



HØJESTERETS DOM

afsagt onsdag den 3. februar 2021

Det er forbudt offentligt at gengive, hvad der er foregået i retsmødet, og at offentliggøre navn, stilling eller bopæl eller på anden måde identiteten på nogen af de personer, der er nævnt i sagen.

Sag BS-2308/2020-HJR
(2. afdeling)

A
(advokat Claus Bonnez, beskikket)

mod

Region X
(advokat Finn Schwarz)

Biintervenient til støtte for A:

Dignity – Dansk Institut mod Tortur
(selv)

I tidligere instanser er afsagt dom af Retten i Odense den 26. april 2019 (BS 11-1171/2015 og BS 11-2042/2015) og af Østre Landsrets 1. afdeling den 7. oktober 2019 (B-402-19 og B-412-19).

I pådømmelsen har deltaget fem dommere: Jon Stokholm, Jens Peter Christensen, Michael Rekling, Oliver Talevski og Ole Hasselgaard.

Påstande

Parterne har gentaget deres påstande, idet appellanten, A, dog har forhøjet godtgørelsespåstanden til 3.500.000 kr. med procesrente fra sagens indbringelse for domstolene.

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af G og F og supplerende forklaring af C.

G har forklaret bl.a., at han er overlæge på W på Psykiatrisk afdeling, C-by. Han har arbejdet i psykiatrien i mere end 30 år, heraf i 20 år som overlæge og halvdelen af tiden i retspsykiatrien.

Der er på Psykiatrisk afdeling fem retspsykiatriske afsnit. Det er selvstændige, sideordnede enheder og med hver sin overlæge, der har ansvaret for afdelingen. Han har både på Y og Z ført eksternt tilsyn med A under tvangsfiksering.

I vurderingen ved det eksterne tilsyn indgår patientens baggrund, indlæggelsesforløb, tidligere fikseringer, verificeret farlighed, patientens tilstand, samtale med patienten og drøftelse med personalet om patienten. Han er ikke alene på grundlag af kontakten med patienten i stand til at vurdere patientens farlighed. Han er bekendt med Brøset Violence Checklist (BVC), som er en checkliste med flere variabler som et redskab til at forudsige voldelig adfærd. Man ser på, hvilke adfærdsfænomener der forekommer forud for en voldsepisode med henblik på at kunne påvise og forudsige en senere voldelig adfærd. BVC er ikke konstrueret til anvendelse ved bæltfikserede patienter. Forudsigeligheden er desuden størst ved hyppige, knapt så alvorlige voldelige udbrud. A var kendetegnet ved, at hans udbrud var pludselige, uvarslede og voldsomme. Han har vurderet, at A var konkret farlig, og han har også beskrevet objektive omstændigheder, f.eks. samtaler med A, der indgår i denne vurdering. A var efter hans opfattelse farlig i hele den periode, han har ført eksternt tilsyn.

Han foretog i perioden maj-oktober 2015 ti eksterne tilsyn. I dette forløb gik vurderingen på, dels hvor sandsynligt det var, at A ville blive voldsom, dels hvor farligt det i givet fald ville være. A var mere afdæmpet, sederet og i øvrigt afkræftet af fikseringen, hvilket talte for, at farligheden blev mindre. Farligheden består af forskellige komponenter – nemlig sindssygdom, der i varierende omfang kan behandles med medicinering, og en personlighedsforankret komponent, der ikke er modtagelig for medicinsk behandling.

Fiksering kan have helbredsmæssige og psykiske skader til følge, herunder dødsfald som følge af kredsløbsforstyrrelser. Fiksering er ikke i sig selv gavnlige, men er en sidste mulighed, når alle andre muligheder er udtømt. Han vil helt intuitivt mene, at en langvarig fiksering er mere belastende end en kortvarig.

F har forklaret bl.a., at han siden omkring 2001 har været overlæge på Y på Psykiatrisk afdeling i C-by. Han har kendt A siden 2009, hvor sidstnævnte kom til afdelingen efter et indlæggelsesforløb på Sikringsafdelingen. A havde desuden

et indlæggelsesforløb i 2011, inden han i oktober 2013 blev indlagt på afdelingen, hvor han var, indtil han blev overført til Sikringsafdelingen i 2016. Da A blev indlagt i oktober 2013, var han fikseret indtil den 23. december 2013. Han var igen fikseret i perioderne den 6. januar til den 9. april 2014 og den 18. maj til den 18. juni 2014. Disse to fikseringer skete på baggrund af uforudsigelige voldshandlinger. Op til voldsepisoden den 22. december 2014 havde A bl.a. været med til en aktivitet i køkkenet og virket glad og tilpas. Da hans kontaktperson senere passerede forbi hans dør, for han ud og slog hende ned og fortsatte med at slå på hende. De var ikke i stand til at aflede ham forud for et vredesudbrud, idet det kom helt uvarslet. Den 6. januar 2014 sad han og talte med A. A rejste sig uvarslet og kastede bordet mod ham og gav den tilstedeværende kontaktperson 5-6-7 knytnæveslag i ansigtet.

Efter As overfald i december 2014 søgte han farlighedsdekret, idet A efter hans opfattelse indebar en høj grad af risiko. Farlighedsdekretet blev givet, og man afventede herefter plads på Sikringsafdelingen. Den 24. januar 2015 blev A overflyttet til Z på grund af de voldsomme overfald, der havde skabt utryghed og usikkerhed i afdelingen i en grad, så de ikke kunne løfte behandlingsopgaven. A var i hele perioden farlig, men med modulationer undervejs. Der viste sig en vis effekt af medicinering og en vis åbning hos A i forhold til at kunne tale om det, når han følte sig krænket. Således var farligheden nedtonet i foråret 2014, men overfald om sommeren og i december 2014 understregede, at der var høj risiko og potentiale for personfarlig adfærd.

Hans eget behandlingsansvar ophørte med flytningen til Z. Det var naturligt at sparre fagligt, men behandlingsansvaret var overgået til overlægen på Z. Han mener at have deltaget i en speciallægekongference om mulige løsninger i forhold til fiksering for A. Der var en helbredsrisiko ved den langvarige fiksering, og der var bekymring på den ene side for As helbred og på den anden side for sikkerheden. A er en ganske usædvanlig patient med en stabil gentagelse af uvarslede voldshændelser.

I en periode frem til overførslen i 2015 havde de løbende forsøgt at motivere A til at fortsætte med medicinering, men A ønskede at trappe ud. De søgte desuden løbende at motivere ham for behandling mod aggressive impulser og sindssygelige symptomer.

C har supplerende forklaret bl.a., at A kom til afdelingen fra Y efter voldelige episoder. Hun fik forinden grundig information om A og om de tidligere episoder på Y. Det havde været meget belastende for personalet. Der var på det tidspunkt søgt farlighedsdekret, og hun havde jævnligt telefoniske samtaler med den daværende overlæge på Sikringsafdelingen om, hvornår der kunne blive plads. BVC skalaen skulle bruges og blev brugt på alle patienter på Z, men var i

realiteten ikke brugbar på A, fordi han var uforudsigelig. Han blev voldelig som et lyn fra en klar himmel.

Hun drøftede As tilfælde på speciallægekonerferencer, men behandlingsansvaret var hendes. Inden A kom til Z var skærmning afprøvet som alternativ til fiksering, men A havde foretaget et groft, voldeligt overfald på det skærmende personale. Skærmning var derfor ikke en mulighed, og A var ikke motiveret for at arbejde med vredeshåndtering. I maj 2015, hvor A havde været fikseret siden december 2014, var A præget af den langvarige fiksering. Han kunne dårligt støtte på benene og gå, når han skulle i bad, men måtte køres i kørestol.

Efter en konference med de øvrige speciallæger besluttede hun, at han skulle løsnes 3 x 20-30 minutter om ugen med henblik på at gå lidt rundt og træne sine muskler. A havde ikke ønsket at deltage i et tilbud om fysioterapi. Når A var løsnet, skulle der være et alarmhold på 6 personer plus 3 fra afdelingen til stede. Løsningen var meget ressourcekrævende, og der var ikke grundlag for at udvide denne ordning. A var uændret farlig, og det var alene hensynet til hans fysiske helbred, der gjorde, at han blev løsnet. De ville gerne have A til at sætte ord på sin vrede, så han var mere forudsigelig for dem. Det var ikke muligt. Han kunne ikke aflæses og var derfor utilregnelig for dem. De var bekendt med en praksis om arealbegrænsning fra en faglig udveksling med Sikringsafdelingen. Hun besluttede sig for at forsøge med arealbegrænsning, hvor han skulle blive i sit rum og være bag et bord, når personalet kom, ligesom der kunne låses en lav reol fast foran hans dør, når døren stod åben. Dette skulle indebære en vis forsinkelse hos A, hvis han gjorde udfald. Det gik dog ikke smertefrit, idet A ikke overholdt vilkårene i arealbegrænsningen, men kom ud i fællesområdet. Han blev vurderet psykotisk og kom med indirekte trusler over for personalet, der blev meget bange. De har ikke tidligere haft patienter med så langvarige fikseringer, og arealbegrænsning har derfor ikke været forsøgt i andre tilfælde. A er en helt speciel patient, og så vedblivende farlighed og vedblivende fiksering som i hans tilfælde var helt usædvanligt.

Retsgrundlag

Tvangsfiksering

Psykiatrilovens § 14 om tvangsfiksering havde ved lov nr. 331 af 24. maj 1989 følgende ordlyd:

”§ 14. Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller 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.”

Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår bl.a. (Folketingstidende 1988-89, tillæg A, lovforslag nr. L 76, sp. 2083-2084):

”Til kapitel 5
 Fiksering m.v.
 Tvangsfiksering
 Til § 14
 ...

§ 14, stk. 2, angiver de materielle betingelser, hvorunder tvangsfiksering med rette kan bringes i anvendelse.

I stk. 2, nr. 1, findes de alvorligste tilfælde, hvor der er tale om nærliggende fare for skade på legeme eller helbred. Her er gruppen af beskyttede personer den videste. Reglen omfatter ikke kun fiksering for at beskytte medpatienter, men også for at beskytte personale, besøgende, og alle andre, der kommer på afdelingen, samt vedkommende selv. Reglen yder dermed også fornøden hjemmel for indgreb i tilfælde af selvbeskadigende adfærd.

Der er tale om et farekriterium. For at faren kan anses som nærliggende, skal der være tale om en konkret, aktuel og påviselig fare. Det kræves derimod ikke, at faren allerede skal have manifesteret sig i en skadevoldende handling, før der kan gribes ind.”

Ved lov nr. 579 af 4. maj 2015, der trådte i kraft den 1. juni 2015, fik psykiatrilovens § 14 følgende ordlyd:

”§ 14. Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) udsætter sig selv eller 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. 3. En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette.”

Af lovforslagets almindelige bemærkninger, afsnit 3.4.2. og 3.4.3. fremgår bl.a.:

”3.4.2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overvejelser om tvangsfiksering

I 2002, 2008 og igen i 2014 har Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur (CPT) kritiseret Danmark for brugen af langvarige tvangsfikseringer. CPT udtalte i rapporten vedrørende besøget i 2008, at CPT »forbliver alvorligt bekymret« over brugen af langvarige tvangsfikseringer og henviser til sin rapport om besøget i 2002, hvori det understreges, at fikseringer i dagevis ikke har nogen medicinsk berettigelse og efter CPT's opfattelse er at ligestille med nedværdigende behandling. Dette gentages i 2014-rapporten. CPT udstikker i rapporten det princip, at en tvangsfiksering bør anvendes i så kort tid som muligt, normalt kun nogle minutter eller nogle få timer. Derudover anbefaler CPT, at tvangsfiksering alene bør anvendes i de tilfælde, hvor en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, jf. pkt. 125 i rapporten over komitéens besøg i Danmark fra den 4. - 13. februar 2014.

...

Det vurderes, at det ikke vil være hensigtsmæssigt i loven at fastsætte en absolut tidsbegrænsning i forhold til varigheden af en tvangsfiksering, idet sundhedspersonalet dermed vil kunne blive frataget muligheden for at yde den nødvendige omsorg for de patienter, der efter den fastsatte tidsgrænse fortsat befinder sig i den tilstand, der oprindeligt førte til tvangsfikseringen.

3.4.3. Den foreslåede ordning

Forslaget vil medføre, at det af lovens § 14, stk. 2, kommer til at fremgå, at en tvangsfiksering kun må anvendes kortvarigt. Der foreslås samtidig indsat en undtagelsesbestemmelse hertil for at tage højde for de tilfælde, hvor der undtagelsesvist kan være væsentlige grunde til at fortsætte en tvangsfiksering ud over nogle få timer, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.”

Af lovforslagets specielle bemærkninger til § 14, stk. 3, fremgår bl.a.:

”Til nr. 10 (§ 14, stk. 3)

Af forslaget § 14, stk. 3, fremgår det, at patienten kan tvangsfikseres i længere tid end angivet i § 14, stk. 2, hvis der er væsentlige grunde til det, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed og sikkerhed.

Et eksempel på væsentlige grunde kan være, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare. Farlighedsindikationen kan foreligge enten som fare for personen selv, typisk i form af risiko for selvmord eller alvorlig selvlemlæstelse, eller som fare for andre. Der stilles krav om, at faren skal være væsentlig. En fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig, er ikke tilstrækkelig. Verbale forulempelser, der ikke indeholder trusler om vold eller selvlemlæstelse falder også uden for farlighedsbegrebet.

...

Det er formålet, at forslaget skal medvirke til at nedbringe anvendelsen af tvangsfikseringer, herunder især langvarige tvangsfikseringer. Derudover vil forslaget være i overensstemmelse med de principper for varigheden af en tvangsfiksering, som Den europæiske torturforebyggelseskomité (CPT) har udstukket, jf. det i afsnit 3.4.2. anførte.”

Under folketingsbehandlingen af lovforslaget besvarede ministeren for sundhed og forebyggelse et spørgsmål fra Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg. Af spørgsmål 23 og svaret herpå, som er optrykt i udvalgets betænkning nr. 137 af 14. april 2015 over forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, fremgår:

”Spørgsmål 23:

Vil ministeren indføre en målsætning om, at de langvarige bæltefikseringer på de almindelige psykiatriske afdelinger skal nedbringes eller udfases inden et bestemt årstal?

Svar:

Regeringen har allerede en målsætning om, at tvang i psykiatrien skal nedbringes, og at bæltefikseringer skal halveres frem mod 2020. Det er af afgørende betydning, at brugen af tvangsfiksering reduceres i både antal og tidsmæssig udstrækning. For at nå dette mål er der allerede iværksat en lang række initiativer.

Dette afspejles også i det fremsatte lovforslag, idet udgangspunktet ved tvangsfiksering er, at det kun må anvendes kortvarigt.

Der kan imidlertid være tilfælde, hvor der undtagelsesvist kan være væsentlige grunde til at fortsætte en tvangsfiksering ud over nogle få timer. Disse grunde kan fx være hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed.

I de situationer, hvor en længerevarende tvangsfiksering kan være nødvendig, skal der foretages en ekstern lægefaglig vurdering efter 24 timer, og i de tilfælde, hvor tvangsfiksering udstrækkes yderligere skal den eksterne lægelige vurdering tillige foretages efter 48 timer og på 4. dagen efter iværksættelsen af tvangsfikseringen.

Lovforslaget signalerer, at bæltefikseringer skal være så kortvarige som overhovedet muligt, men som nævnt oven for kan der forekomme tilfælde, hvor der er behov for en længerevarende bæltefiksering. Disse situationer vil formentlig altid være til stede, og det er derfor min vurdering, at det ikke vil være et realistisk mål helt at afskaffe længerevarende bæltefikseringer. Men jeg har naturligvis en formodning om, at al den fokus, der er på - og de ressourcer, der er afsat til - at nedbringe tvang i psykiatrien, tillige vil resultere i alternative behandlingsmetoder, og at vi ad den vej kan få nedbragt varigheden af bæltefikseringer."

Særlige tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, Region Ø

Efter psykiatrilovens §§ 18 a-c kan Sikringsafdelingen, Region Ø anvende særlige tvangsforanstaltninger i form af aflåsning af patientstue og oppegående fiksering.

Psykiatrilovens § 18 a og § 18 b om aflåsning af patientstue blev indsat ved lov nr. 377 af 6. juni 2002. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget afsnit 1 fremgår bl.a.:

"1. Lovforslagets formål og baggrund

...

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.”

Psykiatrilovens § 18 c om oppegående tvangsfiksering blev indsat ved lov nr. 708 af 25. juni 2010. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget afsnit 3.2.2. fremgår bl.a.:

”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.”

Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 3

Efter artikel 3 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention må ingen underkastes tortur og heller ikke umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf.

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har flere gange taget stilling til, om anvendelse af tvang over for personer, der er berøvet deres frihed, herunder tvangsfiksering af psykisk syge personer, udgør en krænkelse af artikel 3. I en dom af 15. september 2020 i sag 45439/18 (Aggerholm mod Danmark) fremgår bl.a.:

”2. The Court’s assessment

(a) General principles

79. The Court reiterates that to fall under Article 3 of the Convention, ill-treatment must attain a minimum level of severity. The assessment of this minimum level of severity is relative; it depends on all the circumstances of the case, such as the duration of the treatment, its physical and mental effects and, in some cases, the gender, age and state of health of the victim (see, among many other authorities, *Rooman v. Belgium* [GC], no. 18052/11, § 141, 31 January 2019).

80. Further factors include the purpose for which the treatment was inflicted, together with the intention or motivation behind it, as well as its

context, such as an atmosphere of heightened tension and emotions (see *Gäfgen v. Germany* [GC], no. 22978/05, § 88, ECHR 2010).

81. The Court has recognised the special vulnerability of mentally ill persons in its case-law, and the assessment of whether the treatment or punishment concerned is incompatible with the standards of Article 3 has to take into consideration this vulnerability in particular (see, *inter alia*, *M.S. v. Croatia* (no. 2), no. 75450/12, § 96, 19 February 2015, with further references).

82. In respect of persons deprived of their liberty, recourse to physical force which has not been made strictly necessary by their own conduct diminishes human dignity and is an infringement of the right set forth in Article 3 of the Convention (*ibid.*, § 97, and *Bouyid v. Belgium* [GC], no. 23380/09, §§ 100-101, ECHR 2015).

83. Furthermore, the Court reiterates that the position of inferiority and powerlessness which is typical of patients confined in psychiatric hospitals calls for increased vigilance in reviewing whether the Convention has been complied with. Nevertheless, it is for the medical authorities to decide, on the basis of the recognised rules of medical science, on the therapeutic methods to be used, if necessary by force, to preserve the physical and mental health of patients who are entirely incapable of deciding for themselves, and for whom they are therefore responsible. The established principles of medicine are admittedly, in principle, decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading. The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist (*M.S. v. Croatia* (no. 2), cited above, § 98).

84. In respect of the use of measures of physical restraint on patients in psychiatric hospitals, the developments in contemporary legal standards on seclusion and other forms of coercive and non-consensual measures against patients with psychological or intellectual disabilities in hospitals and all other places of deprivation of liberty require that such measures be employed as a matter of last resort, when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others (*ibid.*, § 104). Furthermore, the use of such measures must be commensurate with adequate safeguards against any abuse, provide sufficient procedural protection, and be capable of demonstrating sufficient justification that the requirements of ultimate necessity and proportionality have been complied with and that all other reasonable options have failed to satisfactorily contain the risk of

harm to the patient or others. It must also be shown that the coercive measure at issue was not prolonged beyond the period which was strictly necessary for that purpose (*ibid.*, § 105).

85. Lastly, restrained patients must be under close supervision, and every use of restraint must be properly recorded (see, among other authorities, *Bureš v. the Czech Republic*, no. 37679/08, §§ 101-103, 18 October 2012).

...

(b) Application of the general principles to the present case

...

99. The applicant submitted that for more than a decade the CPT had criticised Denmark for the extensive use of physical restraint in prisons and psychiatric institutions, and that the United Nation's Committee Against Torture, in its report of 4 February 2016, had expressed concern "at the frequent recourse to coercive measures, often accompanied by immobilisation of patients, in psychiatric institutions, in spite of the fact that the Psychiatric Act stipulates that they should be used as a last resort" (see paragraphs 54 and 61 above in particular).

100. The Court is always attentive to positions held by other international institutions such as the CPT and the United Nation's Committee Against Torture. It will be recalled though that the Court performs a conceptually different role from the one assigned to the CPT, whose responsibility does not entail pronouncing on whether a certain situation amounts to inhuman or degrading treatment or punishment within the meaning of Article 3 (see, for example, *Muršić v. Croatia [GC]*, no. 7334/13, §113, 20 October 2016). Likewise, in the report of 4 February 2016 regarding Denmark (see paragraph 54 above), the United Nation's Committee Against Torture expressed its general concern rather than its concern in a specific case or a concrete hospital.

...

111. Firstly, the Court notes that although at 6.55 p.m. Doctor B.E. found that the applicant appeared more "quiet" and talkative, and therefore decided to release one ankle strap and allow the applicant to be released in connection with toilet visits and personal hygiene, at 10.46 p.m., that is approximately four hours later, he nevertheless maintained the immobilisation, because he found that the applicant was still "potentially" dangerous to other people because of his instinctive anger. The Court recalls in this respect that a "potential" danger does not

suffice to establish that a danger is immediate or imminent. That was also specified in the preparatory notes to section 14 of the Mental Health Act (see paragraph 43 above), which stated that “for a danger to be considered imminent, it must be specific, present and demonstrable. However, a latent danger that may manifest itself under certain conditions or circumstances that may occur later will not suffice.”

...

114. In these specific circumstances, in particular having regard to the available information about the applicant’s state during the evening and night of 8 February 2013, and the delay in releasing him de facto on 9 February 2013, and the domestic courts’ failure to specifically address these issues, the Court cannot conclude that it has been sufficiently proven that the continuation and the duration of the restraint measure for almost twenty-three hours was strictly necessary and respected the applicant’s human dignity, and did not expose him to pain and suffering in violation of Article 3 of the Convention (see *M.S. v. Croatia*, cited above, § 105).

...

A. Damage

...

119. The Court considers it undeniable that the applicant sustained non-pecuniary damage on account of the violation of Article 3 of the Convention. Making its assessment on an equitable basis as required by Article 41 of the Convention, it awards EUR 10,000 under this head.”

Anbringender

A har supplerende anført navnlig, at det på baggrund af Menneskerettighedsdomstolens afgørelse i sagen Aggerholm mod Danmark, der vedrørte en knap 23 timer lang tvangsfiksering, må antages, at hidtidig praksis om udmåling af godtgørelse ikke længere kan opretholdes, idet godtgørelserne synes at være for lave.

Der skal i forbindelse med udmålingen af godtgørelse tages hensyn til, at tvangsfikseringen ikke blot er at karakterisere som nedværdigende eller umenneskelig, men at den antager karakter af tortur, bl.a. fordi den blev opretholdt i mange måneder.

Region X har supplerende anført navnlig, at en eventuel godtgørelse skal fastsættes til et betydeligt mindre beløb end det, A har krævet.

De elementer i den skønsmæssige vurdering, der er fremhævet af Højesteret i UfR 2017.1314, foreligger også i nærværende sag – og endda mere markant. As adfærd før, under og efter tvangsfikseringen har været kendetegnet ved at være særdeles truende, voldelig og totalt uforudsigelig.

Højesterets begrundelse og resultat

Sagens baggrund og problemstilling

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 D-by i anledning af en række forhold omfattende bl.a. vold og trusler om vold mod personalet på Retspsykiatrisk afdeling, C-by. I Justitsministeriets farlighedsdekret af 16. januar 2015 blev det ligeledes fastsat, at A skulle anbringes på Sikringsafdelingen i D-by.

Som følge af pladsmangel blev A først overført til Sikringsafdelingen i D-by i juli 2016, og han var derfor indtil videre anbragt på Retspsykiatrisk afdeling, C-by. Her var han tvangsfikseret i perioden fra den 22. december 2014 til den 19. januar 2015, efter at han havde overfaldet en ansat på afdelingen og gentagne gange havde slået vedkommende med knyttede næver i ryggen og nakken, også efter at vedkommende var faldet og lå på gulvet. Retten i Odense fandt ved dom af 1. april 2015, at beslutningen om tvangsfiksering i den nævnte periode var lovlig.

Denne sag angår lovligheden af den fortsatte tvangsfiksering i perioden fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015.

Psykiatriloven

Det Psykiatriske Patientklagenævn har vurderet, at det var nødvendigt fortsat at bæltefikse A fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015 for at afværge, at andre var i nærliggende fare for at få skader på legeme eller helbred.

Retslægerådet har ligeledes vurderet, at det var lægeligt korrekt at tvangsfiksere A i den pågældende periode. Rådet har herved lagt vægt på, at han var sindssyg, uden indsigt i sin sygdom og ude af stand til at kontrollere sine uventede og særdeles voldelige vredesudbrud. Desuden har rådet vurderet, at tvangsfiksering ikke kunne være undgået ved mindre indgribende foranstaltninger, og at tvangsfiksering var nødvendig for at afværge, at han udsatte patienter eller personale for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

I en supplerende udtalelse har Retslægerrådet anført, at A er særdeles velkendt i det psykiatriske system som en svært sindssyg, affektexplosiv, særdeles voldelig og fuldstændig uberegnelig patient.

På den baggrund og efter bevisførelsen i øvrigt finder Højesteret det godtgjort, at A i den pågældende periode under anbringelsen på Retspsykiatrisk afdeling, C-by, udgjorde en nærliggende fare for andres liv, førlighed og sikkerhed, og at det ikke var muligt på afdelingen at imødegå denne fare ved mindre indgribende foranstaltninger end tvangsfiksering. Højesteret tiltræder derfor, at tvangsfikseringen har opfyldt betingelserne i § 4 og § 14 i psykiatriloven.

Artikel 3 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention

Sikringsafdelingen i D-by (nu Psykiatrien B-by, Sikringsafdelingen) har efter psykiatrilovens §§ 18 a-c nogle særlige muligheder for tvangsforanstaltninger som f.eks. at aflåse patientstuer og anvende oppegående fiksering med det formål at supplere eller udgøre et alternativ til sengeliggende tvangsfiksering.

Efter Højesterets opfattelse må det formodes, at A i væsentligt omfang ville være blevet undergivet én eller flere af de nævnte foranstaltninger som supplement eller alternativ til sengeliggende tvangsfiksering, hvis han i overensstemmelse med farlighedsdekretet og anbringelsesdommen i stedet var blevet overført til Sikringsafdelingen i D-by. Det må derfor antages, at han fra den 19. januar 2015 har været tvangsfikseret til seng i væsentligt videre omfang, end hvis der var sket overførsel.

Under disse omstændigheder finder Højesteret, at artikel 3 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention er blevet krænket i hele den omhandlede periode fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015, hvor A har været tvangsfikseret til sengen.

Da krænkelsen af artikel 3 er sket, mens A var anbragt på Retspsykiatrisk afdeling, C-by, giver Højesteret ham medhold over for Region X, således at tvangsfikseringen i perioden fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015 ikke var lovlig.

Godtgørelse

Højesteret finder, at A har krav på en godtgørelse for den skete krænkelse af artikel 3, jf. princippet i erstatningsansvarslovens § 26 sammenholdt med artikel 13 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. Godtgørelsen må fastsættes ud fra et skøn bl.a. i lyset af artikel 41 i Menneskerettighedskonventionen sammenholdt med Menneskerettighedsdomstolens praksis. Det må således vurderes, hvad der er rimeligt efter sagens samlede omstændigheder, herunder

As situation og den sammenhæng, som krænkelser er sket i, jf. Højesterets dom af 31. januar 2017 (UfR 2017.1314).

Ved fastsættelsen af godtgørelsens størrelse må det efter Højesterets opfattelse indgå, at det som anført må formodes, at A i væsentligt omfang ville være blevet undergivet én eller flere af de ovennævnte foranstaltninger som supplement eller alternativ til sengeliggende tvangsfiksering, hvis han var blevet overført til Sikringsafdelingen i D-by. Det må imidlertid også indgå, at det på grund af As særlige farlighed må anses for nærliggende, at han fortsat ville være blevet tvangsfikseret til seng i et eller andet omfang, også hvis han i den pågældende periode havde været anbragt på Sikringsafdelingen i D-by.

På den baggrund finder Højesteret efter en samlet skønsmæssig vurdering, at godtgørelsen bør fastsættes til 250.000 kr.

Konklusion og sagsomkostninger

Tvangsfikseringen i perioden fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015 var ikke lovlig.

Region X skal i godtgørelse til A betale 250.000 kr. med procesrente som nedenfor bestemt.

Ingen af parterne skal betale sagsomkostninger for byret, landsret eller Højesteret til den anden part eller til statskassen. Der er ikke grundlag for at tillægge eller pålægge biintervenienten sagsomkostninger.

THI KENDES FOR RET:

Tvangsfikseringen i perioden fra den 19. januar 2015 til den 26. oktober 2015 af A var ikke lovlig.

Region X skal til A betale 250.000 kr. med procesrente fra den 6. august 2015.

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

Det idømte beløb skal betales inden 14 dage efter denne højesteretsdoms afsigelse.