrelation mellem patient og personale.

Rådet finder det også bekymrende, at visse patienter tilsyneladende ser sig nødsaget til selv at give afkald på deres selvbestemmelsesret og ønske en særforanstaltning forlænget, fordi de vurderer, at det er den eneste måde, de kan sikres tilstrækkelig behandling.

## **1.3 LANGVARIG BÆLTEFIKSERING AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER**

I dette afsnit ser rådet nærmere på en række sager om meget langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter med farlighedsdekret, som har stået på venteliste til Sikrings-

<sup>1</sup> Danske Regioner, 2019: *Anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom.*

afdelingen. Rådet udtrykker forståelse for det personale, som har set sig nødsaget til at ty til langvarig bæltefiksering i de pågældende tilfælde, men ser også de meget langvarige bæltefikseringer som et alvorligt etisk problem, der kræver handling.

Som rådet ser det, bør der først og fremmest gøres en indsats for at forbedre de behandlingsmuligheder, som psykiatrien rummer i dag, så omfanget og forekomsten af langvarige bæltefikseringer forhåbentlig kan reduceres gennem forebyggelse.

Rådet er dog bevidst om, at et sådant udviklingsarbejde tager tid, og har derfor også set på andre muligheder. Rådet noterer sig, at der politisk har været debat om, hvorvidt de økonomiske udgifter og længden af ventelisten kan retfærdiggøre en udvidelse af Sikringsafdelingen, men tager ikke selv stilling til spørgsmålet. I stedet gør rådet opmærksom på to forhold.

For det første påpeger rådet vigtigheden af, at en udvidelse af Sikringsafdelingen ikke fører til en glidebane, hvor patienter, som sagtens kunne behandles under mere lempelige forhold tættere på egen bopæl og netværk, ender på Sikringsafdelingen, blot fordi der er plads. Det gælder særligt på et tidspunkt, hvor psykiatrien generelt oplever et stort pres på sengepladserne, og der ifølge Danske Regioner står ganske få patienter på venteliste til Sikringsafdelingen.

For det andet anbefaler rådet, at det overvejes at udvide muligheden for at gøre brug af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering som alternativ til langvarig bæltefiksering. I dag er det kun muligt at gøre brug af disse tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, og rådet foreslår, at lovens anvendelsesområde udvides, så det bliver muligt at gøre brug af dem uden for Sikringsafdelingen over for den særlige gruppe af patienter med farlighedsdekret, som er i risiko for at blive udsat for meget langvarig bæltefiksering, mens de står på venteliste til Sikringsafdelingen. Rådet er bevidst om, at en sådan udvidelse rejser en række spørgsmål vedrørende normering, lokaleforhold, uddannelse osv. Etisk set betragter rådet det dog som et forsvarligt og skånsomt alternativ til de voldsomt skadende og dybt krænkende langvarige bæltefikseringer, som rådet finder det magtpåliggende at sikre, aldrig optræder i psykiatrien igen.

I sin tilgang til retspsykiatrien har rådet lagt vægt på, at den rummer særligt udsatte og sårbare patienter, som ofte er dobbelt eller tredobbelt stigmatiserede som psykiske syge, kriminelle og misbrugere. Som rådet ser det, kalder det ikke blot på særlig omsorg, men også på en særlig indsats for at respektere disse individers selvbestemmelse. Rådet er bevidst om, at retspsykiatrien giver anledning til svære etiske dilemmaer, hvor hensynet til andres sikkerhed står over for den enkeltes selvbestemmelse, ligesom rådet er opmærksomt på, at det ikke altid er lige let for hverken pårørende, personale eller det omgivende samfund at holde af personer, som ikke blot lider af alvorlig sindssygdom, men også har begået til tider alvorlig kriminalitet og måske også har et misbrug. Men det er lige præcis af den grund, at rådet finder det vigtigt at sætte gang i en debat om, hvordan retspsykiatriens mange dilemmaer bør håndteres, hvis udgangspunktet er, at retspsykiatriens patienter også er individer, hvis værdier, interesser og synpunkter fortjener den samme respekt og anerkendelse som alle andre.

## 2. Retpsykiatri

Ved retpsykiatri forstår man normalt al psykiatrisk virksomhed, som forekommer i en retlig sammenhæng.<sup>2</sup> Det særlige ved den retspsykiatriske aktivitet er altså, at psykiatrien får stillet sine opgaver udefra, af retsvæsenet. I princippet kan man skelne mellem en civil- og en strafferetlig del af retspsykiatrien, afhængigt af om opgaverne udspringer af civil- eller strafferetten, men i daglig tale er det som regel den strafferetlige del, som sigtes til, når man taler om retspsykiatrien.

I en dansk kontekst er der særligt to forhold i straffeloven<sup>3</sup>, som giver retsvæsenet anledning til at stille psykiatrien opgaver. For det første siger straffelovens § 16, at personer, som var utilregnelige i gerningsøjeblikket på grund af sindssygdom, er straffri. For at kunne blive erklæret straffri ifølge § 16, skal man altså både have været sindssyg og utilregnelig i gerningsøjeblikket, og mens det er op til en dommer at vurdere, om en person var utilregnelig i gerningsøjeblikket, er det en psykiater, som står for at vurdere, om personen var sindssyg.<sup>4</sup> Måden en psykiater gør det på, er ved i samarbejde med en psykolog og socialrådgiver at foretage en grundig undersøgelse af personens psykiske tilstand (en mentalundersøgelse), hvis resultater derefter videreformidles til retten i form af en såkaldt mentalerklæring, som bl.a. udtaler sig om, hvorvidt der er grund til at tro, at personen var sindssyg i gerningsøjeblikket.

Udover § 16 giver straffelovens § 68 og § 69 også retsvæsenet anledning til at stille psykiatrien opgaver. Hvis en person er blevet fritaget for straf efter § 16, siger § 68, at retten kan anvende andre foranstaltninger med henblik på at forebygge yderligere lovovertrædelser, og en af disse foranstaltninger er en såkaldt psykiatrisk særforanstaltning, som fuldbyrdes af psykiatrien. På samme vis siger § 69, at personer, som ikke opfylder betingelserne i § 16, men alligevel led af en psykisk forstyrrelse, også kan idømmes en psykiatrisk særforanstaltning.

Der findes overordnet set tre forskellige psykiatriske særforanstaltninger: dom til anbringelse, dom til behandling og dom til ambulat behandling.

Ved dom til anbringelse indlægges den dømte på en psykiatrisk afdeling og kan først udskrives, når retten giver tilladelse til det. I udgangspunktet vil anbringelsen vare fem år, men den kan også være uden længstetid, hvis der er tale om alvorlig, personfarlig kriminalitet i form af trusler, drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, brandstiftelse, voldtægt, anden alvorlig seksualforbrydelse eller forsøg på samme. Uan-

2 Kramp et al.: *Retpsykiatri*. København. GadJura. 1996., s. 15.

3 L BK nr. 976 af 17. september 2019.

4 I en retlig sammenhæng betegner sindssygdom en "sindslidelse med markant ændring af totalpersonligheden og med tab af realitetssans og realitetstilpasning". Jf. Mette Brandt-Christensen og Aksel Bertelsen, "Sindssygdomsbe- grebet i straffelov og psykiatrilov", *Ugeskrift for Læger*, 172/17, 1274-1276, 2010.

set dommens længde er det muligt at få den ændret eller ophævet, hvis der i løbet af anbringelsen sker en betydelig bedring af tilstanden.

Ved dom til behandling indlægges den dømte først på en psykiatrisk afdeling, men kan derefter udskrives af overlægen til ambulante behandling, hvis det vurderes, at det er hensigtsmæssigt. Den ambulante behandling vil i så fald ofte finde sted under tilsyn af Kriminalforsorgen. Ligesom anbringelsesdommene er behandlingsdommene enten af 5 års varighed eller uden længstetid, og kan ændres eller ophæves, hvis bestemte betingelser er opfyldt.

Ved dom til ambulante behandling forpligtes den dømte, som betegnelsen siger, til ambulante behandling. Det kan ske med eller uden tilsyn af kriminalforsorgen, ligesom dommen kan være af såvel tre og fem års varighed som uden længstetid. I nogle tilfælde er det desuden muligt for overlægen at indlægge den dømte ved behov. Som de andre domme kan den ambulante dom også ændres eller ophæves før tid, hvis bestemte betingelser er opfyldt.

Med de mange forskellige variationsmuligheder hvad angår længden og muligheden for udskrivelse, genindlæggelse eller tilsyn af kriminalforsorgen, udgør særforanstaltningerne et finmasket net, som giver retsvæsenet mulighed for at tage hensyn til faktorer såsom kriminalitetens art, risikoen for recidiv, behandlingsbehov, sygdomsindsigt osv., når straffri personer dømmes til psykiatrisk behandling med henblik på at forebygge yderligere lovovertrædelser.

Selve behandlingen finder sted i to forskellige regi. For det første kan den finde sted på særlige retspsykiatriske afdelinger, som tilsammen har ca. 400 sengepladser fordelt på de fem regioner. Den kan dog også finde sted på almenpsykiatriske afdelinger eller ambulatorier, hvor de retspsykiatriske patienter så behandles sammen med almenpsykiatriske patienter. Om behandlingen finder sted det ene eller det andet sted beror på en konkret vurdering af behandlingsbehovet og behandlingsmulighederne.

På en retspsykiatrisk afdeling varetages behandlingen af et tværfagligt team, som består af psykiatere, psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, socialrådgivere, plejere og ergo- eller fysioterapeuter. Normeringen er højere end på almenpsykiatriske afsnit, og personalet er specialiseret i behandlingen af retspsykiatriske patienter.

Hvad enten en person modtager en dom til anbringelse, behandling eller ambulante behandling, er det eneste, som dommen i sig selv forpligter personen til, at opholde sig på en psykiatrisk afdeling, møde op til ambulante behandling osv. Den eventuelle tvang i forbindelse med behandling og pleje, som finder sted på den psykiatriske afdeling, har dommen i udgangspunktet ikke noget at gøre med. Den er i stedet reguleret af psykiatri-



loven<sup>5</sup>, som også regulerer tvang i forbindelse med behandlingen af almene psykiatriske patienter.

Det overordnede formål med psykiatriloven er at sikre, at tilsidesættelsen af patienters informerede samtykke i forbindelse med anvendelsen af tvang sker i overensstemmelse med grundlæggende retssikkerhedsprincipper og med respekt for patienten og dennes værdighed. Af den grund fastslår loven bl.a., at tvang ikke må anvendes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken; at anvendelsen skal være så skånsom og lidt indgribende som muligt; og at tvangen skal stå i et rimeligt forhold til det, som søges opnået derved.

I loven beskrives bl.a. betingelserne for tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførelse, tvangsbehandling og tvangsfiksering. Hvad angår tvangsindlæggelse, -tilbageholdelse og -tilbageførelse, er grundbetingelsen for anvendelsen af disse tvangsforanstaltninger, at en person er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, som er ligestillet dermed. Derudover skal mindst én af to betingelser være opfyldt. Enten skal fraværet af tvang føre til en væsentlig forringelse af udsigten til helbredelse eller til en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden. Dette omtales ofte som helbredskriteriet. Eller også skal personen frembyde en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Dette omtales ofte som farekriteriet. Da de fleste psykiatriske særforanstaltninger som beskrevet giver mulighed for at tvangsindlægge, -tilbageholde eller -tilbageføre patienter uden at betingelserne herfor i psykiatriloven er opfyldt, er denne del af loven ikke så relevant i forhold til retspsykiatriske patienter. Det er derimod den del, som fastsætter betingelserne for tvangsbehandling og tvangsfiksering, idet reglerne her anvendes på såvel retspsykiatriske som almenpsykiatriske patienter.

Betingelserne for tvangsbehandling er de samme som for tvangsindlæggelse. Man kan altså tvangsbehandle en patient, som er sindssyg, hvis enten helbreds- eller farekriteriet er opfyldt. Betingelserne for tvangsfiksering med bælte er derimod lidt anderledes. Udgangspunktet er, at bæltefiksering kan anvendes, hvis enten 1) farekriteriet er opfyldt, 2) en person forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter, eller 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er altså ikke et krav, at personen skal være sindssyg. Bæltefiksering må i udgangspunktet kun anvendes kortvarigt, men psykiatriloven giver mulighed for, at en patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette. Uanset om der er tale om kort- eller længerevarende tvangsfiksering, skal der altid være en fast vagt ved patienten.

Psykiatriloven rummer derudover en række bestemmelser vedrørende særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Som navnet antyder, er Sikringsafdelingen en særligt sikret retspsykiatrisk afdeling, som har til opgave at tage sig af de mest behandlings- og plejekrævende psykisk syge mennesker i Danmark. Langt de fleste af Sikringsafdelingens patienter er indlagt på et såkaldt farlighedsdekret, som på en overlæges anmodning kan afsiges af Justitsministeriet efter rådføring med Retslægerådet, hvis en patient er sindssyg og vedvarende

---

5 LBK nr. 936 af 2. september 2019.

udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. Det er altså de 'farligste' retspsykiatriske patienter, som behandles på Sikringsafdelingen.

Den første af de særlige tvangsforanstaltninger, som psykiatriloven giver mulighed for at bruge over for Sikringsafdelingens patienter, er aflåsning af patientstue. Formålet med at aflåse en patientstue kan enten være behandlingsmæssigt eller sikkerhedsmæssigt. Behandlingsmæssigt kan man gøre brug af aflåst patientstue for at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller for at skærme patienten mod for mange stimuli. Sikkerhedsmæssigt kan aflåst patientstue anvendes i de samme situationer, hvor man kan anvende bæltefiksering. Det vil altså sige, hvis en patient er til fare for sig selv eller andre, forfølger eller groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Ud over aflåsning af patientstue er det på Sikringsafdelingen også muligt at gøre brug af såkaldt oppegående tvangsfiksering, hvor patienten ikke er spændt fast til en seng, men er iført remme, som gør det sværere at slå og sparke ud efter andre, men ikke forhindrer patienten i at gå rundt. Oppegående tvangsfiksering kan anvendes, hvis langvarig isolation på patientstue eller langvarig fiksering til en seng vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand, og er altså tænkt som et aflastende alternativ til de to tvangsforanstaltninger. Ligesom ved bæltefiksering skal der være en fast vagt, når der gøres brug af oppegående tvangsfiksering, hvilket i praksis kun sker i et par timer om dagen, mens resten af tiden tilbringes i isolation på patientstuen. Modsat bæltefiksering forudsætter anvendelsen af oppegående tvangsfiksering, at overlægen ansøger Styrelsen for Patientsikkerhed om tilladelse, hvilket kan gives efter indstilling fra et særligt sagkyndigt råd.

Foruden den fysiske tvang giver psykiatriloven også mulighed for at underkaste patienter indlagt på en psykiatrisk afdeling en række kontrolforanstaltninger. Hvis der er mistanke om medikamenter, rusmidler eller farlige genstande på afdelingen kan en overlæge ikke blot beslutte, at en patients post skal åbnes og kontrolleres, men også at en patients stue og ejendele skal undersøges og patienten kropsvisiteres eller -scannes, ligesom der er mulighed for at anvende narkohunde på udearealerne, hvis det skønnes nødvendigt.

Hvis en patient udsættes for tvang ifølge psykiatriloven eller som følge af en psykiatrisk særforanstaltning, beskikkes personen en patientrådgiver eller bistandsværge, som bl.a. skal føre tilsyn med, at tvangsindgrebet ikke udstrækkes længere end nødvendigt, samt rådgive og bistå patienten i forhold til iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager.

## 2.1 STATISTIK OM RETSPSYKIATRIEN

Ifølge den seneste opgørelse fra 2015 var der i 2014 4.393 unikke patienter i psykiatrisk behandling med en retlig foranstaltning.<sup>6</sup> Af disse var 4.153 i ambulans behandling og 1.489 i stationær behandling.<sup>7</sup> Antallet af unikke patienter i psykiatrisk behandling er

6 Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Kortlægning af retspsykiatrien*. s. 4.

7 Da den samme patient kan have været i både ambulans og stationær behandling i løbet af året, giver summen af de to tal mere end 4.393.

udtryk for en kraftig stigning, som har fundet sted over mange år. Mens der var 4.393 unikke patienter i retspsykiatrisk behandling i 2014, var tallet fx 'kun' 1.445 i 2001.

Ligesom der har fundet en kraftig stigning sted i antallet af unikke patienter i psykiatrisk behandling med en retlig foranstaltning, er det samme tilfældet for antallet af foranstaltningsdomme, som afsiges per år. Mens der blev afsagt 362 nye foranstaltningsdomme i 2001, blev der således afsagt 775 i 2017.<sup>8</sup> Af disse blev 518 afsagt over psykisk syge mennesker, mens resten angik mentalt retarderede og mangelfuldt udviklede. Af de 518 domme afsagt over psykisk syge mennesker, var 224 (43 %) uden længstetid, mens 290 (56 %) var af 5 års varighed. Kun 4 (1 %) var af 3 års varighed. 222 (43 %) af dommene var dom til ambulant behandling, og næsten alle disse domme var med mulighed for indlæggelse, idet det kun var 4, som var uden mulighed for indlæggelse. Desuden var 62 (28 %) af de ambulante domme uden længstetid, mens 156 (70 %) var med en længstetid på 5 år. De 4 (2 %) resterende domme var af tre års varighed og sammenfaldende med dommene uden mulighed for indlæggelse.

Hvad angår domme til behandling, blev der i 2017 afsagt 259 af disse, så de udgjorde 50 % af det samlede antal foranstaltningsdomme afsagt over psykisk syge mennesker. Af disse 259 var 127 (49 %) uden længstetid, mens 132 (51 %) var med en længstetid på 5 år. Behandlingsdommenes varighed er altså nogenlunde ligeligt fordelt mellem 5 år og ingen længstetid.

Af anbringelsesdomme blev der afsagt 37 i 2017, sådan så denne domstype repræsenterede 7 % af det samlede antal domme. Af disse domme var næsten alle (95 %) uden længstetid, mens 2 (5 %) have en længstetid på 5 år.

Som gruppe udviser de retspsykiatriske patienter en stor mangfoldighed. En nylig undersøgelse af over 90 % af de ambulante mentalundersøgelser, som blev afgivet i andet halvår af 2016 (218 stk.), giver dog et indtryk af de former for kriminalitet og psykisk sygdom, som kendetegner patientgruppen.<sup>9</sup> Ifølge undersøgelsen var 3 % sigtet for drab, hvilket også var tilfældet for drabsforsøg, mens 8 % var sigtet for brandstiftelse. 12 % var sigtet for grov vold, mens 3 % var sigtet for seksualforbrydelse. 24 % var sigtet for vold mod offentligt ansatte, mens 13 % var sigtet for trusler om vold mod offentligt ansatte. Endelig var 18 % sigtet for vold, 7 % for røveri, 12 % for berigelse og 7 % for euforiserende stoffer.<sup>10</sup> Hvis man opgør tallene efter kriminalitetens grovhed, svarer det til, at 6 % var sigtet for drab eller drabsforsøg, 28% for grov vold (alvorlig personfarlig kriminalitet), 32 % for vold (mindre alvorlig personfarlig kriminalitet), 13 % for trusler om vold (mindre personfarlig kriminalitet), og 21 % for ikke personfarlig kriminalitet.

Hvad angår den psykiske sygdom var langt størstedelen (64 %) af de mentalundersøgte diagnosticeret med en såkaldt F2 diagnose (skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser) og af disse havde hele 82 % fået diagnosen skizofreni. Den andenstørste diagnosekategori var F3

8 Justitsministeriets Forskningskontor, 2018. *Nye foranstaltningsdomme i 2017.*

9 Danske Regioner, 2019. *Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?*

10 Da flere var sigtet for mere end en type kriminalitet, giver summen ikke 100%.

(affektive lidelser så som mani, depression og bipolar sindslidelse), som udgjorde 10 %. Tilsammen stod F2 og F3 altså for 74 % af diagnoserne, mens resten blev dækket af kategorier så som organiske psykiske lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd, adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom, og psykiske lidelser forårsaget af psykoaktive stoffer.

Ifølge undersøgelsen var det i 54 % af tilfældene også sådan, at misbrug og utilstrækkelig misbrugsbehandling havde haft betydning for kriminaliteten. Foruden at være ramt af alvorlig psykisk sygdom og have begået mere eller mindre alvorlige former for kriminalitet, er der altså en stor del af de retspsykiatriske patienter, som har et stofmisbrug, og det er sådanne forhold, som har fået flere til at beskrive patientgruppen som ikke blot særligt udsat og sårbar, men også dobbelt eller tredobbelt stigmatiseret, for så vidt som de må forholde sig til både at være kategoriseret som psykisk syg, kriminel og misbruger.

## 3. Retsspsykiatri og etik

### 3.1 SELVBESTEMMELSE OG PATERNALISME

Da retsspsykiatrien er en del af psykiatrien, adskiller de generelle etiske hensyn, som spiller en central rolle i retsspsykiatrien, sig ikke fra de hensyn, som spiller en central rolle i psykiatrien i al almindelighed.<sup>11</sup> Et af de mest grundlæggende principper er her hensynet til det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse. I Danmark er dette et bærende princip i sundhedsloven, hvilket bl.a. afspejles i, at man i psykiatrien (lige som i resten af sundhedsvæsenet) i udgangspunktet ikke må indlede eller fortsætte en behandling uden patientens informerede samtykke.

Etisk set kan hensynet til den enkeltes selvbestemmelse begrundes på flere måder. Ét argument fremhæver, at et sådan hensyn er med til at sikre, at behandlingen sker i overensstemmelse med personens egne interesser og værdier, idet personen som regel vil have større indsigt i disse end sundhedspersonalet. Et andet argument peger på, at selv om den enkelte måske ikke har specielt større indsigt i sine egne interesser og værdier end andre, så er respekt for selvbestemmelse vigtig, fordi det er en forudsætning for den enkeltes selvrespekt og mulighed for at lære af egne valg.

Uanset hvordan man begrundes hensynet til den enkeltes selvbestemmelse, forudsættes det som regel, at den enkelte rent faktisk er i stand til at træffe beslutninger på egne vegne (er habil). Kriterierne for, hvornår man er det, kan variere lidt, men indbefatter som regel, at man er i stand til at forstå og huske den information, man får om behandlingen, såsom hvorfor behandlingen foreslås og hvad konsekvenserne vil være af at sige ja eller nej til behandlingen; at man kan vurdere informationens relevans i forhold til ens egen situation; og at man i lyset af ens egne værdier og interesser kan vurdere, hvilken betydning det vil have at sige ja eller nej.

Som det fremgår af de beskrevne kriterier, vil der ofte være tale om gradsspørgsmål, når man vurderer en persons habilitet, idet det fx er meget muligt, at en patient kan huske noget af den information, som gives om en behandling, men ikke andet. På lignende vis er det sjældent muligt at tale om habilitet eller inhabilitet *som sådan*, idet spørgsmålet om, hvorvidt en person er i stand til at træffe en velovervejede beslutning, ofte afhænger af, hvad det er for en beslutning, der skal træffes. En person, som vurderes ude af stand til at træffe en beslutning om x, kan i princippet således sagtens vurderes i stand til at træffe en beslutning om y.

I psykiatrien spiller spørgsmålet om habilitet en fremtrædende rolle, idet en del sygdomme påvirker opmærksomheden, virkelighedsopfattelsen, selvopfattelsen osv. i en sådan grad, at de ramte personer vurderes ude af stand til at træffe bestemte beslutninger. I forbindelse med skizofreni er det fx velkendt, at der kan optræde vrangforestillinger

<sup>11</sup> Det Etiske Råd har behandlet de forskellige etiske hensyn, som spiller en central rolle i psykiatrien, udførligt i teksten "Psykiatri og tvang i en etisk kontekst", som dette afsnit læner sig op ad: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-06-19-psykiatri-tvang-etisk-kontekst.pdf>

ger, hallucinationer og tankeforstyrrelser, som kan give anledning til, at personen anses for inhabil. Det kan fx være tilfældet, hvis personen er overbevist om, at egne tanker bliver styret ude fra (fx af radioen), hører stemmer, som presser til et bestemt valg, og er plaget af tankeforstyrrelser i form af logisk usammenhængende tale og umiddelbart meningsløse orddannelser.

I situationer, hvor en patient ikke er beslutningshabil, og ikke har udsigt til at blive det med støtte udefra, må andre træde til og træffe beslutninger på den inhabiles vegne ud fra et hensyn til, hvad disse anser for at være i dennes bedste interesse. I den etiske litteratur betegner man et sådan indgreb som en form for (blød) paternalisme, idet tilsidesættelsen af den inhabile persons udtrykte ønsker begrundes med, at det sker til fordel for den inhabile person selv.<sup>12</sup>

Et af de centrale etiske spørgsmål i forbindelse med udøvelsen af blød paternalisme angår det perspektiv, som den inhabiles interesser vurderes ud fra. Er det tilstrækkeligt, at personalet træffer beslutninger ud fra det, som de vurderer, er bedst for patienten *set fra deres sundhedsfaglige perspektiv*? Eller skal de snarere tage udgangspunkt i det, som de vurderer, er bedst for patienten *set fra dennes eget perspektiv, som en person med bestemte værdier og interesser*? Hvis man anser selvbestemmelse for at være en grundværdi, vil den sidste mulighed være den mest oplagte, idet forsøget på at træffe dén beslutning, som den inhabile person selv ville træffe, hvis denne ikke var inhabil, kan ses som udtryk for en grundlæggende respekt for individets selvbestemmelse. At det så ikke altid er lige let for udenforstående at vurdere, hvad der er bedst for en anden person set fra dennes eget perspektiv, er en anden sag.

Ud over hensynet til, hvad der er i en inhabil persons bedste interesse, er det etisk set også muligt at begrunde tilsidesættelsen af en persons udtrykte ønsker/selvbestemmelse med et hensyn til andre personers interesser. Når psykiatriloven tillader tvangsindlæggelse, -tilbageholdelse, og -tilbageførsel af personer, som er sindssyge og frembyder en nærliggende og væsentlig fare for andre, kan det fx ses som udtryk for, at den sindssyge patients udtrykte ønsker/selvbestemmelse tilsidesættes af hensyn til andres interesse i at kunne færdes trygt og sikkert.

I psykiatrien giver de tre beskrevne hensyn – hensynet til den habile persons udtrykte ønsker, hensynet til det, der er i den inhabiles bedste interesse, og hensynet til andres interesser – ofte anledning til etiske dilemmaer, når det ikke er klart, hvordan man skal vægte de forskellige hensyn, hvis de trækker i hver sin retning. Er personen habil, så dennes udtrykte ønsker skal respekteres? Skal man tilsidesætte disse, fordi personen er inhabil, og i stedet handle ud fra det, man vurderer, er i personens bedste interesse? Eller skal man tilsidesætte patientens interesser – hvad enten der er nogle, denne selv har givet udtryk for, eller nogle, andre har vurderet – fordi hensynet til andres interesser vejer tungere? I konkrete situationer kan det være ganske svært at svare på den slags

<sup>12</sup> Man taler også om *hård* paternalisme, hvis personen rent faktisk er habil, men andre alligevel tilsidesætter dennes udtrykte ønsker til fordel for det, de vurderer, er bedst for personen. Da det er svært at forsvare den hårde paternalisme, vil den dog ikke blive behandlet yderligere her.

spørgsmål, selv om det er en forudsætning for at kunne handle på etisk forsvarlig vis i psykiatrien.

### 3.2 SÆRLIGE FORHOLD I RETSPSYKIATRIEN

Da retspsykiatrien er en del af psykiatrien, er det basalt set de samme hensyn, som giver anledning til etiske dilemmaer i retspsykiatrien. Der er dog nogle træk ved retspsykiatrien, som kan give anledning til særlige spændinger mellem hensynene. Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatri, er et af de grundlæggende træk ved retspsykiatrien, at opgaverne stilles ude fra, af retsvæsenet, som med afsæt i straffeloven også fastsætter visse af rammerne for opgavernes løsning. I forbindelse med særforanstaltningerne er det fx en dommer, som i sidste ende bestemmer, hvilken psykiatrisk særforanstaltning, den pågældende skal være underlagt, ligesom det i forbindelse med anbringelsesdomme fx er fastsat i lovgivning, at en overlæge kun kan give en patient udgang alene i op til tre timer om dagen, medmindre andet bevilges af Statsadvokaten.

Når det, at retsvæsenet sætter nogle af rammerne for opgaveløsningen i retspsykiatrien, kan give anledning til særlige spændinger mellem de omtalte hensyn, hænger det sammen med, at der ikke er nogen garanti for sammenfald mellem de hensyn, som vægtes højest i henholdsvis retsvæsenet/straffeloven og sundhedsvæsenet/psykiatrien. Selv om der i et demokratisk samfund som det danske som noget helt naturligt finder en dialog sted mellem de to systemer i forbindelse med lovgivning og retssager, er der faktisk næppe tvivl om, at de forskellige værdier og hensyn på visse punkter adskiller sig væsentligt fra hinanden. Det gælder især spørgsmålet om sikkerhed (herunder hensynet til den såkaldte retsfølelse), som ofte vægtes højere inden for strafferetten end i sundhedsvæsenet. Idet retsvæsenet fastsætter nogle af rammerne for retspsykiatrien, kan en sådan forskel i vægning give anledning til etiske dilemmaer, hvis det i praksis får sundhedspersonalet til at vægte det hensyn højest, som retsvæsenet/straffeloven vægter højest, også selvom sundhedspersonalet fra sit etiske perspektiv egentlig ville vægte et andet hensyn højest.

Konkret kan man forestille sig flere versioner af sådanne dilemmaer. Som beskrevet af den danske retspsykiater Peter Kramp kan man fx forestille sig en sag om et dobbelt-drab, hvor man:

”ud fra en rent lægelig vurdering, ville anbefale en dom til ambulant psykiatrisk behandling, men hvor enhver jurist ville tage sig til hovedet og fuldstændig afvise anbefalingen, alene fordi det ville krænke retsfølelsen i befolkningen, hvis en dobbelt drabsmand gik frit omkring på gaden og med jævne mellemrum dukkede op på en psykiatrisk klinik for at blive behandlet”<sup>13</sup>

Selv om lægen (sundhedspersonalet) fra sit etiske perspektiv vurderer, at det er fuldt forsvarligt at behandle den dobbelte drabsmand ambulant, bliver lægens vurdering altså overtruffet af retsvæsenet, som ved fx at idømme personen en anbringelsesdom uden længstetid ’tvinger’ lægen til at vægte hensynet til befolkningens retsfølelse høje-

<sup>13</sup> Lund, Preben. 2011. *Sindssyg i gerningsøjeblikket? Retpsykiateren Peter Kramp - læge i lovens og sindets udkantsområde*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. s. 115.

re, end hensynet til personens egne interesser, og frihedsberøve patienten, selv om det ud fra en rent lægelig vurdering egentlig ikke er nødvendigt.

I lidt mindre skala kan man på lignende vis let forestille sig en situation, hvor en behandlingsansvarlig overlæge vurderer, at det vil være godt for en patient med en anbringelsesdom, hvis denne regelmæssigt kan gå alene på udgang i fire timer hver anden dag (fx for at deltage i et uddannelsesstilbud eller lignende), men projektet må opgives, fordi det simpelthen er for besværligt hele tiden at søge Statsadvokaten om tilladelse til udgang ud over de tre timer, som lovgivningen har fastsat som maksimum af hensyn til omgivelsernes sikkerhed.

For de enkelte aktører inden for retspsykiatrien rejser den manglende garanti for sammenfald mellem de værdier og hensyn, som ligger bag henholdsvis retsvæsenet og psykiatrien, etisk set et spørgsmål om, hvordan de bør håndtere eventuelle spændinger mellem de to systemers værdier og hensyn. På et overordnet plan har den amerikanske psykiater Alan A. Stone i en klassisk artikel beskrevet, hvordan en sådan konflikt åbner op for to særskilte muligheder.<sup>14</sup> På den ene side er det muligt for sundhedspersonalet (på mere eller mindre kynisk vis) at bruge retsvæsenet som middel til at opnå sundhedsvæsenets/sundhedspersonalets mål. På den anden side er der risiko for, at sundhedspersonalet bliver brugt/lader sig bruge af retsvæsenet på en måde, som kompromitterer dets sundhedsfaglige etik og måske ligefrem skader patienter. I Stones' personlige tilfælde førte sådanne overvejelser ham til at konkludere, at det etisk set var for risikabelt at arbejde i retspsykiatrien som den så ud i USA, da han skrev. Andre har dog draget mindre radikale konklusioner og i stedet fremhævet, at etisk forsvarligt retspsykiatrisk arbejde forudsætter, at det retspsykiatriske personale er fuldt "bevidste om den etisk set ambivalente position, som de befinder sig i"<sup>15</sup>, som følge af at praktisere inden for rammer, der er fastlagt ude fra, af retsvæsenet.

Tæt beslægtet med retsvæsenets indblanding er der også et andet forhold, som i retspsykiatrien er med til at skabe særlige spændinger mellem hensynet til den enkeltes udtrykte interesser, dennes bedste interesser og andres interesser. Fordi en stor del af patienterne har begået mere eller mindre personfarlig kriminalitet vil spørgsmålet om personalets, medpatienternes og samfundets sikkerhed ofte spille en central rolle i retspsykiatrien, hvor risikovurderinger er en integreret del af dagligdagen. Ifølge den tyske retspsykiater Norbert Nedopil er der fx ingen tvivl om, at der (selv om det ikke altid indrømmes) set fra personalets perspektiv er et klart principhierarki i retspsykiatrien i den forstand, at hensynet til personalets og medpatienternes sikkerhed i udgangspunktet kommer først, og at det først er når der er styr på sikkerheden og andre forhold, som

14 Stone, Alan A. (1984): "The Ethical Boundaries of Forensic Psychiatry: A View from the Ivory Tower", s. 168 i *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 36, 2008.

15 Adsheed, Gwen & Davies, Theresa: "Wise Restraints: Ethical Issues in the Coercion of Forensic Patients", s. 77 i *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care*. Springer. Lignende pointer er også blevet fremført i Adsheed, Gwen (2000): "Care or Custody? Ethical Dilemmas in forensic psychiatry", *Journal of Medical Ethics*, 26: 302-304; Nedopil, Norbert (2016): "Special Considerations in Forensic Psychiatry", s. 140, i *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care*. Springer; samt Darby, William C. & Weinstock, Robert (2018): "Resolving Ethics Dilemmas in Forensic Practice" s. 8, i *Ethics Challenges in Forensic Psychiatry and Psychology Practice*. Columbia University Press.



måtte forstyrre behandlingsmiljøet (så som stofmisbrug), at man kan begynde at tænke på behandling og rehabilitering.<sup>16</sup>

Når det store fokus på sikkerhed kan give anledning til etiske dilemmaer, skyldes det bl.a., at de mange kontrolforanstaltninger kan opleves negativt af patienten og være med til at skabe en mistillid, som besværliggør etableringen af en positiv behandlingsrelation. På den måde kan hensynets til andres sikkerhed altså komme til at stå i et spændingsfyldt forhold til hensynet til den enkelte patient, og for det retspsykiatriske personale kan afvejningen af de to hensyn i konkrete situationer give anledning til svære etiske dilemmaer.

I de følgende afsnit beskrives rådets overvejelser og holdninger i relation til udvalgte kontekster i retspsykiatrien, hvor de almene hensyn og forhold, som er beskrevet i dette afsnit, giver anledning til etiske dilemmaer. Som angivet i indledningen, har rådet i denne udtalelse valgt at fokusere på følgende tre kontekster:

1. Måden psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter på.
2. Længden af de retspsykiatriske særforanstaltninger.
3. Langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter.

---

<sup>16</sup> Nedopil s. 138.

## 4. Måden psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter på

Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatrien, er antallet af retspsykiatriske patienter steget kraftigt over en årrække. Mens der var 4.393 unikke patienter i retspsykiatrisk behandling i 2014, var der fx kun 1.445 i 2001. På lignende vis er antallet af nye foranstaltningsdomme pr. år steget fra 315 i 2001 til 733 i 2013.<sup>17</sup> Mens stigningen berører alle typer af foranstaltningsdomme, er det især foranstaltningsdommene for mindre alvorlige personfarlige hændelser, så som simpel vold eller vold og trusler mod offentligt ansatte, som er steget.<sup>18</sup> Rådet har bemærket, at den kraftige stigning i antallet af retspsykiatriske patienter har givet anledning til betydelig debat og igangsættelse af flere undersøgelser med henblik på at belyse årsagerne bag stigningen.

I Sundheds- og Ældreministeriets Kortlægning af retspsykiatrien fra 2016, opdeles de faktorer, som kan tænkes at spille ind på udviklingen, i fire overordnede grupper.<sup>19</sup> Den første gruppe vedrører forhold, som påvirker omfanget af kriminalitet blandt psykisk syge mennesker generelt. Det kan fx være misbrug, antallet af psykisk syge mennesker eller kapaciteten i psykiatrien, idet et øget misbrug, et øget antal psykisk syge mennesker og manglende behandlingskapacitet alt andet lige må formodes at føre til øget kriminalitet blandt psykisk syge mennesker.

Den anden gruppe af faktorer vedrører forhold, som påvirker omfanget af anmeldelser, så som anmeldelsestilbøjeligheden blandt sundhedspersonale eller borgere i almindelighed. Hvis sundhedspersonalet er blevet mere tilbøjeligt til at anmelde kriminelle handlinger udført af psykisk syge mennesker, vil det alt andet lige bidrage til en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter.

Den tredje gruppe af faktorer vedrører forhold omkring domsafsigelsen så som tiltalerejsning, tiltalefrafald, retslægerådets praksis, og brugen af mentalerklæringer. Hvis anklagemyndigheden oftere rejser og sjældnere frafalder tiltale mod psykisk syge mennesker, vil det alt andet lige øge antallet af særforanstaltninger, ligesom hyppigere rekvirering af mentalerklæringer eller en ændret praksis i retslægerådet vil kunne pege i samme retning.

Den fjerde gruppe af faktorer vedrører forhold omkring ophævelse, ændring eller dom efter afsagt dom, såsom tidsbegrænsning af domme, recidiv, misbrug og kapaci-

<sup>17</sup> Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Kortlægning af retspsykiatrien*. s. 4. Tallene dækker over psykisk syge såvel som udviklingshæmmede.

<sup>18</sup> Ibid. s. 6

<sup>19</sup> Ibid. s. 12.

tet. Det blev først muligt at idømme tidsbegrænsede domme i 2000 og den mulighed kan tænkes at have ført til en stigning i antallet af idømte særforanstaltninger, hvis det betyder, at man anmelder og dømmer hændelser, som før ville være blevet ignoreret, fordi dommen alligevel var uden længstetid. På samme måde kan øget recidiv, større misbrug og manglende kapacitet også tænkes at give anledning til flere idømte særforanstaltninger.

Ifølge Sundhedstyrelsen kan der være et kompleks samspil mellem de forskellige faktorer, ligesom det kan være svært at vurdere, hvorvidt og i hvilken grad, de enkelte faktorer rent faktisk har påvirket udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter. I rapporten har ekspertgruppen dog forsøgt at vurdere, hvilke faktorer, der rent faktisk har haft en indflydelse, og fremhæver især følgende faktorer: en 50 % stigning i antallet af mentalundersøgelser fra 2002-2014; indførelsen, i 2000, af længstetider for foranstaltningsdomme, der angår mindre personfarlig kriminalitet; en øget andel af mennesker diagnosticeret med den type psykiske lidelser, der er stærkest repræsenteret blandt retspsykiatriske patienter (skizofreni); og en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug. Selv om det ikke er helt så entydigt, er der også meget, som tyder på, at der har været en stigende tilbøjelighed til at anmelde vold og trusler mod offentligt ansatte.<sup>20</sup>

Ud over de nævnte, er der også faktorer, som ekspertgruppen ikke har haft mulighed for at vurdere pga. utilstrækkeligt datagrundlag. Det drejer sig bl.a. om recidiv og behandlingskapaciteten. Som opfølgning på rapporten udgav Danske Regioner i foråret 2019 dog en deskriptiv undersøgelse af den mulige ”sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet”, som ikke blot konkluderer, at en stor del af de undersøgte mentalobservander har modtaget utilstrækkelig behandling op til den påsigtede kriminelle handling, men også, at den utilstrækkelige behandling er en risikofaktor for kriminaliteten.<sup>21</sup>

Etisk set finder rådet det indledningsvis vigtigt at påpege, at den kraftige stigning i antallet af retspsykiatriske patienter *i sig selv* ikke kan siges at udgøre et etisk problem. Der kunne nemlig være gode grunde til, at flere personer behandles i retspsykiatrien. Når Sundhedstyrelsen konkluderer, at en del af stigningen sandsynligvis skyldes, at man er blevet bedre til at opdage sindssygdom blandt sigtede, er det fx svært at se, at det i sig selv skulle være problematisk, at nogle alvorligt psykisk syge personer, som tidligere ville være blevet idømt fængselsstraf, nu idømmes en psykiatrisk særforanstaltning. Fordi det at være retspsykiatrisk patient indebærer et alvorligt indgreb i den enkeltes selvbestemmelse, er det naturligvis yderst relevant at undersøge årsagerne til stigningen nærmere, men om stigningen udgør et selvstændigt etisk problem, må efter rådets mening

<sup>20</sup> Ibid. s. 25.

<sup>21</sup> Danske Regioner, 2019. *Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?*

afhænge af, om de forhold, som ligger bag, at bestemte personer bliver retspsykiatriske patienter, er etisk problematiske.

Rådet har bemærket, at den kraftige stigning i antallet af retspsykiatriske patienter har fået både Lægeforeningen<sup>22</sup>, SIND<sup>23</sup> og Institut for Menneskerettigheder<sup>24</sup> til at anbefale, at Straffelovrådet i samarbejde med Retslægerådet foretager en gennemgang af både lovgivning og praksis på det retspsykiatriske område. Da rådets mandat begrænser sig til etiske spørgsmål i relation til sundhedsvæsenet vil strafferetlige spørgsmål (fx vedrørende særforanstaltningernes længde, rekvirering af mentalundersøgelser, og tiltalerejsning eller -frafald) dog ikke bliver taget op til særskilt diskussion i det følgende. Fokus vil i stedet være på de faktorer i Sundhedsstyrelsens model, som falder ind under sundhedsvæsenet. Det vil altså primært sige behandlingskapacitet og anmeldelsestilbøjelighed, men udarbejdelsen af mentalerklæringer vil også blive inddraget, idet det er blevet fremhævet af Retslægerådets næstformand som en mulig faktor.<sup>25</sup>

#### 4.1 BEHANDLINGSKAPACITET I PSYKIATRIEN

Hvad angår behandlingskapaciteten, har rådet som sagt bemærket, at det i rapporten ”Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?” ikke blot vurderes, at en stor del af de undersøgte mentalobservander har modtaget utilstrækkelig behandling op til den påsigtede kriminelle handling, men også, at den utilstrækkelige behandling er en risikofaktor for kriminaliteten. Mere præcist vurderes det, at 74 % af mentalobservanderne havde modtaget utilstrækkelig psykiatrisk behandling i tiden op til den påsigtede kriminalitet, hvor den manglende behandling bl.a. dækker over afvisning i akutmodtagelsen, tidlig udskrivning, afslutning af ambulansforløb, talrige korte indlæggelser uden stabilisering af tilstanden, forkert diagnosticering, og manglende anvendelse af tvang i henhold til psykiatriloven eller særforanstaltning. For de mentalobservander, som var sigtet for drab eller drabsforsøg, var det hele 85 %, som vurderes til ikke at have modtaget tilstrækkelig psykiatrisk behandling i tiden op til den påsigtede kriminalitet.

At antallet af retspsykiatriske patienter hænger sammen med behandlingskapaciteten i almenpsykiatrien understøttes også af mange patienter og lægers personlige erfaringer. I sit arbejde med retspsykiatrien har rådet således bemærket, at nogle patienter tilsyneladende bevidst er søgt ind i retspsykiatrien, fordi de har vurderet, at det ville sikre dem en bedre behandling end i almenpsykiatrien<sup>26</sup>; at en betydelig del af de patienter, som selv ønsker at få en særforanstaltning forlænget, henviser til, at det vil sikre dem en bedre behandling, end hvis de ikke var underlagt en særforanstaltning<sup>27</sup>; og at nogle læ-

22 Lægeforeningen, 2018. *Styrk psykiatrien nu – det vedrører os alle*. s. 8.

23 <https://sind.dk/om-sind/sind-mener>

24 Institut for Menneskerettigheder, 2019. *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv*. s. 11.

25 <https://www.advokatsamfundet.dk/Service/Publikationer/Tidligere%20artikler/2018/Advokaten%204/Behandlingsdom%20for%20smaakriminalitet.aspx>

26 Information, 2019. ”Jeg skulle begå en forbrydelse, før psykiatrien tog min sygdom alvorlig”. Se også Petersen, Trine, 2017: Længselernes fængsel (Mellemgaard) for et uddybende patientperspektiv på retspsykiatrien.

27 Institut for Menneskerettigheder, 2019. *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv*. s. 86.

ger også anbefaler en forlængelse af en særforanstaltning, fordi de, ligesom Danske Regioners rapport, vurderer, at almenpsykiatrien ikke vil kunne give tilstrækkelig støtte.<sup>28</sup>

Etisk set finder rådet det dybt bekymrende, at utilstrækkelig behandling er en risikofaktor for den kriminalitet, som fører til særforanstaltninger. Rådet er bevidst om, at kapacitetsproblemer er et velkendt fænomen mange steder i sundhedsvæsenet, og at de kan give anledning til svære prioriteringer. Som rådet har påpeget i sin udtalelse om *Retfærdig prioritering i sundhedsvæsenet*, er der dog meget, som tyder på, at behandlingen af skizofreni (som er den hyppigste sygdom blandt retspsykiatriske patienter) generelt er lavt prioriteret sammenlignet med fx kræftområdet, selv om området rummer et stort forbedringspotentiale med et rimeligt forhold mellem omkostning og effekt.<sup>29</sup>

Der ud over finder rådet det også væsentligt at gøre opmærksom på de særlige konsekvenser, som følger af utilstrækkelig behandling for de patienter, som ender i retspsykiatrien. Som for alle andre patienter, der ikke har adgang til tilstrækkelig behandling, er der en betydelig risiko for at sygdommen (som i dette tilfælde er tabubelagt og rammer det, som ofte fremhæves som menneskets særkende, sindet) forværres. Der ud over bidrager den utilstrækkelige behandling i de retspsykiatriske patienters tilfælde imidlertid også til, at de begår en form for kriminalitet. Da det er stigmatiserende at være kriminel, bidrager den utilstrækkelige behandling på den måde til, at personer, som i forvejen er stigmatiserede som psykisk syge, bliver dobbelt stigmatiserede, samtidig med at kriminaliteten skader andre og kan være svær at leve med for den retspsykiatriske patient. Efter rådets mening er disse forhold etisk set med til at skærpe det generelle problem med utilstrækkelig behandling. Det gælder især i de tilfælde, hvor der er tale om afvisning eller udskrivning mod patientens eller de pårørendes ønsker, idet det på særlig eklatant vis bryder med den etiske fordring, som ifølge den danske teolog og filosof K. E. Løgstrup udspringer af den kendsgerning, at ”Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at det holder noget af dets liv i sin egen hånd”.<sup>30</sup>

Rådet er bevidst om, at det er en omfattende opgave at sikre, at utilstrækkelig behandling i almenpsykiatrien ikke udgør en risikofaktor for, at psykisk syge mennesker begår kriminalitet, idet udfordringerne forbundet med helt præcist at forudse, hvem der vil begå kriminalitet pga. sindssygdom, nødvendiggør, at væsentligt flere end de, som rent faktisk ender med at begå kriminalitet pga. sindssygdom, sikres tilstrækkelig behandling. Så længe der blot er tale om at sikre tilstrækkelig behandling til patienter, som i dag ikke altid er sikret en sådan behandling, ser rådet dog ikke nogle etiske problemer ved en sådan tilgang, og rådet støtter derfor, at der følges op på de *Anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom*<sup>31</sup>, som en bredt

<sup>28</sup> Ibid. s. 88.

<sup>29</sup> Det Etiske Råd, 2018. *Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen*. s. 16.

<sup>30</sup> Løgstrup, K.E., 1956. *Den etiske fordring*. s. 25.

<sup>31</sup> <https://www.regioner.dk/media/12260/anbefalinger-til-kriminalitetsforebyggende-indsatser-maalrettet-mennesker-med-psykisk-sygdom.pdf>

sammensat arbejdsgruppe i oktober 2019 har fremsat til regionernes psykiatridirektører.

#### 4.2 ANMELDESESTILBØJELIGHED

Som nævnt i beskrivelsen af retspsykiatrien, udgør vold mod offentligt ansatte en betydelig andel af den kriminalitet, som giver anledning til, at psykisk syge mennesker bliver retspsykiatriske patienter. I Danske Regioners undersøgelse fra 2019 var det fx henholdsvis 24 % og 13 % af de mentalundersøgte, som var blevet dømt for vold eller trusler om vold mod offentligt ansatte<sup>32</sup>, mens der i Justitsministeriets opgørelse af nye foranstaltningsdomme i 2017 var tale om 32 %, som var dømt for vold eller trusler om vold mod offentligt ansatte.<sup>33</sup> Når en person dømmes for vold eller trusler om vold mod offentligt ansatte sker det efter straffelovens § 119, som bl.a. fastslår, at ”den, som med vold eller trussel om vold overfalder nogen, hvem det påhviler at handle i medfør af offentlig tjeneste eller hverv, under udførelsen af tjenesten eller hvervet eller i anledning af samme [...] straffes med bøde eller fængsel indtil 8 år”. § 119-sagerne gerningssted kan variere bredt, men langt størstedelen af episoderne finder sted på hospitaler og ambulante behandlingssteder (altså i sundhedsvæsenet) eller på bosteder og institutioner for psykiske syge. Ifølge Justitsministeriets rapport om vold og trusler mod offentligt ansatte, fordelte § 119-sagerne sig mellem 2005 og 2013 sådan, at 28 % drejede sig om verbale trusler, 10 % om trusler med våben eller andre genstande, 31 % om fysisk vold af mindre alvorlig karakter (slag mod krop, arme m.v.), og 31 % om vold af mere alvorlig karakter (slag mod hoved, brug af stikvåben m.v.).<sup>34</sup>

Etisk set kan det at blive udsat for vold og trusler på arbejdspladsen give anledning til etiske dilemmaer for sundhedspersonale, idet det rejser et spørgsmål om, hvorvidt episoderne skal anmeldes til politiet eller ej. Der er flere hensyn, som kan begrunde en anmeldelse.

For det første kan en person, som er blevet udsat for vold eller trusler, anmelde episoden af hensyn til sig selv, idet erstatning og godtgørelse for eventuelle skader ifølge offererstatningsloven i udgangspunktet er betinget af, at lovovertrædelsen anmeldes til politiet inden 72 timer. Det er dog muligt at dispensere fra kravet om politianmeldelse hvis enten konkrete, individuelle behandlingsmæssige hensyn vedrørende skadevolderen eller generelle behandlingsmæssige hensyn på den pågældende institution taler for det.<sup>35</sup>

Ud over hensynet til den skadelidte, kan baggrunden for at anmelde vold og trusler også være at skabe et voldsfrit miljø for alle (signalere nultolerance). Ifølge en undersøgelse af vold og trusler i psykiatrien, foretaget af Bedre Psykiatri, FOA og Dansk Sygeplejeråd,

32 Danske Regioner, 2019. s. 11

33 Justitsministeriets forskningskontor: *Nye foranstaltningsdomme i 2017*, s. 6.

34 Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Kortlægning af retspsykiatrien*. s. 24.

35 <http://www.hoejesteret.dk/hoejesteret/nyheder/Afgorelser/Pages/Praksisaendringvarudenlovhjemmel.aspx>

sker politianmeldelse ifølge medarbejderne således ofte for at signalere nultolerance over for vold og trusler eller som følge af arbejdspladsens voldspolitik.<sup>36</sup>

Endelig er det også muligt at foretage en anmeldelse af hensyn til den voldsudøvende patient. I almenpsykiatrien kan en anmeldelse således begrundes med, at en særforanstaltning vil være god for patienten, idet det sikrer bedre behandlingsmuligheder, mens det i retspsykiatrien kan begrundes med, at en forlængelse eller ændring af en særforanstaltning vil have den samme virkning.

Det er primært hensynet til patienten, som kan tale imod en anmeldelse. Da en betydelig del (ca. halvdelen) af episoderne finder sted på selve indlæggelsesdagen, hvor patienterne både er allermost påvirkede og måske psykotiske, kan personalet betragte patienterne som uden skyld i episoderne og føle, at det derfor vil være forkert at anmelde dem.<sup>37</sup> Samtidig kan personalet også være bekymret for, hvad en anmeldelse vil betyde for behandlingsrelationen, idet en anmeldelse (med alt hvad det medfører af retssag osv.) kan svække patientens tillid til personalet og dermed besværliggøre det videre behandlingsforløb.

Rådet har forståelse for, at en sikker arbejdsplads har stor betydning for personale og medpatienter i psykiatrien. I almenpsykiatrien kan tilstedeværelsen af retspsykiatriske patienter over længere tid give anledning til store frustrationer og opleves som en forstyrrende 'sten i skoen'.<sup>38</sup> Rådet finder det vigtigt, at al personale er bevidst om, at det er besluttet, at flertallet af retspsykiatriske patienter behandles i almenpsykiatrisk regi, sådan så der ikke er nogen garanti for, at en politianmeldelse vil sikre en patient 'bedre' behandling på et specialiseret retspsykiatrisk afsnit.<sup>39</sup> Samtidig anser rådet det også for vigtigt, at al personale er klar over, at en Højesteretsdom fra 2018 betyder, at det ikke længere kun er konkrete, individuelle behandlingsmæssige hensyn vedrørende skadevolderen, som muliggør dispensation fra kravet om at politianmelde en episode inden for 72 timer, hvis man vil have mulighed for offerskadeerstatning, men også generelle behandlingsmæssige hensyn på den pågældende institution.

### 4.3 UDARBEJDELSE AF MENTALERKLÆRINGER

Rådet har bemærket, at næstformanden for Retslægerådet, Mette Brandt-Christensen, har vurderet, at ændringer i måden skizofreni diagnosticeres og forstås på sandsynligvis er en medvirkende årsag til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter.<sup>40</sup> Ifølge Brandt-Christensen har der i dansk retspsykiatri været en lang tradition for at betragte skizofreni som en sindssygdom, der altid opfylder kriterierne i straffelovens § 16.<sup>41</sup> Diagnosekriterierne for skizofreni blev imidlertid ændret med indførslen af diagnosesy-

36 Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Kortlægning af retspsykiatrien*, s. 25.

37 Institut for Menneskerettigheder, 2019. *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv*. s. 55.

38 Kompetencecenter for retspsykiatri, 2015. En sten i skoen? Hovedkonklusioner fra undersøgelsen "Sygepleje til den indlagte retspsykiatriske patient i almenpsykiatrien".

39 Kompetencecenter for retspsykiatri, 2019. "30 år med retspsykiatri: Hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?" s. 16.

40 <https://www.advokatsamfundet.dk/Service/Publicationer/Tidligere%20artikler/2018/Advokaten%204/Behandlingsdom%20for%20smaakriminalitet.aspx>

41 For en uddybende beskrivelse af sindssygdomsbegrebets historie, se også Mette Brandt-Christensen og Aksel Bertelsen, "Sindssygdomsbegrebet i straffelov og psykiatrilov", *Ugeskrift for Læger*, 172/17, 1274-1276, 2010.

stemet ICD 10 i 1994 og siden da er antallet af personer diagnosticeret med skizofreni i Danmark vokset fra ca. 16.000 til 43.000. De ændrede diagnosekriterier har altså ført til flere skizofrenidiagnoser, og da der er tradition for at betragte skizofreni som en sindssygdom, der opfylder kriterierne i straffelovens § 16, har det, som Brandt-Christensen ser det, ført til, at psykiatere oftere anbefaler en psykiatrisk særforanstaltning, hvilket dommerne så efterkommer, da de sjældent afviger fra psykiaterens anbefaling.

Ifølge Brandt-Christensen er der imidlertid ikke nogen nødvendig sammenhæng mellem at have diagnosen skizofreni og at være utilregnelig, da man godt kan have diagnosen skizofreni og være tilregnelig. Samtidig er der heller ingen grund til automatisk at anbefale en særforanstaltning, hvis en person rent faktisk har været psykotisk på gerningstidspunktet, da det kan være, at personen har det betydeligt bedre på tidspunktet for mentalundersøgelsen og kan behandles i andet regi. Ifølge Brandt-Christensen er det imidlertid uhyre sjældent, at psykiatere kommer til den slags konklusioner i mentalerklæringer, og da de ofte ikke ved, hvordan retssystemet fortolker det, de skriver, og den enkelte advokat eller dommer sjældent har forudsætningerne for at tage kritisk stilling til mentalerklæringerne, er det en medvirkende årsag til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter.

Rådet er bevidst om, at der i udgangspunktet 'blot' er tale om en yderst erfaren retspsykiaters ekspertvurdering. Samtidig har rådet dog også bemærket, at det er en problematik, som Sundheds- og Ældreministeriets *Kortlægning af retspsykiatrien* ikke var i stand til at gå nærmere ind i<sup>42</sup>, og så vidt rådet har kunnet konstatere, er den heller ikke blevet belyst andetsteds. Rådet vil derfor anbefale, at denne faktor undersøges nærmere. Samtidig finder rådet det vigtigt at understrege betydningen af, at mentalobserverende retspsykiatere er bevidste om, hvordan mentalerklæringer modtages i retsvæsenet. Da der er tale om erklæringer, som kan have store konsekvenser for den undersøgte, må der aldrig gå automatik i det, og hvis det ikke allerede sker, kan rådet derfor kun støtte, at mentalobserverende psykiatere foretager så nuanceret en vurdering af tilregnelighed og sindssygdom som muligt, når de anbefaler særforanstaltninger.

---

42 Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Kortlægning af retspsykiatrien*. s. 19.



## 5. Længden af de retspsykiatriske særforanstaltninger

Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatri, kan de forskellige særforanstaltninger vare tre og fem år eller være uden længstetid. Selv hvis dommene i udgangspunktet 'kun' varer tre eller fem år, kan de dog forlænges, hvis det vurderes, at der stadig er risiko for recidiv eller der begås ny vold under dommen. På den måde er det muligt for retspsykiatriske patienter at være underlagt en særforanstaltning i ganske mange år. I sine årsberetninger fra 2013 og 2017 har Retslægerådet fx omtalt eksempler på patienter, som har været anbragt på retspsykiatriske afdelinger i henholdsvis 16 og 24 år.<sup>43</sup> I de omtalte tilfælde har der været tale om alvorlig, personfarlig kriminalitet, men ifølge Institut for Menneskerettigheder findes der også eksempler på psykisk syge personer, som er blevet underlagt ganske langvarige særforanstaltninger, selv om de kriminelle handlinger oftest højst ville føre til bødestraffe, en kortere betinget dom eller kortere fængselsstraffe, hvis de var udført af tilregnelige personer.<sup>44</sup> Forholdet mellem den begåede kriminalitet og særforanstaltningernes længde – særligt sammenlignet med de straffe, som tilregnelige kan idømmes for samme gerninger – giver ofte anledning til debat. I 2000 førte sådanne debatter til, at den danske lovgivning blev revideret, idet man bl.a. indførte de tidsbegrænsede særforanstaltninger på tre og fem år, som vi kender til i dag. Særforanstaltningernes længde diskuteres dog stadigvæk herhjemme – så vel som internationalt – og i dette afsnit vil rådet udfolde de centrale etiske argumenter i debatten og præsentere sin egen holdning. Da rådets mandat vedrører etiske spørgsmål i relation til sundhedsvæsenet, vil hovedfokusset være på de etiske argumenter, men rådet er bevidst om, at juridiske argumenter også fylder en del i debatten.<sup>45</sup>

Et klassisk forsvar for lange særforanstaltninger uanset kriminalitetens art argumenterer for, at det mest humane er at *behandle* sindssyge personer, som har begået noget kriminelt, snarere end at *straffe* dem, og at det er nødvendigt med relativt lange særforanstaltninger, fordi det ikke er til at sige på forhånd, hvor lang tid det vil tage at behandle alvorligt syge mennesker. I 1997 gav Retslægerådet udtryk for en stærk version af et sådant synspunkt, da det i forbindelse med en diskussion af 'varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger' udtalte, at:

”den lægelige vurdering [...] må tage sit udgangspunkt i, at utilregnelige sindssyge kriminelle er 'straffri' – et humanistisk filosofisk synspunkt, som har sin rod i antikken, og som herhjemme viser sig i voteringerne blandt Højesterets dommere i 1700-tallet. Ud fra denne betragtning må hovedvægten lægges på sindssygdommen, og lægeligt må det således anses for 'formålstjenligt' at opretholde en

43 Retslægerådet. *Årsberetning 2013 og Årsberetning 2017*.

44 Institut for Menneskerettigheder. *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv*. s. 8 og s. 56.

45 For en opsummering af nogle af de centrale, juridiske argumenter, se Pedersen, Mads, 2015. ”Straf, straffrihed og særforanstaltninger – Er straffrihed en straf?”, Ugeskrift for Retsvæsen, nr. 42, s. 349-358.

foranstaltning, så længe patientens psykiske sygdom medfører, at der er risiko for kriminelt recidiv principielt uafhængigt af kriminalitetens karakter”.<sup>46</sup>

Ifølge dette synspunkt er det lægeligt formålstjenelige – i betydningen etisk forsvarlige – altså at opretholde en foranstaltning, så længe patientens sygdom medfører, at der er risiko for kriminelt recidiv principielt uafhængigt af kriminalitetens karakter. Uanset om der er tale om indbrud, trusler eller drab, bør foranstaltningen ifølge dette synspunkt altså opretholdes, så længe den psykiske sygdom medfører, at der er risiko for recidiv – også selv om der måtte gå tre, fem, syv eller endnu flere år, før det ikke længere er tilfældet. Omvendt bør særforanstaltningen også ophæves, så snart den psykiske sygdom ikke længere medfører risiko for recidiv uanset kriminalitetens art. Hvad enten der er tale om indbrud, trusler eller drab vil man altså skulle ophæve særforanstaltningen efter fx et år, hvis der ikke længere er risiko for recidiv.

Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatri og etik er der umiddelbart to veje, man kan gå, hvis man vil begrunde et sådant synspunkt.

For det første kan man begrunde det med henvisning til andres interesse i ikke at blive udsat for risikoen for recidiv. Et sådant argument vil hævde, at det er velbegrundet at opretholde en særforanstaltning, så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv, fordi det beskytter dem, som den fornyede kriminalitet ville gå ud over.

For det andet kan man også begrunde synspunktet med henvisning til, at personen er inhabil, og at opretholdelsen af særforanstaltningen, så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv, er i personens egen, bedste interesse. Når retslægerrådet i citatet ovenfor henviser til, at der er tale om et ”humanistisk filosofisk synspunkt”, er det nok særligt dette argument, som lægger bag synspunktet, ud fra en tanke om, at det humane er at gøre det, som er i patientens egen, bedste interesse. Men det er selvfølgelig også muligt at kombinere de to argumenter, når man vil begrunde synspunktet.

Imod det beskrevne synspunkt kan fremføres argumenter, som med udgangspunkt i hensynet til individets selvbestemmelse hævder, at det kan være etisk problematisk, at sundhedspersonale er med til at opretholde særforanstaltninger, så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv, principielt uafhængigt af kriminalitetens art.<sup>47</sup>

Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatri og etik, er udgangspunktet for ideen om selvbestemmelse, at man skal respektere det enkelte individs informerede beslutninger. Hvis individet af den ene eller anden grund ikke er i stand til at træffe beslutninger, må andre træffe beslutninger på dets vegne. For at sådanne beslutninger stadig kan siges at respektere individets selvbestemmelse, bør de dog træffes på baggrund af det, som

<sup>46</sup> Retslægerrådet. *Årsberetning 1997*. s.115.

<sup>47</sup> Fra et juridisk perspektiv er sådanne argumenter for nylig blevet fremført af Institut for Menneskerettigheder i rapporten *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv* (2019), mens den engelske psykiatriprofessor George Szukler fra et etisk perspektiv på systematisk vis har udfoldet et sådant argument i bogen *Men in White Coates: Treatment Under Coercion* fra 2018.

vurderes at være i individets egen interesse set fra dets eget perspektiv som en person med bestemte værdier og mål.

Ud fra et sådant perspektiv rejser princippet om, at det er 'formålstjenligt' at opretholde en foranstaltning, så længe patientens psykiske sygdom medfører, at der er risiko for kriminelt recidiv principielt uafhængig af kriminalitetens karakter, en række spørgsmål.

Et første spørgsmål angår, hvorvidt princippet kun gælder, når den psykiske sygdom er så voldsom, at patienten efter en konkret vurdering må anses for inhabil, eller det også gælder, når patienten ikke (længere) er inhabil, men den psykisk sygdom stadig vurderes at medføre risiko for kriminelt recidiv? Hvis det sidste er tilfældet, vil det ud fra et autonomiperspektiv være etisk problematisk, idet det åbner op for en form for hård paternalisme, hvor en langvarig tvangsforanstaltning opretholdes over for en habil person mod dennes vilje.

Det kan godt være, at det fra et behandlings- og samfundsperspektiv giver bedst mening at opretholde en særforanstaltning så længe patientens psykiske sygdom medfører, at der er risiko for kriminelt recidiv principielt uafhængig af kriminalitetens karakter, men set fra det habile individs perspektiv er det let at forestille sig, at spørgsmålet om, hvad der er bedst, vil afhænge af svarene på spørgsmål så som: Hvad er det for en form for kriminalitet, der er risiko for recidiv til? Er det en form for kriminalitet (fx drab), som det er svært at forlige sig med, eller er det en form (fx tyveri eller trusler), som det alt andet lige er lettere at leve med? I hvor høj en grad er det den psykiske sygdom i sig selv, som har ført til kriminaliteten, og i hvor høj grad har andre faktorer også spillet ind? Og hvordan ser vurderingen af alle disse faktorer ud, når de sammenlignes med det tab af frihed, som er forbundet med en særforanstaltning, og de bivirkninger, som følger af en eventuel medicinering?

Lige præcis fordi det er svært at forudsige, hvad et bestemt individ vil svare på den slags spørgsmål, kan man fra et autonomiperspektiv argumentere for, at det ikke giver mening at hævde, at det altid er i det enkelte individs bedste interesse at opretholde en særforanstaltning, så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv principielt uafhængigt af kriminalitetens art. Det kan godt være, at det altid er i samfundssikkerhedens og folkesundhedens interesse, men så bør man, set fra et autonomiperspektiv, henvise til disse interesser, og ikke til individets egen interesse, når man begrunder opretholdelsen af særforanstaltninger så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv principielt uafhængig af kriminalitetens art. Og selv hvis man vil begrunde princippet på den måde, vil det, set fra et autonomiperspektiv, være dybt problematisk at hævde, at hensynet til andres interesser i at undgå risikoen for recidiv altid vejer tungere end hensynet til det enkelte individs interesser.

Hvis personen rent faktisk er fundet inhabil efter en konkret vurdering, vil det fra et autonomiperspektiv ikke gøre den store forskel, da man så skal forsøge at træffe en beslutning på baggrund af det, som vurderes at være i individets egen interesse set fra dets eget perspektiv som en person med bestemte værdier og mål. Hvis man som sundhedspersonale overvejer, om det er etisk forsvarligt at opretholde en særforanstaltning så længe en psykisk sygdom medfører risiko for recidiv principielt uafhængigt af krimi-

nalitetens art, skal man altså gøre sig de samme overvejelser om kriminalitetens art, sygdommens rolle, risikoens størrelse, særforanstaltningens vilkår osv. som beskrevet oven for, og uanset hvilken konklusion man kommer til i et konkret tilfælde, virker det åbenlyst, at sådanne overvejelser muliggør et generelt princip om, at man bør opretholde en særforanstaltning så længe en psykisk sygdom medfører risiko for recidiv principielt uafhængigt af kriminalitetens art.

Et af de mest gennemarbejdede nyere forslag til en psykiatrilovgivning, som respekterer individets selvbestemmelse, er som nævnt udarbejdet af den engelske professor i psykiatri George Szukler. Szuklers forslag dækker både den civil- og strafferetlige del af psykiatrien, og har som grundide, at psykiatriske patienter kun må behandles mod deres vilje, hvis det efter en konkret vurdering er konstateret, at de er inhabile og at behandling vil være i deres bedste interesse set fra deres eget perspektiv. I alle andre tilfælde kræver behandling individets informerede samtykke.

I forhold til retspsykiatrien kan der tænkes to modeller, som det, ifølge et sådant perspektiv, vil være etisk forsvarligt for sundhedspersonale at virke under.

Ifølge den første model idømmes sindssyge lovovertrædere en almindelig straf som alle andre, men kan overføres til psykiatrisk behandling, hvis det efter en konkret vurdering konstateres, at de er inhabile og at psykiatrisk behandling er i deres bedste interesse. Hvis de bliver habile i løbet af behandlingen kan de så selv beslutte, om de vil fortsætte behandlingen frivilligt eller afsone resten af dommen i fængslet.

Ifølge den anden model idømmes sindssyge lovovertrædere ikke en almindelig straf som alle andre, men overføres til psykiatrisk behandling, hvis det efter en konkret vurdering konstateres, at de er inhabile og at psykiatrisk behandling er i deres bedste interesse. Når de er overført vil de imidlertid blot være underlagt den samme civile psykiatrilovgivning som alle andre psykiatriske patienter, og ikke en særlig lovgivning for sindssyge lovovertrædere. Når lægen vurderer, at den civile psykiatrilovgivnings betingelser for at kunne tilbageholde en patient ikke længere er opfyldt, vil patienten altså kunne lade sig udskrive, hvis det er patientens ønske.

Tæt forbundet med ideen om at respektere individets selvbestemmelse er forslag som Szuklers også motiveret af en ide om, at det at have særlove for psykisk syge mennesker (hvad enten de er civil- eller strafferetlige) er med til at stigmatisere og diskriminere psykisk syge mennesker. Tanken er her, at selve det at have love, som tager afsæt i visse personers status som fx 'sindssyge', snarere end i en generel ide om manglende beslutningsdygtighed, som gælder alle, uanset om de er psykisk syge eller ej, ikke blot risikerer at være diskriminerende, fordi det civilretligt bl.a. muliggør en særlig form for præventiv detention af psykisk syge mennesker og strafferetligt muliggør længere 'straffe', men også afspejler og forstærker stigmatiserende stereotyper om psykisk syge mennesker som særligt farlige og uden synspunkter, det er værd at tage seriøst.

Selv for en systematisk gennemtænkning af psykiatrien med afsæt i ideen om individets selvbestemmelse som Szuklers, udgør retspsykiatrien dog et særtilfælde, som nødvendiggør, at man går på kompromis med princippet om selvbestemmelse. Således

medgiver Szmukler, at der findes tilfælde, hvor det kan forsvares at tvangstilbageholde og –behandle en habil person, hvis denne udgøre en klar fare for andre. Det vil dog i så fald kræve, at følgende betingelser er opfyldt:

1. Personen har begået en alvorlig forbrydelse
2. En alvorlig sindsforstyrrelse har bidraget betydeligt/afgørende til, at forbrydelsen blev begået
3. Der findes effektive behandlinger, som kan forventes at reducere risikoen for, at sindsforstyrrelsen genopstår.<sup>48</sup>

I stedet for princippet om, at det er humant at opretholde særforanstaltninger så længe den psykiske sygdom medfører risiko for recidiv principielt uafhængig af kriminalitetens art, er tanken her altså, at det kun er etisk forsvarligt at opretholde en særforanstaltning over for en habil person, hvis 1) der er tale om alvorlig kriminalitet, 2) den psykiske sygdom har bidraget på betydelig/afgørende vis, 3) der er en klar risiko for recidiv, og 4) der findes effektive behandlingsmuligheder.

I overensstemmelse med en tankegang som den netop beskrevne, mener rådet, at retspsykiatriens kernegruppe bør være mennesker, der lider af alvorlig psykisk sygdom, og har begået personfarlig kriminalitet, hvor den psykiske sygdom har bidraget på betydelig vis, og der er en klar risiko for recidiv. Rådet finder det derfor bekymrende, at ca. 10 % af alle foranstaltningsdømte i 2017 og 2018 ifølge Institut for Menneskerettigheder fik dom for tyveri eller formueforbrydelser.<sup>49</sup> Idet antallet synes at være uændret siden 2000 svarer det til, at ca. 1.250 personer fra 2000 til i dag er blevet idømt en behandlingsdom for tyveri eller formueforbrydelser. Langt størstedelen (ca. 90 %) af dommene har været af fem års varighed med mulighed for indlæggelse. Som rådet ser det, er der en stor fare for, at sundhedspersonale i sådanne tilfælde kommer til at udøve en problematisk form for adfærdsmæssig kontrol og regulering over for udsatte og sårbare individer, snarere end at yde sundhedsfaglig behandling og pleje i overensstemmelse med patienternes bedste interesser.

I forlængelse af spørgsmålet om manglende behandlingskapacitet i almenpsykiatrien finder rådet det også bekymrende, at en betydelig del af den omtrentlige tredjedel af retspsykiatriens patienter, som ifølge Institut for Menneskerettigheder samtykker til en forlængelse af deres dom til særforanstaltning, angiveligt gør det, fordi de er bekymrede for, at de ellers ikke vil kunne få tilstrækkelig behandling. Som rådet ser det, er det etisk set betænkeligt, hvis patienter føler sig nødsaget til at svække deres egne rettigheder og forlænge en særforanstaltning, fordi de vurderer, at det er den eneste måde, de kan sikre sig tilstrækkelig behandling.

<sup>48</sup> Szmukler 2018. s. 94.

<sup>49</sup> Institut for Menneskerettigheder, 2019. *Retspsykiatri – i et menneskeretligt perspektiv*. s. 56.

## 6. Langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter

Det Etiske Råd har noteret sig, at der de senere år har været flere tilfælde af langvarig bæltefiksering af retspsykiatriske patienter. Det præcise antal er uklart, men i Middelfart har en patient fx været bæltefikseret i 10 måneder, mens en patient i Aalborg har været bæltefikseret i 13 måneder. Som beskrevet i afsnittet om retspsykiatri, er bæltefiksering i udgangspunktet kun tilladt for en kort periode, hvis en patient er til fare for sig selv eller andre, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Psykiatriloven giver dog mulighed for bæltefiksering i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger det, og det er dette hensyn, som har spillet ind i de pågældende sager. I de nævnte sager har der været afsagt et farlighedsdekret, fordi patienterne vedvarende har udsat andres (personalets og/eller medpatienters) liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare. I teorien betyder afsigelsen af et farlighedsdekret, at patienterne skal overføres til Sikringsafdelingen i Slagelse, hvor man har større erfaring med den type patienter og kan gøre brug af både aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering som alternativ til langvarig bæltefiksering. I de pågældende sager har det dog ikke været muligt at overføre patienterne på grund af venteliste til Sikringsafdelingens 30 pladser, og lokalt har man derfor set sig nødsaget til at opretholde bæltefikseringen, indtil der er blevet en plads ledig på Sikringsafdelingen.

Etisk set kan beslutningen om at opretholde bæltefiksering i den omtalte type sager ses som udtryk for en konkret afvejning af de tre overordnede hensyn, som ofte spiller en central rolle i retspsykiatrien: hensynet til patientens ytrede interesser, hensynet til patientens bedste interesser, og hensynet til andres interesser.

Selv om der er en teoretisk mulighed for, at forskellige patienter vil give udtryk for forskellige interesser vedrørende langvarig tvangsfiksering, anser rådet det for så godt som sikkert, at alle patienter mere eller mindre eksplicit vil give udtryk for en interesse i at kunne bevæge sig frit omkring på afdelingen og undgå den krænkelse af ens personlige integritet og autonomi, som er uløselig forbundet med langvarig bæltefiksering. På samme måde anser rådet det for sandsynligt, at alle patienter vil give mere eller mindre eksplicit udtryk for en interesse i at undgå den negative effekt, som langvarig tvangsfiksering til en seng har på en persons samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand.

Legemligt medfører langvarig bæltefiksering bl.a. risiko for blodpropper og forstoppelse pga. manglende bevægelse, ligesom der er risiko for betydelig vægtforøgelse og tab af muskelmasse. Samtidig besværligøres basal kropshygiejne, ligesom der er risiko for udvikling af liggesår. Mens blodpropper og forstoppelse i nogen grad kan forebygges med medicin, er det sværere at gøre noget ved vægtforøgelsen og muskeltabet. I sager-

ne fra Aalborg og Middelfart har patienterne således været nødt til at bruge kørestol i tiden umiddelbart efter tvangsfikseringens ophør.

Hvad angår den psykiske tilstand kan langvarig tvangsfiksering føre til en væsentlig forværring af patientens sindssygdom, idet tvangsfikseringen umuliggør andre behandlingsmuligheder end de rent medicinske, så som samtale- eller beskæftigelsesterapi. Samtidig umuliggør den langvarige bæltefiksering også almindeligt socialt samvær, hvilket indebærer en risiko for, at patientens evner til at indgå i sociale sammenhænge svækkes.

Over for patientens interesse i at undgå disse negative konsekvenser står personalets og medpatienternes interesser. Hvis det er deres liv eller legeme, som vedvarende er blevet udsat for alvorlig og overhængende fare, vil de naturligt have en interesse i at undgå en sådan fare. Samtidig er der dog også negative konsekvenser af langvarig bæltefiksering, som de kan tænkes at have en interesse i at undgå. Over for rådet har flere retspsykiatriske patienter således givet udtryk for, at det kan være ganske ubehageligt at opholde sig på en afdeling, hvor medpatienter bæltefikseres. Selv om fikseringen altid finder sted i et afskærmet rum, går det sjældent stille for sig, og for medpatienterne ligger det ubehagelige antageligt lige så meget i bevidstheden om, at de selv kunne blive udsat for det samme, som i selve det at bevidne en alvorlig krænkelse af et andet menneskes integritet og autonomi.

På samme vis har rådet erfaret, at det kan være ganske belastende for personalet at medvirke til langvarig bæltefiksering. Hvis man som personale føler, at det eneste, man kan gøre, rent faktisk forværrer patientens tilstand og på ingen måde kan opfattes som i dennes interesse, kan det være svært ikke at opleve en konflikt i forhold til ens faglige identitet som en, der har til opgave at behandle og pleje psykisk syge mennesker. Ifølge rådets informanter kan en sådan oplevelse af udtalt faglig afmagt virke ganske demoraliserende, hvilket underbygges af psykolog Dorthes Birkmoses teori om, at det kræver intens faglig sparring, hvis sådanne afmagtsoplevelser ikke skal føre til en generel forråelse af personalegruppen.<sup>50</sup>

Det Etiske Råd har forståelse for, at personale i særlige situationer kan se sig nødsaget til at prioritere sine egne og medpatienternes interesser over en patients og gøre brug af langvarig bæltefiksering, hvis deres liv og legeme vedvarende udsættes for alvorlig og overhængende fare, og personalet ikke har mulighed for at håndtere situationen ved hjælp af mindre indgribende foranstaltninger. Samtidig finder rådet det dog magtpåliggende at understrege, hvor alvorlig en krænkelse af individets kropslige og mentale integritet, langvarig bæltefiksering udgør.

Fordi der er tale om en meget alvorlig krænkelse, er det efter rådets mening afgørende, at der bliver gjort mest muligt for enten at forebygge, at psykisk syge mennesker vedvarende udsætter andres liv og legeme for alvorlig og overhængende fare, eller for at udvikle alternativer til langvarig bæltefiksering. Hvad angår alternativer, har rådet bemærket, at en udvidelse af Sikringsafdelingen har været diskuteret i offentligheden. Senest

50 Birkmose, D. 2013. *Når gode mennesker handler ondt. Tabuet om forråelse*. Syddansk Universitetsforlag.

har aftaleparterne bag finansloven for 2020 udtalt, at nogle af de midler, som er afsat til at styrke psykiatrien, skal bruges til hurtigst muligt at udvide kapaciteten på Sikringsafdelingen med ti pladser.<sup>51</sup> Ved en udvidelse af Sikringsafdelingen vil den venteliste, som er baggrunden for, at man lokalt har følt sig nødsaget til at gøre brug af langvarig bæltefiksering, forsvinde, og patienterne vil i stedet kunne anbringes på Sikringsafdelingen, hvor man enten vil kunne gøre brug af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering som alternativ til langvarig bæltefiksering eller måske endda behandle dem på anden vis.

I forbindelse med den offentlige debat om en udvidelse af Sikringsafdelingen har rådet bemærket, at Danske Regioner vurderer, at der er for få patienter på venteliste, til at en udvidelse af Sikringsafdelingen med et nyt afsnit med 10 sengepladser vil kunne forsvares økonomisk idet prisen for en sådan udvidelse vil være 90-100 millioner i engangsomkostninger og 36 millioner i drift per år.<sup>52</sup> Rådet har forståelse for, at økonomiske prioriteringer spiller en rolle i sundhedsvæsenet, men finder det også vigtigt at påpege, at økonomiske betragtninger sjældent kan stå alene, når etiske problemstillinger diskuteres. Jo mere problematisk et forhold er etisk set, jo mere bør man fx være villig til at gå på kompromis med rent økonomiske overvejelser. Det er bl.a. et sådant princip, som kommer til udtryk, når det siges, at et samfund skal kendes på, hvordan det behandler sine svageste, og efter rådets mening kan der ikke være tvivl om, at de retspsykiatriske patienter, som udsættes for langvarig bæltefiksering, hører til samfundets allersvageste. Rådet ser det dog ikke som sin opgave at tage stilling til, om sådanne overvejelser taler for eller imod en udvidelse af Sikringsafdelingen set i lyset af ventelisteforholdene.

I forbindelse med en mulig udvidelse af Sikringsafdelingen finder rådet det dog værd at gøre opmærksom på to forhold, som går ud over det rent økonomiske. For det første vil det efter rådets mening være vigtigt at være opmærksom på, at en udvidelse af Sikringsafdelingen på et tidspunkt, hvor psykiatrien generelt oplever et stort pres på sengepladserne og der ifølge Danske Regioner ikke står tilstrækkeligt mange patienter på venteliste, ikke fører til en glidebane, hvor patienter, som sagtens kunne behandles under mere lempelige forhold tættere på egen bopæl, ender på Sikringsafdelingen, blot fordi der er plads.

Set i lyset af, at udvidelsen af Sikringsafdelingen endnu ikke er implementeret og ti ekstra pladser næppe udgør en garanti mod lignende venteliste-problemer i al fremtid, finder rådet det for det andet værd at overveje, om der ikke findes etisk forsvarlige alternativer til en udvidelse af Sikringsafdelingen. Rådet har i den forbindelse særligt diskuteret muligheden for at udvide brugen af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering, så det vil være muligt at anvende disse tvangsforanstaltninger uden for Sikringsafdelingen over for patienter, som står på venteliste til Sikringsafdelingen. Rådet er bevidst om, at brugen af oppegående tvangsfiksering har været genstand for betydelig offentlig debat,

<sup>51</sup> Regeringen, 2019. *Aftale om Finansloven for 2020*.

<sup>52</sup> Danske Regioner, 2018. Uddybning af bidrag til § 71-tilsynet alm. del spm. 19. Ifølge notatet har antallet af personer på ventelisten varieret mellem en og fire fra januar 2017 til oktober 2018. Senest har formanden for Folketingets sundhedsudvalg, Jane Heitmann, anført, at der pt. skulle være én patient på venteliste og to eller tre patienter på vej til at blive udskrevet: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/2829-finanslovens-10-nye-pladser-til-farlige-kriminelle-koster-100-mio-kr-men-ingen-patienter-har-brug-for-dem.html>



både før og efter en revision af psykiatriloven i 2010 gjorde det muligt at anvende oppegående tvangsfiksering over for særligt udvalgte patienter på Sikringsafdelingen. Forud for revisionen kritiserede Europarådets Torturforebyggelseskomité, at der blev anvendt oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen, selv om der ikke var hjemmel til det i psykiatriloven. Kombineret med det øgede fokus på reduktion af tvang i psykiatrien i al almindelighed, førte den efterfølgende diskussion af oppegående tvangsfiksering til, at den daværende Minister for Sundhed og Forebyggelse i 2008 anmodede Sundhedsstyrelsen om ikke blot at redegøre for brugen af tvangsforanstaltninger i Danmark og sammenlignelige lande, men også at tage stilling til spørgsmålet om brugen af oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen. I udredningen konkluderede Sundhedsstyrelsen, at oppegående tvangsfiksering ikke havde nogen berettigelse i almen- og retspsykiatrien, men at det i forhold til Sikringsafdelingen burde overvejes, om der var behov for alternative tvangsforanstaltninger over for en særlig gruppe af farlige patienter, og det førte så til den omtalte revision af psykiatriloven i 2010.<sup>53</sup>

I forbindelse med revisionen af psykiatriloven blev brugen af oppegående tvangsfiksering gjort betinget af en omfattende godkendelsesprocedure, samtidig med at det blev vedtaget at evaluere ordningen efter tre år med henblik på eventuelle justeringer af loven. I tiden op til offentliggørelsen af Sundhedsstyrelsens evaluering blussede den offentlige debat op igen, men siden har der ikke været megen debat om emnet. Sundhedsstyrelsens evaluering var da også ganske positiv. Således konkluderede den ikke blot, at både patienter og personale var glade for de muligheder, som oppegående tvangsfiksering gav, men anbefalede også en lempeligere godkendelsesprocedure.<sup>54</sup>

Når rådet finder det vigtigt at gøre opmærksom på muligheden for at udvide brugen af oppegående tvangsfiksering, skal det ses i lyset af følgende overvejelser. Rådet er bevidst om, at brugen af oppegående tvangsfiksering umiddelbart kan virke voldsom, idet remmene på symbolsk vis tydeliggør retspsykiatriens position i krydsfeltet mellem sundhedsvæsenet og retssystemet. Samtidig mener rådet dog, at det er vigtigt at sammenligne med alternativet i form af langvarig tvangsfiksering. Selv om det er rådets indtryk, at der findes forbavsende lidt viden om virkningerne af forskellige tvangsforanstaltninger, som alt efter det enkelte lands historie og traditioner anvendes forbløffende forskelligt i ellers sammenlignelige lande<sup>55</sup>, er det rådets overbevisning, at de negative virkninger af langvarig bæltefiksering er så voldsomme, at en kombination af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering etisk set altid vil være at foretrække. Og selv hvis man ikke vil gå så langt som at hævde, at oppegående tvangsfiksering altid er at foretrække, taler hensynet til patientens selvbestemmelse for, at de patienter, som ev-

53 Sundhedsstyrelsen, 2009. *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning*.

54 Sundhedsstyrelsen, 2014. *Oppegående tvangsfiksering – evaluering*. Det Etiske Råd har to gange afgivet høringssvar vedrørende oppegående tvangsfiksering: <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/psykiatri/hoeringssvar/2010-03-08> og <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/psykiatri/hoeringssvar/2014-08-29>.

55 Steinert, T. 2016. "An International Perspective on the Use of Coercive Measures" i Völlm, B. og Nedopil, N. (red.) *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical Challenges*. Springer. s. 87-100.

ner det, får mulighed for at tage stilling til, hvilken tvangsforanstaltning de selv betragter som mindst krænkende.

Rådet har forståelse for, hvis nogle frygter, at en udvidelse af brugen af oppegående tvangsfiksering vil udgøre en problematisk glidebane, som potentielt kan føre til, at brugen af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering bliver almen praksis i psykiatrien. Idet rådets forslag begrænser sig til patienter med farlighedsdekret (som skal godkendes af Retslægerådet) og brugen af oppegående tvangsfiksering altid skal godkendes af et uvildigt råd, er det dog rådets vurdering, at risikoen for en sådan glidebane må betragtes som ganske minimal.

Rådet er også bevidst om, at en udvidelse af brugen af oppegående tvangsfiksering muligvis rejser en række praktiske spørgsmål vedrørende lokaleindretning, uddannelse af personale osv., men etisk set ser rådet det altså som et forsvarligt alternativ til den nuværende situation, og hvad enten det er som et supplement eller alternativ til den foreslåede udvidelse af Sikringsafdelingen, er det rådets anbefaling, at muligheden for at udvide brugen af aflåst stue og oppegående tvangsfiksering indgår i overvejelserne om, hvordan man sikrer, at der aldrig kommer til at finde voldsomt skadende og dybt krænkende langvarige bæltefikseringer af retspsykiatriske patienter sted igen.