



HØJESTERETS DOM

afsagt fredag den 20. oktober 2023

Sag BS-51032/2022-HJR
(2. afdeling)

A
(advokat Claus Bonnez, beskikket)

mod

Region Z
(advokat Christina Steen)

I tidligere instans er afsagt dom af Vestre Landsrets 7. afdeling den 10. november 2022 (BS-18582/2021-VLR).

I pådømmelsen har deltaget fem dommere: Poul Dahl Jensen, Lars Hjortnæs, Kurt Rasmussen, Kristian Korfits Nielsen og Mohammad Ahsan.

Sagen er behandlet skriftligt, jf. retsplejelovens § 387.

Påstande

Appellanten, A, har nedlagt påstand om, at indstævnte, Region Z, skal anerkende, at afgørelsen om at holde ham isoleret på sin patientstue i perioden fra den 26. oktober 2015 til den 8. juli 2016 er ugyldig, og at Region Z skal betale 70.000 kr. i godtgørelse med procesrente fra sagens anlæg.

Region Z har påstået stadfæstelse, subsidiært betaling af et mindre beløb end det påståede.

Supplerende sagsfremstilling

Journaloptegnelserne fra Psykiatrien i Region Z indeholder bl.a. en omtale af orienteringen af A vedrørende de (kommende) foranstaltninger, som han blev undergivet den 26. oktober 2015, hvor tvangsfikseringen af ham blev ophævet.

Af journalnotat af 14. oktober 2015 kl. 07.52 fremgår bl.a.:

”Fortæller pt., at der i dag skal være et møde med alle læger i huset, hvor vi skal diskutere, om vi kan finde en måde, hvorpå vi kan planlægge en løsning af pt.. Pt. spørger, om han så bliver løsnet i dag, men jeg forklarer pt., at jeg jo ikke ved, hvad der bliver besluttet på mødet, - og jeg tænker, at han under alle omstændigheder ikke bliver løsnet idag - andet end til træning osv., som han plejer. Der skal lægges en plan, hvis der blandt lægerne bliver enighed om, at han kan løsnes, men det ved jeg jo ikke om der gør. Fortæller pt., at jeg nok skal give ham besked, når jeg ved noget.

Om fiksering ophæves afhænger af, om der kan findes en måde at gøre det på, hvor ressourcerne i afdelingen kan imødegå og opfylde det sikkerhedsmæssige krav.”

Af journalnotat af 14. oktober 2015 kl. 14.34 fremgår bl.a.:

”Pt. er vågen ved tilsyn, - har faktisk været vågen hele dagen, siden jeg fortalte ham, at vi vil holde møde om ophævelse af fikseringen indenfor nærmeste fremtid. Pt. er oplyst om, at fikseringen vil blive ophævet indenfor den næste 2 uger, når alle sikkerhedsopbud er på plads.”

I journalnotat af 16. oktober 2015 kl. 08.02 anføres bl.a.:

”Pt. er dybt sovende, og det findes ikke hensigtsmæssigt at vække ham, da han har været vågen i nat, - og da han tilsyneladende har svært ved at falde i søvn, fordi han er så opstemt over udsigten til snarlig ophævelse af fikseringen. Pt. er informeret om, at der vil blive en masse regler, at han skal være på stuen osv.. Når planen foreligger, vil pt. blive informeret grundig - før ophævelsen af fikseringen.”

I journalnotat af 20. oktober 2015 kl. 15.45 anføres bl.a.:

”Ved tilsynet er A storsmilende. Han informeres om at der i tilfælde af fremtidig løsning fra bælte vil være en række regler som skal overholdes for at en løsning vil kunne lade sig gøre. Han vil selvfølgelig blive informeret nøje om disse regler og om vigtigheden af at han overholder disse regler, selvom han måske synes det er irriterende. A siger han

ikke har noget imod "autoritære" regler og mener at kunne overholde sådanne; det vil være bedre at kunne bevæge sig på stuen. Han siger det nu er 10 måneder han har været fikseret og han har "ikke gjort noget" siden fikseringen ...".

I journalnotat af 21. oktober 2015 kl. 14.35 anføres bl.a.:

"Pt. spørger, om han kan have døren til stuen åben, når han nu bliver løsnet fra fikseringen. Forklarer pt., at kp B og / eller C nok skal forklare ham om de regler, der bliver. Jeg ved ikke, hvor meget han kan få lov til at have døren åben, - og skal han have døren åben, så bliver det noget med, at reolen skal køres hen foran døren. Dette synes pt. at acceptere uden videre. Understreger overfor pt., at B og C nok skal forklare reglerne grundigt for ham."

Af journalnotat af 23. oktober 2015 kl. 14.00 fremgår bl.a.:

"A har fået mappe på stuen omkring retningslinierne efter en fremtidig seponering af fikseringen. Han opfordres til at læse i den i weekenden, således at han kan forholde sig til indholdet, og få svar på eventuelle spørgsmål, når indholdet vil blive gennemgået af personalet. A mener ikke umiddelbart der er grund til at kikke i mappen, men opfordres til dette.

A ser frem til forhåbentlig snart at skulle løsnes. Han føler sig stærkere i benene og fødderne gør ikke så ondt længere under gang."

I journalnotat af 26. oktober 2015 kl. 12.55 – hvoraf fremgår, at tvangsfikseringen ophørte den pågældende dag kl. 10.15 – hedder det bl.a.:

"A vækkes til samtalen. B orienterer A om retningslinierne for den fremtidige skærmning på stuen efter ophør af bæltefikseringen. Herunder at der vil blive trykket alarm, såfremt A bevæger sig ud af stuen, og at han, såfremt han tilkalder personalet, skal sætte sig på stolen bag bordet med ryggen til vinduet, inden personalet kan komme ind til ham.

A accepterer disse betingelser.

Der er ikke tale om personlig skærmning efter psykiatrilov, da skærmningen foregår med intermitterende lukket dør, og således at A selvfølgelig ligeledes kan benytte toilet uden at være under personaleopsyn.

A fremstår tidvis glad og spøgende, med kortvarende øjenkontakt, men også tidvist tænksum med vigende øjenkontakt, hvor vi må opfordre

ham til at se på os. A fremkommer under samtalen ikke med udtalelser om sine følelser. A vurderes fortsat at udgøre en væsentlig risiko for sine omgivelser. Det er ALTAFGØRENDE at retningslinier og aftaler omkring A overholdes, da afvigelse fra dette vil kunne resultere i opdeling af personale i "gode" og "onde" og dermed konflikter, som kan udløse nye voldsepisoder."

Af sagens bilag 1, der indeholder en beskrivelse af de foranstaltninger, som A var underlagt fra den 26. oktober 2015 til den 8. juli 2016, fremgår ud over det i dommen gengivne bl.a.:

"Telefon

A kan ringe i 10 min. Der skal laves klare aftaler om hvem han ønsker at kontakte.

Han kan frit ringe til bistandsværge og advokat.

A skal anvende afdelingens mobiltelefon og han ringer fra egen stue.

...

Aktiviteter med A

Aktiviteter foregår i de tidsrum hvor A har åben dør.

Der er mulighed for følgende aktiviteter med A. Der kan tages en stol med på stuen til at sidde på. Denne skal fjernes efter endt aktivitet.

- Se tv på stuen.
- Spille kort på stuen.
- Samtale på stuen.

Det er vigtigt at, det er A der invitere til aktiviteter. Og det er vigtig at trække sig når A beder om det.

Ved aktiviteter på stuen er døren åben.

Under disse aktiviteter vil 1 person befinde sig på stuen med A, og de 2 andre personer befinder sig ved døråbningen. Evt. siddende på en stol.

...

TV og radio

A har et låne tv samt radio fra P6. A skal ikke have både radio og tv på samme tid.

A kan se tv på egen stue når han er vågen. Når A sover tages tv'et ud fra stuen. Radioen tages også ud når A sover.

Tv'et samt radio skal tages ud fra stuen hver nat."

Retsgrundlag

Bekendtgørelse om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse

Af bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse som ændret ved bekendtgørelse nr. 1402 af 22. juni 2021 fremgår bl.a.:

”§ 1. Denne bekendtgørelse gælder for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 eller retsplejelovens § 765, § 777 eller § 809, stk. 2...

§ 2. Bestemmelserne i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og de i medfør af loven udfærdigede forskrifter finder tilsvarende anvendelse på de i § 1 nævnte personer. Det gælder dog ikke lovens §§ 5-11, § 21, stk. 2, og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse.”

Psykiatrilovens regler om informeret samtykke og mindste middels princip
Psykiatrilovens § 1 og § 4 indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

”§ 1. Indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling sker på baggrund af informeret samtykke efter reglerne i kapitel 5 i sundhedsloven, medmindre andet følger af denne lov.

Stk. 2. Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i denne lov.

Stk. 3. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven

...

§ 4. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Stk. 2. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Stk. 3. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelse eller ulempe.

Stk. 4. Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. ”

Psykiatrilovens § 1, stk. 3's definition af, hvornår der i lovens forstand foreligger tvang, blev indsat (som § 1, stk. 2) ved lov nr. 534 af 8. juni 2006. Forud for 2006-lovændringen var tvang defineret således i psykiatrilovens § 1, stk. 2:

”§ 1...

Stk. 2. Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig”.

I det lovforslag, der lå til grund for 2006-lovændringen af tvangsdefinitionen, anføres i lovforslagets almindelige bemærkninger bl.a. (Folketingstidende 2005-06, tillæg A, lovforslag nr. L 140, s. 4228 f.):

”6. Hovedpunkter i lovforslaget

Psykiatrilovens mindste middel princip, som er lovfæstet i § 4, er det bærende element i beslutninger om anvendelse af tvang i behandlingen. Det fremgår således af bestemmelsen, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

...

6.1. Tvangsdefinitionen

Det fremgår af den nuværende bestemmelse i psykiatrilovens § 1, stk. 2, at der ved tvang i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, som patienten modsætter sig. Det antages i praksis, at en patients passivitet over for en foranstaltning som udgangspunkt sidestilles med frivillighed. Der stilles dog ikke store krav til en tilkendegivelses klarhed, før en protest fra patientens side må antages at foreligge med den virkning, at man må afstå fra at gennemføre den påtænkte foranstaltning, medmindre betingelserne for tvangsmæssig gennemførelse er til stede. Indvilliger en patient med beklagelse eller resignation, antages der som udgangspunkt at foreligge frivillighed. Det samme gælder, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke. Det er efter de gældende regler imidlertid næppe muligt generelt at angive, hvornår tilfælde inden for dette gråzone-område, antager karakter af tvang i lovens forstand. Som vejledende retningslinie efter de eksisterende regler antages at gælde, at det er tvang, hvis en foranstaltning søges gennemført, selv om patienten verbalt eller nonverbalt giver udtryk for en protest eller modstand, der ikke frafalder eller opgives.

...

Grænserne for, hvornår behandling m.v. kan siges at være frivillig, er således ikke overensstemmende i kapitel 5 i sundhedsloven og psykiatriloven. Efter psykiatriloven anses behandling m.v. som frivillig, hvis patienten forholder sig passiv i forhold til et foreslået behandlingstiltag m.v., hvorimod der i henhold til sundhedsloven kræves et informeret samtykke.

...

Regeringen foreslår på denne baggrund, at samtykkebegrebet i psykiatriloven bringes i overensstemmelse med patientretsstillingslovens samtykkebegreb, og at tvang i psykiatrilovens forstand således defineres som foranstaltninger for hvilke, der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven."

I bemærkningerne til bl.a. lovforslagets § 1, stk. 2 (nugældende lovs § 1, stk. 3), om tvangsdefinitionen anføres bl.a. (a.st., s. 4238 f.):

"Tvangsdefinitionen

Det er et grundlæggende princip i dansk ret, at al behandling hviler på frivillighed. Princippet hviler på patientens selvbestemmelsesret (autonomi) og respekten for individets værdighed og ukrænkelighed (integritet).

...

Efter den *gældende bestemmelse i psykiatrilovens § 1, stk. 2*, defineres anvendelse af tvang som foranstaltninger, som patienten modsætter sig. Det antages, at en patients passivitet over for anvendelsen af en foranstaltning som udgangspunkt sidestilles med frivillighed.

I forslaget til ny § 1, stk. 2, fastsættes, at der ved tvang i henhold til loven forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kap. 5 i sundhedsloven. Hermed bringes psykiatrilovens grænser for, hvornår en given foranstaltning er frivillig, eller hvornår der modsat er tale om tvang, i overensstemmelse med samtykkereglerne i lov om patienters retsstilling (pr. 1. januar 2007 - sundhedsloven).

Der sker med lovændringen ikke en ændring af de materielle kriterier for anvendelsen af de enkelte tvangsforanstaltninger i henhold til loven, men det sikres, at en foranstaltning i forhold til en patient, der ikke selv har afgivet et informeret samtykke, betragtes som en tvangsmæssig foranstaltning, medmindre der foreligger stedfortrædende samtykke, jf. reglerne herom i kapitel 5 i sundhedsloven. Der henvises i den forbin-

delse til punkt 6.1. i de almindelige bemærkninger. Det sikres endvidere, at de retssikkerhedsgarantier i form af beskikkelse af patientrådgiver, klageadgang m.v., der er fastsat i psykiatriloven, dermed etableres i situationer, hvor der ikke foreligger et informeret samtykke.

Spørgsmålet om, hvorvidt, der foreligger et gyldigt informeret samtykke, herunder hvor klar en meningstilkendegivelse skal være, før end man kan sige, at der foreligger et samtykke, skal efter lovændringen fortolkes i overensstemmelse med samtykkereglerne i lov om patienters retsstilling (kapitel 5 i sundhedsloven). Der henvises i den forbindelse til punkt 6.1. i de almindelige bemærkninger.

Et *udtrykkeligt* samtykke foreligger herefter, hvor der eksplicit gives udtryk for, at patienten er indforstået med den pågældende behandling m.v. Det kan foreligge skriftligt eller mundtligt. Hovedreglen er, at et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt. Et *stiltiende* samtykke foreligger, hvor den enkeltes signaler og opførsel må tolkes således, at der foreligger et samtykke på baggrund af den givne information.

Et stiltiende samtykke vil alene opfylde lovens krav, hvis det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandlingsforslaget m.v. eller dele heraf. Hvis der er den mindste tvivl om, hvorvidt patienten tilslutter sig behandlingsforslaget, bør et mundtligt samtykke indhentes.

Efter lovændringen vil der stadig være tale om frivillighed, hvis patienten ved en korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke, hvorimod en patients passivitet over for en foranstaltning ikke udgør et tilstrækkeligt informeret samtykke til at iværksætte en foranstaltning på et frivilligt grundlag. Det må i disse situationer vurderes, om kriterierne for en tvangsmæssig etablering af den pågældende foranstaltning er til stede, eller om foranstaltningen evt. kan iværksættes på grundlag af et stedfortrædende samtykke".

Sundhedslovens regler om informeret samtykke

Sundhedslovens kapitel 5 – som psykiatrilovens § 1, stk. 3, henviser til – indeholder i § 15 og § 16 bl.a. følgende bestemmelser om informeret samtykke:

"§ 15. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 16.

...

§ 16. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 4. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal tillige omfatte oplysninger om mulige konsekvenser for behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, hvis patienten frabeder sig videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger m.v. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger."

Bestemmelserne i sundhedslovens § 15 og § 16 er i vidt omfang en videreførelse af de tilsvarende bestemmelser i henholdsvis § 6 og § 7 i den tidligere gældende lov om patienters retsstilling. I forslag til lov om patienters retsstilling anføres i bemærkningerne til § 6 bl.a. (Folketingstidende 1997-98, 2. samling, tillæg A, lovforslag nr. L 15, s. 523 f.):

"Bestemmelsen indeholder grundreglen om informeret samtykke. Ingen undersøgelse, behandling eller pleje må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.

...

Efter reglen i stk. 2 kan en patient på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling. Reglen understreger, at der er tale om et frit (frivilligt) samtykke, hvor patienten på et hvilket som helst tidspunkt kan trække sig tilbage og frabede sig videre behandling.

...

Den information, der skal udgøre basis for et frivilligt og reelt samtykke, må indeholde en sådan mængde af oplysninger om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger m.v., at patientens kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Dette er i bestemmelsen udtrykt ved, at informationen skal være fyldestgørende. Oplysningerne må desuden hvile på den aktuelt gældende gode faglig norm på området. Formidlingen af oplysningerne fra sundhedsperson til patient må være tilpasset individuelt, så den enkelte patient så vidt muligt forstår situationen m.v. Det afgørende er at give patienten et sådant grundlag, at vedkommende kan give et frivilligt samtykke, dvs. et samtykke uden nogen form for pres.

...

At afgive et informeret samtykke er et resultat af en to-vejs kommunikation mellem patient og sundhedsperson. Mange patienter ønsker i den situation at få støtte af en tredjemand eller en bisidder, hvilket i videst muligt omfang bør imødekommes fra sundhedspersonens side. Der tænkes på støtte fra tredjemænd som ægtefæller, familiemedlemmer, venner, formidlere for svage grupper, patientrådgivere, bistandsværger, kontakt- og støttepersoner m.v.”

Psykiatrilovens regler om aflåsning af døre i en psykiatrisk afdeling

Psykiatrilovens § 18 f bestemmer følgende:

”§ 18 f. Lægen kan beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer, over for

- 1) patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og
- 2) patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. § 18.

Stk. 2. Lægen kan endvidere beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke af døre til patientstuer over for en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves.

Stk. 3. Alle patienter på afdelingen skal straks efter, at en beslutning om aflåsning efter stk. 1 og 2 er truffet, underrettes herom.”

En bestemmelse svarende til den citerede blev indsat (som § 18 e) ved lov nr. 534 af 8. juni 2006. I det pågældende lovforslag anføres i lovforslagets almindelige bemærkninger bl.a. (Folketingstidende 2005-06, tillæg A, lovforslag nr. L 140, s. 4233):

”6.3. Skærmning

...

Aflåsning af døre i afdelingen

Det er regeringens opfattelse, at der er behov for, at hjemlen til at aflåse døre i forhold til patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, bliver præciseret i selve loven, og at bestemmelserne i tvangsbekendtgørelsen om, at alene afdelingens yderdøre kan aflåses, samtidig ophæves.

Videre finder regeringen, at adgangen til aflåsning af skærmede enheder bør hjemles i psykiatriloven. Det er dog afgørende, at der reelt er tale om en selvstændig enhed, med spise-, bade- og opholdsfaciliteter m.v., hvor der er mulighed for socialt samvær med medpatienter. Det er således alene på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, at det er muligt at skærme på et så højt niveau, at døren til patientstuen kan aflåses.”

Psykiatrilovens regler om særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, Region Sjælland

Psykiatrilovens §§ 18 a-c indeholder bl.a. følgende bestemmelser om Sikringsafdelingens muligheder for at anvende særlige tvangsforanstaltninger i form af aflåsning af patientstue og oppegående tvangsfiksering:

”Særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland

§ 18 a. Aflåsning af patientstue kan anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Stk. 2. Aflåsning af patientstue kan anvendes behandlingsmæssigt med henblik på

- 1) at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- 2) at skærme patienten mod for mange stimuli.

Stk. 3. Aflåsning af patientstue kan tillige anvendes, i det omfang det er nødvendigt at afværge, at en patient

- 1) udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, 2) forfølger eller på anden, lignende måde groft forulemper medpatienter eller 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Stk. 4. Beslutning om aflåsning af patientstue træffes af en læge.

§ 18 b. Aflåsning af patientstuer kan i følgende tilfælde foretages af sikkerhedsmæssige grunde over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland:

- 1) Om natten,
- 2) under den ugentlige konference og
- 3) under den daglige behandlingskonference.

Stk. 2. Beslutning om aflåsning af patientstuer træffes af en læge.

§ 18 c. Ved oppegående tvangsfiksering forstås tvangsfiksering, hvor patienten ikke er fastspændt til en seng. Oppegående tvangsfiksering, jf. stk. 2, kan som alternativ til langvarig isolation eller langvarig tvangsfiksering til en seng anvendes over for patienter, der er anbragt i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, såfremt mindst ét af kriterierne i § 14, stk. 2, er opfyldt og

- 1) langvarig isolation på patientstue vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand eller
- 2) langvarig tvangsfiksering til en seng vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand.

Stk. 2. Oppegående tvangsfiksering som defineret i stk. 1 må alene ske med anvendelse af mavebælte, fikseringsremme, håndremme og fodremme.”

Psykiatrilovens § 18 a og § 18 b om aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen blev indsat ved lov nr. 377 af 6. juni 2002. I det pågældende lovforslags bemærkninger fremgår bl.a. (Folketingstidende 2001-02, 2. samling, tillæg A, lovforslag nr. L 205, s. 5590 ff.):

”1. Lovforslagets formål og baggrund

...

Anvendelse af aflåsning af patientstuer har været praksis på Sikringsafdelingen siden etableringen i 1918...

Lovforslaget tager således sigte på at etablere den fornødne hjemmel til, at den hidtidige praksis på Sikringsafdelingen kan videreføres.

...

Retslægerådet har ligeledes anbefalet, at aflåsning på egen stue af patienter indlagt på Sikringsafdelingen fortsat anvendes. Efter rådets opfattelse tilgodeser aflåsning på egen stue to afgørende hensyn, dels hensynet til medpatienters og personalets sikkerhed, dels behandlingsmæssige hensyn. Rådet gør desuden opmærksom på, at det ikke er muligt at pege på andre behandlingsmæssige foranstaltninger af eksempelvis psykoterapeutisk eller miljøterapeutisk karakter, som kan tilgodese de samme hensyn. Endelig er det rådets opfattelse, at aflåsning på egen stue er et væsentligt mindre indgreb end langvarig fiksering, som vil være det eneste alternativ.

...

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

...

Til nr. 1 (psykiatrilovens §§ 18 a og 18 b)

...

Med bestemmelsen i § 18 a lovfæstes den årelange praksis, som er dannet på Sikringsafdelingen. Denne praksis anses som et væsentligt mindre indgreb end langvarig fiksering, som vil være det eneste alternativ for denne gruppe af patienter. Forslaget er således i overensstemmelse med psykiatrilovens generelle *mindste middels princip*."

Psykiatrilovens § 18 c om oppegående tvangsfiksering blev indsat ved lov nr. 708 af 25. juni 2010. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremgår bl.a. (Folketingstidende 2009-10, tillæg A, lovforslag nr. L 198, s. 10 f.):

"3.2.2. Overvejelser om oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen

...

Det er velkendt, at langvarig tvangsfiksering og samtidig medikamentel behandling med specielt antipsykotiske lægemidler kan medføre svære, somatiske (legemlige) sygdomme som tarmlidelser og blodpropper primært på grund af, at patienten ikke får tilstrækkeligt med motion. Det er ligeledes velkendt, at langvarig isolation kan medvirke til at forringe patientens samlede tilstand og sociale egenskaber. Også patientens sindssygdom kan forværres væsentligt.

...

En forringelse af patientens samlede tilstand og sociale egenskaber kan medføre, at det ikke er muligt at give patienten andre behandlingsmuligheder end medicinsk behandling. En af betingelserne for, at patienten kan modtage andre behandlingsmuligheder, er, at plejepersonalet kan opholde sig sammen med patienten.

På den baggrund vurderes det, at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at anvende oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen med henblik på at forhindre en forværring i patientens samlede tilstand og sociale egenskaber.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der for nogle få patienter på Sikringsafdelingen er behov for at anvende oppegående tvangsfiksering med henblik på at undgå negative effekter på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand som følge af langvarig isolation eller tvangsfiksering. Det er vurderingen, at oppegående tvangsfiksering kan give patienten en bedre livskvalitet, idet det giver mulighed for at give patienten andre behandlingsmuligheder. Hvis patienten skal kunne

modtage anden behandling end den medicinske behandling, er det en betingelse, at plejepersonalet kan opholde sig sammen med patienten. Endvidere giver oppegående tvangsfiksering mulighed for at træne patienten i sociale færdigheder, så den pågældende kan have samvær med de andre patienter. Det vurderes derfor at være et mindre indgribende middel set i forhold til langvarig isolation og sengeliggende fiksering.

...

3.2.3. Den foreslåede ordning

Formålet med oppegående tvangsfiksering af ekstraordinært farlige patienter på Sikringsafdelingen er at forhindre en forværring i patientens samlede tilstand og sociale egenskaber. Herudover er formålet at bringe ekstraordinært farlige patienter social kontakt på trods af et langvarigt fikseringsbehov. Det er hensigten at forebygge, at der på grund af langvarig tvangsfiksering udvikles en somatisk sygdom. Derudover er det hensigten, at få patienten tilbage i sine normale rutiner, herunder at der igen etableres kontakt med de andre patienter i afdelingen.

...

Oppegående tvangsfiksering med ophold på fællesarealer bør anvendes som en overgangsforanstaltning, når patienten efter langvarig tvangsfiksering og isolation skal vende tilbage til det åbne behandlingsmiljø. I disse situationer vil patienten kunne være oppegående tvangsfikseret, så længe vedkommende opholder sig på fællesarealerne. I starten vil denne periode være yderst kort, men vil efterhånden kunne forlænges, afhængig af patientens reaktioner. I disse situationer vil patienten kun være oppegående tvangsfikseret i timer.”

Anbringender

A har anført navnlig, at han ikke frivilligt underlagde sig det isolationsregime, der blev iværksat den 26. oktober 2015, hvor tvangsfikseringen blev ophævet. Den manglende frivillighed følger af, at de fastsatte regler vedrørende isolationsregimet indeholdt en direkte trussel om tvang, hvis han skulle bevæge sig ud af sin patientstue.

Hertil kommer, at det følger af journaloptegnelserne frem mod ophævelsen af tvangsfikseringen den 26. oktober 2015, at ophævelsen i realiteten var betinget af, at han "frivilligt" ville underlægge sig andre (ulovhjemlede) indgreb. Han havde således ikke noget egentligt valg. Dette understøttes af, at det følger af journaloptegnelserne, at han ikke fik oplyst, at der skulle indgås en frivillig af-

tale eller lignende, men derimod fik oplyst, at der efter ophævelsen af tvangsfikseringen ville gælde nogle regler, som han skulle følge. At han ikke havde noget valg, understøttes i øvrigt af overlæge Ds forklaring for landsretten.

Den 26. oktober 2015 er det til journalen tilføjet, at han accepterede betingelserne vedrørende isolationsregimet, men det fremgår ikke, hvorledes han angiveligt skulle have accepteret regimet. Om det skete ved mundtlig tilkendegivelse, ved et nik, ved skriftlig tilkendegivelse eller ved, at han slet ikke svarede personalet. Efter den lovændring, der i 2006 blev foretaget af psykiatriloven, udgør passivitet ikke accept.

Ved vurderingen af, om han frivilligt underlagde sig isolationsregimet, må der lægges betydelig vægt på, at han i 10 måneder forud for den 26. oktober 2015 kontinuerligt havde været holdt fikseret. Han ville groft sagt have accepteret et hvilket som helst vilkår eller regime, så længe tvangsfikseringen blev ophævet.

Den manglende frivillighed bekræftes af, at han i januar 2016 klagede over den langvarige isolation. Hertil kommer, at det fremgår af sagens materiale, at han i enkelte tilfælde (demonstrativt) forlod sin patientstue for at tage ophold i fællesmiljøet, hvorefter alarmen blev aktiveret, og han blev kortvarigt tvangsfikseret. Disse forhold viser i øvrigt, at et eventuelt oprindeligt samtykke blev tilbagekaldt.

I relation til spørgsmålet om, hvorvidt hjemlen til isolationsregimet kan findes i andre forhold end samtykkekonstruktionen, må det holdes for øje, at Østre Landsret ved dom af 7. februar 2017 har afgrænset hjemmelsproblematikken i den foreliggende sag til anstalts- og nødretsbetragtninger.

Hvis hjemmelsspørgsmålet ikke anses afgrænset til det anførte, skal det vedrørende analogi som hjemmelsgrundlag bemærkes, at domstolene bør være tilbageholdende med at anvende analogi i forhold til psykiatrilovens bestemmelser om tvangsindgreb. Det skyldes, at 1989-psykiatriloven havde til formål udtømmende at gøre op med adgangen til at anvende tvang over for psykiatriske patienter. Hertil kommer, at lovgiver ved den lovændring, der i december 2021 blev foretaget af psykiatriloven, udtrykkeligt afviste at etablere en hjemmel til at isolere patienterne på patientstuerne andre steder end på Sikringsafdelingen. Endelig foreligger der ikke "årsagernes lighed", idet der er afgørende forskelle mellem Sikringsafdelingen og andre (rets)psykiatriske afdelinger. Det gælder med hensyn til bemanningen og i forhold til de særlige tvangsindgreb, som Sikringsafdelingen kan gøre brug af, jf. psykiatrilovens §§ 18 a-c.

At landsretten har nået et resultat, som lovgiver ikke har ønsket, bekræftes af, at det følger af psykiatrilovens § 35, at Patientklagenævnet i relation til indespærring på patientstuen alene kan behandle klager over "aflåsning af patientstue på

Sikringsafdelingen". Det må endvidere tillægges betydning, at døraflåsning på Sikringsafdelingen revurderes første gang allerede efter én uge og efterfølgende mindst én gang hver 30. dag, hvilket ikke skete på den Retspsykiatriske afdeling i X-by i denne sag.

Om hjemmelsgrundlaget i øvrigt skal det bemærkes, at lovgivningsmagten allerede i 2006 var opmærksom på skærpningsproblematikken og ikke fandt anledning til at etablere hjemmel til aflåsning af patientstuerne på "almindelige" psykiatriske afdelinger. Dette synspunkt har lovgiver også efterfølgende fastholdt ved lovændringen af psykiatriloven i december 2021.

I forbindelse med den nævnte lovændring har lovgivningsmagten taget stilling til, at anstaltsforhold ikke udgør den fornødne hjemmel til at isolere patienterne på stuerne. Dette følger også af den forvaltningsretlige litteratur, hvor det er anført bl.a., at væsentlige indgreb i den personlige frihed som udgangspunkt kræver et klart hjemmelsgrundlag.

I visse tilfælde kan det – eksempelvis ud fra nødretsbetragtninger – være nødvendigt at anbringe patienter i isolation eller akut at indespærre disse på patientstuerne. I den foreliggende sag har isolationen dog haft en varighed af næsten 9 måneder. Derved er grænserne for eventuelle nødretlige betragtninger væsentligt overskredet.

Hvis Højesteret måtte finde, at nødret og anstaltsforhold kan begrunde det foreliggende indgreb, er indgrebet uberettiget, fordi det var uproportionalt. Det skyldes, at indgrebet er opretholdt for længe uden hensyn til hans konkrete tilstand eller adfærd.

For så vidt angår godtgørelsesspørgsmålet bemærkes, at der næppe kan være tvivl om, at hans langvarige isolation delvist skyldes en systemisk fejl i psykiatrien, idet der ikke var den fornødne plads på Sikringsafdelingen.

En ulovlig tvangsforanstaltning af så langvarig og intensiv karakter udgør en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, 5 og/eller 8, og han har som følge heraf krav på godtgørelse, jf. princippet i erstatningsansvarslovens § 26.

Region Z har anført navnlig, at journaloptegnelserne dokumenterer, at A gav samtykke til foranstaltningerne (arealbegrænsningen), og at han ikke efterfølgende tilbagekaldte dette samtykke. Dette understøttes af den behandlingsansvarlige overlæges forklaring for landsretten, ligesom det understøttes af, at A på intet tidspunkt protesterede mod arealbegrænsningen.

A kunne til enhver tid have trukket sit samtykke tilbage, uden at det ville have som automatisk konsekvens, at han ville være blevet tvangsfikseret. Det skyldes, at en iværksættelse af tvangsfiksering ville kræve en konkret individuel vurdering af, om betingelserne herfor i psykiatriloven var til stede.

Det følger af ombudsmandens udtalelser, at der på et aftalemæssigt grundlag og på baggrund af et informeret samtykke kan etableres en arealbegrænsning. De betingelser, som ombudsmanden i den forbindelse har opstillet, er opfyldt i det foreliggende tilfælde. Det skyldes, at As samtykke var frivilligt, og at han havde modtaget fyldestgørende information om aftalen, som han havde mulighed for at drøfte med sin bistandsværgе. Hertil kommer, at aftalen er nævnt i patientjournalen.

Foranstaltningerne er ikke direkte omfattet af psykiatrilovens bestemmelser. De har imidlertid hjemmel i nødrets- og anstaltsbetragtninger.

I forbindelse med vedtagelsen af psykiatriloven i 1989 har det været antaget, at visse indgreb, som i øvrigt ikke er hjemlet i psykiatriloven, helt ekstraordinært kan foretages med henvisning til nødrets- og anstaltsbetragtninger. Uanset at der er sket en yderligere og mere intensiv regulering af psykiatriområdet siden psykiatrilovens tilblivelse i 1989, er der fortsat rum for, at der uden udtrykkelig lovhjemmel og med henvisning til nødrets- og anstaltsbetragtninger kan fastsættes regler over for bl.a. patienter i psykiatrien.

Det er i forbindelse med ændringen af psykiatriloven i december 2021 forudsat, at anstaltsforhold kan udgøre hjemmel til regulering af psykiatriske patienters forhold. Det var derfor, at Sundhedsministeriet ikke fulgte regionernes opfordring til at indføre en særskilt hjemmel til arealbegrænsning i den skriftlige husordensbestemmelse, som psykiatriske afdelinger ved lovændringen blev pålagt at udarbejde.

Det kan derfor lægges til grund, at anstaltsforhold (fortsat) kan udgøre hjemmelsgrundlaget for begrænsninger af psykiatriske patienters forhold.

Det var både sagligt og nødvendigt at iværksætte arealbegrænsningen med henblik på beskyttelse af medarbejderne og de øvrige patienter. Den var således udtryk for en begrænsning baseret på et snævert driftshensyn, dvs. hensynet til opretholdelse af driften (og hverdagen) på Retspsykiatrisk afdeling i X-by, som ellers ikke ville fungere efter sit formål.

Med hensyn til nødretsbetragtninger som hjemmelsgrundlag kan disse ifølge forarbejderne til psykiatriloven udgøre hjemmel til visse foranstaltninger. Henset til As farlighed udgør nødretsbetragtningen i sig selv et hjemmelsgrundlag for arealbegrænsningen.

Ved vurderingen af, om nødrets- og anstaltsbetragtninger udgjorde hjemlen for arealbegrænsningen, skal der tages hensyn til, at A opfyldte farlighedskriteriet i psykiatrilovens § 14, stk. 3, i hele den periode, hvor arealbegrænsningen var iværksat. Farlighedsdekretet var da også gældende i denne periode. Om hans farlighed kan der også henvises til Retslægerådets udtalelser i Højesteretssagen om tvangsfikseringen.

Kombinationen af As farlighed og hans fuldstændig uberegnelige reaktionsmønster indebar, at mindre indgribende midler, f.eks. personlig skærmning døgnet rundt, ikke var sikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Foranstaltningerne blev iværksat som en nødvendig begrænsning for A, da tvangsfikseringen af somatiske grunde ikke kunne fortsætte. Da der samtidig fortsat ikke var plads på Sikringsafdelingen, og da A fortsat udgjorde en nærliggende fare, var den aftalte arealbegrænsning den eneste mulighed.

Foranstaltningerne var endvidere proportionale, når man ser på selve aftalen om arealbegrænsningen. Det er i den forbindelse relevant, hvad der kunne være sket, hvis arealbegrænsningen ikke var gennemført.

Der er ikke ved Østre Landsrets dom af 7. februar 2017 taget stilling til, om arealbegrænsningen er hjemlet i psykiatriloven eller dennes analogi. Højesteret er derfor ikke afskåret fra at prøve dette spørgsmål.

Der var den fornødne hjemmel i psykiatriloven eller dennes analogi til at iværksætte foranstaltningerne over for A. Han ville i væsentligt samme omfang være blevet undergivet lignende foranstaltninger i den pågældende periode, hvis han med det samme var blevet overført til Sikringsafdelingen.

Foranstaltningerne har hverken været ulovlige, eller afgørelsen herom været ugyldig, hvorfor A ikke har krav på erstatning/godtgørelse. Der foreligger ikke en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3, 5 og/eller 8.

Såfremt der måtte være tale om ulovlige foranstaltninger, er iværksættelsen heraf ikke udtryk for, at der konkret er udvist en så grov eller culpøs adfærd fra den pågældende retspsykiatriske afdelings side, at det kan begrunde en tortgodtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26.

Hvis Højesteret måtte finde, at foranstaltningerne (tidsmæssigt) helt eller delvist var ulovlige, og at forholdet udgør en retsstridig krænkelse efter erstatningsansvarslovens § 26, skal der ved fastsættelsen af en godtgørelse tages hensyn til intensiteten af den anførte krænkelse. Endvidere skal der tages hensyn

til, om der er foretaget løbende lægelig vurdering, hvilken krænkende adfærd A tidligere har udvist samt omstændighederne i øvrigt, herunder at han havde meddelt samtykke til anvendelsen af foranstaltningerne. Endelig skal der tages hensyn til, at foranstaltningerne ikke medførte, at As fysiske eller psykiske tilstand blev forværret.

Højesterets begrundelse og resultat

Sagens baggrund og problemstillinger

A blev ved Retten i Odenses dom af 8. december 2014, der i det væsentlige blev stadfæstet af Østre Landsret ved dom af 25. marts 2015, dømt til anbringelse på Sikringsafdelingen i anledning af en række forhold omfattende bl.a. vold og trusler om vold mod personalet på Retspsykiatrisk afdeling i X-by. Samme dag bestemte landsretten, at han fortsat skulle være varetægtsfængslet i surrogat, indtil fuldbyrdelse af sanktionen kunne iværksættes.

I Justitsministeriets farlighedsdekret af 16. januar 2015, der er udstedt i medfør af psykiatrilovens § 40, blev det fastsat, at A skulle anbringes på Sikringsafdelingen. Farlighedsdekretet blev godkendt ved Retten i Odenses dom af 1. april 2015.

Som følge af pladsmangel blev A først overført til Sikringsafdelingen den 8. juli 2016. Indtil denne dato var han anbragt i surrogat på Retspsykiatrisk afdeling i X-by.

Efter et overfald på en ansat blev A på Retspsykiatrisk afdeling i X-by tvangsfikseret i perioden fra den 22. december 2014 til den 26. oktober 2015, hvor tvangsfikseringen blev ophævet.

I perioden fra den 26. oktober 2015 til den 8. juli 2016, hvor han som nævnt blev overført til Sikringsafdelingen, var han underlagt en række foranstaltninger, som Retspsykiatrisk afdeling i X-by iværksatte over for ham. Ordningen gik ud på bl.a., *at* døren ind til As patientstue skulle være lukket i ca. 16 timer i døgnet, *at* der skulle være placeret en reol foran døren, når døren stod åben i de resterende ca. 8 timer i døgnet, og *at* alarmen skulle aktiveres, hvis A flyttede reolen eller kom ud fra sin stue.

Sagen angår lovligheden af denne ordning med ophold på egen stue. Spørgsmålet er, om A har givet samtykke til ordningen, således at den må anses for frivillig. Hvis det ikke er tilfældet, er spørgsmålet, om der var hjemmel til tvangsmæssigt at iværksætte ordningen. Endelig angår sagen spørgsmålet om godtgørelse som følge af ordningen.

Informeret samtykke

Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3, at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven.

Af forarbejderne til psykiatrilovens § 1, stk. 3, følger det, at der ikke foreligger tvang, men frivillighed, hvis en patient ved korrekt vejledning og information lader sig overbevise eller blot overtale til at medvirke. Endvidere følger det af forarbejderne til den tidligere patientretsstillingslovs § 6 om det informerede samtykke – der er videreført i sundhedslovens § 15, som psykiatrilovens § 1, stk. 3, henviser til – at der foreligger et frivilligt samtykke, hvis det er givet uden nogen form for pres.

Henset til det, der fremgår af journaloptegnelserne fra Retspsykiatrisk afdeling i X-by i perioden frem til den 26. oktober 2015 vedrørende informationen til A om den påtænkte ordning med ophold på egen stue, finder Højesteret, at det må lægges til grund, at han har fået den opfattelse, at den eneste mulighed for at komme ud af den langvarige tvangsfiksering var, at han accepterede ordningen. Dette understøttes af overlæge Ds forklaring for landsretten.

Højesteret finder derfor ligesom landsretten, at A ikke har givet et samtykke, som opfylder kravene til et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven, og at der således var tale om en tvangsmæssig ordning (foranstaltning), som kræver hjemmel, jf. psykiatrilovens § 1, stk. 2 og 3.

Hjemmel til ordningen med ophold på egen stue

Som nævnt indebar ordningen bl.a., at døren ind til As patientstue skulle være lukket i ca. 16 timer i døgnet, at der skulle være placeret en reol foran døren, når døren stod åben i de resterende ca. 8 timer i døgnet, og at alarmen skulle aktiveres, hvis A flyttede reolen eller kom ud fra sin stue.

Ordningen havde på grund af As udtalte farlighed til formål at beskytte medpatienter og personale mod at blive udsat for voldelige angreb. Det fremgår af Retslægerådets udtalelse af 27. november 2018, at han "er særdeles velkendt i det psykiatriske behandlingssystem som en svært sindssyg, affektexplosiv, særdeles voldelig og fuldstændig uberegnelig patient".

Højesteret finder, at ordningen var nødvendig for at opnå det angivne formål og finder ikke grundlag for at tilsidesætte Retspsykiatrisk afdeling i X-bys vurdering af, at mindre indgribende foranstaltninger (f.eks. personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d) ikke var tilstrækkelige til at imødegå den nævnte fare.

Højesteret finder endvidere, at ordningen, der indebar, at A ikke på egen hånd måtte forlade sin stue, i et vist omfang må sidestilles med en aflåsning af stuen.

Efter psykiatrilovens § 18 f, stk. 1, kan lægen på en almindelig psykiatrisk afdeling beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer. Denne bestemmelse finder også anvendelse for personer, der som A er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse, jf. bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010.

For så vidt angår Sikringsafdelingen fremgår det af psykiatrilovens § 18 a, stk. 3, nr. 1, at patientstuer på Sikringsafdelingen kan aflåses, hvis det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

I den foreliggende sag har ordningen med ophold på egen stue varet i ca. 8 måneder.

På den anførte baggrund finder Højesteret, at psykiatrilovens § 18 f, stk. 1, må medføre, at ordningen ikke har den fornødne hjemmel i anstalts- eller nødrets-betragtninger eller analogibetragtninger.

Højesteret tager derfor As anerkendelsespåstand til følge som nærmere bestemt nedenfor.

Det henhører under lovgivningsmagten at tage stilling til, om der bør tilvejebringes hjemmel i psykiatriloven til ordninger af den foreliggende karakter.

Godtgørelse

Ordningen om, at A skulle blive på egen stue, var som nævnt nødvendig som følge af hans udtalte farlighed over for medpatienter og personale. Stuen, som han opholdt sig på, var på 16 kvadratmeter og med adgang til bad og toilet. Han havde på stuen adgang til at se fjernsyn og høre radio. Han kunne også føre samtaler med personalet, ligesom personalet i det tidsrum, hvor døren til stuen var åben, kunne deltage i diverse aktiviteter på stuen med ham.

Ordningen om, at A skulle blive på egen stue, var gældende, mens han afventede at blive overført til Sikringsafdelingen, hvor han kunne være blevet undergivet lignende fareafværgende foranstaltninger.

På den anførte baggrund finder Højesteret, at praksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol ikke giver grundlag for at fastslå, at ordningen med ophold på egen stue indebar en krænkelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3 om umenneskelig eller nedværdigende behandling.

Som nævnt blev A ved Østre Landsrets ankedom af 25. marts 2015 dømt til anbringelse i Sikringsafdelingen, og samme dag besluttede landsretten, at han fortsat skulle være varetægtsfængslet i surrogat, indtil fuldbyrdelse af sanktionen kunne iværksættes. I den periode, hvor han var undergivet ordningen med ophold på egen stue, var han således varetægtsfængslet i surrogat på Retspsykiatrisk afdeling i X-by. Denne varetægtsfængsling udgjorde en lovlig frihedsberøvelse efter Menneskerettighedskonventionens artikel 5, stk. 1, litra a. Højesteret finder, at ordningen med ophold på egen stue ikke indebar sådanne yderligere begrænsninger i As bevægelsesfrihed, at ordningen må anses som en selvstændig frihedsberøvelse. Der er alene tale om en regulering af de forhold, som A som følge af sin farlighed over for medpatienter og personale skulle være undergivet under varetægtsfængslingen i surrogat.

På den baggrund indebar ordningen med ophold på egen stue ikke en frihedsberøvelse efter konventionens artikel 5. Ordningen indebar heller ikke et indgreb i As ret til respekt for sit privatliv efter konventionens artikel 8.

Efter det anførte finder Højesteret ikke grundlag for at tilkende A en godtgørelse.

Konklusion og sagsomkostninger

Region Z skal anerkende, at afgørelsen om, at A skulle opholde sig på sin patientstue i perioden fra den 26. oktober 2015 til den 8. juli 2016, er ugyldig.

Region Z frifindes for påstanden om godtgørelse.

Højesteret finder, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger for landsret eller Højesteret til den anden part eller til statskassen.

THI KENDES FOR RET:

Region Z skal anerkende, at afgørelsen om, at A skulle opholde sig på sin patientstue i perioden fra den 26. oktober 2015 til den 8. juli 2016, er ugyldig.

Region Z frifindes for As godtgørelsespåstand.

Ingen af parterne skal betale sagsomkostninger for landsret eller Højesteret til den anden part eller til statskassen.