

Ausschussvorlage RTA 20/2

Ausschussvorlage UJV 20/1

Eingegangene Stellungnahmen

zu der gemeinsamen schriftlichen Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses und
des Unterausschusses Justizvollzug

zu dem

Gesetzentwurf

Fraktion der CDU, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften
im Justizvollzugsrecht**

– Drucks. [20/627](#) –

1.	Prof. Dr. Roman Poseck, Oberlandesgericht Frankfurt am Main	S. 1
2.	Christian Braun, Richter am Amtsgericht Frankfurt am Main	S. 7
3.	Nora Stang-Albrecht, Justizvollzugsanstalt Frankfurt am Main IV	S. 16
4.	Peter Brändle, Fachkommission RiSta in ver.di Hessen, Darmstadt	S. 21
5.	Birgit Kannegießer, Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands, Landesverband Hessen e. V., Seeheim-Jugenheim	S. 23
6.	Ingrid Hönlinger, RechtGrün e. V., Berlin	S. 31
7.	Dr. Martin Zinkler, Kliniken des LK Heidenheim gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Heidenheim an der Benz	S. 34
8.	Rolf Jacob, Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e. V., Leipzig	S. 65
9.	Dr. Daniel Saam, Deutscher Richterbund, Landesverband Hessen, Ffm	S. 70
10.	Dr. Alexandra Zirk, Justizvollzugsanstalt Kassel I, Zentralkrankenhaus Kassel	S. 81

Prof. Dr. Roman Poseck

Präsident des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main

Stellungnahme zum Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht, Drucksache 20/627

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danke ich. Zu den inhaltlichen Aspekten des Gesetzentwurfs nehme ich in meiner Eigenschaft als Präsident des Oberlandesgerichts und damit vornehmlich beschränkt auf Fragen der Gerichtsorganisation der ordentlichen Gerichtsbarkeit wie folgt Stellung:

In einer Entscheidung vom 24. Juli 2018 hat das Bundesverfassungsgericht über die Fixierung zweier in psychiatrischen Einrichtungen untergebrachter Beschwerdeführer entschieden, dass eine 5 – Punkt oder eine 7 – Punkt Fixierung, bei der sämtliche Gliedmaßen des Betroffenen mit Gurten am Bett festgebunden werden, eine Freiheitsentziehung im Sinne von Art. 104 Abs. 2 GG darstellt, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde überschreitet (vgl. BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 69). Dies gilt auch, wenn dem Betroffenen bereits die Freiheit entzogen wurde, da die Fixierung als solche von der zugrunde liegenden Entscheidung nicht gedeckt ist. Die freiheitsentziehende Fixierung löst daher aufgrund ihrer Eingriffsintensität den Richtervorbehalt aus Art. 104 Abs. 2 GG abermals aus. Entsprechend ist der Gesetzgeber verpflichtet, insbesondere die Fälle, in denen eine Freiheitsentziehung zulässig sein soll, hinreichend klar zu bestimmen. Freiheitsentziehungen sind in berechenbarer, messbarer und kontrollierbarer Weise zu regeln (vgl. BVerfG, a.a.O., Rn. 79).

Die Entscheidung ist zwar zum Recht der öffentlich – rechtlichen Unterbringung ergangen. Die Begründung ist jedoch grundsätzlicher Natur. Die vom Bundesverfassungsgericht in dem vorgenannten Urteil aufgestellten Grundsätze beanspruchen – davon geht der vorliegende Gesetzesentwurf zu Recht aus – Geltung für alle Personen, denen aufgrund richterlicher Anordnung die Freiheit

entzogen wird (vgl. Fölsch/Grotkopp DRiZ 2019, 84; Rodenbusch NStZ 2019, 10, 12; Kaehler/Petit FamRZ 2019, 164, 165). Dem Richtervorbehalt bei Fixierungen ist mithin nicht nur im Rahmen öffentlich – rechtlicher Unterbringung, sondern auch im Justizvollzug (insbesondere Strafvollzug, Sicherungsverwahrungsvollzug, Untersuchungshaftvollzug und Jugendstrafvollzug) Rechnung zu tragen. Es ist daher zu begrüßen, dass sich der Gesetzgeber dieses Themas mit dem vorliegenden Gesetzentwurf annimmt. Dies steht in Einklang mit dem Vorgehen in anderen Ländern, in denen vergleichbare Gesetzentwürfe bereits auf den Weg gebracht worden oder bereits in Kraft getreten sind (z.B. Bayern, NRW, Hamburg, Mecklenburg – Vorpommern, Rheinland – Pfalz).

Allerdings existiert außer dem vorliegenden Gesetzentwurf für die Änderung von Landesgesetzen auch ein Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 19/8939). Dieser gesetzgeberische Ansatz erfolgte im Einvernehmen mit den Ländern und im Interesse der Rechtssicherheit, da die Schaffung einheitlicher bundesgesetzlicher Bestimmungen zur gerichtlichen Zuständigkeit und zum gerichtlichen Verfahren zu Recht grundsätzlich als vorzugswürdig angesehen wird.

Der Gesetzentwurf des Bundes soll infolge der Gesetzgebungskompetenz betreffend Fixierungen im Strafvollzug lediglich das Verfahrensrecht regeln. Er sieht insoweit vor, dass das Amtsgericht, in dessen Bezirk die Fixierung durchgeführt wird, für deren Anordnung ausschließlich zuständig ist (§ 128 StVollzG Entwurf). Das Verfahren soll sich grundsätzlich nach den Bestimmungen betreffend Unterbringungssachen gemäß § 312 Nr. 2 FamFG richten. Über die (befristete) Beschwerde entscheidet abweichend von den Bestimmungen betreffend Unterbringungssachen einheitlich das Landgericht, über die Rechtsbeschwerde der Bundesgerichtshof (§ 128a StVollzG Entwurf).

Der hessische Gesetzentwurf wurde in Kenntnis dieses Entwurfes verfasst. Daher betont dieser an mehreren Stellen, dass seine Regelungen betreffend das Verfahren noch zu überarbeiten sein werden, sollte der Gesetzentwurf des Bundes in Kraft treten. Derzeit gelten die dort vorgesehenen Verfahrensregelungen noch nicht, so dass der hessische Gesetzgeber sich dazu gezwungen sieht, eigene Verfahrensregelungen vorzusehen. Dabei kann er sich aufgrund der derzeit noch bestehenden bundesrechtlichen Gesetzeslage nicht darauf zurückziehen, das Verfahren durchweg so zu regeln, wie es der Bund für die Zukunft vorsieht, sondern

er wird daran in bestimmten Teilbereichen durch (noch) entgegenstehendes Bundesrecht gehindert. So sieht etwa § 92 JGG die Zuständigkeit der Jugendkammer betreffend Maßnahmen der JVA vor und regelt § 126 StPO für „haftbezogene“ Entscheidungen die Zuständigkeit des Gerichts, welches den Haftbefehl erlassen hat beziehungsweise zu dem inzwischen Anklage erhoben wurde.

Aus diesem Grund sieht der hessische Entwurf in den jeweiligen Vollzugsgesetzen unterschiedliche – voraussichtlich bald hinfällige – Regelungen vor. Hierdurch wird der Regelungsgehalt teilweise verkompliziert, und er stellt sich zum Teil aus gerichtsorganisatorischer Sicht als problematisch dar. Angesicht des Umstandes, dass bis zum Inkrafttreten des Bundesgesetzes vermutlich nicht mehr allzu viel Zeit vergeht, und weil eine entsprechende Regelung der Voraussetzungen und des Verfahrens für die Fixierung im PsychKhG sowie im MVollzG ohnehin noch aussteht, könnte auch erwogen werden, den Gesetzentwurf einige Monate später auf der Grundlage des dann voraussichtlich in Kraft getretenen Bundesgesetzes mit deutlich einfacheren Verfahrensregelungen und abgestimmt mit den neu zu schaffenden Regelungen des PsychKhG sowie des MVollzG zu beschließen.

Für ein solches Abwarten dürfte auch sprechen, dass die nur vorübergehende Verfahrensausgestaltung verschiedene Anpassungen der internen Gerichtsorganisation erforderlich machen würde, die dann mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes teilweise erneute Ressourcen verzehrende Änderungen nach sich ziehen würde. Schließlich betrifft die im Bereich des PsychKhG sowie des MVollzG bestehende Regelungslücke deutlich mehr Fälle als die im Justizvollzug mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zu schließende Lücke, da der vorrangig vom Gesetzgeber erfasste Fall eines allein wegen Eigengefährdung zu fixierende, nicht psychisch kranke Häftling eine Ausnahmeerscheinung darstellen dürfte.

Unabhängig von der Frage des zeitlichen Vorgehens ist in verfahrens- bzw. organisationsrechtlicher Hinsicht die Begründung einer erstinstanzlichen Zuständigkeit der Amtsgerichte, in deren Bezirk die Fixierung durchgeführt wurde oder wird (vgl. § 50 Abs. 7 JStVollzG HE Entwurf, § 51 Abs. 7 StVollzG HE Entwurf, § 51 Abs. 7 SVVollzG HE Entwurf) zu begrüßen. Sie entspricht der avisierten bundesgesetzlichen Regelung. Für eine Eingangszuständigkeit der Amtsgerichte spricht dabei die räumliche Nähe der Amtsgerichte zu den jeweiligen

Vollzugsanstalten. Hierfür spricht ferner, dass sie aufgrund ihrer Zuständigkeit für die zivil- und öffentlich – rechtliche Unterbringung viel häufiger mit entsprechenden Fragen befasst sind als etwa die Verwaltungsgerichte und hierfür spricht aus gerichtsorganisatorischer Sicht entscheidend, dass an den Amtsgerichten im Gegensatz zu den Landgerichten in der Regel bereits ein richterlicher Bereitschaftsdienst besteht. Dass demgegenüber die übrige Überwachung des Vollzugs grundsätzlich den Strafvollstreckungskammern obliegt, ist aufgrund der Besonderheit der Fixierungsentscheidungen hinzunehmen. Dabei wird man – dies ergibt sich auch aus dem Bundesgesetzentwurf – von der in § 22c GVG vorgesehenen Konzentrationsmöglichkeit von Bereitschaftsdiensten mehrerer Amtsgerichte auch mit Blick auf die zu treffenden Fixierungsentscheidungen Gebrauch machen können und zum Zweck der Bewältigung der aus der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung erwachsenden zusätzlichen Aufgaben auch jedenfalls partiell Gebrauch machen müssen.

Soweit in § 36 Abs. 7 UVollzG HE Entwurf iVm § 126 StPO für die Untersuchungshaft abweichend von der Zuständigkeit der Amtsgerichte eine Eingangszuständigkeit des Gerichts begründet wird, das den Haftbefehl erlassen hat bzw. nach Erhebung der Klage des Gerichts, das mit der Sache befasst ist, ist diese Regelung (bei der sich übrigens nicht recht erschließt, weshalb sie nicht auch für die Überprüfung der ohne gerichtliche Anordnung vorgenommenen Fixierung im Übrigen auf § 126 StPO verweist, vgl. § 51 Abs. 7 StVollzG HE Entwurf) zwar der derzeitigen bundesgesetzlichen Regelung geschuldet. Sie zwingt aber bis zum Inkrafttreten einer geänderten Regelung auf Bundesebene sowohl die Landgerichte als auch das Oberlandesgericht zur Vorhaltung eines jeweils eigenen Bereitschaftsdienstes. Dies wird in diesen Gerichten personell und organisatorisch zu Schwierigkeiten führen, zumal die in Hessen auch im Nachtragshaushalt vorgesehene personelle Verstärkung aus guten Gründen den vorrangig mit Bereitschaftsdiensten belasteten Amtsgerichten vorbehalten sein soll.

Ähnlich stellt sich das Problem in Bezug auf die gerichtliche Überprüfung von Fixierungsentscheidungen der Anstalt im Rahmen des Jugendstrafvollzugsgesetzes dar. Hier ist gemäß § 50 Abs. 7 JStVollzG HE Entwurf für die Anordnung der Fixierung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk sie durchgeführt werden soll. Für die gerichtliche Überprüfung einer Fixierung im Übrigen (es geht insoweit um

Anordnungen der Anstalt, was bei der in der Gesetzesbegründung auf S. 18 angesprochenen Unterscheidung zwischen dem „ob“ und dem „wie“ der Maßnahme nicht klar zum Ausdruck kommt) soll dann hingegen aufgrund des Vorrangs der bundesgesetzlichen Regelung gemäß § 92 Abs. 2 JGG die Jugendkammer beim Landgericht zuständig sein. Diese Rechtswegspaltung verhindert – wie auch der Gesetzesentwurf selbst erkennt – eine einheitliche Überprüfung und zieht zudem die bereits angesprochenen gerichtsorganisatorischen Schwierigkeiten nach sich.

Mit dem in § 50 Abs. 7 JStVollzG HE Entwurf (für die gerichtliche Anordnung der Fixierung), § 51 Abs. 7 StVollzG HE Entwurf und § 51 Abs. 7 SVVollzG HE Entwurf jeweils vorgesehenen Verweis für die Verfahrensvorschriften auf die Bestimmungen für Unterbringungssachen nach § 312 Nr. 2 und 4 FamFG wird über § 58 FamFG das Oberlandesgericht als Beschwerdeinstanz festgelegt. Näher liegt es – wie auch im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen – das Landgericht als Beschwerdeinstanz zu etablieren. Dies trägt der Eilbedürftigkeit der Entscheidung ebenso wie der räumlichen Nähe Rechnung, wobei in beiden Fällen gemäß § 70 Abs. 3 FamFG bzw. gemäß § 128a Abs. 1 StVollzG Entwurf die zulassungsfreie Rechtsbeschwerde zum Bundesgerichtshof eröffnet ist.

Demgegenüber ergibt sich im Rahmen des Untersuchungshaftvollzugsgesetzes der Rechtszug aus § 36 Abs. 7 UVollzG HE Entwurf iVm §§ 126, 304 StPO. Dies führt zu jeweils unterschiedlichen Beschwerdegerichten, je nachdem, welches Gericht die Ausgangsentscheidung erlassen hat. Auch dieser Ansatz ist der vorgegebenen Gesetzeslage auf Bundesebene geschuldet, dient aber nicht der Übersichtlichkeit. Entsprechendes gilt für den Rechtszug mit Blick auf die gerichtliche Überprüfung von Anordnungen der Anstalt im Jugendstrafvollzug, da hier der Rechtszug davon abhängt, ob es sich um die Überprüfung einer gerichtlichen Anordnung oder eine Anordnung der Anstalt handelt.

Positiv ist, dass der Gesetzentwurf einen personellen Mehrbedarf benennt und der hessische Gesetzgeber hierauf auch bereits mit dem Nachtragshaushalt 2019 reagiert hat. Soweit der Gesetzentwurf den personellen Mehrbedarf mit jeweils 18 Stellen für Richter und Servicekräfte angibt (S. 3), entspricht dies einer aktuellen Prognose, auch des Oberlandesgerichts.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings auch, dass verlässliches Fallzahlenmaterial gerade zu den mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geregelten Fixierungen im Bereich des Strafvollzugs bislang nicht erhoben werden konnte. Es handelt sich mithin um eine vorläufige Schätzung, die auf ermittelten Fallzahlen bei der Fixierung psychisch Kranker beruht und darüber hinaus davon ausgeht, dass neben der personellen Verstärkung des richterlichen Bereitschaftsdienstes bei den Amtsgerichten nicht noch ein weiterer Bereitschaftsdienst bei den Landgerichten und dem Oberlandesgericht einzurichten sein wird.

Im Übrigen stellen die zusätzlichen Anforderungen bei den Amtsgerichten aufgrund der neuen Richtervorbehalte bereits heute eine erhebliche Belastung dar. Dabei spielt auch eine Rolle, dass die hessischen Amtsgerichte auch unabhängig von neuen Anforderungen im Bereitschaftsdienst hoch belastet sind und durch zusätzliche Verfahren (z.B. Owi-Verfahren infolge der neuen Enforcement Trailer oder Reiseverfahren) verstärkt in Anspruch genommen werden. Auch wenn die 18 Stellen, die in Hessen 2019 für Richter und Servicekräfte zusätzlich zur Verfügung stehen, eine signifikante Verstärkung darstellen, sollte die Gesamtentwicklung im Hinblick auf die evtl. Notwendigkeit weiterer personeller Unterstützungen im Blick bleiben.

gez. Roman Poseck, 29.06.2019

**Sachverständige Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 14.05.2019
(LT-Drs. 20/627)**

**von Christian Braun, LL.M. (Trinity College Dublin)
Richter am Amtsgericht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als im Bereich des Betreuungs- und Unterbringungsrechts tätiger Richter am Amtsgericht Frankfurt am Main danke ich für die Möglichkeit, zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und Bündnis90/Die Grünen Stellung nehmen zu dürfen. Unabhängig von meiner richterlichen Tätigkeit beschäftige ich mich zusätzlich als Mit-Autor des Heidelberger Kommentars zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK-BUR) eingehend mit den Verfahrensvorschriften in §§ 312ff FamFG und mit dem materiell-rechtlichen Unterbringungsrecht (insb. zu §§ 1906, 1906a BGB).

Zum Zwecke der besseren Verständlichkeit der folgenden Ausführungen befasst sich meine Stellungnahme exemplarisch mit dem Gesetzentwurf hinsichtlich der Fixierungen im Erwachsenen-Strafvollzug (Art. 2 des Gesetzentwurfs zum HStVollzG). Die folgenden Ausführungen gelten sinngemäß ebenso für die Artikel 1, 3 und 4 des Gesetzentwurfs, da die dortigen Regelungen im Wesentlichen inhaltsgleich mit denen des Artikels 2 sind.

1. Einführung

Der vorliegende Gesetzentwurf erkennt richtigerweise an, dass aufgrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.2018 gesetzliche Änderungen in Bezug auf Fixierungen im Rahmen des Strafvollzugs (HStVollzG), im Rahmen des Jugendstrafvollzugs (HJStVollzG), im Rahmen des Sicherungsverwahrungsvollzugs (HSVollzG) und im Rahmen des Untersuchungshaftvollzugs (HUVollzG) erforderlich sind. Durch den vollumfänglichen Verweis in § 2 des Hessischen Gesetzes über den Vollzug ausländischer Freiheitsentziehungsmaßnahmen (HVaFG) auf §§ 50, 51 HStVollzG gelten die §§ 50, 51 HStVollzG auch für Fixierungen bei ausländischen Freiheitsentziehungen (insb. der Abschiebehaft).

Leider wird jedoch kein umfassendes Gesetzespaket geschnürt, indem aktuell (noch) keine Änderungen v.a. im HPsychKHG und im HMaßrVollzG vorgesehen sind (siehe hierzu unten unter 2.).

Der Gesetzentwurf vom 14.05.2019 sieht noch Vorschriften zum gerichtlichen Verfahren vor. Dies ist mittlerweile überholt, indem der Bundesgesetzgeber von seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz in diesem Bereich durch das mittlerweile in Kraft getretene Gesetz vom 19.06.2019 (BGBl. I, S. 840ff) Gebrauch gemacht hat. Eine landesrechtliche Regelung ist hierfür mithin nicht mehr möglich, und es kann in den einzelnen landesrechtlichen Vollzugsgesetzen jeweils klarstellend auf die im StVollzG-Bund geregelten Verfahrensvorschriften verwiesen werden (siehe hierzu unten unter 3.)). Dies erleichtert das vorliegende Gesetzgebungsverfahren.

2. Fehlende Regelungen in anderen Bereichen der Freiheitsentziehungen (insb. PsychKHG, Maßregelvollzug und Gefahrenabwehrrecht)

Der Gesetzentwurf ist insoweit unvollständig, als er keine Änderungsvorschläge für die Fixierungen insbesondere im Rahmen des Maßregelvollzugs, im Rahmen öffentlich-rechtlichen Unterbringungen und bei Fixierungsmaßnahmen nach dem HSOG vorsieht. Dies mag an unterschiedlichen Zuständigkeiten der Landesministerien liegen. Es wäre jedoch ratsam - wie aktuell etwa in Nordrhein-Westfalen - ein Gesamtpaket zu schnüren, so dass in allen Bereichen, in denen realistischerweise Fixierungen stattfinden, zeitnah einheitliche Regelungen zu finden sind. Anderenfalls entsteht die Gefahr von unterschiedlichen Regelungen in unterschiedlichen hessischen Gesetzen.

Meines Erachtens besteht maßgeblicher Regelungsbedarf in folgenden Gesetzen:

- Hessisches Maßregelvollzugsgesetz (dort §§ 34, 35 HMaßrVollzG)
- Hessisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (dort § 21 HPsychKHG)
- Hessisches Gesetz für Sicherheit und Ordnung (dort §§ 52, 59 HSOG)

Zwar sieht das HPsychKHG die Fixierung als besondere Sicherungsmaßnahme in § 21 Abs. 1 Nr. 5 HPsychKHG schon vor. Die dortige Regelung erfüllt jedoch eindeutig nicht die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, insb. zum Richtervorbehalt. Ein Kollege des Amtsgerichts Fulda hat vor kurzem die Frage der Verfassungswidrigkeit des hessischen Gesetzes im Wege der konkreten Normenkontrolle dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt (AG Fulda, Beschluss v. 18.06.2019, Az.: 87 XIV 280/19 L).

Entsprechendes gilt für die Bereiche des Maßregelvollzugs und des Vollzugs der Therapieunterbringung, indem § 4 Abs. 2 HAGThUG hinsichtlich des Vollzugs und damit auch hinsichtlich Fixierungen auf das HMaßrVollzG verweist. Im Maßregelvollzugsgesetz ist bislang (ähnlich wie im HStVollzG) nur die Fesselung als besondere Sicherungsmaßnahme normiert (§ 34 Abs. 2 Nr. 5 HMaßrVollzG) ohne die Voraussetzungen und den Richtervorbehalt bei Fixierungen näher zu spezifizieren.

Ähnliches gilt auch im Bereich des allgemeinen Polizeirechts nach dem HSOG. Es ist aus der gerichtlichen Praxis bekannt, dass auch dort – sowohl während Ingewahrsamnahmen als auch außerhalb auf Polizeirevieren – Fesselungen stattfinden, welchen den Begriff einer Fixierung erfüllen könnten (z.B. Arretierung von Körperteilen über die bloße Fesselung hinaus). Im HSOG sind jedoch nur Fesselungen als besondere Formen des unmittelbaren Zwangs normiert (§§ 52, 59 HSOG). Diese Vorschriften erfüllen jedoch – falls die Maßnahme den Charakter einer Fixierung erreicht – nicht einmal ansatzweise die verfassungsrechtlichen Anforderungen. Mithin besteht meines Erachtens auch dort ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, entweder in die Richtung, dass Fixierungen im allgemeinen Polizeirecht grundsätzlich als unzulässig erklärt werden oder die entsprechenden Vorgaben ausführlich ins HSOG aufgenommen werden.

3. Der Gesetzentwurf im Einzelnen

a) zu Art. 2, Ziff. 1a) aa):

Die Definition der Fixierung

Der Gesetzentwurf zu § 50 Abs. 2 HStVollzG gibt eine Legaldefinition für den Begriff der Fixierung: eine solche soll immer dann vorliegen, wenn eine Fesselung zu einer „*vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit führt*“. Eine nähere Spezifizierung des Begriffs findet darüber hinaus nicht statt und auch aus der Gesetzesbegründung ergibt sich keinerlei Konkretisierung, außer der Feststellung, dass „*eine Beschränkung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen für eine Fixierung nur auf 5- und 7 Punkt-Fixierungen [...] nicht zwingend*“ sei. Damit gibt der Entwurf zu verstehen, dass unter den Begriff auch etwa 3- oder 1-Punkt-Fixierungen grundsätzlich fallen können. Auf welche Art und Weise die Aufhebung der Bewegungsfreiheit stattfindet und was tatsächlich mit dem Begriff der „Bewegungsfreiheit“ gemeint ist, wird nicht näher ausgeführt.

Gerade im besonders grundrechtsrelevanten Bereich wie der Freiheitsentziehung (vgl. Art. 2 Abs. 2 S. 2, Art. 104 Abs. 2 GG) müssen Gesetze ausreichend bestimmt sein. Adressaten der vorliegenden Gesetze sind nicht nur die Gerichte sondern maßgeblich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalten. Für diese Personen muss unzweifelhaft klar sein, in welchen Fällen sie eine richterliche Entscheidung herbeiführen müssen und in welchen Fällen sie ohne die Anrufung des Gerichts handeln können.

Der Ansatzpunkt, die Fixierung als qualifizierte Sonderform der Fesselung anzusehen, erscheint folgerichtig. Im Konkreten gibt die genannte Begriffsdefinition für die Praxis jedoch zu viel Raum für (ggf. vom Gesetzgeber nicht gewollte) Auslegungen. So ist etwa die körperliche Bewegungsfreiheit auch bei einer 5-Punkt-Fixierung nicht „*vollständig aufgehoben*“, da die fixierte Person noch ihren Kopf und den Oberkörper bewegen kann (nur bei der 7-Punkt-Fixierung wird auch der Kopf arretiert). Auf der anderen Seite könnte man den Begriff der Aufhebung der Bewegungsfreiheit auch dahingehend verstehen, dass hierfür sämtliche Gliedmaßen (Arme und Beine) fixiert sein müssen. Damit würden 3-Punkt- und Bauchgurt-Fixierungen aus dem Anwendungsbereich der Fixierungsregelungen herausfallen.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der Fixierung auch in anderen Landes- oder Bundesgesetzen nicht konsistent verwendet wird. Vielmehr besteht eine erstaunliche Vielfalt von unterschiedlichen Begriffsdefinitionen in den unterschiedlichen Justizvollzugs- und Psychisch-Kranken-Gesetzen. Im hessischen Recht zeigt dies schon § 21 Abs. 1 Nr. 5 HPsychKHG, indem dort eine Fixierung als (bloße) „*Einschränkung*“ der Bewegungsfreiheit legaldefiniert wird, ohne weiter zu spezifizieren, was damit konkret gemeint sein soll. Damit könnten beim Vollzug von öffentlich-rechtlichen Unterbringungen auch qualitativ schon weniger einschneidende Maßnahmen unter den Begriff fallen. So führt etwa auch die Anbringung eines Bettgitters zu einer „*Einschränkung der Bewegungsfreiheit*“, jedoch nicht unbedingt (bei entsprechender körperlicher Konstitution) zu einer Aufhebung derselben.

Die „*Anwendungsrichtlinien für den Einsatz einer Fixierliege*“ (Erlass des Hessischen Ministeriums der Justiz vom 14.07.2008, Stand: 26.07.2018) stellen wiederum maßgeblich auf die „Fesselung an einer Fixierliege“, also das Festbinden an einer festen Vorrichtung ab.

Gesetze in anderen Bundesländern thematisieren darüber hinaus, dass neben einem „mechanischen“ Fixieren auch „chemische“ Fixierungen mittels der Gabe von sedierenden Medikamenten als Fixierung im Wortsinne sein können (z.B. § 39 Abs. 2 Nr. 4 und 5 PsychKG-Berlin oder § 21c Abs. 1 Nr. 4 PsychKG-Niedersachsen).

Der Begriff der „vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit“ stammt wohl aus den Urteilsgründen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.2018 (dort Rn. 68). Damit lassen es aber die Karlsruher Richterinnen und Richter nicht bewenden, sondern führen hieraufhin zusätzlich aus: *„Die vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch die 5-Punkt- oder die 7-Punkt-Fixierung am Bett nimmt dem Betroffenen die ihm bei der Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station noch verbliebene Freiheit, sich innerhalb dieser Station – oder zumindest innerhalb des Krankenzimmers – zu bewegen. Diese Form der Fixierung ist darauf angelegt, den Betroffenen auf seinem Krankenbett vollständig bewegungsunfähig zu halten.“* (ebenso Rn. 68). Hieraus folgt, dass es dem Bundesverfassungsgericht auf die räumliche Bewegungsfreiheit weg vom räumlich eng begrenzten Raum des Bettes ankommt. Die so verstandene „vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit“ ist dann aber auch bei einem Festbinden am Bett von „nur“ zwei Gliedmaßen oder/und mittels eines Brustgurts (3- und 1-Punkt-Fixierungen) gegeben. Auch dann kann sich die Person nicht im Haftraum oder in der weiteren Vollzugseinrichtung räumlich bewegen, obwohl die körperliche Bewegungsfreiheit von einzelnen Gliedmaßen (etwa der Beine) nach wie vor gegeben ist. Damit wären dann auch Maßnahmen wie das Festbinden an einen festen Stuhl mittels Bauchgurt oder das Festbinden an ein Gitter vom Fixierungsbegriff erfasst. Qualitativ sind all diese Maßnahmen m.E. mehr als eine bloße Fesselung und im Ergebnis gleichbedeutend für die räumliche Bewegungsfreiheit wie eine 5- oder 7-Punkt-Fixierung.

Bringt man dies zusammen, ist eine Fixierung dadurch geprägt, dass Körperteile eines Menschen an einem Bett, an einer Fixierliege oder an einer sonstigen festen Vorrichtung mittels Gurten oder Fesseln festgebunden werden. Dies sollte sich dann auch im Gesetzeswortlaut so widerspiegeln. Nur so kommt im Übrigen auch die Unterscheidung zur bloßen Fesselung zum Ausdruck. Dort werden Fesseln an Händen und (ggf. zusätzlich) auch an Beinen erfasst (vgl. § 50 Abs. 5 Satz 1 HStVollzG). Tatsächlich kann sich die Person aber im Raum fortbewegen. Mit anderen Worten: Die Fesselung wird erst durch das Charakteristikum des Festbindens zu einer Fixierung.

Offen bleibt im Gesetzentwurf, ob auch eine „chemische Fixierung“ mittels der Gabe von sedierenden Medikamenten als Fixierung gelten soll und kann (siehe hierzu schon oben). Die Gesetzesbegründung thematisiert diese Frage bisher überhaupt nicht. Aus der gerichtlichen Praxis ist bekannt, dass eine vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit im o.g. Sinne auch mittels Medikamenten herstellbar ist und in psychiatrischen Kliniken fast täglich praktiziert wird. Dies ist auch im Strafvollzug (insb. auf Justizkrankenanstalten) realistisch. In qualitativer Hinsicht erscheint der Grundrechtseingriff bei einer derartigen medikamentösen Maßnahme genauso erheblich wie bei einer mechanischen Fixierung mittels Festbinden an ein Bett. Demgemäß sollte dies m.E. auch Teil der Regelung in den landesrechtlichen Strafvollzugsgesetzen sein. Dies wäre dann auch konsistent mit § 1906 Abs. 4 BGB, wo auch die Medikamentengabe als freiheitsentziehende Maßnahme vorgesehen ist.

Zusammenfassend wird für die Neufassung von § 50 Abs. 2 HStVollzG folgender Wortlaut vorgeschlagen:

§ 50 Abs. 2 HStVollzG

Als besondere Sicherungsmaßnahme sind zulässig:

[...]

6. die Fesselung ***bis hin zur vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch das mechanische Festbinden von Körperteilen an ein Bett, an eine Fixierliege oder an eine sonstige feste Vorrichtung oder mittels einer durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommenen medikamentösen Sedierung (Fixierung).***

b) zu Art. 2, Ziff. 1a) bb):

Fixierung nur bei gegenwärtigen, erheblichen Eigengefährdungen

Dem Gesetzentwurf ist dahingehend zuzustimmen, als dass Fixierungen nur bei gegenwärtigen und erheblichen Eigengefährdungen zulässig sein sollen. Bei fremdgefährdenden Handlungen sind immer mildere Mittel vorhanden (insbesondere der sonstige unmittelbare Zwang, die bloße Fesselung oder die Verbringung in besonders gesicherte Hafträume).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Regelung im HPsychKHG bei Fixierungen weiter geht, indem dort Fixierungen bisher auch bei Fremdgefährlichkeit (Angriffen gegenüber Mitpatienten oder Klinikpersonal) grundsätzlich zulässig sind (vgl. § 21 Abs. 1 HPsychKHG). Auch in dieser Hinsicht findet daher eine nicht zu rechtfertigende Schlechterstellung von nicht delinquenten psychisch erkrankten Personen im Vergleich zu Strafgefangenen, Untersuchungshäftlingen und Sicherungsverwahrten statt.

Der Maßstab der „Unerlässlichkeit“ im Gesetzentwurf ist treffend formuliert und entspricht dem Wortlaut anderer Gefahrenabwehrnormen (z.B. § 32 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 HSOG). Damit wird dem strengen Ultima-Ratio-Prinzip einer Fixierung Rechnung getragen.

c) zu Art. 2, Ziff. 1b):

Keine Fixierung bei Ausführung, Vorführung oder beim Transport von Gefangenen

Mit dem Gesetzentwurf werden Fixierungen bei Ausführung, Vorführung oder beim Transport von Gefangenen für unzulässig erklärt (§ 50 Abs. 4 Satz 1 HStVollzG). Dem ist zuzustimmen, da dort die bloße Fesselung und sonstiger unmittelbarer Zwang durch die begleitenden Justizvollzugsbediensteten ausreicht.

d) zu Art. 2, Ziff. 1c):

Ausgestaltung der Fesselung in Abgrenzung zur Fixierung

Der Gesetzentwurf zu § 50 Abs. 5 Satz 1 HStVollzG erscheint folgerichtig aufgrund des qualifizierten Charakters einer Fesselung im Vergleich zur Fixierung.

e) zu Art. 2, Ziff. 1d):

Eins-zu-Eins-Betreuung während der Fixierung

Der Gesetzentwurf zu § 50 Abs. 8 HStVollzG setzt zutreffend die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hinsichtlich der Eins-zu-Eins-Betreuung während der Fixierung um. Dies entspricht im Wesentlichen auch den entsprechenden medizinischen Leitlinien in der Psychiatrie und den Sicherheitsvorgaben von in der Praxis verwendeten Fixiergurten.

Zur Vereinheitlichung von Bundes- und Landesrecht erscheint jedoch statt der Formulierung der „Sitzwache“ die gleiche Formulierung wie in § 171a StVollzG-Bund für noch treffender und damit bestimmter. Folgender veränderter Wortlaut wird mithin vorgeschlagen:

„Sind die Gefangenen darüber hinaus gefesselt, sind sie ständig zu beobachten; bei einer Fixierung ist ein **ständiger Sicht- und Sprechkontakt zu** hierfür besonders geschulten **Vollzugs**bediensteten durchzuführen.“

f) zu Art. 2, Ziff. 2a):

Anordnungs- und Antragskompetenz für die Fixierung - Richtervorbehalt

Der Gesetzentwurf zu § 51 Abs. 1 HStVollzG erscheint im Wesentlichen sachgerecht.

Zum Zwecke der Harmonisierung des materiellen Rechts mit dem Verfahrensrecht in §§ 312ff FamFG wäre es jedoch ratsam, die Verfahrenseinleitung bei Gericht auch bei Gefahr im Verzug (§ 51 Abs. 1 S. 2 HStVollzG-E) eindeutig als Antragsverfahren nach § 23 FamFG mit klarer Zuweisung von Antragsberechtigungen auszugestalten. Mit der Formulierung „*unverzüglich eine Entscheidung des Gerichts [...] herbeizuführen*“ ist dies nämlich nicht hinreichend klar. Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass es bei der Auslegung desselben Begriffs in § 17 Abs. 1 Satz 2 HPsychKHG unterschiedliche Auffassungen des Landgerichts Kassel (welches hieraus ein Amtsverfahren i.S.v. § 24 FamFG herauslesen möchte) und des Landgerichts Frankfurt am Main (welches hierin ein Antragsverfahren i.S.v. § 23 FamFG sieht) gibt. Darüber hinaus sollte durch die Förmlichkeit des Antragsverfahrens klar sein, welche Personen innerhalb der Justizvollzugsanstalt die Anordnung der Fixierung beantragen dürfen. M.E. sollte dies immer durch die Anstaltsleitung oder entsprechend hierfür ermächtigte Vertreter geschehen.

Die klare Formulierung des Antragserfordernisses und der Antragsberechtigung spielt verfahrensrechtlich v.a. für die Beteiligtenstellung der Anstalt im gerichtlichen Verfahren (vgl. § 7 Abs. 1 FamFG) und für die Beschwerdeberechtigung bei ablehnenden Entscheidungen (vgl. § 59 Abs. 2 FamFG) eine Rolle.

Zusammenfassend wird hier folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Abweichend von Satz 1 ordnet das Gericht eine nicht nur kurzfristige Fixierung auf Antrag der Anstaltsleitung an. Bei Gefahr im Verzug kann die Anordnung einer nicht nur kurzfristigen Fixierung vorläufig durch die Anstaltsleitung oder andere Bedienstete der Anstalt getroffen werden; in diesem Fall ist **dies** unverzüglich **durch die Anstaltsleitung oder durch einen ermächtigten Vertreter bei Gericht zu beantragen**. Eine Fixierung gilt als nicht nur kurzfristig, wenn im Zeitpunkt der Anordnung der Maßnahme davon auszugehen ist, dass ihre Dauer eine halbe Stunde überschreiten wird oder dies im Laufe ihres Vollzuges erkennbar wird.“

g) zu Art. 2, Ziff. 2b):

Einholung einer ärztlichen Stellungnahme unmittelbar nach Beginn der Fixierung

Der Gesetzentwurf zu § 51 Abs. 2 Satz 1 2. HS HStVollzG sieht vor, dass „*vor Anordnung einer Fixierung oder deren Beantragung regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme zur Unerlässlichkeit der Fixierung einzuholen*“ ist. Hier besteht m.E. in mehrerer Hinsicht Änderungsbedarf:

aa) Statt nur einer Regelhaftigkeit sollte die Einholung einer ärztlichen Stellungnahme immer erforderlich sein. Das Bundesverfassungsgericht hat klar formuliert, dass eine Fixierung aufgrund der daraus möglicherweise resultierenden gesundheitlichen Schäden in ärztlicher Verantwortung durchzuführen ist. Demgemäß sollte immer und unverzüglich nach Beginn der Fixierung die ärztliche Stellungnahme erfolgen und dies auch zur Gefangenenakte gelangen. Nur so kann sichergestellt werden, dass keine medizinisch unsachgemäßen Fixierungen stattfinden. Rein praktisch muss daher m.E. direkt (d.h. unverzüglich) nach Beginn der Fixierung der Arzt kontaktiert werden, welcher die Fixierung dann aus medizinischer Sicht durch eine ärztliche Stellungnahme überprüft und bei medizinisch nicht vertretbarer Anwendung unmittelbar beendet.

bb) Die ärztliche Stellungnahme sollte sich inhaltlich nicht nur „zur Unerlässlichkeit der Fixierung“ (wie aktuell vorgeschlagen) verhalten sondern darüber hinaus auch Ausführungen dazu enthalten, ob der Gefangene sich noch einen freien Willen bilden und hiernach handeln kann. Das letztere Kriterium folgt aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts im Betreuungs- und Unterbringungsrecht, wonach bei bloßen Eigengefährdungen der Staat von Verfassungen wegen nicht dazu befugt ist, Personen mit freier Willensbestimmungsfähigkeit daran zu hindern, sich selbst Schaden zuzuführen. Mit anderen Worten: wenn die Person einsichts- und urteilsfähig bzgl. des Inhalts und der Folgen ihrer Handlungen ist (und gleichzeitig keine anderen Personen beeinträchtigt), dann ist diese Handlungsentscheidung Teil ihres grundgesetzlich geschützten Selbstbestimmungsrechts. Die Frage des damit zum Ausdruck kommenden freien Willens ist zwar eine normative Frage. Das Gericht (ebenso wie Justizvollzugsbedienstete im Vorfeld des gerichtlichen Verfahrens) kann diese Frage jedoch nur mithilfe medizinisch-sachverständiger Hilfe beantworten.

cc) Der Gesetzentwurf sieht nur vor, dass eine ärztliche Stellungnahme einzuholen ist. Für das darauf folgende gerichtliche Verfahren ist es jedoch elementar, dass diese ärztliche Stellungnahme dann in der Folge auch (zusammen mit dem Antrag auf Fixierung) unverzüglich zu Gericht gelangt. Denn eine gerichtliche Anordnung einer Fixierungsmaßnahme muss verfahrensrechtlich zwingend auf einem ärztlichen Zeugnis basieren (§ 321 Abs. 2 FamFG im Hauptsacheverfahren und § 331 S. 1 Nr. 2 FamFG im einstweiligen Anordnungsverfahren). Wird die ärztliche Stellungnahme dann sofort an das Gericht

übersandt, so kann auch zeitnah über die Fixierung gerichtlich entschieden werden. Anderenfalls bedarf es einer ausführlichen Diskussion mit der Anstalt und dem entsprechenden Arzt. Die Erfahrungen bei der Umsetzung der Fixierungsvorschriften im HPsychKHG zeigen, dass dies ein erhebliches Zeitproblem bei den gerichtlichen Ermittlungen darstellt, da das Gericht mitunter sehr lange auf aussagekräftige ärztliche Zeugnisse warten muss.

Zusammenfassend wird für die Neufassung von § 50 Abs. 2 Satz 1 HStVollzG folgender Wortlaut vorgeschlagen:

„Vor der Anordnung ist eine Stellungnahme des ärztlichen oder psychologischen Dienstes einzuholen, wenn hierzu begründeter Anlass besteht; ***nach Beginn einer Fixierung ist unverzüglich eine ärztliche Stellungnahme zur Unerlässlichkeit der Fixierung und zur Frage des Ausschlusses des freien Willens des Gefangenen einzuholen und dem Gericht zusammen mit dem Antrag zu übermitteln.***“

h) zu Art. 2, Ziff. 2c):

Ärztliche Überwachung der Fixierung während deren Dauer

Dieser Gesetzeswortlaut erscheint mir treffend.

i) zu Art. 2, Ziff. 2d):

Dokumentations- und Belehrungspflichten bei Fixierungen

Der Gesetzentwurf zu § 51 Abs. 5 HStVollzG setzt die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts im Wesentlichen zutreffend um. Lediglich hinsichtlich des Wortlauts der Dokumentation der „Überwachung durch eine Sitzwache“ wird eine alternative Formulierung vorgeschlagen, indem hier auf „***die Beobachtung durch ständigen Sicht- und Sprechkontakt***“ abgestellt werden sollte (siehe schon oben unter 3.e)).

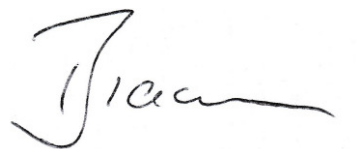
j) zu Art. 2, Ziff. 1e):

Verfahrensrecht

Der Gesetzentwurf vom 14.05.2019 sah in § 50 Abs. 7 HStVollzG-E noch umfassende Regelungen zur Ausgestaltung des gerichtlichen Verfahrens und zur gerichtlichen Zuständigkeit vor. Dies ist nunmehr obsolet, da der Bundesgesetzgeber mit dem mittlerweile in Kraft getretenen Gesetz vom 19.06.2019 (BGBl. I, S. 840ff) seine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz im Bereich des Verfahrensrechts wahrgenommen hat. In Hessen gelten daher die neuen §§ 121a, 121b StVollzG-Bund unmittelbar. Zur Klarstellung sollten jedoch in § 83 Nr. 3 HStVollzG auch die genannten Bundesnormen mit aufgeführt werden.

Ich hoffe, Ihnen mit meinen Ausführungen bei der parlamentarischen Entscheidungsfindung behilflich gewesen zu sein.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Braun', with a stylized, flowing script.

Christian Braun
Richter am Amtsgericht
Amtsgericht Frankfurt am Main

Justizvollzugsanstalt Frankfurt IV · Obere Kreuzäckerstraße 8 · 60435 Frankfurt am Main

Hessischer Landtag
Der Vorsitzende
des Rechtspolitischen Ausschusses

Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Vorab per Mail an:
j.decker@ltg.hessen.de,
a.czech@ltg.hessen.de

Aktenzeichen: I A 2.9
Dst.-Nr.: 0334
Bearbeiter: Stang-Albrecht
Durchwahl: 1400
Fax: 1039
E-Mail: Nora.Stang-Albrecht@jva-frankfurt4.justiz.hessen.de

Datum: 04.07.2019

Schriftliche Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses und des Unterausschusses Justizvollzug des Hessischen Landtages zum dem Gesetzentwurf, Fraktion der CDU, Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschrift im Justizvollzugsrecht, Drucks. 20/627

Sehr geehrter Herr Wissenbach,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zu oben genanntem Gesetzentwurf eine Stellungnahme abgeben zu können. Gerne nehme ich die Möglichkeit für den Bereich des **Hessischen Strafvollzugsgesetzes** persönlich wahr.

Grundsätzlich möchte ich zunächst ein paar Vorbemerkungen machen. Die Möglichkeit der Vornahme einer Fixierung bedeutet für die im Strafvollzug Tätigen, und hier spreche ich sicherlich nicht nur für mich, die letzte Möglichkeit von Sicherungsmaßnahme, ist somit als **ultima ratio** anzusehen.

Vor diesem Hintergrund ist zu beachten, dass dies nicht nur eine sehr massive Einschränkung der persönlichen Freiheit während des laufenden Freiheitsentzuges des Betroffenen mit sich bringt, sondern auch eine erhebliche psychische und emotionale Belastung für das Personal darstellt.

Grundsätzlich sind wir bemüht eine Fixierung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu vermeiden und die Situation anders zu klären. In seltenen Ausnahmefällen ist dies jedoch nicht möglich, beziehungsweise erzielt keinerlei Wirkung.

Bis eine Situation in einer möglichen Fixierung endet, wurde im Vorfeld alles dafür getan, diese abzuwenden. So finden Zugangsgespräche statt, eine Vorführung beim Arzt und gegebenenfalls Psychiater, Gespräche mit Sozialdienst und psychologischem Dienst werden geführt.

Im Rahmen der Unterbringung und Beschäftigung werden zudem zahlreiche Angebote für psychisch auffällige Gefangene angeboten. So findet eine Beschäftigung in einer Kreativwerkstatt oder in der Gärtnerei statt, Ergo- und Physiotherapie wird angeboten sowie Kunsttherapie, da eine Beschäftigung sich grundsätzlich positiv auf den psychischen Zustand auswirkt.

Zudem sind die Bediensteten vor Ort im zertifizierten professionellen Deeskalations-training (Prodema) geschult. Es wird vollumfänglich auf Deeskalation gesetzt.

Hier wird auf eine enge integrative Zusammenarbeit der allgemeinen und besonderen Fachdienste gebaut. Darüber hinaus wird Fallsupervision angeboten, um Erkrankungen im psychiatrischen Formenkreis besser verstehen und auch gezielter darauf reagieren zu können.

Erzielt dies alles zunächst keine Wirkung, kommt es zu einer getrennten Unterbringung, zumeist mittels Kamerabeobachtung, um einer möglichen Eigen- und Fremdgefährdung zu überwachen und umgehend entgegenwirken zu können.

Sollte dies nicht ausreichen, der Betroffene gewalttätig gegenüber sich selbst oder gegenüber Dritten agieren, kommt es zu einer Verlegung in den besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände mit Kameraüberwachung. Aufgrund gesonderter Schulungen kam es bei diesen Verlegungen in den letzten Jahren weder zu einer Verletzung des zu Verbringenden, noch zu größeren Verletzungen bei Bediensteten. Selbstverständlich ist diese Art der Unterbringung immer mit einer engen psychologischen und ärztlichen, zumeist auch psychiatrischen Betreuung verbunden. Sollte dies auch nicht ausreichend sein, käme als nächste Stufe eine Fesselung im besonders gesicherten Haftraum in Betracht.

Erst die letzte Stufe wäre eine Unterbringung auf der Fixierliege. Dies bedeutet, dass der Gefangene im besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände mit Kameraüberwachung noch so aggressiv gegen sich selbst ist, dass eine hochgradige Gefährdung für Leib und Leben gegeben ist.

Unverzüglich muss die Anstaltsleitung und die Abteilung IV des Hessischen Ministeriums der Justiz über eine solche Maßnahme unterrichtet werden.

Bei den Fällen, die mir bekannt sind, hat es sich ausschließlich um massive Eigengefährdung gehandelt (z.B. Kopf gegen die Wand geschlagen, Vornüberkippen auf Gesicht, Androhung Abbeißen der Zunge).

Dies sind alles Einzelschicksale, die uns auch vor Ort oftmals ratlos und betroffen machen.

Unser Auftrag gemäß Hessischen Strafvollzugsgesetz ist natürlich die Vollzugsziele Resozialisierung und Eingliederung, aber auch die Umsetzung des Sicherungsauftrages, zur Not vor sich selbst, zu erreichen.

Wichtig ist bei allem Handeln die Haltung, die dahinter steht. Wir pflegen insgesamt einen respektvollen und zugewandten Umgang und es erschüttert, wenn man irgendwann damit nicht mehr weiterkommt.

Eingehen möchte ich noch auf die Belastung des Personals und hier spreche ich nicht von dem zeitlichen Aspekt, sondern von Betroffenheit. Sobald es zu einer Fixierung kommt, wird die Sitzwache angeordnet. Dies bedeutet, dass ein/e Bedienstete/r in unmittelbarer Nähe sitzt und den Fixierten überwacht.

Dies zollt dem Gedanken der Sicherheit, aber vor allem auch dem menschlichen Grundbedürfnis nach Nähe Rechnung. Die Kommunikation soll, neben dem wichtigen Aspekt der Sicherung und körperlichen Unversehrtheit, zu keinem Zeitpunkt abreißen und auch hier wird weiterhin auf Deeskalation gesetzt und auf Auflösung der Situation der Fixierung. Jedoch sind auch die Grundbedürfnisse nach Essen und Trinken und Weitere zu berücksichtigen. Dies stellt sowohl für den Fixierten, wie auch für die Bediensteten, eine unangenehme Situation dar.

Im Rahmen der Gesetzesnovellierung soll nunmehr in **§ 50 Abs. 2 Nr. 6 HStVollzG** die Legaldefinition Fixierung als Unterpunkt der Fesselung eingeführt werden, was ausdrücklich begrüßt wird.

In **§ 50 Abs. 4 und 5 HStVollzG** soll die Abgrenzung von Fesselung und Fixierung deutlich gemacht werden, was ebenfalls ausdrücklich begrüßt wird.

In den Ausführungen zu Buchst. d) § 49 des Hessischen Jugendstrafvollzugsgesetzes, analog anwendbar auf das Hessische Strafvollzugsgesetz, heißt es, dass nunmehr die Betreuung vor Ort durch „besonders geschulte Bedienstete durchzuführen ist.“ Weiterhin heißt es: „Herbei kann auch der Einsatz von Bediensteten erfolgen, die keine medizinische oder vollpflegerische Ausbildung besitzen, soweit ihnen das vorstehend als erforderlich bezeichnete Fachwissen vermittelt wurde.“ Dies lässt Spielraum, wie eine solche „Unterweisung/Schulung“ auszusehen hat, wer sie durchführen soll und ggf. wie oft diese zu wiederholen ist. Einzug erhält dies in der Formulierung in **§ 50 Abs. 8 Satz 2 HStVollzG**, wo es heißt: „besonders geschulte Bedienstete.“

Entsprechend wären hier alle Bediensteten zu schulen, da ansonsten nicht gewährleistet sein könnte, dass immer geschultes Personal in ausreichender Anzahl vorhanden ist.

Eine Konkretisierung im Erlasswege wäre wünschenswert.

In **§ 51 Abs. 1 HStVollzG** soll die Zuständigkeit der Anordnungsbefugnis neu geregelt werden.

Zunächst herrschte noch Unklarheit, ob das Amtsgericht oder das Landgericht/ die Strafvollstreckungskammer zuständig ist. Dies ist nach Neufassung der §§ 121a, 121b StVollzG obsolet.

Grundsätzlich und nach obergerichtlicher Entscheidung soll nunmehr, falls nicht vorher die Zustimmung des Gerichts eingeholt werden kann, auch die nachträgliche Genehmigung der Gerichte erfolgen.

Dies bietet somit zusätzliche Sicherheit, da nunmehr nach bundeseinheitlicher Regelung im Rahmen des StVollzG, ausdrücklich die Genehmigung des Amtsgerichts/Familiengerichts als zuständiges Betreuungsgericht einzuholen ist. Folgerichtig

kann somit auch nicht mehr die Strafvollstreckungskammer für die rechtliche Überprüfung der Maßnahme zuständig sein.

In Artikel 2 (Änderungen des Hessischen Strafvollzugsgesetzes) 2. b), sodann **§ 51 Abs. 2 Satz 1 HStVollzG** wird ausgeführt, dass **vor** einer Fixierung regelmäßig eine Stellungnahme des ärztlichen oder medizinischen Dienstes einzuholen ist. Dies dürfte bei Akutfällen zeitlich schwierig sein. Ein ärztlicher Dienst ist nicht immer vor Ort, in Akutsituationen, und um solche Fälle handelt es sich ja, könnte es schon zu erheblichen Verletzungen des Gefangenen kommen, welche gerade durch die Fixierung vermieden werden sollen. Gegebenenfalls müsste der medizinische Notdienst hinzugezogen werden, welcher in der Regel auch eine gewisse Zeit braucht, bis er vor Ort ist. Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen sind stets zu vermeiden. Einer sodann notwendigen Fixierung ist es jedoch immanent, dass sie von einer gewissen Dringlichkeit getragen ist und wie bereits oben ausgeführt ultima ratio. Da Satz 2 „wegen Gefahr im Verzuge“ jedoch unberührt bleibt, bedarf es folglich keiner anderweitigen Regelung.

Die Änderungen zu **§ 51 Abs. 4 HStVollzG** stellen die derzeitige erlassgemäße Regelung dar.

Die Ergänzungen in **§ 51 Abs. 5 HStVollzG** werden begrüßt. Diese entsprechen ebenfalls der aktuellen Erlasslage und den vorliegenden Dienstanweisungen.

Die Ergänzungen in **§ 51 Abs. 7 HStVollzG** waren unter Bezugnahme auf § 51 Abs. 1 HStVollzG folgerichtig, sind jedoch durch die Änderungen in §§ 121a, 121b StVollzG obsolet.

Mit freundlichen Grüßen

Nora Stang-Albrecht

(Anstaltsleiterin)

Schriftliche Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses und des Unterausschusses Justizvollzug des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu dem Hessischen Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht, Drucks. 20/627

Die Fachkommission Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di - in Hessen bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem vorbezeichneten Gesetzentwurf.

1. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf sollen die Hessischen Justizvollzugsgesetze an die neue Rechtslage angepasst werden, die sich aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in den Entscheidungen vom 24.07.2018 (Az. 2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16) ergeben hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in diesen Entscheidungen festgestellt, dass auch bei einer richterlich angeordneten oder genehmigten Freiheitsentziehung nach Landesgesetzen über den Umgang mit psychisch Kranken (im Einzelnen dem PsychKHG BW und dem BayUnterbrG) eine weitergehende und eigenständig zu betrachtende Freiheitsentziehung stattfindet, wenn im Rahmen des Psychiatrieaufenthalts körpernahe Fixierungen (fünf-Punkt- oder sieben-Punkt-Fixierungen) vorgenommen werden. Für die Zulässigkeit dieser Maßnahmen wurden dabei inhaltliche Voraussetzungen aufgestellt und Vorgaben bezüglich der Umsetzung der Maßnahmen genannt. Die verfassungsgerichtlichen Entscheidungen machten dabei deutlich, dass nicht nur die in Frage stehenden Landesgesetze demgemäß zu überarbeiten sind, sondern auch die entsprechenden Regelungen in anderen Bundesländern anzupassen sind. Der vorliegende Gesetzentwurf erscheint als sinnvolle Umsetzung der verfassungsgerichtlichen Vorgaben für den Bereich des Hessischen Justizvollzugs. Dabei entsteht allerdings die Frage, wann durch den Hessischen Gesetzgeber die ebenfalls dringend gebotene entsprechende Anpassung des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (HessPsychKHG) erfolgen soll.

2. Zum Gesetzentwurf

a) Umsetzung der verfassungsgerichtlichen Vorgaben

Die verfassungsgerichtlichen Vorgaben werden durch den vorliegenden Gesetzentwurf für den Bereich des Hessischen Justizvollzugs sinnvoll umgesetzt und führen den gebotenen Rechtsschutz für die betroffenen Personen im Vollzug ein. Gleichzeitig wird für die Mitarbeiter in den Vollzugseinrichtungen die notwendige Rechtssicherheit geschaffen. Dies betrifft sowohl die inhaltlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Fixierung als auch die Regelungen zur Umsetzung einer Fixierung. Dabei erscheinen allerdings die Regelungen zur ärztlichen Nachschau (neu §§50 Abs.4 HessJStVollzG, 51 Abs.4 HStVollzG, 36 Abs.4 HUVollzG, 51 Abs.4HSVvollzG) nicht

ausreichend, da diese nur einmal am Tag stattfinden soll. Hier sind kürzere ärztliche Überprüfungsfristen von maximal acht Stunden vorzuschreiben.

b) Übertragung der richterlichen Kontrolle auf die Amtsgerichte.

In den verfassungsgerichtlichen Entscheidungen wurde der grundgesetzlich gebotene Richtervorbehalt für Entscheidungen über Freiheitsentziehungen (Art. 104 Abs.2 Satz 1 GG) besonders hervorgehoben. Die Übertragung dieser Aufgaben auf die örtlich zuständigen Amtsgerichte erscheint sachgerecht, da bei diesen auch die entsprechenden Zuständigkeiten für Maßnahmen im Rahmen einer Unterbringung nach dem HessPsychKHG oder nach dem Betreuungsrecht liegen. Mit dieser Aufgabenübertragung muss allerdings eine ausreichende personelle Mehrausstattung der Amtsgerichte sowohl im richterlichen als auch im nichtrichterlichen Dienst einhergehen. Die in der Gesetzesbegründung unter E. Finanzielle Auswirkungen genannte Zahl von 18 Richterstellen erscheint defizitär. Diese Zahl beruht auf der Haushaltsanmeldung 2020 des Präsidenten des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main vom 29.04.2019, zuvor erläutert auf dem Treffen des „Arbeitskreises Hessischer Direktoriamtsgerichte“ am 13.03.2019 in Friedberg, und bezog sich nur auf den zusätzlichen richterlichen Mehrbedarf für den hessenweit auszuweitenden amtsgerichtlichen Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung von Rechtsschutz bei Fixierungsmaßnahmen im Rahmen einer Unterbringung nach dem HessPsychKHG. Wenn auf die Amtsgerichte nun weitere Fixierungsentscheidungen aus dem Bereich des Justizvollzugs zukommen, entsteht hier weiterer richterlicher und nichtrichterlicher Personalbedarf. Eine Quantifizierung dieses Personalbedarfs kann in Ermangelung von Fallzahlen, die in der vorliegenden Gesetzesbegründung nicht enthalten sind, derzeit noch nicht erfolgen. Hier erscheint eine kurzfristige Erhebung der Fallzahlen für ein Quartal im Hessischen Justizvollzug geboten. Aus den dann hochzurechnenden Fallzahlen kann unter Berücksichtigung des Personalbedarfsberechnungssystems der Hessischen Justiz der Personalmehrbedarf sowohl für den richterlichen als auch für den nichtrichterlichen Bereich errechnet werden.

c) Weitergehende Perspektiven

Soweit die Gesetzesbegründung zum Stellenmehrbedarf in den Vollzugseinrichtungen keine Aussage trifft, kann auch hier die notwendige Hochrechnung von Fallzahlen konkretere Planungen ermöglichen. Ein personeller Mehrbedarf wird sowohl für den ärztlichen Dienst als auch für die besonders zu schulenden Sitzwachen entstehen. Weiterhin wird der in der Gesetzesbegründung nicht berücksichtigte Präventionsgedanke einen entsprechenden Schulungs- und Fortbildungsmehrbedarf bei den Bediensteten der Justizvollzugseinrichtungen entstehen lassen, da eine Fixierung immer nur als letztes Mittel in Betracht kommt und zuvor alle Möglichkeiten einer Deeskalation ausgeschöpft werden müssen, um die Fixierung zu vermeiden.

Für die Fachkommission

gez.

Thomas Freyer

Richter am Amtsgericht

Birgit Kannegießer, Notisweg 59, 64342 Seeheim-Jugenheim

Birgit Kannegießer
Landesvorsitzende

Hessischer Landtag
Postfach 3240

65022 Wiesbaden

Telefon dienstlich: 06150/102-2010
Telefon privat: 06257/9440680
E-Mail: Vorsitzende@
bsbd-hessen.de
Datum: 11.07.2019

Schriftliche Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses und des Unterausschusses Justizvollzug des Hessischen Landtags zum Gesetzentwurf, Fraktion CDU, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht - Drucksache 20/627 -

Schreiben vom 04.06.2019 (I A 2.9)

Sehr geehrter Herr Landtagsabgeordneter Wissenbach,
sehr geehrter Herr Decker,

im Namen des Bunds der Strafvollzugsbediensteten Hessen bedanke ich mich ausdrücklich für die Gelegenheit, zu dem uns zugeleiteten Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU und Bündnis 90/Die Grünen Stellung nehmen zu können.

Als Fachgewerkschaft für den Justizvollzug sehen wir uns in der Pflicht und Verantwortung, aus- und eindrucklich Stellung zu beziehen und auf die Besonderheiten des schwierigen und fordernden Aufgabenfelds „Justizvollzug“ hinzuweisen.

So auch zum Einsatz der Fixierliege in den Vollzugsanstalten. In der Begründung des Gesetzentwurfs wird richtigerweise dargestellt, dass der Einsatz nur erfolgt zur Abwendung einer unmittelbaren Selbstbeschädigungsgefahr eines Gefangenen. Sie kommt als allerletztes Mittel zum Einsatz, wenn keine „mildere“ Maßnahme – nicht

einmal die Verbringung in einen besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände (bgH) und dort darüber hinaus die Fesselung des Gefangenen an Händen und Füßen - genügt, um den Gefangenen von weiterer Selbstverletzung abzuhalten. Für die Bediensteten vor Ort – aus dem allgemeinen Vollzugsdienst, aus dem Krankenpflegedienst, dem ärztlichen und dem psychologischen Dienst und schließlich auch aus dem höheren Verwaltungsdienst sind das Grenzsituationen, in denen sie in totaler Anspannung schnell bzw. spontan eingreifen, entscheiden und handeln müssen. Solche Lagen fordern das gesamte Personal der JVA an den unterschiedlichen Stellen, sie binden Personal und berühren den Tagesablauf einer Justizvollzugsanstalt massiv. Es kostet massiven körperlichen Einsatz, es kostet Kraft und es kostet Zeit, einen außer sich geratenen Gefangenen auf die Fixierliege zu bringen. Das geht nicht in wenigen Minuten, deshalb erfolgt eine Fixierung niemals „kurzfristig“, d.h. für einen Zeitraum von weniger als 30 Minuten. Es gibt faktisch keine „kurzfristigen Fixierungen“ im Sinne des Änderungsentwurfs **zu § 51 Abs. 1 HStVollzG**.

Der BSBD Hessen begrüßt, dass Entscheidungs- und Beteiligungspflichten nun im neuen **§ 51 Abs. 7 HStVollzG** gesetzlich normiert werden; aktuell ist es so, dass die Vollzugsbediensteten aufgrund erlasslicher Vorgabe die Betreuungsgerichte bei den Amtsgerichten innerhalb einer halben Stunde anschreiben, von dort jedoch immer wieder die Zuständigkeit abgelehnt wird, stattdessen die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung empfohlen wird.

Auch begrüßt der BSBD Hessen, dass bei den Betreuungsgerichten die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes im Zeitraum von 6 bis 21 Uhr personell unterlegt wird, und der Gesetzgeber den personellen Mehrbedarf auf 18 Richter*innen und Servicekräfte zu beziffern weiß (samt Einbeziehung der Entscheidungen im Maßregelvollzug und in der Psychiatrie). Soweit also die Personalkalkulation für die Abbildung der bei den Gerichten zusätzlich anfallenden Aufgaben, die sich im Wesentlichen in „Bereitschaft(-sdienst)“ abbilden wird.

Nicht zu verstehen ist dann allerdings, dass die konkret am Menschen wahrzunehmende Aufgabe – also die eigentliche Herausforderung und Arbeit - hinsichtlich seiner finanziellen Auswirkungen nicht beziffert werden kann

... und dass die das Gesetz einbringenden Fraktionen nicht einmal den Versuch unternehmen, zumindest ansatzweise den Personalbedarf zu beschreiben! Vielmehr wird unter E – Finanzielle Auswirkungen auf Seite 3, 2. Spiegelstrich, festgestellt – ich zitiere:

„Der Mehrbedarf an ärztlichen Dienstleistungen im Justizvollzug zwecks Einholung von Stellungnahmen vor Beginn von Fixierungen und anschließender täglicher Kontrolle, ggf. auch für die Einrichtung von ärztlichen Rufbereitschaften sowie die Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Bedienstete zwecks Qualifizierung zur Durchführung von Sitzwachen ist derzeit nicht bezifferbar.“

Während die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes bei den Gerichten ganz konkret (!!!) auf 18 zusätzliche Bedienstete bestimmt wird (entsprechende Zuständigkeitsbezirke wurden bereits im Staatsanzeiger veröffentlicht), sind die mit der Fixierung tatsächlich anfallenden Aufgaben nicht beschreibbar?

Immerhin, im vorliegenden Entwurf wird nicht verkannt, dass für die Einrichtung einer Sitzwache geschultes Personal zum Einsatz kommen muss. Kann nun Schulungsbedarf tatsächlich ohne Zeiteinsatz realisiert werden?

Nein, das geht nicht. So wie der Bereitschaftsdienst bei den Betreuungsgerichten nicht ohne Zeitkontingente eingeführt werden kann, so kann im Justizvollzug auch die Schulung des Personals nicht ohne Zeiteinsatz erfolgen. Das ist unmöglich.

Zu § 50 Abs. 8 Satz 2 ist folglich festzustellen;

Der Schulungsbedarf ist zu bestimmen, der zeitliche Aufwand hierfür zu kalkulieren, um den personellen Mehrbedarf schließlich konkret zu beschreiben. Als BSBD Hessen mahnen wir an, tatsächlich alle Bediensteten des allgemeinen Vollzugsdienstes und des Krankenpflegedienstes regelmäßig zu schulen. Hier geht es nicht nur um die Durchführung der Sitzwache, sondern darüber hinaus auch um die Umsetzung der Fixierungsanordnung.

Zum Schulungsbedarf gehört jedoch nicht nur die Wissensvermittlung zu Regeln und Anwendung. Als BSBD Hessen zählen wir hierzu auch die Nachbereitung und Begleitung der Kollegen*innen, die an einer Fixierung und Sitzwache beteiligt waren. Von vielen Kollegen*innen hören wir, wie aufreibend sie diese „Aufgabenerledigung“

erlebt haben, indem sie es aushalten mussten, neben einem schreienden oder wimmernden, schimpfenden, fluchenden Gefangenen sitzen zu müssen, der lange nicht zur Ruhe kommt. Nach einer solchen Schicht sind die Betroffenen häufig fertig und ausgebrannt. Auch hierfür ist den Kollegen*innen Zeit und Ansprechbarkeit einzuräumen.

Die Begründung der Gesetzesänderung ist deshalb insgesamt und dringend um den zusätzlichen Personalbedarf zu ergänzen. Er kann im Übrigen auch veranschlagt werden, es ist jährlich wenigstens ein Schulungs- bzw. Trainingstag pro Bedienstetem*r vorzusehen.

Was heißt es nun konkret für die Bediensteten des Justizvollzugs, einen Gefangenen auf der Fixierliege zu fesseln? Folgende Aufgaben fallen bezogen auf die unterschiedlichen Laufbahnzweige bei einer Fixierung an:

Allgemeiner Vollzugsdienst:

Bereits die Beobachtung des Gefangenen, der seine Selbstkontrolle immer mehr verliert und droht, sich selbst zu verletzen, bindet Personal, indem sich Bedienstete des AVDs sich sammeln und vor Ort aufhalten, um einzugreifen, wenn keine andere Möglichkeit mehr da ist. Bei der Fixierung wirken wenigstens 5 – 8 Bedienstete (zupackend) mit.

Eine Sitzwache wird sodann eingerichtet, dies bindet wenigstens 1 Bediensteten, wobei diese Position regelmäßig abzulösen ist, da die Aufgabe der Sitzwache auch psychisch sehr fordernd ist (siehe oben).

Unter Berücksichtigung der Fallzahlen und im Hinblick auf den zukünftig gesetzlich normierten Schulungsbedarf schlägt der BSBD Hessen vor, den großen Justizvollzugsanstalten wenigstens 2 weitere Bedienstete dieses Laufbahnzweigs zuzuweisen, den mittleren und kleinen Anstalten sollte jeweils ein weiterer Bediensteter des allgemeinen Vollzugsdienstes zugewiesen werden.

Ärztlicher Dienst:

Zum Änderungsentwurf zu **§ 51 Abs. 2 Satz 1 HStVollzG** stellt der BSBD Hessen zunächst fest, dass die Regelung „**vor Anordnung einer Fixierung oder deren Beantragung ist regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme zur Unerlässlichkeit der Fixierung einzuholen**“ in der Praxis niemals möglich sein wird! Es ist grundsätzlich unmöglich, vor einer Fixierung einen Arzt beizuziehen und von diesem eine ärztliche Stellungnahme zur Unerlässlichkeit der Fixierung zu erlangen. Da hilft auch die Einfügung der Begrifflichkeit „regelmäßig“ nicht weiter, da in der Praxis außerhalb der Dienstzeiten des medizinischen Dienstes der betreffenden JVA kein Arzt es schaffen wird, rechtzeitig vor Ort zu sein, um über die Unerlässlichkeit zu befinden.

Die Unerlässlichkeit der Fixierliege ergibt sich aus der Selbstgefährdung des Gefangenen. Die Fixierliege kommt zu Einsatz, wenn wirklich nichts mehr anderes möglich ist. Sie ist deshalb in ihrer Art erst einmal eine vollzugliche Entscheidung im Sinne von Sicherheit und Ordnung. Sie ist keine medizinische Entscheidung, hier mag sich der Vollzug von der Psychiatrie unterscheiden. Anders als in der Psychiatrie sind im Justizvollzug Ärzte nur während der allgemeinen Geschäftszeiten vor Ort, in den kleineren Anstalten ist nicht einmal das garantiert. Dort bringen sich nicht zuletzt zur Ruhe gesetzte Ärzte ein, bieten ein bis zweimal pro Woche Sprechstunden an, um die medizinische Versorgung der jeweiligen JVA irgendwie zu garantieren. Die ärztliche Versorgung wird mittlerweile zum wirklich ernststen Problem. Ärztliche Notdienste haushalten auch mit ihrer Personalressource und kommen schon nicht immer umgehend zu einer bgH-Verbringung. Von diesen – mit dem Vollzug nicht vertrauten – Ärzten*innen gar eine ärztliche Stellungnahme zu erwarten zu Unerlässlichkeit, bildet in keiner Weise die Realität bzw. die Möglichkeiten der Notdienste ab. In der Praxis verweigern sich diese häufig.

Es ist den Bediensteten des AVDs auch nicht zuzumuten, einen Gefangenen unter massivem körperlichem Einsatz auf der bgH-Matratze zu fixieren, bis ein Arzt tatsächlich ankommt. Das hieße, dass mindestens 4 – 6 Bedienstete einen sich wehrenden und sich aufbäumenden Gefangenen mit ihrer Körperkraft am Boden festzuhalten hätten, bis ein Arzt tatsächlich eintrifft. Das ist schon aus Fürsorgegründen gegenüber den Bediensteten unververtretbar. Das Verletzungsrisiko

ist in diesen Situationen im Übrigen selbstredend überdurchschnittlich hoch – für alle Beteiligten, auch den zu fixierenden Gefangenen.

Und es ist schließlich unzumutbar, dass die Berichtsverfasser*innen, die das besondere Vorkommnis schließlich in Schriftform zu dokumentieren haben, in jedem einzelnen Fall die jeweilige Ausnahmesituation beschreiben, um die Abweichung von der „Grundsätzlichkeit“ zu beschreiben. Dabei ist gar keine Ausnahme gegeben, sondern es wäre immer und immer wieder der Regelfall zu beschreiben; in der Realität kann vor einer Fixierung einfach kein Arzt beigezogen werden.

Der BSBD Hessen empfiehlt deshalb dringend, es bei der bisherigen Regelung einer „unverzöglichen“ Beiziehung des ärztlichen Dienstes zu belassen und auf die Stellungnahme zur „Unerlässlichkeit“ vor der tatsächlichen Fixierung zu verzichten; sie ist in Praxis nicht realisierbar.

Der BSBD Hessen widerspricht darüber hinaus, dass es ausreicht, den fixierten Gefangenen „mindestens täglich“ durch einen Arzt aufsuchen zu lassen, wie es zu § 51 HStVollzG unter Buchstabe c) ausgeführt wird. Die Anstaltsärzte stellen schnellstmöglich die gesundheitliche „Eignung“ für die Maßnahme fest. Sie verordnen vor Ort Medikamente, überwachen die Wirkung... Es genügt in keiner Weise, „mindestens täglich“ den Fixierten zu überprüfen. Über die „Unerlässlichkeit der Fixierung“ bzw. über die schnellstmögliche Beendigung dieser besonderen freiheitsentziehenden Maßnahme kann nur befunden werden, wenn der Gefangene immer wieder während eines Tages aufgesucht wird. Es ist das Ziel aller Beteiligten – so auch des ärztlichen Dienstes -, die Fixierung schnellstmöglich wieder zu lösen, die ärztliche Kontrolle ist deshalb deutlich enger zu beschreiben und zu normieren.

Der hessische Justizvollzug hat im ärztlichen Dienst keine Rufbereitschaft, außerhalb der Dienstzeiten müssen – wie bereits angeführt - Notdienste beigezogen werden, die den Justizvollzug mit seinen Besonderheiten „nicht immer gerne“ aufsuchen. Dies sorgt für zusätzliche Belastungen für diejenigen, die die Aufgabe haben, einen ärztlichen Dienst beizuziehen. Eine Rufbereitschaft ist jedoch nur einrichtbar, wenn der ärztliche Dienst entsprechend personell ausgestattet ist und entsprechend verstärkt wird, gegebenenfalls auch über eine einzelne Anstalt hinweg organisiert

wird. Eine ärztliche Stellungnahme kann nur eingeholt werden von Ärzten, die den Vollzug tatsächlich kennen und die in der Pflicht sind, eine solche Stellungnahme abzugeben.

Folglich empfehlen wir nun dringend die Einrichtung einer Rufbereitschaft für den ärztlichen Dienst und hierfür eine angemessene Nachkalkulation des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst, so könnte dieser Dienst gegebenenfalls anstaltsübergreifend und regional eingerichtet werden. Eine konkrete Kalkulation erscheint uns als Fachgewerkschaft tatsächlich auch realisierbar.

Krankenpflegedienst:

Der Krankenpflegedienst wird regelmäßig bei Fixierungen zu verschiedenen Aufgaben herangezogen. Neben der Verabreichung von verordneten Medikamenten, der Prüfung der Vitalwerte ist diesem Laufbahnzweig aber auch der pflegerische Part zu übertragen. Das sind die Aufgaben aus dem Bereich der Hygiene, die unter dieser besonderen Sicherungsmaßnahme nichtsdestotrotz erledigt werden müssen. Der BSBD Hessen hat sich in den vergangenen Monaten wiederholt und entschieden dagegen ausgesprochen, dass „grundsätzlich Windeln anzulegen sind“. Wir lehnen es entschieden ab, dass der Wechsel von Windeln dem AVD übertragen wird, zu deren Aufgaben nicht die „Pflegeaufgaben“ gehören. Darüber hinaus geht damit einher ein massives hygienisches Problem samt Infektionsrisiken, zumal die Bediensteten des AVDs keinen Einblick in Krankenakten und dergleichen haben und sich nicht genügend schützen können.

Folglich bleibt nur, diese Aufgabe dem Krankenpflegedienst zu übertragen, der hierfür selbstverständlich - personell betrachtet - auch in der Lage sein muss. Auch hierfür ist Nachkalkulation bei der Personalbemessung erforderlich. Hier greift im Übrigen auch der Aspekt des regelmäßigen Schulungsbedarfs.

In der Zusammenfassung bleibt festzustellen, dass der vorliegende Gesetzentwurf nach Auffassung des BSBD Hessen dringend zu korrigieren und um eine angemessene Personalbemessung zu ergänzen ist. Was für das Aufgabenfeld der

Betreuungsgerichte möglich ist, muss auch möglich sein für den Justizvollzug, denn dort wird tatsächlich die eigentliche Arbeit am Menschen erledigt.

Auch der Justizvollzug darf die gesetzlich normierte Fürsorge des Dienstherrn erwarten.

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Kannegießer



Landesvorsitzende

PS:

Die oben genannten Aspekte beziehen sich selbstverständlich auf alle hessischen Justizvollzugsgesetze. Da die Regelungen einheitlich gestaltet wurden, sehen wir von einer Wiederholung bezogen auf jedes Einzelgesetz praktischerweise ab. Selbstverständlich bezieht sich die Stellungnahme des BSBD Hessen auf alle Gesetzesänderungen der unterschiedlichen Vollzugsgesetze.

Sollte es doch eine mündliche Anhörung im hessischen Landtag geben, stehen wir gerne für eine Teilnahme sowie eine mündliche Stellungnahme samt Beantwortung von Fragen zur Verfügung.

RechtGrün, Hagenauer Str. 17a, 10435 Berlin

An die Vorsitzenden
des Rechtspolitischen Ausschusses
und des Unterausschusses Justizvollzug

Vorstand Ingrid Hönlinger
Antje Niewisch-Lennartz
Jörg Tillmanns
Katja Keul
Lukasz Batruch

Anschrift c/o Lukasz Batruch
Hagenauer Str. 17a
10435 Berlin

Internet www.recht-gruen.de
info@recht-gruen.de

12.07.2019

Schriftliche Anhörung im Rechtspolitischen Ausschuss und im Unterausschuss Justizvollzug des Hessischen Landtags zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und Bündnis 90/Die Grünen über ein Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht, Drucksache 20/627.

Der Verein RechtGrün dankt für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf, die unter Mitarbeit des Vereinsmitglieds Rechtsanwalt und Fachanwalt für Strafrecht Thomas Klein aus der Landesgruppe Niedersachsen des Vereins erstellt worden ist.

A. Tenor der Stellungnahme:

Der Verein RechtGrün - Verein grüner und grünnaher JuristInnen e.V. begrüßt den Gesetzentwurf der Regierungsfractionen, im Justizvollzugsrecht die Fixierung als Unterfall der Fesselung zu regeln, einen Richtervorbehalt einzufügen und damit die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.07.2018 zeitig umzusetzen und hält den Gesetzentwurf für geeignet, die Rechte der Inhaftierten zu wahren und gegenüber der aktuellen Rechtslage zu verbessern.

Da die vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit eines Menschen einen äußerst intensiven Eingriff in seine verfassungsrechtlich geschützten Grundrechte bedeutet, hat der Justizvollzug zunächst die Aufgabe, alles zu tun, um Situationen zu vermeiden, in denen die Anordnung einer Fixierung als unerlässlich erscheint. Derartige Ausnahmesituationen sind aus unserer Sicht Ergebnis einer Vielzahl von ungünstigen Umständen, auf die womöglich schon vorzeitig deeskalierend hätte reagiert werden können. Daher sehen wir die im Justizvollzug Verantwortlichen in der Pflicht, die Vollzugsbedingungen so zu gestalten, dass Fesselungen und Fixierungen nicht erforderlich sind und ständig zu überprüfen, welche Änderungen in diesem Sinn zu veranlassen sind. Jede durchgeführte Fixierung ist unabhängig von der gesetzlich geforderten Dokumentation im Nachhinein darauf kritisch zu untersuchen, wie sie hätte vermieden werden können.

Durch die angestrebten Regelungen werden die für die/den Betroffene/n äußerst beeinträchtigenden Fixierungen wohl auf die wirklich unerlässlichen Situationen im Justizvollzug beschränkt werden. Schon der erforderliche personelle Aufwand für Anordnung, Dokumentation und ggf. im Rahmen des nachträglichen Rechtsschutzes wird leichtfertige Anordnungen verhindern, wenn es diese in der Vergangenheit gegeben haben sollte. Insgesamt werden damit die Rechte Inhaftierter gewahrt und gegenüber dem aktuellen Rechtszustand verbessert.

Mit der Einführung der Richtervorbehalte wird die ohnehin schon hohe Belastung der Richterinnen und Richter weiter erhöht. Ob die hierfür vorgesehenen Planstellen ausreichend sind, sollte daher zeitnah evaluiert werden, insbesondere auch, ob eine zeitnahe Besetzung der Stellen erfolgt ist.

B. Im Einzelnen:

Die vorgesehenen Änderungen der jeweiligen Justizvollzugsgesetze betreffend den Jugendstrafvollzug (Art. 1), den Strafvollzug (Art. 2), den Untersuchungshaftvollzug (Art. 3) sowie den Sicherungsverwahrungsvollzug (Art. 4) sind mit Ausnahme des Rechtswegs einheitlich, was der bundesgesetzlichen Rechtslage geschuldet ist. Daher nehmen wir zunächst zu den übereinstimmenden Änderungen Stellung:

Der Verein RechtGrün begrüßt die Schaffung einer Legaldefinition der Fixierung als Unterfall der Fesselung, die „zur vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit“ führt und zwar unabhängig von der konkreten Durchführung und auch Zeitdauer. Damit wird es in der Vollzugspraxis und auch in der Rechtsprechung keinen Raum mehr für eine Diskussion geben, was noch Fesselung und was schon Fixierung ist. Wer vollständig in seiner Bewegungsfreiheit beschränkt ist, ist fixiert, und das löst die im Entwurf enthaltenen Rechtsfolgen aus.

Positiv sehen wir, dass eine Fixierung nur zum Schutz der/des Inhaftierten und auch nur zur Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr als ultima ratio angeordnet werden kann, so dass die durch das BVerfG aufgestellten Mindestanforderungen im Interesse der Inhaftierten noch überschritten werden. Das trägt der besonderen Eingriffstiefe einer Fixierung Rechnung.

Auch die Festlegung der 30-Minuten-Dauer unterstützen wir. Dabei erscheint uns wichtig, dass eine richterliche Anordnung auch schon von Anfang an einzuholen ist, wenn die Dauer der unerlässlichen Fixierung erkennbar 30 Minuten überschreiten wird, und nicht erst nach Ablauf von 30 Minuten. Es wird also keine über 30 Minuten hinausgehende Fixierung geben, die nicht richterlich angeordnet worden ist. Es verbleiben dann nur noch die tatsächlich kurzzeitigen Fixierungen.

Die notwendige ärztliche Stellungnahme, die regelmäßige ärztliche Überwachung einer Fixierung, die Stellung einer Sitzwache auch bei Fixierungen unterhalb von 30 Minuten sowie die umfassende schriftliche Dokumentation halten wir für selbstverständlich geboten. Einerseits wird damit der besonderen Vulnerabilität einer fixierten Person Rechnung getragen und andererseits ist schon für die nachträgliche Überprüfung eine schriftliche Dokumentation erforderlich. Dies garantiert aber auch, dass in Kenntnis der Dokumentationspflicht vor einer beabsichtigten Fixierung eine Prüfung ihrer Rechtmäßigkeit sichergestellt ist.

Die Regelungen betreffend die sofortige Anordnung bei Gefahr im Verzug sind sachgerecht und wahren durch unverzügliche Einholung einer gerichtlichen Entscheidung die Rechte der Inhaftierten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines richterlichen Bereitschaftsdienstes jedenfalls für die Zeiten, zu denen mit Situationen zu rechnen ist, die eine Fixierung erforderlich machen.

2. Zum Verfahrensrecht:

Dass – bis auf die Fixierung in der Untersuchungshaft – das örtliche Amtsgericht für die Anordnung zuständig ist und das weitere Verfahren sich nach den Vorschriften des FamFG bestimmt, halten wir für sachgerecht. Dies garantiert einen effektiven, auch nachträglichen Rechtsschutz.

Nur in der Untersuchungshaft ist nach der Strafprozessordnung bis zur Anklageerhebung das Haftgericht, i.d.R. das Amtsgericht und nach Anklageerhebung das mit der Hauptsache befasste Gericht zuständig. Dies mag zu einer Unübersichtlichkeit führen, aber nur dann, wenn in derselben Haftanstalt oder innerhalb einer Haftanstalt auf derselben Station Strafgefangene und Untersuchungsgefangene gemeinsam untergebracht sind. Dies dürfte jedoch nicht der Regelfall sein und schon jetzt sind in solchen Haftsituationen die Anstalten auf das unterschiedliche Reglement eingestellt. Schließlich wird sich die Fixierung auch zukünftig auf Einzelfälle beschränken, so dass der unterschiedliche Rechtsweg nicht zu relevanten Problemen führen wird.

3. Finanzielle Auswirkungen:

Die höheren Personalkosten für den richterlichen Bereitschaftsdienst/Servicearbeitskräfte und im Bereich des Justizvollzugs, sind, gerade weil es um die unerlässliche Wahrung der verfassungsrechtlich garantierten Grundrechte Inhaftierter geht, hinzunehmen.

Zum Verein RechtGrün:

Zweck des bundesweit aktiven gemeinnützigen Vereins ist die allgemeine Förderung eines demokratischen Staatswesens, die Stärkung des freien, demokratischen und sozialen Rechtsstaats in Deutschland und in Europa sowie die Volks- und Berufsbildung, außerdem die Förderung der Juristenausbildung.

Ingrid Hönlinger
Vorsitzende

Antje Niewisch-Lennartz
Vorsitzende

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dr. Martin Zinkler
Schloßhaustraße 100
D-89522 Heidenheim
Telefon: +49 (0)7321 33 2452
Fax: +49 (0)7321 33 2453
Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

An den
Hessischen Landtag
Rechtspolitischer Ausschuss
65022 Wiesbaden

Per email an:
j.decker@ltg.hessen.de
a.czech@ltg.hessen.de

Aktenzeichen: I A 2.9

Heidenheim am 14.07.2019

Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf *Fraktion der CDU, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht* danke ich Ihnen.

In meiner Stellungnahme möchte ich auf drei Aspekte eingehen

- (1) Die Zulässigkeit von Fixierungen im Allgemeinen
- (2) Die Auswirkungen von Fixierungen auf die betroffenen Personen
- (3) Die medizinischen Komplikationen von Fixierungen

1. Eine Fixierung als einen „Unterfall einer Fesselung“ zu beschreiben, erscheint mir falsch und verharmlosend. Denn der Eingriff in die Bewegungsfreiheit und die damit verbundenen Auswirkungen (dazu später) sind ungleich schwerwiegender. Schon die Tatsache, dass im Hessischen Justizvollzug überhaupt fixiert wird, verwundert. Schließlich sind die betreffenden Personen schon in einer Sicherung, sie befinden sich in der geschlossenen Vollzugsanstalt. Zudem sind Fixierungen in Haft international eher untypisch, jedenfalls finden sie in der Haft in Großbritannien beispielsweise keine Anwendung. Soweit ich die Situation in Großbritannien kenne, käme auch niemand dort auf die Idee, Fixierungen zu fordern. Weiters ist für mich bei den gegebenen Möglichkeiten der Bewegungseinschränkung im Justizvollzug (Einsperren und Fesseln) nicht erkennbar, wozu darüber hinaus eine Fixierung erforderlich sein soll.

2. Fixierungen haben als besonders eingreifende Einschränkungen der Bewegungsfreiheit ungleich schwerere Auswirkung auf die betreffenden Personen als Einschließen oder Fesseln. Der Hessische Gesetzgeber darf davon ausgehen, dass die psychologischen Auswirkungen auf die betreffenden Personen desto intensiver sind, je mehr die *Bewegungsfreiheit eingeschränkt* und die *persönliche Würde verletzt* wird. In einem Raum eingesperrt werden ist also schwerwiegender als in einem Gebäude eingesperrt zu sein. An den Händen gefesselt sein ist schwerwiegender als in einem Raum eingesperrt zu sein. Fixiert zu sein ist schwerwiegender als an den Händen gefesselt zu werden. Eine Zwangsmedikation zu bekommen ist schwerwiegender als fixiert zu sein.

Als Beispiel für die traumatisierenden Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen lege ich dieser Stellungnahme einen englischsprachigen Artikel bei, in dem Betroffene zu Wort kommen (BJPsych International Volume 14 (3) August 2017):

One clear theme was the link between instances of physical restraint and tranquillisation with retraumatisation. Consistent with studies of women's experience of restraint representing an event that re-enacts the experience of trauma and sexual abuse, Gallop et al (1999) found that restraint and associated feelings of humiliation, punishment and powerlessness engendered traumatic emotional reactions such as fear, anxiety and rage.

In einer weiteren Untersuchung zu dem Thema heißt es:

The review suggests that patients typically perceived professional behaviour as humiliating, disrespectful, nonlistening and that the professionals generally displayed poor communication skills. This is in line with results of previous studies (...). As a consequence to these "negative patient-perceived impacts," patients reported about changed or even damaged relationships with professionals (Psychiatr Ment Health Nurs. 2017;00:1–18).

Eine dritte Untersuchung zum gleichen Thema schließt: ... *the experience of lack of voice, combined with accumulated effects of minor negative incidents, may explain some patients' strong expressions of coercion in mental health care, such as humiliation and totalitarian regimes engaged in torture. ... The reports of long-lasting negative effects from coercive care are relevant for mental health policy, and for clinical and legal judgements of beneficence against detrimental effects.* (International Journal of Law and Psychiatry 49 (2016) 147–153)

3. Fixierungen sind gesundheitsgefährdend. Durch die fast völlige Immobilisierung steigt (anders als bei einer Fesselung der Hände) die Gefahr von Thrombosen und damit einhergehend von tödlichen Lungenembolien. Da reicht es nicht, wenn – wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen – einmal am Tag der Arzt kommt. Fixierungen brauchen eine durchgehende Präsenz eines Arztes zumindest in der unmittelbaren Nähe, um rasch auf Veränderungen des gesundheitlichen Zustands reagieren zu können. Auch die Bewachung eines Fixierten durch einen Angestellten des Justizvollzugs ist keineswegs ausreichend, kann dieser doch mangels entsprechender Qualifikation gar nicht erkennen, ob sich der gesundheitliche Zustand in Richtung einer lebensgefährlichen Situation verändert. Mindestens braucht eine Fixierung eine Begleitung durch qualifiziertes Krankenpflegepersonal, so wie es in psychiatrischen Kliniken gehandhabt wird.

Gerne werde ich mich zu einzelnen Aspekten dieser Stellungnahme ausführlicher äußern, wenn das gewünscht wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Zinkler

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum
Heidenheim, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm

REVIEW ARTICLE



“Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion

E. B. Tingleff MScN, RN, PhD Student^{1,2,3,4,5}  | S. K. Bradley PhD, BSc, RMN, Lecturer⁶ | F. A. Gildberg PhD, MScN, RN, Associated Professor^{2,5} | G. Munksgaard MScH, RN, PhD Student^{2,5} | L. Hounsgaard PhD, MScN, RN, Professor, Docent^{1,4,5,7}

¹Department of Clinical Research, Odense Patient data Explorative Network (OPEN), Odense University Hospital/University of Southern Denmark, Odense, Denmark

²Research & Development Unit, Department of Psychiatry Middelfart, Region of Southern Denmark, Middelfart, Denmark

³The Department of Nursing, University College Lillebaelt, Vejle, Denmark

⁴Health Sciences Research Center, University College Lillebaelt, Vejle, Denmark

⁵Center for Psychiatric Nursing and Health Research, Faculty of Health Science, Institute of Regional Health Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

⁶Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, UK

⁷Institute of Nursing & Health Science, University of Greenland, Nuuk, Greenland

Correspondence

Ellen Boldrup Tingleff, Research & Development Unit, Department of Psychiatry Middelfart, Region of Southern Denmark, Middelfart, Denmark.
Email: Ellen.boldrup.tingleff@rsyd.dk

Funding information

The Psychiatric Research Fund in the Region of Southern Denmark, Grant/Award Number: R24-A1156; The Novo Nordisk Foundation, Grant/Award Number: NNF150C0016748

Accessible summary

What is known on the subject?

- Psychiatric patients have generally negative experiences of being exposed to coercive measures.
- Existing research has generally not investigated coercion as a process; that is, it does not address issues that arise before, during and after exposure to coercion.
- A part of existing research within the area does not clarify and define the type of coercive measure(s) investigated.

What this paper adds to existing knowledge?

- Patients place great significance on the link between the positive and negative perceived impact of a coercive situation and the professionals’ ability and willingness to interact and communicate respectfully.
- Psychiatric patients associate the use of seclusion, physical restraint/holding, mechanical restraint and forced medication with strong negative perceptions and wish to be treated with respect by professionals, rather than being subjected to the professionals’ control.
- What patients perceive as moderating factors in regard to the use of coercive measures is currently under-researched.

What are the implications for practice?

- Increased sensitivity to the patient’s views of the situation at each point in the coercive process would help professionals to respond to the patients’ individual needs.
- Professionals need to articulate concern and empathy towards patients and to improve communication skills before, during and after a coercive incident.
- Greater emphasis should be placed on de-escalation and the use of non-coercive strategies or coping skills before the initiation of coercive measures.

Abstract

Introduction: There is a lack of research into psychiatric patients’ perceptions of coercion that discriminates between different types of coercive measures, while also investigating patients’ perceptions of undergoing coercion as a process. This knowledge

is required to improve our understanding and provide a foundation for improving clinical practice.

Aims: To review existing research literature in order to investigate adult psychiatric patients' reported perceptions of situations before, during and after specific and defined types of coercive measures, and to investigate what patients perceive as moderating factors, in regard to the use of these coercive measures.

Method: A systematic review and thematic analysis of 26 peer-reviewed studies was undertaken.

Results: The analysis identified six themes and additional subthemes, where "interactions with professionals" and "communication" were predominant themes across the timeline of coercion. Altogether, themes were associated with either "positive or negative patient-perceived impact."

Implications for practice: Increased sensitivity to patients' views of the situation at each point in the process is desirable in order to respond to the patients' individual needs. Professionals also need to articulate concern and empathy towards the patient and to improve communication skills before, during and after a coercive incident. Use of de-escalation and noncoercive strategies is required.

Relevance statement: Coercion within psychiatric/mental health care remains controversial, and repeated international calls have recommended a reduction of their use. This review indicates that greater attention to how patients perceive the use of coercive measures (before, during, and after incidents) needs to be considered in order to improve the evidence-based and clinical practice.

KEYWORDS

coercive measures, patient perceptions, psychiatry, systematic literature review, thematic analysis

1 | INTRODUCTION

This paper presents a review and thematic analysis of published research in which adult psychiatric patients' reported perceptions of situations before, during and after incidents associated with specific and defined types of coercive measures were considered. Increased knowledge is vital, if clinical practice is to be improved and to contribute to the development of targeted interventions that would address patients' perceived negative impact of coercion and reducing factors.

Coercive measures are widely used in psychiatric settings (McLaughlin, Giacco, & Priebe, 2016) and have been classified by Völlm and Nedopil (2016) into mainly four types: seclusion, mechanical restraint, physical restraint/holding and forced medication (see definitions in Table 1). The common reasons for utilizing such measures on patients are reported to be violent/aggressive behaviour, agitation and/or verbal threats directed at staff (Duxbury & Whittington, 2005; Stewart, Bowers, Simpson, Ryan, & Tziggili, 2009; Laiho et al., 2013; Hallett, Huber, & Dickens, 2014). The mental health laws in most countries consider coercion to be acceptable in emergency situations to prevent harm to the patients themselves, other patients or staff (Albrecht, 2016). However, use is controversial, as the most recent Cochrane review shows no strong evidence

of the value of seclusion and restraint (i.e., Sailas & Fenton, 2012), and serious physical and mental consequences from the use of coercive measures have been consistently reported (e.g., Tinetti, Liu, & Ginter, 1992; Evans, Wood, & Lambert, 2003; Mohr, Petti, & Mohr, 2003; Hui, Middleton, & Vollm, 2013; Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013). This had led to international calls to reduce the use of coercive measures in psychiatric/mental health settings and to improve clinical practice in this area (Bowers et al., 2012; Hui et al., 2013). To achieve this, it is important to gain knowledge from those who have been subjected to coercive measures (Wynn, 2004; Kontio et al., 2012; Lanthén, Rask, & Sunnqvist, 2015; Looi, Engström, & Sävenstedt, 2015).

In recent years, researchers have investigated and compared staff and patient attitudes towards the use of coercive measures and have found very different attitudes (Olofsson & Norberg, 2001; Haglund, Von Knorring, & Von Essen, 2003; Meehan, Bergen, & Fjeldsoe, 2004; El-Badri & Mellsop, 2008). A recent review by Riahi, Thomson, and Duxbury (2016) indicated that mental health nurses justify the use of restraint "*to maintain safety for all*." Conversely, patients consider its use to be hardly necessary (Soininen et al., 2013). Patients' attitudes and perceptions of coercion have been investigated through both qualitative (e.g., Sequeira & Halstead, 2002a; Lorem, Hem, & Molewijk, 2015)

TABLE 1 Concept and definition of the selected types of coercive measures informed by McLaughlin et al. (2016) and Völlm and Nedopil (2016)

Concept	Definition
Seclusion	Placement of a patient alone in a locked room
Mechanical restraint	A mechanical device, such as a belt, is attached to a patient
Physical restraint/holding	At least one member of staff holds the patient
Forced medication	Administered medication orally or by injection

and quantitative studies (e.g., Soininen et al., 2013; Margetić, Margetić, & Ivanec, 2014; Fugger et al., 2016), and results have been summarized in a number of reviews (Sequeira & Halstead, 2002b; Stubbs et al., 2009; Strout, 2010; Sturrock, 2010; Newton-Howes & Mullen, 2011; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Ziggili, & Bowers, 2013). While some found that patients experience coercion as a protective act, most studies highlight negative patient experiences. Although extensive research has been conducted, results suggest that psychiatric patients' experiences of coercion should be viewed as a process that starts before, continues during and ends after the use of coercion (Kontio et al., 2012). However, few studies have explicitly investigated and/or presented results that include this entire process. This is urgent to gain a comprehensive understanding of patients' perceived impact of coercion and has not been taken into account by earlier literature reviews. Another limitation to existing research is the tendency for investigation into undifferentiated coercive measures, in that patients

may experience different types of coercive measures differently (Dack, Ross, & Bowers, 2012; Steinert et al., 2013). Consequently, to improve our understanding and provide a foundation for improving clinical practice, knowledge that differentiates between types of coercive measures (Table 1), while also investigating patients' perceptions of undergoing coercion as a process, is both necessary and urgently required.

1.1 | Aims

1. To review existing research literature, to investigate what characterizes adult psychiatric patients' reported perceptions of situations before, during and after specific and defined types of coercive measures.
2. To investigate what patients perceive as moderating factors in regard to the use of these types of coercive measures.

2 | METHOD

2.1 | Literature search

A systematic literature search was conducted in the databases CINAHL, PubMed, EMBASE and PsycINFO on 8 and 9 February 2016, and further updated on 7 February 2017 with the inclusion of one additional published article. The timeframe of the literature search was 2000 to present to ensure a contemporary knowledge base. Initially, subject headings and free-text keywords were informed by the most recent Cochrane review within the area (Sailas & Fenton, 2012). Additional relevant subject headings from the databases' thesauruses, combined with free-text keywords, were subsequently included. This inspired a building block search strategy using Boolean operators (De

TABLE 2 Subject headings (SH) and free-text keywords (FT) combined with Boolean operators OR/AND and limitations used in the database CINAHL

Block 1—Coercive measures	Block 2—Situations connected with the use of coercive measures	Block 3—Qualitative studies
SH "Patient Seclusion" OR	SH "Aggression" OR	SH "Patient Attitudes" OR
SH "Coercion" OR	SH "Conflict Management" OR	SH "Life Experiences" OR
SH "Restraint, Physical" OR	SH "Violence" OR	SH "Qualitative Studies+"
SH "Restraint, Chemical" OR	SH "Patient Assault" OR	
FT restrai* OR	FT de-escalat* OR	
FT mechanical restrai* OR	FT debrief* OR	
FT seclu* OR	FT conflict* OR	
FT coerci* OR	FT violen* OR	
FT compuls* OR	FT aggressi* OR	
FT involunta* OR	FT attack* OR	
FT forced medic* OR	FT assault* OR	
FT compulsory medic* OR	FT agita*	
FT chemical restrai* OR		
FT tranq* OR	AND	
FT post-seclu* OR	FT psychiatr*	
FT post-restrai*		

Limitations: English Language; Peer Reviewed; Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years.

Database (provider)	Block 1 AND 3	Block 2 AND 3	Total hits
CINAHL (Ebsco)	429	972	1,401
PsycINFO (Ebsco*)	414	287	701
PubMed (NCBI)	225	1,088	1,313
EMBASE Classic+EMBASE (Ovid)	1,509	621	2,130
Total number of hits all databases			5,548

*Provider changed to Ovid when literature search was updated.

Brún & Pearce-Smith, 2014), divided into three blocks (for a detailed example, see Table 2). This search strategy was used systematically throughout the selected databases (Table 3). Parallel to the building block search, "citation pearl searching" using related items and snowballing (De Brún & Pearce-Smith, 2014) was conducted.

2.2 | Study selection and critical appraisal

The study selection process is shown in a flow chart (Figure 1) inspired by Liberati et al. (2009) and Moher, Liberati, Tetzlaff, and Altman (2009). Based on the inclusion and exclusion criteria described in Table 4, 62 articles were assessed for eligibility. After exclusion of 37 articles, 25 articles (plus one article added when the literature search was updated) were critically appraised by the first author using "The Critical Appraisal Skills Program" (CASP 2017). The inclusion and exclusion decisions were scrutinized by and debated with the third author, with the result that no articles were removed.

2.3 | Thematic analysis

The included studies were analysed using a process of thematic analysis, as described by Gildberg, Bradley, Tingleff, and Hounsgaard (2015a). The studies were first read through with the intention of identifying overall themes (Zoglowek, 1999). From the review aims, analytical questions were formulated (see Table 5) and used as a coding tool throughout the analysis of the included studies (Krippendorff, 2004). The coded text pieces were condensed and marked with a subject heading, and then categorized and thematized by constantly moving between categories and the empirical source material of included studies (cf. Blumer, 1986; Gildberg et al., 2015a). The developing themes were grouped taxonomically based on their semantic relations (A is a part of B) cf. Spradley (1980). Finally, the results were compared with the original studies as a whole to avoid excessive interpretation by the authors (Koch, 1996; Gildberg et al., 2015a).

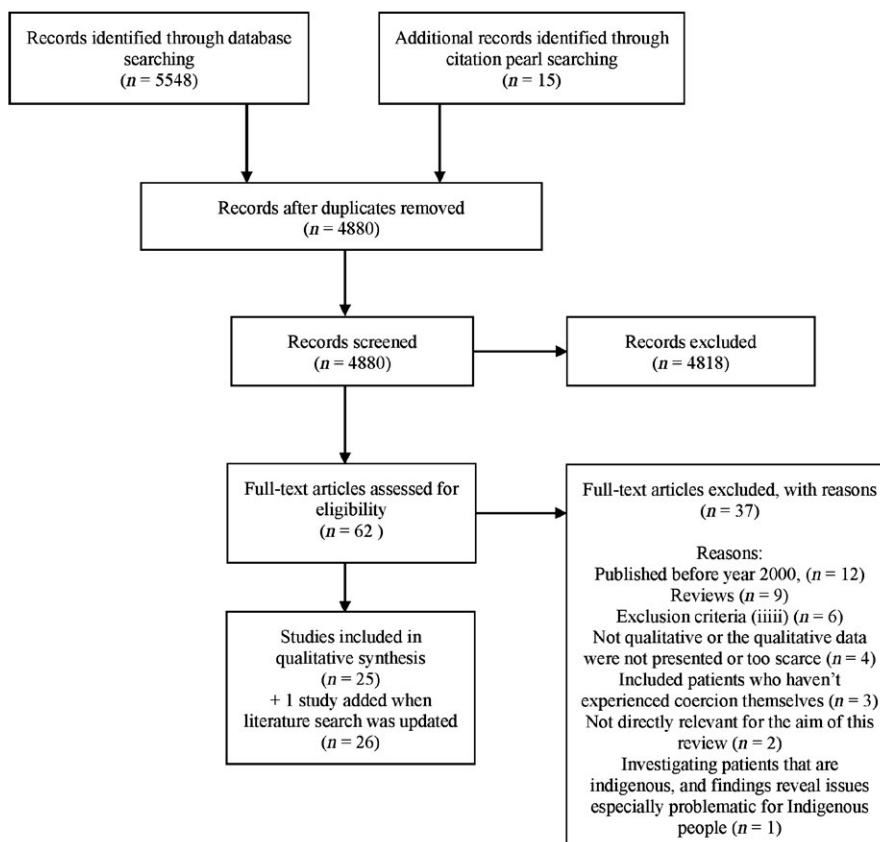


FIGURE 1 Flow Chart of the study selection process inspired by Liberati et al. (2009) and Moher et al. (2009)

3 | RESULTS OF LITERATURE SEARCH AND SELECTION PROCESS

The final result of the literature search and study selection process is also shown in Figure 1. An overview of the 26 included articles is provided as a literature matrix (Gerrard, 2011), categorized by the first author's name (see Table 6).

3.1 | Results of the thematic analysis

As shown in Table 7, the analysis resulted in six themes and additional subthemes that described patients' reported perceptions of situations associated with the use of coercive measures. The themes are presented in the following section, in relation to the natural timeline of coercion (before, during, and after). As a result, some of the themes and subthemes are repeated across the timeline, as revealed through analysis.

Taken together, the themes and subthemes were associated with either "positive or negative patient-perceived impact" (see Table 7). The analysis showed that "positive patient-perceived impact" was characterized by an experience of feeling safe, calm and having situational control. Whereas "negative patient-perceived impact" was characterized in particular by powerlessness and anger, but also by strong feelings and emotions such as anxiety, sadness, vulnerability, fear, humiliation and loneliness. The internal relationship between themes and "patient-perceived impact" is clarified taxonomically in Table 7, inspired by Spradley (1980) and

further described in the following. The concepts and abbreviations (according to the coercive measures) as stated in Table 6 are used in the following.

3.1.1 | Before coercion

The situations before coercion were characterized by two themes: "being subjected to professionals' control" and "protest behaviour" and additional subthemes, as described below. These themes were characterized by patients' reported perceptions of the reasons for the initiation of coercive measures, all of which were associated with negative patient-perceived impact.

In addition to the timeline before coercion, some patients in the studies by Bonner, Lowe, Rawcliffe, and Wellman (2002), Wynn (2004), Chien, Chan, Lam, and Kam (2005), Haw, Stubbs, Bickle, and Stewart (2011), Katsakou et al. (2012) and Larsen and Terkelsen (2014) reported having various types of symptoms that they perceived to constitute the initial reason for coercion. However, this aspect was not further clarified in the included studies and was not associated with any "patient-perceived impact."

Being subjected to professionals' control

Patients perceived "being subjected to professionals' control" as an important part of initial reasons for coercion. This was associated with "negative patient-perceived impact," mainly characterized by powerlessness, anger, frustration and feelings of humiliation as patients believed they were coerced without justification and that it was

TABLE 4 Inclusion and exclusion criteria used as guidance for the study selection process

	Inclusion criteria. Studies were:	Exclusion criteria. Studies investigating:
(i)	Qualitative or quantitative in which qualitative elements were used, such as open-ended questions	Nonpsychiatric settings
(ii)	Published in peer-reviewed journals	Children and adolescents
(iii)	Written in English, Danish, Swedish or Norwegian	Patients with learning or intellectual disabilities
(iiii)	Concerning patients' perceptions of situations connected with the selected types of coercive measures	Outpatients living with coercion at home
(iiiii)	Concerning adult psychiatric inpatients or outpatients if patients expressed perceptions focused on former experiences of coercive measures during hospitalization	Deprivation of liberty/involuntary admission/hospitalization or psychiatric treatment in general and did not report perceptions about situations associated with the selected types of coercive measures

TABLE 5 Analytical questions and definitions used in the thematic analysis

Analytical question 1	What characterizes adult psychiatric patients'* perceptions** of situations before, during and after use of coercive measures***?
Analytical question 2	What characterizes adult psychiatric patients'* perceptions** of what might reduce use of coercive measures***?
Definition*	Adult psychiatric patients refer to people (patients, service users, consumers etc.) using mental health services with experience of coercive measures as inpatients
Definition**	Perceptions refer to attitudes, beliefs, perspectives (Hallett et al., 2014) and experiences
Definition***	Coercive measures refer to seclusion, mechanical restraint, physical restraint/holding and forced medication as defined in Table 1

TABLE 6 Literature matrix. The content in the parenthesis refers to elements in the studies which are not included in this review (due to the exclusion criteria as stated in Table 4). AU, author(s); J, journal; N/A, not available; N/D, not defined; IM inj., intramuscular injection; MR, mechanical restraint.

AU, J, Year	Aim	Type of Coercion (as stated in the studies) <i>Concept/abbreviation used in the results in literature review</i>	Methods	Participants	Psychiatric setting Country
Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002	To explore the lived subjective experience of restraint etc.	Restraint <i>Holding</i>	Semi-structured interviews Technique of Miles & Huberman	6 patients (+ 12 staff members)	N/A UK
Chien WT, Chan CWH, Lam LW, Kam CW. Patient Educ Couns 2005	To explore the perspectives of Chinese psychiatric inpatients with violent behaviors concerning the effects of the use of restraint on them	Physical restraint - devices mainly included bilateral limb holders, safety vests, triangular bandages <i>MR</i>	In-depth semi-structured interviews and examination of clinical records Content analysis	30 patients	Acute ward Hong Kong
Duxbury J, Whittington R. J Adv Nurs 2005	To report a study of staff and patient perspectives on the causes of patient aggression and the way it is managed	N/A - but seclusion, restraint and medication are mentioned in the results <i>Seclusion, holding, medication (N/D)</i>	Semi-structured follow up interviews (+questionnaire survey 27 item MAVAS)	5 patients (+ 5 nurses, 82 patients + 80 nurses in questionnaire survey)	Intensive care unit, high dependency ward, acute ward UK
Ezeobele IE, Malecha AT, Mock A, Mackey-Godine A, Hughes M. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014	To explore and describe the psychiatric patients' lived seclusion experience	Seclusion <i>Seclusion</i>	Semi-structured one-to-one interviews Phenomenological approach	20 patients	Acute psychiatric hospital USA
Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2013	To investigate the experience of seclusion from the perspective of inpatient psychiatric patients	Seclusion <i>Seclusion</i>	In-depth unstructured interviews Phenomenological approach	12 patients	N/A USA
Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003	To describe patient experiences of and nurse perceptions of patient experiences of forced medication before, during and after, their perceptions of alternatives to forced medication and whether they retrospectively approved of forced medication	Forced medication - appears to be IM inj. based on the results <i>IM inj.</i>	Semi-structured interviews with open-ended questions Content analysis	11 patients (+ 8 nurses)	Locked wards Sweden
Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. J Forens Psychiatry Psychol 2011	To report on forensic rehabilitation inpatients' experiences and preferences for types of coercion	Physical restraint, seclusion, emergency intra-muscular medication <i>Holding, seclusion, IM inj.</i>	Semi-structured interview Thematic analysis (+quantitative methods)	57 patients	Forensic rehabilitation wards UK

(Continues)

TABLE 6 (Continued)

Hoekstra T, Landemeijer HHGM, Jansen MGMJ, J Psychiatr Ment Health Nurs 2004	To gain a better understanding of the seclusion room experiences of chronic psychiatric patients etc.	Seclusion Seclusion	Semi-structured interviews Grounded Theory	7 outpatients	N/A The Netherlands
Holmes D, Kennedy SL, Perron A. Issues Ment Health Nurs 2004	To describe and gain a better understanding of patients with a severe and persistent psychiatric disorder who were placed in a seclusion room while hospitalized	Seclusion Seclusion	Semi-structured non-directive interviews Content analysis	6 patients	Closed psychiatric unit Canada
Hughes R, Hayward M, Finlay WML, J Ment Health 2009	To explore patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery	Medication - appears to be IM inj. based on the results (+ involuntary inpatient care) IM inj.	Semi-structured interview Thematic analysis	11 outpatients + 1 inpatient	N/A UK
Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, Wykes T, Priebe S. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012	To explore involuntary patients' retrospective views on why their hospitalisation was right or wrong	N/A - but restraint, seclusion, forced IM inj. are mentioned in the results Holding, seclusion, IM inj.	In-depth semi-structured interviews Grounded theory, thematic analysis	59 patients	Acute wards UK
Knowles SF, Hearne J, Smith I. J Forens Psychiatry Psychol 2015	To examine the impact of physical restraint on the nursing staff-patient therapeutic relationship	Physical restraint Holding	Semi-structured interview Thematic analysis	8 patients	Medium secure service UK
Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, Välimäki M. Perspect Psychiatr Care 2012	To explore psychiatric inpatients' experiences of, and their suggestions for, improvement of seclusion/restraint, and alternatives to their use	Seclusion, restraint - appears to be MR based on the results Seclusion, MR	Open-ended focused interviews Inductive content analysis	30 patients	Acute closed wards Finland
Lanthen K, Rask M, Sunnqvist C. Psychiatry J 2015	To examine psychiatric patients' experience of mechanical restraints and to describe the care the patients received	Mechanical restraint MR	One-on-one interviews Content analysis	10 former psychiatric patients	Psychiatric outpatient units, patient organizations Sweden
Larsen IB, Terkelsen TB. Nurs Ethics 2014	To explore how patients and staff in a Norwegian locked psychiatric ward experience coercion	Medication, seclusion, Swedish belts (+involuntary commitment, house rules, restrictions) Medication (N/D), seclusion, MR	Participant observation and conversations or interview Phenomenological approach	12 patients (+22 employees)	Locked psychiatric ward Norway

(Continues)

TABLE 6 (Continued)

Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet MH, Bonin JP, Baba N. Issues Ment Health Nurs 2013	To understand the perception of patients regarding application of the SR protocol	Seclusion, restraint <i>Seclusion, restraint (N/D)</i>	Individual interviews with open-ended questions (+questionnaire with closed-ended questions)	50 patients	Acute care units Canada
Ling S, Cleverley K, Perivolaris A. Can J Psychiatry 2015	To examine debriefing data to understand experiences before, during, and after a restraint event from the perspective of inpatients etc.	Seclusion, chemical restraint, mechanical restraint <i>Seclusion, IM inj., MR</i>	Qualitative data from the restraint event client-patient debriefing and comments form. Thematic analysis	55 inpatients	N/A Canada
Mayers P, Keet N, Winkler G, Fisher AJ. Int J Soc Psychiatry 2010	To describe the perceptions and experiences of service users of the use of sedation, seclusion and restraint during a psychiatric emergency and their preferred choices of coercive measures	Sedation, seclusion, restraint - manual restriction <i>IM inj., seclusion, holding</i>	Interviews using semi-structured questionnaire with open-ended questions Content analysis	59 service users	Psychiatric emergency South Africa
Meehan T, Vermeer C, Windsor C. J Adv Nurs 2000	To explore how patients receiving acute inpatient treatment in a mental health facility describe and construct meanings about their seclusion experience	Seclusion <i>Seclusion</i>	Semi-structured individual interviews Content analysis	12 patients	'Open' acute care units Australia
Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. Int J Law Psychiatry 2016	To increase our knowledge of the effects of coercion and why some patients express enduring and extremely negative view of mental health services	Involuntary medication (+minor coercive incidents) <i>Medication (N/D)</i>	15 full-day dialogue seminars on coercion and voluntariness General themes were the use and experiences of coercion and possible alternatives to coercion	About 35 patients and ex-patients	N/A Norway
Riley H, Høyer G, Lorentz GF. Health Soc Care Community 2014	To explore patients' experiences with outpatient commitment, and how routines in care and health services affect patients' everyday living	N/A - but IM, Inj., belts, physical restraint, seclusion are mentioned in the results (+involuntary hospitalisation, outpatient commitment) <i>IM inj., MR, holding, seclusion</i>	Qualitative in-depth interviews Thematic narrative analysis	11 outpatients	N/A Norway
Rose D, Evans J, Laker C, Wykes T. Epidemiol Psychiatr Sci 2015	To explore the perceptions and experiences of service users and nurses in an acute psychiatric ward setting	Restraint and forced medication - rapid tranquilisation (+control) <i>Holding, IM inj.</i>	Open-ended discussion in focus groups Theoretically driven analysis	37 service users (+48 nurses and health care assistants)	Acute psychiatric ward UK
Sibitz I, Scheut A, Lakeman R, Schrank B, Schaffer M, Amering M. Br J Psychiatry 2011	To establish a typology of coercion perspectives and styles of integration into life stories	Physical restraint, forced medication -appears to be IM inj. based on the results (+involuntary hospitalisation) <i>Restraint (N/D), IM inj.</i>	In-depth semi-structured personal interviews Grounded theory	15 former psychiatric patients	Department of psychiatry and psychotherapy and a mental health centre Austria

(Continues)

TABLE 6 (Continued)

Van Wijk E, Traut A, Julie H. Curationis 2014	To describe patients' perceptions of the possible environmental and staff factors that might contribute to their aggressive and violent behaviour after admission to a mental health facility; and to propose strategies to prevent and manage such behaviour	N/A - but IM inj., physical restraint, seclusion are mentioned in the results <i>IM inj., Restraint (N/D), seclusion</i>	Face-to-face, semi-structured interview. Tesch's descriptive method of open coding	40 patients	Pre-discharge wards South Africa
Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Int J Ment Health Nurs 2015	To examine experiences of people who have been admitted to an acute mental health inpatient unit under an endorsed involuntary treatment order and concentrates on the interactions of service users with health-care professionals on the ward	N/A - but IM inj. are mentioned in the results (+involuntary hospitalisation) <i>IM inj.</i>	Semi-guided interview Inductive approach	25 patients	Acute unit Australia
Wynn R. J Forens Psychiatry Psychol 2004	To have 12 inpatients sharing their experiences regarding restraint	Physical restraint - five point, pharmacologically restraint - administered orally or as an injection <i>MR, medication (orally or IM inj.)</i>	Qualitative interview Grounded theory	12 patients	Emergency, intermediary, rehabilitation, security, psycho-geriatric wards, ward for patients with substance abuse Norway

a way for professionals to demonstrate power and control (Meehan, Vermeer, & Windsor, 2000; Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Faschingbauer, Peden-McAlpine, & Tempel, 2013; Ezeobele, Malecha, Mock, Mackey-Godine, & Hughes, 2014; Riley, Høyer, & Lorem, 2014; Van Wijk, Traut, & Julie, 2014; Knowles, Hearne, & Smith, 2015). Other patients reported that professionals used IM inj. to keep patients quiet, rather than for therapeutic reasons (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010; Van Wijk et al., 2014). This theme connects to the theme "protest behaviour," as patients reported that professionals reacted unnecessarily aggressively, using coercion, when patients' "protest behaviour" escalated (Knowles et al., 2015; Ling, Cleverley, & Perivolaris, 2015; Rose, Evans, Laker, & Wykes, 2015). Also, patients requested the opportunity to try out other treatments, therapy, strategies or coping skills before coercive measures were initiated (Meehan et al., 2000; Katsakou et al., 2012; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Larue et al., 2013; Knowles et al., 2015).

Protest behaviour

Whereas the previous theme described patients' perceptions that the professionals' actions constituted the actual reason for coercion, the theme "protest behaviour" and its subthemes—"environment" and "communication"—were characterized by actions taken by the patients themselves.

"Protest behaviour" was the result of a perceived loss of autonomy, along with other "negative patient-perceived impacts" such as anger, frustration and powerlessness. This theme was characterized by patients' perceptions of themselves as showing verbal and/or physical aggression (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Haw et al., 2011; Faschingbauer et al., 2013; Van Wijk et al., 2014; Ling et al., 2015; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015) or direct assaults on/violence towards staff or objects (Haw et al., 2011; Van Wijk et al., 2014). "Protest behaviour" could also include refusing treatment (Wynn, 2004), to follow professionals' directions/rules (Wynn, 2004; Haw et al., 2011; Ezeobele et al., 2014) or was simply perceived by the patients themselves, as bad behaviour (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Haw et al., 2011).

Protest behaviour—environment and communication

As subthemes to "protest behaviour," "environment" and "communication" described patients' reported perceptions of antecedents to their displayed "protest behaviour."

According to four articles, the "environment" in hospital wards was associated with "negative patient-perceived impact," as described in the theme "protest behaviour." Patients perceived the psychiatric environment to be unsettling and noisy due to the presence of many disturbed patients (Bonner et al., 2002; Ling et al., 2015) and compared the hospital ward to a prison (Duxbury & Whittington, 2005; Rose et al., 2015). In one study by Kontio et al. (2012), patients reported that a more therapeutic environment with meaningful activities could reduce the use of coercion.

"Communication" is characterized by patients' perceptions of insufficient or untrustworthy information provided by professionals (Meehan

TABLE 7 Taxonomical presentation of results: Themes related to timeline of the coercive incidents and patient-perceived impact. Cross thematically tendencies: a = Being subjected to professionals' control, b = Communication, c = Physical discomfort, d = Interactions with professionals

Timeline	Themes		Patient-perceived impact
Before coercion	Being subjected to professionals' control (a)		Negative
	Protest behaviour	Environment Communication (b)	
During coercion	Being subjected to professionals' control (a)	Physical discomfort (c)	Negative
		Physical environment	
		Interactions with professionals (d)	
	Impact of coercive measures	Communication (b)	Negative/Positive
After coercion	Interactions with professionals (d)		Positive
	Communication (b)		Negative/Positive
	Physical discomfort (c)		Negative
	Other consequences		

et al., 2000; Bonner et al., 2002; Mayers et al., 2010; Ling et al., 2015; Wyder et al., 2015). This connects to the theme “being subjected to professionals' control,” as patients in particular perceived a loss of autonomy due to professionals' behaviour. Moreover, patients perceived that professionals neglected or ignored when they requested a conversation with the professionals or expressed other specific needs (Bonner et al., 2002; Duxbury & Whittington, 2005; Van Wijk et al., 2014; Ling et al., 2015; Rose et al., 2015). “Communication” also connects to the theme “protest behaviour” in that patients perceived professionals to be unhelpful in conversations that might have de-escalated intensifying “protest behaviour” (Bonner et al., 2002; Duxbury & Whittington, 2005; Haw et al., 2011; Ling et al., 2015). They believed that improved conversations (Meehan et al., 2000; Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Ezeobele et al., 2014; Knowles et al., 2015; Ling et al., 2015) or simple, positive interactions with professionals (Wynn, 2004; Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Lanthén et al., 2015) could have reduced their “protest behaviour” and the need for coercive measures.

3.1.2 | During coercion

The situations during coercion were characterized by two themes: “being subjected to professionals' control” and “impact of coercive measures” and additional subthemes, as described below. These themes were related to either “positive or negative patient-perceived impact,” as shown in Table 7.

Being subjected to professionals' control

This theme, together with the subthemes “physical discomfort,” “physical environment,” “interactions with professionals” and “communication” were characterized by patients' reported perceptions of being both physically and mentally subjected to professionals' power and control while being coerced. A wide range of “negative patient-perceived impacts” were associated with the themes, as described in the following.

“Being subjected to professionals' control” was characterized by patients' reported perceptions of being physically and mentally abused (Wynn, 2004; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Knowles et al., 2015), punished and treated like criminals by the professionals while being coerced (Meehan et al., 2000; Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Mayers et al., 2010; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Ling et al., 2015). Patients felt that their autonomy and rights had been violated (Haglund et al., 2003; Hoekstra, Lendemeijer, & Jansen, 2004; Wynn, 2004; Larue et al., 2013; Ezeobele et al., 2014; Larsen & Terkelsen, 2014; Riley et al., 2014), and strong feelings of humiliation were reported (Holmes et al., 2004; Wynn, 2004; Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011; Faschingbauer et al., 2013; Larue et al., 2013; Van Wijk et al., 2014; Ling et al., 2015; Nyttningnes, Ruud, & Rugkasa, 2016). These experiences were exacerbated by the position of power held by professionals (Meehan et al., 2000; Haglund et al., 2003; Hoekstra et al., 2004; Katsakou et al., 2012; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Ezeobele et al., 2014; Knowles et al., 2015). In three studies by Sibitz et al. (2011), Lanthén et al.(2015) and Ling et al. (2015), patients perceived the situation during coercion as traumatic in itself, while in four studies by Bonner et al. (2002), Wynn (2004), Ezeobele et al. (2014) and Ling et al. (2015), patients reported that being coerced evoked memories of previous traumatic experiences.

“Being subjected to professionals' control” relates to the theme “protest behaviour” (described in the timeline before coercion) as in six studies by Holmes et al. (2004), Wynn (2004), Hughes, Hayward, and Finlay (2009), Haw et al. (2011), Knowles et al. (2015) and Lanthén et al. (2015), patients reported that the above-described “negative patient-perceived impacts” of being coerced made them behave in a dismissive manner, shout or put up physical resistance.

Being subjected to professionals' control—physical discomfort

As a subtheme to “being subjected to professionals' control,” “physical discomfort” was characterized by discomfort or pain in connection with MR, holding, IM inj., medication (orally or IM inj.), restraint (N/D)

and seclusion (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Faschingbauer et al., 2013; Riley et al., 2014; Van Wijk et al., 2014; Rose et al., 2015). It was associated with “negative patient-perceived impacts,” such as being punished, treated inhumanly and unfairly, and perceived loss of situational control. In three studies, patients reported that “physical discomfort” was due to professionals exerting undue power while carrying out coercion (Haw et al., 2011; Van Wijk et al., 2014; Knowles et al., 2015).

Being subjected to professionals’ control—physical environment

Another subtheme was the theme “physical environment,” which was related to patients’ reported perceptions of the seclusion room. It was especially associated with “negative patient-perceived impacts,” such as being treated inhumanely due to the “physical environment” being considered unpleasant and claustrophobic as well as dirty, cold and lacking in basic facilities such as light, fresh air and a bed with clean linen (Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011; Faschingbauer et al., 2013; Ezeobele et al., 2014). In five studies, by Meehan et al. (2000), Haw et al. (2011), Kontio et al. (2012), Ezeobele et al. (2014) and Larsen and Terkelsen (2014), the “physical environment” was compared to a prison environment. Furthermore, patients were bored and found the lack of meaningful activities distressing (Meehan et al., 2000; Kontio et al., 2012; Larsen & Terkelsen, 2014).

Being subjected to professionals’ control—interactions with professionals

The most significant subtheme to “being subjected to professionals’ control” was the theme “interactions with professionals,” which, together with the subtheme “communication,” characterizes patients’ reported perceptions of being “subjected to professionals’ control” through professionals’ behaviour while being coerced. It was mainly characterized by perceptions of not being treated with respect as human beings by professionals, as well as a wide range of other “negative patient-perceived impacts,” as described below.

“Interactions with professionals” was characterized by patients’ reported perceptions of how professionals expressed a lack of concern or empathy during coercion, either in regard to patients’ basic needs (Holmes et al., 2004; Chien et al., 2005; Faschingbauer et al., 2013) or to the coercive situation in general (Meehan et al., 2000; Hoekstra et al., 2004; Chien et al., 2005; Ezeobele et al., 2014; Ling et al., 2015), and thus to having their rights violated. Furthermore, patients perceived a lack of concern or empathy in situations where they were subjected to holding in front of other patients (Haw et al., 2011) or were undressed—either partly to receive IM Inj. (Hughes et al., 2009; Haw et al., 2011) or completely for changing into rip-proof clothing prior to entering the seclusion room (Meehan et al., 2000; Holmes et al., 2004; Haw et al., 2011; Van Wijk et al., 2014). This was especially related to a “negatively perceived impact” of humiliation, particularly among female patients when male professionals were present. In two studies by Hughes et al. (2009) and Haw et al. (2011), this was described as very traumatic or evocative of memories of past abuse. Further to patients’ reported perceptions of a perceived lack of concern or empathy from

professionals, the analysis showed that patients also perceived that professionals did not approach them or directly ignored them during seclusion, MR and IM. Inj. (Meehan et al., 2000; Hoekstra et al., 2004; Holmes et al., 2004; Chien et al., 2005; Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Ezeobele et al., 2014; Ling et al., 2015; Nytingnes et al., 2016), which was associated with “negative patient-perceived impacts” of loneliness, shame, frustration and humiliation.

Being subjected to professionals’ control—interactions with professionals—communication

As a subtheme to “interactions with professionals,” “communication” was characterized by patients’ reported perceptions of insufficient, disrespectful and degrading communication from the professionals.

Patients felt they lacked information from professionals while being coerced, and this caused “negative perceived impacts,” such as fear, anxiety and anger. Information was thus considered insufficient on the reason for coercion (Chien et al., 2005; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Ezeobele et al., 2014; Riley et al., 2014), the type of medication given (Haglund et al., 2003), the procedures during holding, seclusion, MR, IM inj. and restraint (N/D) (Chien et al., 2005; Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015), the expected time in holding, MR and seclusion (Meehan et al., 2000; Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Lanthén et al., 2015) and what behaviour they should demonstrate to be released from seclusion (Meehan et al., 2000).

Furthermore, “communication” was characterized by patients’ reported perceptions of how professionals would not respond to questions (Chien et al., 2005) or listen to their requests (Haglund et al., 2003; Hoekstra et al., 2004; Chien et al., 2005; Ezeobele et al., 2014; Wyder et al., 2015; Nytingnes et al., 2016) while being in MR, seclusion or being subjected to medication (N/D) or IM inj. and this was associated with “negative perceived impacts” of being abandoned, loneliness, fear and powerlessness. Finally, patients also perceived that the professionals communicated with them in a degrading way, for example, by degrading remarks made during seclusion, MR and holding (Haw et al., 2011; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Lanthén et al., 2015), speaking loudly and rudely (Chien et al., 2005; Kontio et al., 2012), using threats (Nytingnes et al., 2016), talking about the patients instead of with them or by making fun of patients while coerced (Faschingbauer et al., 2013; Ezeobele et al., 2014; Lanthén et al., 2015). Degrading communication was especially associated with “negative patient-perceived impacts” of being punished, and feelings of guilt, and embarrassment.

As shown in Table 7, the subthemes “interactions with professionals” and “communication” were also associated with “positive patient-perceived impacts,” such as being safe, calm and not neglected. However, in literature, this association is very sparse.

Patients reported a great need for “interactions with professionals” during MR, seclusion and restraint (N/D) (Meehan et al., 2000; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Larue et al., 2013; Ezeobele et al., 2014; Van Wijk et al., 2014; Lanthén et al., 2015), for example, that the professional was physically present during

coercion and showed respect (Lanthén et al., 2015), concern (Haw et al., 2011; Larue et al., 2013) and empathy (Van Wijk et al., 2014). In five studies, patients perceived that professionals provided physical and psychological comfort during coercion (Hoekstra et al., 2004; Chien et al., 2005; Larue et al., 2013; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015). The subtheme “communication” was associated with “positive patient-perceived impact” and was characterized by patients’ reported perceptions of professional communication during seclusion or MR (Faschingbauer et al., 2013; Van Wijk et al., 2014; Lanthén et al., 2015) when professionals were willing to talk and listen (Van Wijk et al., 2014) and were informative about the reason for and expected duration of coercion (Faschingbauer et al., 2013; Lanthén et al., 2015).

Impact of coercive measures

This theme was associated with “positive patient-perceived impacts” as patients reported that coercive measures could have a beneficial impact on their condition. “Impact of coercive measures” related to MR, restraint (N/D), seclusion, IM inj. and medication (N/D) and was mainly characterized by positive impacts, such as relief (Haglund et al., 2003), being calm and feeling safe (Meehan et al., 2000; Katsakou et al., 2012; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015; Nytingnes et al., 2016) and could prevent patients from harming themselves or others (Meehan et al., 2000; Haw et al., 2011; Larue et al., 2013; Lanthén et al., 2015). In four studies, by Meehan et al. (2000), Haw et al. (2011), Larue et al. (2013) and Ezeobele et al. (2014), seclusion and the sedative effect of IM inj. were also perceived to provide an opportunity to sleep, reflect, meditate or pray.

3.1.3 | After coercion

The situations after coercion were characterized by three themes: “interactions with professionals,” “physical discomfort” and “other consequences” with one additional subtheme, as described below. These themes were characterized by patients’ reported perceptions of situations just after the discontinuation of a coercive incident and to short-term and long-term consequences of coercion. The themes were mainly associated with “negative patient-perceived impacts” but also some positive impacts, as shown in Table 7.

Interactions with professionals and communication

This theme and its subtheme “communication” were characterized by patients’ reported perceptions of professionals’ behaviour after coercion and by patients’ perceptions of their own interactions with professionals. These were mainly associated with “negative patient-perceived impacts,” such as anger, powerlessness, feelings of embarrassment and fear.

Patients emphasized the need for professionals to be present and respectful just after being subjected to MR and holding (Bonner et al., 2002; Chien et al., 2005; Lanthén et al., 2015), but in two studies by Bonner et al. (2002) and Chien et al. (2005), patients reported that being left alone caused them to feel powerless and confused about the coercive incident. Furthermore, patients reported that their own

interactions with professionals had changed due to fear of being coerced again (Meehan et al., 2000; Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Ling et al., 2015) or feelings of distrust (Hoekstra et al., 2004; Meehan et al., 2004; Wynn, 2004; Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Ling et al., 2015), embarrassment (Bonner et al., 2002) or anger towards professionals (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Ezeobele et al., 2014; Ling et al., 2015) due to the situations before and during holding, seclusion, medication (orally or IM inj.) and MR. In four studies, by Wynn (2004), Sibitz et al. (2011), Knowles et al. (2015) and Ling et al. (2015), patients reported that coercion had a directly damaging effect on the staff–patient relationship.

As a subtheme to “interactions with professionals,” “communication,” was characterized by patients’ reported perceptions of how professionals refrained from holding a professional conversation or debriefing after a coercive incident (Meehan et al., 2000; Bonner et al., 2002; Hoekstra et al., 2004; Mayers et al., 2010; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Larue et al., 2013). This was considered stressful as patients reported a great need to talk with the professionals about the situation before and during holding, MR, seclusion, restraint (N/D) and IM inj., so as to clarify reasons for their use and to avoid recurrence. Opposite, and as shown in Table 7, “communication” also had some positive impacts as patients reported that a professional conversation or debriefing after seclusion, MR and holding was helpful and had a calming effect on them. Patients could thus gain an understanding of why the professionals had found the use of coercion necessary, how they could have used their coping strategies instead, and what had happened during the incident (Bonner et al., 2002; Kontio et al., 2012; Faschingbauer et al., 2013; Lanthén et al., 2015). In one study, by Lanthén et al. (2015), patients reported that a debriefing with professionals was necessary to process the experiences of coercion and to minimize the risk of developing trauma from the episode.

Physical discomfort

This theme was characterized by discomfort, pain in the days after medication (orally or IM inj.), MR and holding as well as very unpleasant physical side effects from medication (N/D) (Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Hughes et al., 2009; Haw et al., 2011; Nytingnes et al., 2016). In one study, by Nytingnes et al. (2016), medication (N/D) was perceived to destroy the brain. “Physical discomfort” was associated with “negatively perceived impact,” in that the side effects of medication made patients feel scared and were perceived as a punishment as well as an experience of loss of control (Hughes et al., 2009; Mayers et al., 2010).

Other consequences

“Other consequences” were characterized by patients’ reported perceptions of short-term and long-term consequences of the coercive events and were related to “negative perceived impacts” of feeling afraid, vulnerable, worthless and helpless. Short-term consequences included difficulties in sleeping or nightmares after being subjected to MR, holding and medication (orally or IM inj.) (Wynn, 2004; Knowles et al., 2015; Lanthén et al., 2015). Long-term consequences

included low self-image and self-esteem (Hoekstra et al., 2004; Sibitz et al., 2011; Knowles et al., 2015) or a general loss of trust in other people (Hoekstra et al., 2004). Furthermore, patients reported fear of enclosed spaces (due to seclusion) (Meehan et al., 2000; Hoekstra et al., 2004), fear of medication (Meehan et al., 2000) and fear of being coerced again (Meehan et al., 2000; Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Sibitz et al., 2011). Finally, "other consequences" was perceived as prolonging admission and recovery (Haw et al., 2011; Sibitz et al., 2011; Knowles et al., 2015). In three studies by Sibitz et al. (2011), Knowles et al. (2015) and Lanthén et al. (2015), patients reported feelings of being traumatized from the use of holding, MR and IM inj.

4 | DISCUSSION

The results from this study indicate that the majority of patients in the reviewed studies associated the use of coercive measures with "negative perceived impact." Even though these generally "negative perceived impacts" align with previous findings within the area, the results from this review add to existing knowledge by explicitly including studies addressing this entire process and furthermore, by focussing analysis on situations before, during and after coercive incidents. This enables a more comprehensive understanding of patients' reported perceptions of these individual but coherent points in the process of coercion.

As distinct from earlier reviews within the area (Sequeira & Halstead, 2002b; Stubbs et al., 2009; Strout, 2010; Sturrock, 2010; Newton-Howes & Mullen, 2011; Van der Merwe et al., 2013), it appears from the thematic analysis in this current review that "being subjected to professionals' control" (a) (either as a patient perceived initial reason for coercion or through perceptions of professionals' behaviour while being coerced) was a significant theme. Related to this, "communication" (b) and "interactions with professionals" (d) were the most predominant themes across the timeline of coercion.

The themes that emerged indicate that patients place great significance on the professionals' ability and willingness to interact and communicate respectfully with them, and this has a significant impact on whether patients associate situations before, during and after coercion with either "positive or negative impacts." Furthermore, the review suggests that patients typically perceived professional behaviour as humiliating, disrespectful, nonlistening and that the professionals generally displayed poor communication skills. This is in line with results of previous studies (Meehan et al., 2004; El-Badri & Mellsop, 2008; Stubbs et al., 2009; Strout, 2010; Newton-Howes & Mullen, 2011; Van der Merwe et al., 2013; Norvoll & Pedersen, 2016). As a consequence to these "negative patient-perceived impacts," patients reported about changed or even damaged relationships with professionals, which supports previous research investigating the association between perceived coercion and the therapeutic relationship (Gilburt, Rose, & Slade, 2008; Sheehan & Burns, 2011; Theodoridou, Schlatter, Ajdacic, Rossler, & Jager, 2012). This presents a challenge for psychiatric/mental health care,

as the therapeutic relationship between patient and professional has been described as the "cornerstone" of mental health care (Dziopa & Ahern, 2009; Browne, Cashin, & Graham, 2012) and is widely recognized as significant to, for example, psychotherapy (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011), medication adherence (Day et al., 2005) and quality of life for those in contact with psychiatric services (Höfer, Habermeyer, Mokros, Lau, & Gairing, 2015). Debriefing, with various models used in practice (Goulet & Larue, 2016), is an intervention that comprises a purposeful conversation about the previous coercive incident (Huckshorn, 2004; Sutton, Webster, & Wilson, 2014) and aims to restore the therapeutic relationship between patients and professionals (Sutton et al., 2014), as well as reducing the psychological impacts of being subjected to coercion. It is not clear whether debriefing could have re-established the broken relationships or reduced the "negative patient-perceived impacts" of being subjected to coercion in the studies reviewed. In seven of the 26 studies, patients perceived that debriefing or a professional conversation had not taken place. As noted by Fugger et al. (2016), this could be due to memory loss in some cases. However, Needham and Sands (2010) conducted a retrospective file audit and concluded that debriefing was not routinely performed. Nevertheless, those patients in the included studies who remembered having a professional conversation perceived it to be helpful and calming, or specifically necessary to avoid trauma.

Interactions between patients and professionals are also articulated in the theme "protest behaviour" as a perceived initial reason for coercion. Studies by Bowers (2014) and Bowers et al. (2014) have put forward the term "*conflict behaviour*" instead, which also includes suicide, self-harm and absconding. However, in this study, "protest behaviour" was mainly characterized by patients showing aggressive/violent behaviour. This appeared to be mainly due to a perceived loss of autonomy, suggesting that patients were protesting against the custodial care provided by professionals, as described by Gildberg, Elverdam, and Hounsgaard (2010) and Gildberg, Bradley, Fristed, and Hounsgaard (2012). Moreover, the current review found that patients requested more communication (b) or de-escalation from professionals to help manage their "protest behaviour." Existing literature confirms that aggressive/violent behaviour is a common reason for initiating coercive measures (Stewart et al., 2009; Hui et al., 2013; Laiho et al., 2013), while research by Duxbury (2002), Dickens, Piccirillo, and Alderman (2013) and Pulsford et al. (2013) further supports results from this review, by stressing environmental and communicative factors as causes of the aggressive behaviour. In addition to this, Bowers (2014) and Bowers et al. (2014) studies show that patient characteristics such as symptoms (including drug or alcohol use), personality traits and demographic factors can give rise to aggressive/violent behaviour. However, results from this review suggest that patients did not emphasize symptoms of mental illness as significant for their aggressive/violent behaviour, which is consistent with results from other qualitative studies (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003; Lamanna et al., 2016).

The theme "being subjected to professionals' control" (a) constitutes yet another important reason for the use of coercive measures. The fact that patients perceived professionals to use coercion

without justification and to demonstrate power and control is supported in a study by Lee et al. (2003), who found similar results in that nurses held a negative “*deck them first attitude*” towards the use of coercion. However, this negative attitude contrasts with the results from a recent review by Riahi et al. (2016), where it was suggested that nurses use restraint to maintain safety for all and perceived it as a “*last resort*.” It seems that patients and nurses may have different perceptions and attitudes towards the necessity of coercive measures.

Furthermore, “being subjected to professionals’ control” (a) seems to be central with regard to patients’ reported perceptions during coercion. Therefore, it is somewhat surprising that only a few studies reported on patients’ perceptions of the use of “protest behaviour” as a response to perceptions of having their rights violated. In the study by Gildberg, Fristed, Makransky, Moeller, Nielsen and Bradley (2015b), almost all patients reacted with protest behaviour while being mechanically restrained. Although the present review also investigates other types of coercive measures, it could be argued that offering resistance is a natural response to being exposed to a coercive measure that is not considered necessary.

From a more overall perspective, Dack et al. (2012) found that patients varied in their attitudes towards different types of coercive measures, but this present review, however, was unable to draw any overall conclusions about this. Some researchers argue that seclusion and MR, in particular, are often experienced as very intrusive and/or traumatic (Frueh et al., 2005; Bak & Aggernæs, 2012; Georgieva, Mulder, & Whittington, 2012; Steinert et al., 2013), and results from this review also indicate that these coercive measures were associated with “negative patient-perceived impacts.” These findings should be treated with caution, however, due to the limited number of studies investigating patients’ perceptions of MR (see literature matrix Table 6).

The current study underlines the necessity for a more comprehensive understanding of patients’ perceptions of coercion as a process, related to individual, differentiated types of coercive measures. Together with increased knowledge of staff perspectives, enhanced evidence could be utilized to develop targeted interventions to qualify coercive measures (in situations where these cannot be avoided) and to contribute to reduce the overall use of coercive measures in psychiatric/mental health care.

4.1 | Limitations

The search strategy did not account for “grey literature” such as research conference papers, reports and unpublished work (De Brún & Pearce-Smith, 2014), which may have contained valuable information about patients’ perceptions of coercive measures. Furthermore, the defined inclusion and exclusion criteria only allowed for qualitative studies (or studies including qualitative data, as described in Table 4). In the existing academic and professional literature, in-depth knowledge about patients’ perceptions is primarily found in qualitative studies. However, one could argue that the inclusion of studies with diverse methodologies, such as in integrative reviews (Whittemore & Knafl, 2005), would provide varied and further perspectives on issue

under investigation. Conversely, the analysis of studies with different methodologies is complex and can contribute to lack of rigour and inaccuracy (Whittemore & Knafl, 2005). Nevertheless, the inclusion and exclusion criteria resulted in a homogeneous set of data, which made a thorough, thematic analysis of 26 studies possible.

In accordance with the above discussion of inclusion and exclusion criteria, it is necessary to address the included studies by Bonner et al. (2002), Haglund et al. (2003), Duxbury and Whittington (2005), Hughes et al. (2009), Sibitz et al. (2011), Katsakou et al. (2012), Larsen and Terkelsen (2014), Riley et al. (2014), Van Wijk et al. (2014), Rose et al. (2015), Wyder et al. (2015) and Nytingnes et al. (2016) in which only certain elements of the results were relevant to the aim of this review. It was, however, possible to separate relevant data from irrelevant data, and thereby include only the relevant parts in the thematic analysis.

This review aimed to investigate patients’ perceptions with regard to four defined types of coercive measures as well as their perceptions of moderating factors in regard to the use. Wherever possible, these perceptions were linked to these specific types. However, especially the term restraint lacks standardization (Riahi et al., 2016), and could refer to both mechanical restraint and physical restraint/holding, which are not the same containment methods. Despite these efforts to associate patients’ perceptions with the specific type of coercive measure, the authors were unable to discern the type of coercion under investigation in some of the included studies (marked N/D in the Result section and in literature matrix). Moreover, results from this review only provide sparse insight into what patients perceive as moderating factors, due to limited information in reviewed studies.

An important limitation is that the included studies were conducted in different countries (see literature matrix), and this needs to be taken into account, as legislation and acceptable local practice regarding the use of coercive methods can vary between countries (Steinert & Lepping, 2009; Raboch et al., 2010; Bak & Aggernæs, 2012; McLaughlin et al., 2016). Similarly, nursing and treatment culture in relation to coercion can vary between countries (Raboch et al., 2010; Bak & Aggernæs, 2012).

4.2 | Implications for practice

The results of this review and thematic analysis indicate that psychiatric patients hold strongly negative views regarding the use of coercive measures and describe a desire to be treated with respect by professionals, rather than being subjected to professionals’ control. Additionally, it draws attention to the need to improve the quality of care during the process of coercion (when this intervention is necessary) by the professionals showing concern for and empathy towards the patient and by improving communication skills.

In order to enhance care during the process of coercion, greater sensitivity to the patients’ view of the situation is desirable at each point in the coercive process. Obviously, professionals can include discussion with patients of their perception of events during

debriefing (after coercion) in order to reduce the psychological impacts of being subjected to coercion, as well as potentially to reduce additional coercive incidents. Moreover, professionals need to appreciate the value of considering the patient's perceptions of the situations at an earlier stage, for example, by trying to understand the reasons for aggressive behaviour before and during coercion so as to anticipate and respond to the patient's individual needs. Finally, this study underlines the necessity of de-escalation to assist patients in managing aggressive or violent behaviour and the use of noncoercive strategies or coping skills to avoid initiation of coercive measures.

ACKNOWLEDGMENT

The authors declare no conflict of interest but disclose receipt of the following financial support for the research and authorship of this paper: The Psychiatric Research Fund in the Region of Southern Denmark, University College Lillebaelt and The Novo Nordisk Foundation.

REFERENCES

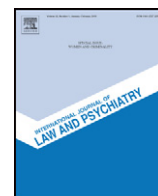
- Albrecht, H.-J. (2016). Legal aspects of the use of coercive measures in psychiatry. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 31–48). Switzerland: Springer. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-319-26748-7_3
- Bak, J., & Aggeraas, H. (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 297–302. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.632645>
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Berkeley, CA, London: University of California Press.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E., & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 826–835. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x>
- Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Browne, G., Cashin, A., & Graham, I. (2012). The therapeutic relationship and Mental Health Nursing: It is time to articulate what we do!. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(9), 839–843. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01944.x>
- CASP. (2017). *Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence*. Oxford: CASP UK. Retrieved from <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
- Chien, W.-T., Chan, C. W. H., Lam, L.-W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80–86. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.003>
- Dack, C., Ross, J., & Bowers, L. (2012). The relationship between attitudes towards different containment measures and their usage in a national sample of psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(7), 577–586. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01832.x>
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., & Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: The impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717–724. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.717>
- De Brún, C., & Pearce-Smith, N. (2014). *Searching skills toolkit. Finding the evidence* (2nd ed.). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532–544, 513 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x>
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325–337. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 1–19. Retrieved from <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000021>
- El-Badri, S., & Mellisop, G. (2008). Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry*, 16(4), 248–252. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/10398560802027302>
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>
- Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A., & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: A qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(4), 303–312. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jpm.12097>
- Faschingbauer, K. M., Peden-McAlpine, C., & Tempel, W. (2013). Use of seclusion: Finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 32–38. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/02793695-20130503-01>
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., & Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., & Frey, R. (2016). Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 221–231. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/acps.12501>
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Whittington, R. (2012). Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*, 12, 54. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-54>
- Gerrard, J. (2011). *Health sciences literature review made easy. The matrix method* (3rd ed.). USA: Jones and Bartlett Learning.
- Gildberg, F. A., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of staff-patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 359–368. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01533.x>

- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Fristed, P., & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 103–113. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00786.x>
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Tingleff, E. B., & Hounsgaard, L. (2015a). Empirically testing thematic analysis (ETTA): Methodological implications in a textual analysis coding system. *Nordic Journal of Nursing Research*, 5, 193–207.
- Gildberg, F. A., Fristed, P., Makransky, G., Moeller, E. H., Nielsen, L. D., & Bradley, S. K. (2015b). As time goes by: Reasons and characteristics of prolonged episodes of mechanical restraint in forensic psychiatry. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1), 41–50. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000055>
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 1–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Goulet, M.-H., & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 120–128. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>
- Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: Patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(1), 65–72, 68 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x>
- Hallett, N., Huber, J. W., & Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 502–514. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.009>
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G., & Jansen, M. G. M. (2004). Seclusion: The inside story. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3), 276–283, 278 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00710.x>
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559–578. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/01612840490472101>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 9–16. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Huckshorn, K. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22–33. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/02793695-20040301-02>
- Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152–160. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/09638230802053326>
- Hui, A., Middleton, H., & Vollm, B. (2013). Coercive measures in forensic settings: Findings from the literature. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 53–67. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.740649>
- Höfer, F. X. E., Habermeyer, E., Mokros, A., Lau, S., & Gairing, S. K. (2015). The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients. *PLoS One*, 10(4), 1–11. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124043>
- Ilkiv-Lavalle, O., & Grenyer, B. F. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54(3), 389–393. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.3.389>
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169–1179. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z>
- Knowles, S. F., Hearne, J., & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 461–475. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1034752>
- Koch, T. (1996). Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigour and representation. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 174–184. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/1365-2648.ep8555348>
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16–24. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Laiho, T., Kattainen, E., Astedt-Kurki, P., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kylmä, J. (2013). Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(9), 830–839. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jpm.12033>
- Lamanna, D., Ninkovic, D., Vijayarajnam, V., Balderson, K., Spivak, H., Brook, S., & Robertson, D. (2016). Aggression in psychiatric hospitalizations: A qualitative study of patient and provider perspectives. *Journal of Mental Health*, 25(6), 536–542. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207222>
- Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study. *Psychiatry Journal*, 2015, Article ID 748392. <https://doi.org/10.1155/2015/748392>
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P., & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(5), 317–324. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A. M., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(4), 425–430. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00625.x>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65–94. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: a qualitative analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), 386–392. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
- Looi, G. E., Engström, Å., & Sävenstedt, S. (2015). A self-destructive care: self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 96–103. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.951134>
- Loiem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231–240. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/inm.12106>

- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60–73. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0020764008098293>
- Margetić, B., Margetić, B. A., & Ivanec, D. (2014). Opinions of forensic schizophrenia patients on the use of restraints: Controversial legislative issues. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 405–416. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9299-1>
- McLaughlin, P., Giacco, D., & Priebe, S. (2016). Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*, 11(12): e0168720. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>
- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33–38, 36 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03062.x>
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 370–377. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264–W264, 267 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
- Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330–337. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221–233. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x>
- Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: Systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 62(5), 465–470. Retrieved from https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204–211. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- Nytingnes, O., Ruud, T., & Rugkasa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, Part A, 49, 147–153. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89–97, 89 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>
- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 296–304. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x>
- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., & Francisco Torres-Gonzales, M. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 116–128. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Riley, H., Høyer, G., & Lore, G. (2014). 'When coercion moves into your home' – A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 506–514, 509 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/hsc.12107>
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: Experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(1), 90–96. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/S2045796013000693>
- Sailas, E., & Fenton, M. (2012). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1–18. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2002a). Control and restraint in the UK: Service user perspectives. *British Journal of Forensic Practice*, 4(1), 9–18. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/14636646200200003>
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2002b). Restraint and seclusion: Service user views. *Journal of Adult Protection*, 4(1), 15–24. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/14668203200200003>
- Sheehan, K. A., & Burns, T. (2011). Perceived coercion and the therapeutic relationship: A neglected association? *Psychiatric Services*, 62(5), 471–476, 476 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471>
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239–244. Retrieved from <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087841>
- Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G., & Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 47–55. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Steinert, T., & Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, 24(2), 135–141. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.002>
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., & Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749–757. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x>
- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416–427. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x>
- Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C., & Davis, S. (2009). Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 99–105. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01335.x>
- Sturrock, A. (2010). Restraint in inpatient areas: The experiences of service users. *Mental Health Practice*, 14(3), 22–26. Retrieved from <https://doi.org/10.7748/mhp2010.11.14.3.22.c8071>
- Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. New Zealand Retrieved from: www.tepou.co.nz
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rossler, W., & Jager, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 939–944. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012>
- Tinetti, M. E., Liu, W. L., & Ginter, S. F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine*, 116(5), 369–374. Retrieved from <https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-5-369>
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a

- review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>
- Van Wijk, E., Traut, A., & Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37(1), 1–9. Retrieved from <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1122>
- Völlm, B., & Nedopil, N. (2016). Introduction. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges*. Switzerland: Springer. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-319-26748-7_1
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181–189, 189 p. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/inm.12121>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124–144. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14789940410001655187>
- Zoglowek, H. (1999). Tematisk analyse en framgangsmåte for at analysere kvalitative intervju. *Nordisk Pedagogik*, 19(3), 156–167.

How to cite this article: Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;00:1–18. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>



'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care



Olav Nytingnes^{a,b,*}, Torleif Ruud^{a,b}, Jorun Rugkåsa^{c,d}

^a Division Mental Health Services, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

^b Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

^c Health Services Research Unit, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

^d Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

ARTICLE INFO

Article history:

Received 19 November 2015

Accepted 29 August 2016

Available online 7 October 2016

Keywords:

Involuntary care
Involuntary medication
Patient experience
Psychosis
Consumer organizations
Qualitative research

ABSTRACT

Purpose: Some patients criticize coercive mental health treatment using extremely strong words. This may be connected to poor therapeutic relationships and unfavourable treatment outcomes, so a better understanding of this criticism is warranted.

Methods: Data consisted of detailed notes from 15 all-day dialogue seminars on coercion and voluntariness in Oslo, Norway from 2006 to 2009. Very dissatisfied patients and ex-patients were a central voice through the seminars. To gain a better understanding of their negative experiences of coercion, we conducted a stepwise qualitative thematic analysis of the seminar notes, with a mix of inductive and deductive coding followed by focused coding and analytic induction.

Results: Coercive care was described in strong terms, such as humiliation and Nazism. To explain this, we suggest a model of two pathways towards such strong language: (i) Participants understood their symptoms as mental crises following trauma or spiritual problems, and perceived involuntary medication to harm rather than help. Some found that their complaints were dismissed as lack of insight. (ii) Minor incidents were experienced as coercive, such as being 'defined' by the medical model, receiving repeated negative remarks and feeling one needed to succumb to get care. The accumulated effect could be experienced as eroding self-confidence and trust in their own feelings and thoughts.

Conclusion: Involuntary medication and dismissal of patient perspective, combined with the accumulated effects of minor negative incidents, can explain the feelings of humiliation, oppression and the use of metaphors such as imprisonment by totalitarian systems. Our model can help explain such patient reactions seen in clinical practice and the literature.

© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Most Western countries have mental health legislations that permit coerced treatment of severely mentally ill patients when legal and professional standards such as dangerousness, harm reduction or proportionality are met (Kallert, Rymaszewska, & Torres-Gonzalez, 2007; World Health Organization, 2001). Most coercive measures, such as restraint and seclusion, occur in hospitals. Community treatment orders, legal regimes obliging patients to adhere to psychoactive medication, are also increasingly common (Sjöström, Zetterberg, & Markström, 2011). Forms of treatment pressure that are not based in laws, often called 'informal

coercion', are also reported to be common in mental health care (Burns et al., 2011; Jaeger & Rossler, 2010; Monahan et al., 2005).

In Norway, the state provides mental health care free at the point of need. In 2013, there were around 97 beds, 34,100 outpatient consultations and 301 trained mental health professionals per 100,000 adult population (Helsedirektoratet, 2014b). The use of legal coercion is relatively frequent, with official data indicating 193 involuntary admissions and 60 patients registered and reported with a community treatment order per 100,000 adult population in 2013; although data quality is questioned, especially regarding community treatment orders (Helsedirektoratet, 2014a). Compared with some other European countries, Norway has limited specialized ambulant community outreach services.

There is great variation in how patients experience coerced treatment. Some studies find that around half of involuntary admitted patients experience limited coercion while detained (Hoge et al., 1997; Iversen, Høyer, Sexton, & Grønli, 2002), or in retrospect say the admission was appropriate (Priebe et al., 2010). Three months after

* Corresponding author at: Division Mental Health Services, Akershus University Hospital, Pb 1000, 1478 Lørenskog, Norway.

E-mail addresses: olav.nytingnes@ahus.no (O. Nytingnes), torleif.ruud@ahus.no (T. Ruud), jorun.rugkasa@ahus.no (J. Rugkåsa).

involuntary admission, however, 37% of patients across 11 countries considered it wrong (Priebe et al., 2010). In Norway, 28% of formal inpatients expressed that they felt 'strongly violated' by involuntary care (Bjerkan & Bjørngaard, 2011).

Qualitative studies have shown that patients may react to coercion with sadness, distress (Kuosmanen, Hatonen, Malkavaara, Kylma, & Valimäki, 2007), helplessness or fear (Meehan, Vermeer, & Windsor, 2000). Some patients report feeling disrespected, devalued (Johansson & Lundman, 2002), not listened to or abused (Everett, 1997). Some describe coercion as humiliation (Bergk, Flammer, & Steinert, 2010; Svindseth, Dahl, & Hatling, 2007), which is known to be a potent destructive motivator (Hartling & Luchetta, 1999). Even stronger responses are reported, such as describing coerced care as human rights violations (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, & McSherry, 2016) or comparing it with totalitarian regimes such as Nazism or communism (Olofsson & Jacobsson, 2001). These reactions to coercion reflect sensitive and deeply personal experiences, well suited for investigation by qualitative methods. There is a gap in our knowledge of negative experience of coercion (Olofsson & Jacobsson, 2001), and there is a dearth of research on the subjective experience of humiliation in mental health care (Svindseth et al., 2007). Reported group discussions of coercion are rare (Appelbaum & Le Melle, 2008; Brophy & Ring, 2004).

Open patient discussions may shed light on how patients experience informal (i.e. not legally mandated) treatment pressure (Canvin, Rugkåsa, Sinclair, & Burns, 2014). Hitherto, this research has in the main focused on staffs' strategies for influencing and leveraging treatment goals (Monahan, 2008; Neale & Rosenheck, 2000; Rugkåsa, Canvin, Sinclair, Sulman, & Burns, 2014; Valenti et al., 2015).

We are not aware of any studies that have investigated naturally occurring group discussions of coercion. By applying such methods to explore why some patients express enduring and extremely negative views of mental health services, this paper seeks to increase our knowledge of the effects of coercion.

2. Data and methods

This article reports on a series of 15 full-day dialogue seminars on coercion and voluntariness, held in Oslo in 2006–2009. Following the momentum gained at a national NGO conference on coercion in psychiatry in 2004, a group of health professionals, users and carers wanted to continue open and informal discussions, and a total of 17 seminars were held. The general themes were the use and experiences of coercion and possible alternatives to coercion.

2.1. Participants

Health professionals, patients and family carers were invited to take part through the websites of the Norwegian Council for Mental Health, service user organizations and through the Norwegian associations of psychiatrists, psychologists and nurses.

Around 100 people participated in total, many in more than one seminar and some attended all 17. The number of participants in each seminar ranged from 10 to 35. The organizers deliberately did not collect information about the participants, but from the notes recorded and the email addresses of those who wanted to receive them, we approximate that patients and ex-patients were the largest group (ca. 35 participants), followed by mental health professionals (ca. 20) and carers (ca. 10). Around 15 participants were researchers, lawyers, journalists or students. For the around 20 remaining participants, no information was available to suggest their background.

The analysis presented here is based on the statements made by participants with patient experience. Their age ranged from early 20s to 70s. Based on what they said, this group of patients seemed to express particular negative experiences of mental health care. The quotes below are from patients, identified by an alias name and a number indicating in which seminar (1–17) the statement was made.

2.2. Seminar structure and notes

The seminars followed a reflective dialogue approach and were facilitated by the late professor of psychiatry Tom Andersen (Andersen, 1991). In order to acknowledge each participant's concern, he often summarized what seemed to be the main point of their contribution, and asked for elaboration regardless of the perceived relevance to the main topics, before moving on to the next person who wanted to speak. Participants shared their views by reporting on a wide range of experiences, including negative evaluations of mental health services.

At the end of the second seminar, participants suggested notes were taken to document the discussions and facilitate continuity between seminars. ON, who then worked in The Norwegian Council for Mental Health who took part in arranging the seminars, volunteered to write down the discussions on a laptop computer during subsequent seminars. No other recording took place. The notes were anonymized and distributed by email to all participants after each seminar.

2.3. Nature of the data

ON took notes as verbatim as possible and at the lowest possible level of abstraction. The situation allowed overt transcription without undue influence (Wolfinger, 2002). Those participants who reviewed the notes gave positive feedback, indicating that they represented the discussions reasonably well, and thought it should be disseminated. The combined notes from the 15 seminars, which we use for the present analysis, comprised 80,000 words. As such, our data are naturally occurring, akin to that in an ethnographic tradition (Hammersley & Atkinson, 1983) and not influenced by systematic recruitment, set questions or systematic probing and exploration of research questions. As field notes, our data are *transcriptions* of participants' talk, and do not include *inscription* of non-verbal behaviour or *description* with analytical ideas (Clifford, 1990).

2.4. Analysis

Our data are notes from participants' talk, which we consider representations of the participants' experience and opinions. We analysed data in a stepwise fashion that can be described as a *thematic analysis* (Braun & Clarke, 2006), with elements from grounded theory (Boeije, 2002) and analytical induction (Glaser & Strauss, 1965). The analytical approach was evaluated and adapted during analysis, as is sometimes required for unique data sets (Luttrell, 2005). We give an outline of the steps in Table 1. After a data immersion phase, we conducted initial coding of 20% of the data with first impression inductive codes and deductive codes based on the literature on experienced coercion. We then

Table 1
Analytical procedure.

-
- Data immersion by reading all data closely twice
 - Discussion of full notes from one seminar and preliminary excerpts of four tentative themes with authors and colleagues
 - Initial coding with codes based on first impression inductive codes and deductive codes from the literature
 - Major revision of codes to improve fit between codes and data and inclusion of new inductive codes
 - Coding of all data
 - Examination of all codes related to treatment experiences
 - Identification of themes by the use of memos and discussions with coauthors and colleagues
 - Examination of connections between themes
 - Decision to focus analysis on the theme *Strongest negative evaluations*
 - Focused coding for *Strongest negative evaluations*, identifying accounts and explanations of these statements
 - Development of explanatory model
 - Checking the model against all data and examining negative cases with analytic induction
 - Comparison of findings with existing literature
-

Table 2
Examples from the analytical work.

Example of seminar note statement	Initial codes	Revised codework	Major theme
Ragnar (03): I was handcuffed, I was coercively admitted six times. It was completely unnecessary, using far too much force	Physical coercion; Exaggerated force	Strong criticism: Physical coercion	Strong negative evaluation
Herman (3): I have asked before to be involuntary admitted because I needed shielding, but they would not do it	Acceptable interventions	Acceptable interventions Personal wishes disregarded by staff	Lack of voice
Jannike (10): Subtle coercion and household rules should be OK, because you have the right to appeal to the control commission and so on. But you start to define yourself as a patient, and then it doesn't occur to you that you can appeal	Informal coercion Tribunal and complaints Coping style with resignation or fatalism	Minor coercive events Coping style with resignation or fatalism	Minor coercive events
Randi (3): The decent people working in mental health must tolerate that I ask 'why did you violate me?'	Violation of integrity	Strong negative evaluation Staffs' motivation for coercion	Strong negative evaluation, Subtheme: Lack of voice

assessed the fit between codes and data content, revised and expanded the coding scheme, including a set of inductive codes emerging from the data. We then coded all data. ON and JR read all code reports related to treatment experiences; including *strong criticism*, *experiences with medication*, *global evaluation of mental health care* and *minor coercive events*. We compared and contrasted these data within and across codes (Glaser & Strauss, 1965), connected thematically related data (Boeije, 2002) and formulated overarching themes, such as *lack of voice* and *strong negative evaluation*. Examples illustrating the process of initial and revised coding and establishing major themes are given in Table 2.

The strong negative evaluation of care emerged as a powerful analytic theme which could support and encompass other identified themes such as *lack of voice*. As the patients' premises for these descriptions are rarely studied and not in naturally occurring discussions, we decided to focus the present analysis on this theme even if these strong expressions were not used by all participants. We carried out focused coding for this theme and investigated how these data related to other content (Strauss, 2005). We formulated a model to explain the use of strong expressions, and tested the model against available data, as prescribed in analytic induction, including checking for negative cases (Hammersley, 2008). Finally, we compared our findings with descriptions of related topics in the literature.

2.5. Ethical considerations

All data has been anonymized and quotes are identified by alias names. The Norwegian Regional Ethical Committee advised that this study falls outside the remit of the Norwegian Health Research Act, and thus did not require ethical approval from them. All data were treated in adherence to the regulations of the Privacy Ombudsman at Akershus University Hospital.

3. Results

3.1. Expressions of psychiatry as abuse and war

Some participants described their experiences of coercion as abuse and humiliation.

Gabriel (7): *My experience is that psychiatry pathologizes the soul. That is abuse.*

Einar (15): *Shielding [open door seclusion] is what I experience as the most humiliating.¹ It's imprisonment and torture.*

¹ Participants frequently used the Norwegian word *krenkelse*, which can be translated as *humiliation* but it also connotes violation, offence and the infringement of rights, freedom or dignity.

Some used metaphors from the political and military sphere when describing their experiences.

Johan (7): *It's unbelievably humiliating to be put in belts [mechanical restraints]. Just as bad as Communism and Nazism.*

Astrid described how it was to live with the consequences of coercion:

Astrid (3): *It's like for people with war-experiences, who have been in concentration camps and such places.*

These expressions were maintained during the discussions, and some were elaborated upon in ways that indicated these were deeply held opinions.

Gabriel (16): *It's about time that those who coerce understand that this actually is a war. When we say this is a violation, and staff says it isn't, then it is a war.*

Gerd pointed to the necessity of power and coercion in society in general, but emphasized what she saw as the abusive aspect of coercion in mental health care, that went beyond this:

Gerd (15): *At work, we have a bit of being told what to do [by others]. We are wage slaves, aren't we? On many arenas, we have to be coerced to find our place. We can live with that, and it isn't necessarily that bad. But here [in the seminars], we have been talking about the abuse.*

A few patients stressed that they had moderate or mixed experiences, but we found no sign of them directly criticizing or denying the strongly negative expressions. While Randi (07) had experienced *'that the art of medicine can exist within the psychiatric field'*, she later said that *'I think it's wise to listen to different points of view, including the critical ones. Health professionals should also come here [to the seminars]'* (14).

The political allegories used, such as 'communism', 'Nazism' or 'concentration camps' evoke images of totalitarian systems with excessive control and often arbitrary, wrongful or humiliating incarceration. In such regimes, expressing an opinion may lead to degrading treatment that severely affects one's future. In order to understand how comparisons between these regimes and mental health care can come about, we went stepwise backwards in the analysis, tracking the evaluative paths of these descriptions. Our model depicts two heuristic paths (see Fig. 1) of how the strong negative evaluation can be understood as an end result of chains of incidents, attributions and reactions. We first describe the upper path; *Experience of major coercive events*, with particular emphasis on involuntary medication. Then, we outline the lower path depicting *Experience of repeated minor coercive events*.

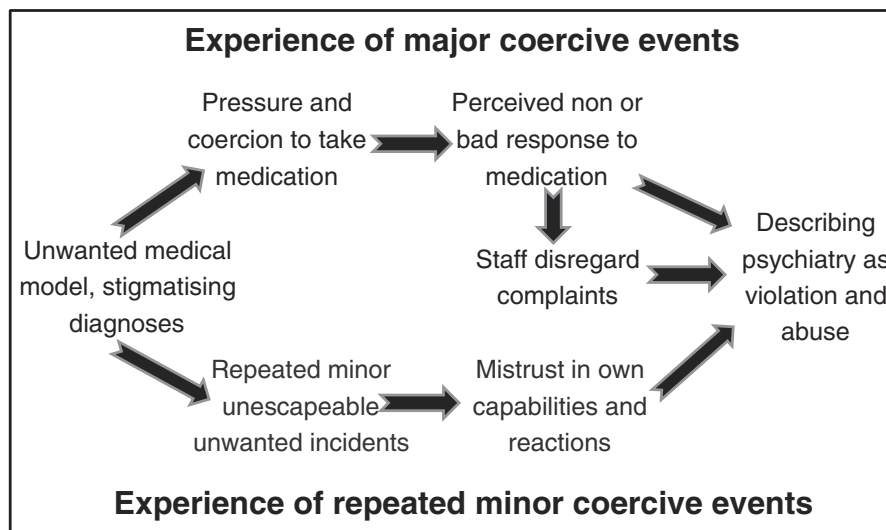


Fig. 1. Two pathways towards patients' strong negative expressions of coercion.

3.2. Unwanted medical model

The starting point in our model, at the left-hand side, are the general and sometimes rather abstract critiques inherent in some participants' portrayal of the 'medical model', which they described as a world view that perceives human nature in terms of biochemistry and psychotic symptoms as medical disorders.

Johan (6): *Quite a bit has been decided by the church and medical associations regarding what a human being is. Currently, it swings towards biochemistry. But do we have free will? Is there an 'I'? Many [with psychosis] haven't been heard, noticed at school or during their upbringing. My own experience with psychosis is fear and emotions, a lot of shame, from not belonging.*

In their experience, the 'medical model' was therapeutically pessimistic and ignored the spiritual aspects of life.

Ludvig (11): *Psychiatrists are recruited from the natural sciences, but cannot understand existential, moral or spiritual crises.*

Johan (5): *Medication and all the pessimists make it worse. It's a lie that you can't get well from psychosis... I see it as a spiritual crisis, and I have never been functioning as well as now, after many psychoses.*

Some pointed out that the medical diagnoses devalued their thoughts, feelings and inner life, and could lead to lasting harmful effects, such as self-stigma or emotional scarring.

Gerd (3): *The diagnosis makes people depressed. It says that your life has no value, that your judgements are wrong.*

Astrid (6): *I became unwell because of life, but I got the deepest wounds after [the involuntary treatment]. When I read my records afterwards I vomited because of what was written in it. I felt that I didn't exist in that text. Me and the care system were at totally different places.*

Most participants, such as Torgeir, said they suffered some form of mental distress or crises preceding the coercive care.

Torgeir (13): *I had my life crisis early [and was admitted], psychiatry are about life crises.*

Einar was an exception, who said he had never been ill.

Einar 11: *I have never felt ill, and I don't now neither. That's [from the perspective of the health professionals] the worst of all symptoms: I'm 'lacking insight'.*

Kirsten had been frightened by her encounters with mental health care and explained how this influenced her interactions also with other health agencies.

Kirsten (13): *Psychiatric care frightened the wits out of me, and if I encounter another crisis, it wouldn't even occur to me to seek psychiatric help again. For a long time, I didn't even dare to visit the GP for physical things, out of fear it could lead to another sudden and totally incomprehensible admission.*

Participants thus expressed in different ways that they had encountered models of treatment that failed to recognize the way they perceived their problems and needs.

3.3. Pressure and coercion to take medication

Of all the different coercive practises discussed in the seminars, involuntary antipsychotic medication was seen as the worst.

Gabriel (16): *We need to separate the use of physical force, which sometimes is necessary, from forcing chemicals and poison into people, which destroys the brain.*

Participants described the effects of medication in powerful language.

Synne (15): *The medications can become a prison after a while, where you don't know whether it is the side effects or the symptoms that hurts you.*

Astrid (13): *We should be able to choose not to take medication. I have been so heavily medicated that each breath was problematic.*

Several participants described that they were given too large doses of medication.

Kirsten (13): *They continued with involuntary medication... I didn't function as a human being at all. I was reduced to this heavy body, shuffling around in a hospital ward in a daze.*

Gabriel was clear that the effects of medication can be heterogeneous, and commented that the seminar had attracted those for whom medication had little positive effect.

Gabriel (5): *We are those that can't tolerate these medications. For those who tolerate them it's fine. We who don't are here.*

Others found medication helpful, but were nevertheless critical as to their longer term effects.

Herman (03): *I have experienced psychosis, and didn't know I was ill. My family didn't know. I got medication, and I am happy I did. It calmed down an overheated system. But the long-term side effects are negative. Weight gain and blunted emotions. You don't get well from medications, only blunted.*

Discussions about how people were coerced to take mind-altering medication seemed to provoke the most intense expressions. Gabriel (16) said he 'was subjected to something worse than Mandela [had been]. Because they did not go into Mandela's brain with chemicals'.

3.4. Staff disregarding complaints

Many described instances where staff had ignored their expressed opinions, protest or complaints about medication, or overlooked what patients experienced as negative effects.

Johan (4): *I begged and pleaded for something other than medications, but that was interpreted as lack of insight. That is incredibly humiliating.*

Kirsten (13): *The professionals around me told me I looked better, that things were moving in the right direction and so on. I tried time and again to tell them that I must be allowed to get off my medication, that I felt terrible with them inside, but they wouldn't listen.*

Some explained how professionals had responded to complaints about medication with threats.

Astrid (4): *I said that I considered reducing my medication when I was discharged. My psychiatrist totally lost his composure and threatened me by saying it was possible to give me ECT, which I had had previously [...]. He described an alternative life with less medication as Hell, and said other patients had ended up like animals in that situation.*

Kirsten described a difficult internal process of trying to forgive how she had been treated. She anticipated that those who had treated her would not recognize a need for her forgiveness, which illustrates the gulf she perceived there to be between their respective understandings of the situation.

Kirsten (13): *For me it was the coercion that made me suicidal. Fortunately, I survived, but it wasn't because of the mental health care... I'm still working on being able to forgive. I hope one day I'll be able to, but I don't think I'll ever be asked for forgiveness by those who committed this abuse against me.*

One participant described how service provision had improved over time for her. More flexible approaches, informed by the patient's experiences and needs, were welcomed.

Maria (3): *To be overmedicated is a straitjacket. You are unable to let people know or to communicate. It's like a pressure cooker, it can explode. Nowadays I cooperate well with the services, and we regulate the level of medication up or down, based on my needs.*

In our data, this pathway to the strong negative evaluation of mental health services seems to be based on fundamental disagreements with

the 'medical model' explaining their diagnoses, the continuation of involuntary medication despite the experienced imbalance between negative and positive effects of medication, at least in the long term, and that protests against this remained unrecognized and patients' voices muted.

3.5. Minor coercive incidents

The lower path in Fig. 1 refers to what we call 'minor' coercive incidents because they appear less dramatic and were often more informal. The theme of the long-term, accumulative impact of such incidents gradually emerged during the seminars. Participants discussed different forms of informal coercion that restricted their actions, such as practical arrangements and security measures.

Marianne (10): *But there is also a lot of unregulated coercion, directed by household rules. For example, being discouraged to bring many personal objects into the ward. Being searched, having limited access to leave, and a lot of other stuff, is not written in the law.*

Some experienced that loss of care was used as leverage to make them adhere to treatment.

Brit (10): *There are so many subtle mechanisms contributing... If you want help, you have to take medication. You have to become the person that the health professionals want.*

The status and defining power of mental health professionals, for example, through patient's medical records, could contribute to the experience of coercion.

Brit (14): *This [effect of minor incidents] is connected with power. It [professionals' account] is put forward as an objective truth when it's written in your medical records. If you were humiliated in such a way by a person on an equal footing it is easier to think that this may not be the truth, even though they mean it. But now it's in your records, and you know that others read it as the objective truth. Also, this happens when you are at your most vulnerable.*

When viewed in hindsight, seemingly insignificant incidents were perceived as influential. Some said that sharing experiences with others in the seminars helped them develop awareness and a more precise understanding of their history with services.

Astrid (14): *One thing this forum does for me is to understand my own history in a wider context. These are small humiliations that you feel you must tolerate, but they influence you, and added up, it becomes huge. As single episodes, they are details; you are misunderstood and so on, that happens in all areas of life. But the sum is so huge that it becomes the truth. To meet with others who have similar experiences has been important in order to comprehend that my experiences are, in fact, true.*

It may not be self-evident that minor incidents constitute forms of experienced coercion. In the view of participants, however, they do as a result of their accumulative effects which serve to maintain the 'medical model' with inherent power differentials, and because they form subtle parts of practises that pressurize patients to take medication they do not want. Moreover, these minor incidents take place in a context of personal vulnerability, in which patients are aware of the ubiquitous possibility of formal coercion being initiated. Marianne described these incidents as 'equally intrusive' as legal coercion and Astrid added that the 'small violations may be among the most serious ones'.

4. Discussion

Some patients use terms like abuse, war or Nazism to describe their experience of coercion in mental health care. The model based in our

data suggests the following events and attributions can shape these evaluations: having their crisis or problem defined within a disease model that they disagree with, receiving involuntary medication they do not want or find harmful, and experiencing that complaints are dismissed or considered invalid. Repeated minor negative events in a context marked by medical hegemony and personal vulnerability and where the potential for formal coercion is always present, may erode self-confidence. This may be hard to identify at the time, and thus difficult to convey to others or counteract, which in turn can amplify the experience of coerciveness over time.

These expressions are not unique. In a Canadian study, former patients described mental health interventions as violating and abusive (Everett, 1997, p. 345). Descriptions of mental health treatment as 'Hell on earth' can be found in autobiographies by patients in the Nordic countries published over a span of 100 years (Andersen & Larsen, 2012), and Swedish patients have also described coercion in terms of communism and Nazism (Olofsson & Jacobsson, 2001).

As in most other Western countries, antipsychotic medication is a core ingredient in the care for psychosis in Norwegian services (Helsedirektoratet, 2013), and the Norwegian mental health act (-Section 4-4a) permits mandatory medication for patients meeting set criteria. Patients have reported a close connection between medication and perceived coercion (Gault, 2009; Gilbert, Rose, & Slade, 2008) and psychiatrists, family carers and users agree that ensuring adherence to medication is the core purpose of community treatment orders (Canvin et al., 2014). Service user and survivor organizations in Norway and elsewhere have criticized services' focus on medication, so it may not be surprising that our participants identified involuntary medication as a major source of negative experiences of coercion. Over-medication happens for a subset of patients (Harrington et al., 2002; Howes et al., 2012). Effect studies repeatedly find antipsychotic non-responders in their samples (Bagnall et al., 2003), some of whom may be maintained involuntarily on long-term antipsychotic medication. It seems likely that involuntary medication with low or negative response may fuel strongly negative evaluations. A study of involuntary medicated patients in the US found that those who improved the least during their stay (non-responders) were also those least accepting of involuntary medication at discharge when compared to responders (Schwartz, Vingiano, & Perez, 1988).

It may seem more surprising that patients emphasize moral injury such as humiliation and violation of their dignity, rather than physical restrictions to their freedom. According to the social philosopher Axel Honneth, moral injuries stem from the discouraging moral self-reflection that follows a lack of affirmation from others. If basic recognition of rights and identities are lacking or withdrawn, it can lead to feelings of humiliation, often accompanied by a mental shock (Honneth, 1997). While coercive episodes in the past may be processed emotionally, the participants' experienced inability to exercise their rights can be perceived as moral injury and a continuous threat to their ability to pursue their life goals. As shown, Johan said it was '*incredibly humiliating*' to be attributed a lack of insight and Gabriel said '*there is no one there to listen*', implicating a lack of effective voice regarding his experiences with mental health care.

An emphasis on experience of humiliation was also a core issue in the development of service user/survivor groups from the late 1960s and onwards (Crossley, 2004; Tomes, 2006; Tranøy, 2008). These movements were also highly critical towards the 'medical model' in mental health care, much in the same way as we have seen in our data.

Crossley explains how the British user-survivor movement developed new understandings when patients started to meet regularly, share experiences and form an agenda for their work. This developed, he argues, into an 'oppositional habitus', a set of interpretations that reframed the mental patient as sane, and challenged conventional psychiatric explanations (Crossley, 2004). In a similar way, our participants expressed that taking part in the seminars helped them realize that the minor coercive incidents had a stronger influence than they previously

thought. The seminars represented a space in which new insights were developed, strengthened and transmitted through discussions of shared experiences.

The literature is sparse on the minor coercive incidents in patients' overall experience of coercion. Degrees of pressures (Szmukler & Appelbaum, 2008) or forms of influence in outpatient care (Monahan et al., 2005) has been discussed, but focus is usually limited to adherence pressures. More recently, connections between patients' perceived coercion and their experience of humiliation have been discussed (Bergk et al., 2010; Svindseth et al., 2007). The importance of minor coercive incidents may reflect the special circumstances of our data, where the natural setting, self-selected participation and open dialogue style facilitated new insights regarding previous care experiences, which may explain the scarcity of similar findings. But it may also be a rare phenomenon with low frequency in a broader patient sample. Our findings suggest that this is an area where future research is particularly needed. A strict focus on how staffs' intended actions exert pressure may conceal the effect of actions that are unintended or unrelated to adherence. Also, the power vested in health professionals and the ubiquitous possibility of coercion creates a context that in itself may induce experiences of coercion (Sjöström, 2006) unrelated to conflicts about adherence.

4.1. Strengths and limitations

The strength of this study is the unique nature of the data: they naturally occurred in the context of a series of meetings designed to enable people to express their experiences of coercion. This gives insight into the premises and logic of the strong negative evaluation of coercive treatment, which many mental health professionals encounter in their practice.

The citations presented here reflect what was expressed in the seminars by the self-selected participating patients or ex-patients as regards negative experiences of coercion. We cannot rule out that the group situation influenced what people said or avoided saying. When searching for negative cases we found some moderate or mixed experiences, but no sign of patients directly criticizing or opposing the strong negative evaluations. Nearly one-third of Norwegian involuntary inpatients report feeling strongly personally violated in mental health care (Bjerkkan & Bjørngaard, 2011), so the sentiments reported here are likely to be shared outside of the seminar context, but do not necessarily reflect the views of patients who are more satisfied with their service experience. As shown, our findings also correspond to some reports from the international literature.

We tailored the analysis to this particular set of naturally occurring data, using a combination of inductive codes, predefined categories, thematic analysis, focused coding and analytic induction. Our findings are firmly based on the data, but other interpretations may be possible.

4.1.1. Conclusion

We have presented a model in which disagreement about how to explain a serious personal crisis, involuntary medication and the experience of lack of voice, combined with accumulated effects of minor negative incidents, may explain some patients' strong expressions of coercion in mental health care, such as humiliation and totalitarian regimes engaged in torture.

Regardless of representativeness, the participants' experiences reflect instances where care seemed unsuccessful, and have elicited long-lasting distrust towards services. These accounts and evaluations invite a closer examination of coerced medication, and especially of the possibility that some low or non-responders are kept involuntarily under long-term pharmacological antipsychotic treatment.

The reports of long-lasting negative effects from coercive care are relevant for mental health policy, and for clinical and legal judgements of beneficence against detrimental effects. The research on informal coercion should include a focus on the effects of unintended acts and implicit meanings in coercive contexts.

Disclosure statement

All authors declare that we have no competing interests connected to this paper.

Funding

No funding was received for this study.

References

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W W Norton & Co.
- Andersen, A. J. W., & Larsen, I. B. (2012). Hell on earth: Textual reflections on the experience of mental illness. *Journal of Mental Health*, 21(2), 174–181. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2012.667885>.
- Appelbaum, P. S., & Le Melle, S. (2008). Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence: Patient and staff perceptions. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 459–464. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-008-9149-4>.
- Bagnall, A. M., Jones, L., Ginnelly, L., Lewis, R., Glanville, J., Gilbody, S., ... Kleijnen, J. (2003). A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technology Assessment*, 7(13), 1–498.
- Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)—validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10, 5–5. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-5>.
- Bjerkan, A. M., & Bjørngaard, J. H. (2011). *Vedlegg 7. Pasienters egenrapporterte formelle innleggesstatus. Norges offentlige utredninger 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. [Appendix 7. Patients' self-reported formal admission status, in Official Norwegian Reports no. 2011:9. Increased self-determination and legal protection]. Retrieved from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- Boeije, H. (2002). A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews. *Quality and Quantity*, 36(4), 391–409.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Brophy, L., & Ring, D. (2004). The efficacy of involuntary treatment in the community. *Social Work in Mental Health*, 2(2–3), 157–174. http://dx.doi.org/10.1300/J200v02n02_10.
- Brophy, L., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1. <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>.
- Burns, T., Veeles, K., Molodtynski, A., Nightingale, H., Vazquez-Montes, M., Sheehan, K., & Linsell, L. (2011). Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 199(2), 145–150. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086827>.
- Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J., & Burns, T. (2014). Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: Qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0906-0>.
- Clifford, J. (1990). Notes on (field) notes. In R. Sanjek (Ed.), *Fieldnotes: The makings of anthropology* (pp. 47–70). Ithaca: Cornell University Press.
- Crossley, N. (2004). Not being mentally ill. Social movements, system survivors and the oppositional habitus. *Anthropology & Medicine*, 11(2), 161–180. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470410001678668>.
- Everett, B. L. (1997). *A fragile revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. Dissertation North York, Ontario: York University.
- Gault, I. (2009). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 504–513. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00847.x>.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92–92. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social Problems*, 12(4), 436–445.
- Hammersley, M. (2008). *Questioning qualitative inquiry: Critical essays*. London: Sage.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1983). *Ethnography: Principles in practice*. London: Tavistock.
- Harrington, M., Lelliott, P., Paton, C., Okocha, C., Duffett, R., & Sensky, T. (2002). The results of a multi-centre audit of the prescribing of antipsychotic drugs for in-patients in the UK. *The Psychiatrist*, 26(11), 414–418.
- Hartling, L. M., & Luchetta, T. (1999). Humiliation: Assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *The Journal of Primary Prevention*, 19(4), 259–278. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022622422521>.
- Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser* (Vol. IS-1957). [The Norwegian Directorate of Health: National guideline: Examination, treatment and follow up of psychotic disorders]. Retrieved from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsedirektoratet (2014a). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2013*. IS 2243. [The Norwegian Directorate of Health: Use of coercion in Norwegian mental health care for adults 2013]. Retrieved from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/669/Bruka-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2013-IS-2243.pdf>
- Helsedirektoratet (2014b). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2013*. [The Norwegian Directorate of Health: SAMDATA yearly report from Norwegian specialist health services 2013]. Retrieved from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/615/Samdata-spesialisthelsetjenesten-2013-IS-2194.pdf>
- Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., ... Bennett, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law & Psychiatry*, 20(2), 167–181 (doi: S0160-2527(97)00001-0 [pii]).
- Honneth, A. (1997). Recognition and moral obligation. *Social Research*, 64(1), 16–35.
- Howes, O. D., Vergunst, F., Gee, S., McGuire, P., Kapur, S., & Taylor, D. (2012). Adherence to treatment guidelines in clinical practice: Study of antipsychotic treatment prior to clozapine initiation. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 481–485.
- Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433–439. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480260389352>.
- Jaeger, M., & Rossler, W. (2010). Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research*, 180(1), 48–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.011>.
- Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(6), 639–647. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x>.
- Kallert, T. W., Rymaszewska, J., & Torres-Gonzalez, F. (2007). Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: Implications for clinical practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 197–207.
- Kuusmanen, L., Hatonen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., & Valimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597–607. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733007080205>.
- Luttrell, W. (2005). "Good enough" methods for life-story analysis. In N. Quinn (Ed.), *Finding culture in talk. A collection of methods*. New York: Palgrave Macmillan.
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 370–377. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>.
- Monahan, J. (2008). Mandated community treatment : Applying leverage to achieve adherence. *Journal of Academy of Psychiatry and Law*, 36(3), 282–285.
- Monahan, J., Redlich, A. D., Swanson, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Petila, J., ... McNiel, D. E. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatric Services*, 56(1), 37–44. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.37>.
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. a. (2000). Therapeutic limit setting in an assertive community treatment program. *Psychiatric Services*, 51(4), 499–505.
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357–366 (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882148>).
- Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., ... Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 179–185. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068916>.
- Rugkåsa, J., Canvin, K., Sinclair, J., Sulman, A., & Burns, T. (2014). Trust, deals and authority: Community mental health professionals' experiences of influencing reluctant patients. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 886–895.
- Schwartz, H. I., Vingiano, W., & Perez, C. B. (1988). Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(10), 1049–1054 (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3229738>).
- Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication—Power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 36–47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jlpl.2005.06.001>.
- Sjöström, S., Zetterberg, L., & Markström, U. (2011). Why community compulsion became the solution—Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 419–428. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jlpl.2011.10.007>.
- Strauss, C. (2005). Analyzing discourse for cultural complexity. In N. Quinn (Ed.), *Finding culture in talk. A collection of methods*. New York: Palgrave Macmillan.
- Svindseth, M. F., Dahl, A. A., & Hatling, T. (2007). Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 47–53. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480601129382>.
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230802052203>.
- Tomes, N. (2006). The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs*, 25(3), 720–729.
- Tranøy, J. (2008). *Kampen for rettssikkerhet og menneskerettigheter. WSOs historie 1968–1988. [The battle for legal protection and human rights. The history of We Shall Overcome (WSO) 1968–1988]*. Oslo: Lanser Forlag.
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K. -M., Pelto-Piri, V., ... Rugkåsa, J. (2015). Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1–12.
- Wolffinger, N. H. (2002). On writing fieldnotes: Collection strategies and background expectancies. *Qualitative Research*, 2(1), 85–93.
- World Health Organization (2001). The world health report 2001. *Mental health: New understanding, new hope* (Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1).

Service user perspectives on coercion and restraint in mental health

Diana Rose,¹ Emma Perry,² Sarah Rae³ and Naomi Good⁴

¹Professor of User-Led Research and Co-director of Service User Research Enterprise (SURE), King's College London, UK; email diana.rose@kcl.ac.uk

²Research Project Coordinator, National Survivor User Network (NSUN), UK

³Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (CPNHSFT) and joint lead of the Promise initiative, UK

⁴Networking and Research manager, National Survivor User Network (NSUN)

Conflict of interest. No authors have any conflicts of interest to declare.

Coercion remains a central aspect of many people's mental healthcare. It can include the use of legislation to restrict freedoms, the use of physical restraint, the restriction of freedom of movement and/or association, and the forced or covert administration of medication. There is good evidence that the use of such measures can traumatisate service users. This article reports the findings of a survey of service users regarding their experiences of coercion and restraint and embeds this in the wider international and institutional environment.

Most jurisdictions in the industrialised West promulgate mental health legislation which permits infringement of liberty and treatment against the will of the person detained. Increasingly, coercion in the community is also allowed. Partly at the behest of the World Health Organization, other countries are developing similar legislation. This ability to compel and coerce is unique in medicine and, from within psychiatry, has been called discriminatory (Dawson & Szmukler, 2006) and criticised for the focus on risk.

Dealing first with the United Nations' 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and its implications for coercion and compulsion globally, this article summarises what is known about service users' responses to coercion and compulsion, which includes chemical, physical and mechanical restraint. Responding to the paucity of studies focusing specifically on physical restraint (which is commonly followed by chemical restraint), this article reports on recent experiences of people subject to this practice in the UK while situating this in more general concerns.

The CRPD

The CRPD appears to be top of the agenda for service user movements everywhere except the UK. The European Network for (ex) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) has provided a point-by-point explanation of how European human rights legislation is in breach of the CRPD and the World Network (WNUSP) was involved in drawing up the Convention itself. It is important as it is the first time that people 'with psychosocial disabilities' have been recognised as equal in law to other citizens in terms of rights.

But the Convention is controversial, particularly since the publication of the General Comment on Article 12, which states that all persons with disabilities must be deemed to have legal capacity all of the time. This intensifies the commitment in

Article 14 to abolish compulsory detention and treatment by doing away with the last criterion on which it could be justified. The General Comment has drawn the ire of leading Western psychiatrists (Freeman *et al*, 2015). The debate is also not settled within service user circles, as shown by the different positions of Tina Minkowitz and Anne Plumb (see Spandler *et al*, 2015).

Global South

The CRPD language of 'persons with psychosocial disabilities' has also had important implications in the Global South. There is a move from the terms 'user/survivor' to 'persons with psychosocial disabilities'. For example, the Pan African Network of Users and Survivors of Psychiatry is now the Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities. A similar move has been counselled in India (Davar, 2013). This is not simply a change in language but a political position that states 'we don't have psychiatry and don't want it'.

An Indonesian government programme, Aceh Free Pasung, intends to protect the human rights of people with severe mental illness by eliminating the practice of *pasung* from the province. *Pasung* means restraint by shackles, rope, wooden stocks and cages, and can cause death. Since the alternative was the building of a mental health hospital, the initiative has enabled access to free hospital treatment (Minas *et al*, 2011). Its replacement with neuroleptics, restraint and hospital confinement is nevertheless problematic.

Industrialised West

Decisions about coercion often hinge on the concept of risk. Recent evidence suggests that risk assessments exclude service users from the discussion and render invisible the fact that the assessments are more or less fictions in actuarial terms (Coffey *et al*, 2017).

How risk of harm within mental health settings is perceived and managed has received attention. However, harm in the context of restraint is mostly not recognised. Nonetheless, restraint-related deaths have been reported throughout the Western world, including in the UK, where 38 deaths have been recorded since 1988, 15 of people from Black and Minority Ethnic (BME) communities (Aiken *et al*, 2011). A qualitative study of in-patients showed that nurses and patients had very different accounts of both the determinants of and appropriate responses to violence and aggression (Rose *et al*, 2015).

Reviewing evidence of the effects of restraint, Cusack *et al* (2016) concluded that 'restraint can be

a form of abuse, its inappropriate use often being a consequence of fear, neglect and lack of using de-escalation techniques’.

A small pilot study by the National Survivor User Network (NSUN), as yet unpublished, surveyed 65 people about their experiences of restraint and recruited respondents mainly through the weekly e-bulletin. The findings align with Strout’s (2010) integrative review of the international qualitative literature on patient perspectives on the use of restraint. Strout identifies four categories: negative psychological impact, re-traumatisation, perceptions of unethical practices, and the broken spirit. Of the respondents surveyed in the NSUN study, 43% ($n = 28$) stated that their most recent experience of restraint had felt like an act of aggression ‘a great deal’, 12% ($n = 8$) ‘a lot’ and 15% ($n = 10$) ‘somewhat’. Although the number was small, all respondents from BME communities ($n = 5$) stated that their experience had felt like an act of aggression ‘a great deal’ or ‘a lot’. Respondents frequently cited the unnecessary use of physical force and the number of staff members who were involved in each incident of restraint. The most frequent reason for restraint given by respondents was the refusal to take medication, and physical restraint was routinely followed by a rapid tranquillising injection. This was often experienced as shaming and humiliating:

When I become agitated it is very obviously extreme fear and terror. On each occasion it is ALWAYS male staff pinning me down – always face down so [I] can’t breathe or move and who pull my underwear off/down to inject. They know the abuse history – it has been a police case. They never have talked to me afterwards. It is like being raped again.

One clear theme was the link between instances of physical restraint and tranquillisation with re-traumatisation. Consistent with studies of women’s experience of restraint representing an event that re-enacts the experience of trauma and sexual abuse, Gallop *et al* (1999) found that restraint and associated feelings of humiliation, punishment and powerlessness engendered traumatic emotional reactions such as fear, anxiety and rage.

Half of the respondents stated that experiencing physical restraint had affected their engagement with services ‘a great deal’. The majority reported a loss of trust in staff, and increased fear, suspicion and wariness. Others reported that they avoided services because of their experiences.

The Promise study (Wilson *et al*, 2015), which informs the development of a proactive care framework to reduce the need for physical intervention, involved interviews with both staff and patients. The most dominant theme to emerge centred on staff–patient communication and relationships, with 11 patients and 19 staff members providing suggestions:

if you wish to reduce the number of restraints a high level of communication is needed whatever the issues of a particular patient, whatever their predisposition to violence or hatred of psychiatric staff, or factions within the resident group, or dislikes of a particular patient. In an ideal world there must be more verbal communication ...

the culture is to encourage what Winston Churchill used to say was a ‘jaw jaw rather than war war’, to counsel and support a person onto a different state of thinking. (Wilson *et al*, 2015)

Conclusion: minimising coercion and restraint

In the NSUN study, 94% ($n = 50$) of respondents reported that restraint could have been managed very differently, emphasising that if staff had taken the time to listen and to speak to them addressing fears, frustrations and concerns, the situation could have been avoided. Respondents said that staff needed better training and that service users should be involved in this.

No differences were found in the experiences of restraint occurring within the past 10 years compared with the past 2 years. Of the NSUN respondents, 40% ($n = 23$) reported incidents of restraint that occurred within the past 2 years, suggesting no recent improvement in experiences of restraint. These findings signal that the 2-year UK government programme ‘Positive and Safe’, launched in 2014 with the goal of reducing the need for physical restraint (Department of Health, 2014), has had no impact to date and that a fundamental culture change is needed. This directive was followed by an investigation involving the face-down restraint of a woman eight and a half months pregnant in July 2016 (*Mental Health Today*, 2016).

There are various arguments for reducing coercion and restraint and many different approaches that service users say they find more beneficial. Since 2007 the Mental Health Act in England has made it mandatory for advocacy to be practised by professionals alone, although the service user voice is not completely absent (Newbigging *et al*, 2015). It will be important to regain and strengthen the user voice within peer and self-advocacy, as has happened in Africa (Kleintjes *et al*, 2013).

Joint crisis plans or advance directives are counselled by many as a means of reducing incidents of restraint and of listening to the needs of service users (Papageorgiou *et al*, 2002; Amering *et al*, 2005). Approaches that include peer facilitators and improvements to the frequency and quality of communications are crucial. Some existing institutional systems make good communication a practical impossibility.

From the perspective of service users, coercion and restraint are mostly harmful and must stop being legitimised. There is an urgent need to challenge and address these practices as they represent gross human rights violations according to the stipulations of the CRPD. UK compliance with the legislation is due to be monitored in the next 2 years.

References

- Aiken, F., Duxbury, J., Dale, C., *et al* (2011) *Review of the Medical Theories and Research Relating to Restraint Related Deaths*. Caring Solutions (UK) and the University of Central Lancashire.
- Amering, M., Stastny, P. & Hopper, K. (2005) Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *British Journal of Psychiatry*, 186, 247–252.

Coffey, M., Cohen, R., Faulkner, A., et al (2017) Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*, 20, 471–483.

Cusack, P., McAndrews, S. & Warne, T. (2016) Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20–26.

Davar, B. (2013) From mental illness to disability: choices for women users/survivors of psychiatry in self and identity constructions. In *Disability Studies in India: Global Discourses, Local Realities* (ed. R. Addlakha), pp. 333–360. Routledge.

Dawson, J. & Szmukler, G. (2006) Fusion of mental health and incapacity legislation. *British Journal of Psychiatry*, 188, 504–509.

Department of Health (2014) *Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions*. Department of Health. Available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf (accessed June 2017).

Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M. C., et al (2015) Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*, 2, 844–850.

Gallop, R., McCay, E., Guha, M., et al (1999) The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care for Women International*, 20, 401–416.

Kleintjes, S., Lund, C. & Swartz, L. (2013) Organising for self-advocacy in mental health: experiences from seven African countries. *African Journal of Psychiatry*, 16, 187–195.

Mental Health Today (2016) Investigation launched after pregnant mental health patient 'pinned to floor'. Available at <https://www.mentalhealthtoday.co.uk/investigation-launched-after-pregnant-mental-health-patient-pinned-to-floor.aspx> (accessed 25 August 2016).

Minas, H., Puteh, I. & Marthoenis, M. (2011) Aceh Free Pasung: releasing the mentally ill from physical restraint. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 10.

Newbigging, K., Ridley, J., McKeown, M., et al (2015) 'When you haven't got much of a voice': an evaluation of the quality of Independent Mental Health Advocate (IMHA) services in England. *Health and Social Care in the Community*, 23, 313–324.

Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., et al (2002) Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 513–519.

Rose, D., Evans, J., Laker C., et al (2015) Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 90–96.

Spandler, H., Anderson, J. & Sapey, B. (2015) *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Policy Press.

Strout, T. (2010) Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 416–427.

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., et al (2015) Promise: an exploration of staff and patient experience of physical intervention on mental health wards and their suggestions for reducing its use. Available at http://www.promise.global/9pc_1_5_cw.html (accessed 2 September 2016).

THEMATIC PAPER

Key international themes in coercion

Andrew Molodynski,¹ Anthony O'Brien² and Jonathan Burns³

¹Consultant Psychiatrist, Oxford Health NHS Foundation Trust; Honorary Senior Lecturer, University of Oxford; Chair, World Association of Social Psychiatry Working Group on Coercion; email andrew.molodynski@oxfordhealth.nhs.uk

²Senior Lecturer in Mental Health Nursing, University of Auckland; Nurse Specialist in Liaison Psychiatry, Auckland City Hospital, New Zealand

³Professor of Psychiatry, Nelson Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Coercion remains a dominant theme in mental healthcare and a source of major concern. While the presence of coercion is ubiquitous internationally, it varies significantly in nature and degree in different countries and is influenced by a variety of factors. Recent reports have raised concerns about physical restraint and the increasing use of legislation in high-income countries. At the same time, a recent Human Rights Watch report on *pasung* (the practice of tying or restricting movement more generally) in Indonesia has served to highlight the plight of many in middle- and lower-income countries who are subject to degrading and dehumanising 'treatment'.

and concerns shifted to the quality of care, legal rights and institutionalisation of residents. Most care in these countries is now delivered outside institutions and though concerns persist regarding in-patient care, there is also more focus on coercion in the community. Coercion can be formal (the use of legal sanctions) or informal (the use of 'softer', less easily measurable pressures to bring about compliance) (Szmukler & Appelbaum, 2008). Coercion in institutions is often divided into categories: legal, chemical and/or physical restraint, and the restriction of movement and association. This brief overview will not consider medication, although the coerciveness of surreptitious medication should be noted, and is an area of particular concern in India (Rao et al, 2012).

In HIG countries there has been a move towards increased scrutiny of coercive measures in hospitals and an extension of legal powers and informal coercion outside them (Molodynski et al, 2016). In other countries the issues may be very different, as evidenced by the recent Human Rights Watch report on *pasung* (Human Rights Watch, 2016), which cited Indonesian government data that approximately 19000 people are

PSYCHIATRY UNDER RESTRICTIVE CONDITIONS

The containment and coercion of people who have a mental illness has always been at the heart of mental healthcare, and the subject of fierce debate. Concerns initially focused on conditions and restrictions of liberty in the earliest facilities, the so-called 'mad houses'. In many high-income group (HIG) countries, care for the mentally ill moved into large asylums in the 19th century

Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e.V.

bvaj e.V. - Leinestraße 111 - 04279 Leipzig

Vorstand

Rolf Jacob Leinestraße 111 Tel.Nr. 0341/8639 -110 rolf.jacob@jval.justiz.sachsen.de	1. Vorsitzender 04279 Leipzig Fax-Nr. 0341/8639-105
Yvonne Radetzki Boostedter Straße 30 Tel.Nr. 04321/4907-100 yvonne.radetzki@jvanm.landsh.de	2. Vorsitzende 24534 Neumünster Fax-Nr. 04321/4907-214
Hadmut Birgit Jung-Silberreis Holzstraße 29 Tel.Nr. 0611/414 -1001 hadmutbirgit.jung-silberreis@jva-wiesbaden.justiz.hessen.de	3. Vorsitzende 65197 Wiesbaden Fax-Nr. 0611/414-1005
Gerhard Weigand Marktplatz 1 Tel.Nr. 09553/17-100 gerhard.weigand@jva-ebra.bayern.de	Schriftführer 96157 Ebrach Fax-Nr. 09553/17-499
Rüdiger Werner Oststraße 2 Tel.Nr. 0355/4888 -103 Ruediger.Werner@justizvollzug.brandenburg.de	Schatzmeister 03052 Cottbus Fax-Nr. 0355/4888-222

Leipzig, 8. Juli 2019

Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht, Drucksache 20/627;**hier: Stellungnahme der Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e.V.**

Ihr Schreiben vom 04.06.2019, Aktenzeichen I A 2.9

Anlagen:

Standards der Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e. V. zur gesetzlichen Regelung der Fixierung Gefangener vom Juli 2019

Sehr geehrter Herr Wissenbach,

die Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e. V. bedankt sich für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zum Entwurf eines Hessischen Gesetzes zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht.

Korrespondenzadresse: 1. Vorsitzender Rolf Jacob, Leinestraße 111, 04279 Leipzig

Der Verein ist eingetragen beim AG Bonn, VR 3603,
vertretungsberechtigt zwei Vorstandsmitglieder, eines dieser Mitglieder muss entweder die/der 1. Vorsitzende oder
die/der 2. Vorsitzende sein

Weitere Informationen finden Sie unter www.bvaj.de

Aufgrund der Vielzahl entsprechender Gesetzgebungsvorhaben in den anderen Bundesländern hat die Bundesvereinigung allgemeingültige Standards für eine gesetzliche Regelung zur Fixierung von Gefangenen erarbeitet.

Ich erlaube mir, Ihnen diese in der Anlage als Stellungnahme der Bundesvereinigung mit der Bitte um Berücksichtigung beim Gesetzgebungsvorhaben zu übersenden.

Mit freundlichen Grüßen



Rolf Jacob
1. Vorsitzender

Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug e.V.

bvaj e.V. - Leinestraße 111 - 04279 Leipzig

Vorstand

Rolf Jacob Leinestraße 111 Tel.Nr. 0341/8639 -110 rolf.jacob@jval.justiz.sachsen.de	1. Vorsitzender 04279 Leipzig Fax-Nr. 0341/8639-105
Yvonne Radetzki Boostedter Straße 30 Tel.Nr. 04321/4907-100 yvonne.radetzki@jvanm.landsh.de	2. Vorsitzende 24534 Neumünster Fax-Nr. 04321/4907-214
Hadmut Birgit Jung-Silberreis Holzstraße 29 Tel.Nr. 0611/414 -1001 hadmutbirgit.jung-silberreis@jva-wiesbaden.justiz.hessen.de	3. Vorsitzende 65197 Wiesbaden Fax-Nr. 0611/414-1005
Gerhard Weigand Marktplatz 1 Tel.Nr. 09553/17-100 gerhard.weigand@jva-ebra.bayern.de	Schriftführer 96157 Ebrach Fax-Nr. 09553/17-499
Rüdiger Werner Oststraße 2 Tel.Nr. 0355/4888 -103 Ruediger.Werner@justizvollzug.brandenburg.de	Schatzmeister 03052 Cottbus Fax-Nr. 0355/4888-222

Leipzig, im Juli 2019

Standards zur gesetzlichen Regelung der Fixierung Gefangener

Fixierung ist eine besondere Form der Fesselung, vollzugsrechtlich dem dogmatischen Bereich der besonderen Sicherungsmaßnahmen zuzuordnen. Als Eingriffsvoraussetzungen kommen daher nur akute und konkrete Gefahren in der Person des Gefangenen in Betracht und es gilt in besonderer Weise der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Als intensivste Form der Fesselung kommt die Anwendung einer Fixierung nur als „ultima ratio“ in Betracht.

Auslösende Gefahrenmomente können folgerichtig nur im Zusammenhang mit einer Selbstgefährdung stehen. Bei Fremdgefährdung dürften andere Sicherungsmaßnahmen ausreichend sein (Einzelhaft, besonders gesicherter Haftraum).

Die Anordnungskompetenz muss sachgerechter Weise im Sinne einer Eilanordnung bei der Anstaltsleitung verbleiben, um klare Anordnungshierarchien zu schaffen. Die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hinsichtlich der Zeitdauer einer kurzfristigen Fixierung, welcher einer gerichtlichen Anordnung oder Genehmigung nicht bedarf, sind einzuhalten.

Korrespondenzadresse: 1. Vorsitzender Rolf Jacob, Leinestraße 111, 04279 Leipzig

Der Verein ist eingetragen beim AG Bonn, VR 3603,
vertretungsberechtigt zwei Vorstandsmitglieder, eines dieser Mitglieder muss entweder die/der 1. Vorsitzende oder
die/der 2. Vorsitzende sein

Weitere Informationen finden Sie unter www.bvaj.de

Es bedarf aber auch zur Vermeidung missbräuchlicher Anwendung einer klaren Regelung dafür, welcher Zeitraum als kurzfristig anzusehen ist.

Zur Definition des Merkmals der Unverzüglichkeit bei der Einholung der gerichtlichen Entscheidung bedarf es einer klaren Festlegung, zu welchen Zeiten beim Gericht ein entsprechender Bereitschaftsdienst einzurichten ist. Die Bundesvereinigung teilt grundsätzlich die Auffassung, dass es eines nächtlichen Bereitschaftsdienstes nicht bedarf. Indessen wird ein Erfordernis eines gerichtlichen Bereitschaftsdienstes werktags sowie an Wochenenden jedenfalls bis in die Abendstunden hinein gesehen. Wenn der Antrag auf richterliche Entscheidung dann unterbleiben kann, weil die Fixierung vor Erreichbarkeit der richterlichen Entscheidung beendet werden ist, entstünde bei einem nur tagdienstlichen Bereitschaftsdienst ein zu langer Zeitraum, über den eine Fixierung vorläufig ohne richterliche Entscheidung aufrechterhalten werden könnte. Als sinnvoll wird durch die Bundesvereinigung die Erreichbarkeit zur Herbeiführung einer richterlichen Entscheidung bis 21:00 Uhr angesehen. Gleichwohl regt die Bundesvereinigung darüber hinaus an, angesichts der Schwere des Grundrechtseingriffs die Zeit bis zur Erreichung einer richterlichen Entscheidung so kurz wie möglich zu halten und aufgrund dessen zu prüfen, ob nicht die Schaffung eines entsprechenden Bereitschaftsdienstes auch zur Nachtzeit normiert werden sollte.

Personalbedarfe sind dabei nicht nur bei den Gerichten zu sehen, sondern es muss auch im Justizvollzug eine hinreichende personelle Ausstattung beim ärztlichen Dienst, beim Krankenpflegedienst, aber auch bei dem die Überwachung sicherstellenden allgemeinen Vollzugsdienst normiert sein. Die personellen Kapazitäten müssen dafür zeitnah geschaffen werden.

Zur Frage der beruflichen Qualifikation der überwachenden Bediensteten ist es als vorzugswürdig anzusehen, mit der ständigen und unmittelbaren Überwachung der Fixierung - zwingend in Form einer Sitzwache - medizinisch geschultes Krankenpflegepersonal zu betrauen. Ärztlicherseits umfassend eingewiesenes Personal des allgemeinen Vollzugsdienstes kann jedoch ebenfalls als ausreichend angesehen werden. Zu Umfang der Schulung und Einweisung sollten indessen konkretere Regelungen getroffen werden, ansonsten birgt dies das Risiko, dass Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes ohne ausreichende Grundkenntnisse mit derartigen Überwachungstätigkeiten möglicherweise überfordert werden. Die Zeitabstände der ärztlichen Kontrolle sollten festgeschrieben werden

Die Verweise auf anzuwendendes Verfahrensrecht (FamFG) müssten möglichst konkret und auf bestimmte Vorschriften beschränkt sein. So sollte klar sein, dass eine Anhörung eines fixierten Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt erfolgt, auch sollte die Frage der Verfahrenspflegerbestellung geklärt sein.

In der Vollzugspraxis dürften regelmäßig Eilfälle gemäß § 332 FamFG vorliegen, die im Wege der einstweiligen Anordnung zu entscheiden sind. Für diese Fälle kann die erforderliche Anhörung des Betroffenen sowie die ebenfalls erforderliche Verfahrenspflegerbestellung nach der Entscheidung nachgeholt werden. Verfahrensunsicherheiten ergeben sich indessen durch § 317 Abs. 4 FamFG, wonach von einer Verfahrenspflegerbestellung abgesehen werden kann, wenn der betroffene Gefangene verteidigt ist. In der Situation der Untersuchungshaft dürfte dies regelmäßig der Fall sein, Zweifelsfälle ergeben sich für die Strafhaft und die Sicherungsverwahrung. Darüber hinaus erscheint es als sinnvoll, § 319 Abs. 5 FamFG vom pauschalen Verweis auf die Verfahrensregelung auszunehmen.

Eine eindeutige und leicht handhabbare Zuständigkeitsbestimmung für die gerichtliche Entscheidung ist aufgrund Orts- und Sachnähe zu der zu treffenden Entscheidung beim örtlichen Amtsgericht praxisnah, sachgerecht und sinnvoll. Ein Auseinanderdriften von Entscheidungskompetenzen je nach Verfahrensstand ist zu vermeiden. Mit der erfolgten bundesrechtlichen Änderung des §§ 126 StPO kann diese Verfahrensregelung auch für die Untersuchungshaft Anwendung finden.

gez. Rolf Jacob
1.Vorsitzender



Nr. 4/2019

15. Juli 2019

Schriftliche Anhörung des Rechtspolitischen Ausschusses und des Unterausschusses Justizvollzug des Hessischen Landtags zu dem Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Hessisches Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht, Drucks. 20/627

Sehr geehrte Mitglieder des Rechtspolitischen Ausschusses und des Unterausschusses Justizvollzug im Hessischen Landtag,

der Deutsche Richterbund, Landesverband Hessen e.V., bedankt sich für die Gelegenheit, zu dem Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und Bündnis 90/die Grünen im hessischen Landtag für ein Gesetz zur Neugestaltung der Fixierungsvorschriften im Justizvollzugsrecht (Drucksache 20/627) Stellung nehmen zu können. Durch die Neuregelung sollen die Vollzugsvorschriften des Landes an die vom Bundesverfassungsgericht formulierten Maßstäbe für Fixierungen angepasst werden.

A. Tenor der Stellungnahme

Der Richterbund Hessen begrüßt, dass im Rahmen der Zuständigkeit des Landesgesetzgebers Regelungen für Fixierungen während des Vollzugs von Jugend- und Freiheitsstrafen, der Untersuchungshaft, der Sicherungsverwahrung, der Therapieunterbringung sowie der ausländerrechtlichen Freiheitsentziehungen geschaffen werden sollen.

Der Richterbund Hessen sieht unter Berücksichtigung der Schwere des Eingriffs in die persönliche Freiheit und der mit einer Fixierung verbundenen körperlichen und seelischen Belastung für die Gefangenen bzw. Untergebrachten Ergänzungs- und Klarstellungsbedarf.

Dieser besteht insbesondere bei der Bestimmung der Eingriffsvoraussetzungen („Aufhebung der Bewegungsfreiheit“), den Voraussetzungen, unter denen eine richterliche Anordnung entbehrlich ist, und bei der Beteiligung des psychologischen Dienstes bzw. eines psychiatrisch erfahrenen Arztes an der Fixierungsmaßnahme.

Nach Auffassung des Richterbundes Hessen besteht weiterer Regelungsbedarf für das Hessische Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) und das Hessische Gesetz über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (MVollzGHE).

B. Allgemeines

Das Bundesverfassungsgericht hat am 24. Juli 2018 (Az.: 2 BvR 309/15 und 502/16) entschieden, dass Fixierungsmaßnahmen (jedenfalls 5- bzw. 7-Punkt-Fixierungen) von nicht nur kurzfristiger Dauer, die im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den jeweiligen Landesgesetzen erfolgen, dem Richtervorbehalt unterliegen. Aus dem Urteil ist ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf erwachsen. Bereits kurze Zeit nach der Verkündung sind erste Entscheidungen der hessischen Gerichte zu Fixierungsmaßnahmen in Einrichtungen des Justizvollzugs ergangen, die den akuten Regelungsbedarf aufgezeigt haben.¹

Es ist daher uneingeschränkt zu begrüßen, dass im Rahmen der ausschließlichen Zuständigkeit des Landesgesetzgebers für die Gesetzgebung auf dem Gebiet des Strafvollzugs die rechtlichen Rahmenbedingungen bei Fixierungsmaßnahmen definiert werden sollen.

Der Bundesverband des Deutschen Richterbundes hat bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen vom 19. Juni 2019 (BGBl. I 840) darauf hingewiesen, dass es durchaus schwierig ist, die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts auf Regelungen im Justizvollzug zu übertragen. Ein identischer Prüfungsmaßstab für Fixierungen auf der Grundlage öffentlich-rechtlicher Unterbringung auf der einen und bei solchen im Vollzug von Haft auf der anderen Seite kann kaum zugrunde gelegt werden, weil

¹ Vgl. LG Darmstadt, Beschluss vom 06. September 2018 – 3a StVK 1314/18; AG Gießen, Beschluss vom 11. Oktober 2018 – 237 XIV 303/18 L; OLG Frankfurt, Beschluss vom 13. November 2018 – 3 Ws 847/18 StVollz (entgegen OLG Hamm, Beschluss vom 20. November 2018 – 1 Vollz (Ws) 391/18; Saarländisches Oberlandesgericht Saarbrücken, Beschluss vom 02. November 2018 – Vollz (Ws) 16/18); LG Kassel, Beschluss vom 25. Februar 2019 – 2 StVK 178/18.

die jeweilige Freiheitsentziehung auf unterschiedlichen Grundlagen beruht. Voraussetzung einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung ist stets, dass der oder die Betroffene an einer psychischen Erkrankung leidet, dass eine hiermit im Zusammenhang stehende Gefahrenlage besteht und dass durch die im Rahmen der Unterbringung erfolgende Behandlung die Erwartung der Beseitigung der Gefahr und damit der Beendigung des Freiheitsentzuges besteht. Der Vollzug von Haft beruht demgegenüber auf keiner dieser Prämissen,² während Maßregelvollzug, Therapieunterbringung und Sicherungsverwahrung auch psychotherapeutische Vollzugsziele verfolgen.

Die vorliegende Neuregelung deckt dabei nach unserer Auffassung den Vollzug in Vollzugsanstalten im engeren Sinne ab. Eine ausdrückliche Erstreckung auf die Therapieunterbringung und den Vollzug ausländerrechtlicher Freiheitsentziehungen dürfte nach den verfassungsrechtlich unproblematischen dynamischen Verweisungsklauseln der § 7 HAGThUG und § 3 VaFG entbehrlich sein.

Allerdings genügt auch § 34 MVollzGHE, der die besonderen Sicherungsmaßnahmen im Maßregelvollzug behandelt, in seiner gegenwärtigen Fassung nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen; eine Anpassung der Fixierungsanordnungen im Bereich der haftvertretenden Unterbringung in der forensischen Psychiatrie ist daher dringend erforderlich. Vergleichbar dringender Regelungsbedarf besteht auch bei § 21 PsychKHG.³

C. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

I. Tatbestandliche Voraussetzungen der Fixierung im Allgemeinen

Bei der Beschreibung der für die Anordnung einer Fixierung erforderlichen Gefahrenlage ist es zu begrüßen, dass der Landesgesetzgeber den Anwendungsbereich der Eingriffsnorm auf die Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr einer erheblichen Selbstverletzung oder Selbsttötung des oder der Gefangenen/Untergebrachten einschränken will. Damit weicht der Entwurf in grundrechtsschonender Weise von § 171a Abs. 1 StVollzG und § 21 Abs. 1 S. 1 PsychKHG ab. Ebenfalls ist positiv zu werten, dass die Fixierung im Vollzug – anders als (noch) nach § 21 Abs. 1 S. 1 PsychKHG – nur zulässig sein soll, wenn sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich ist. Sinnvoll ist auch, dass die Gefahr als „gegenwärtig“

² Deutscher Richterbund, Stellungnahme Nr. 4/2019, www.drb.de/positionen/stellungnahmen/.

³ Vgl. dazu AG Fulda, Beschluss vom 18. Juni 2019 - 87 XIV 280/19 L, 87 XIV 281/19 L.

umschrieben wird und damit klargestellt ist, dass die Fixierung auf eine akute Krisenintervention begrenzt ist.

Bei der vorgesehenen Definition der Fixierung als Aufhebung der Bewegungsfreiheit sollte der Landesgesetzgeber vor allem klarstellen, welche Arten der Fesselung als Fixierung anzusehen sind bzw. auf welche Weise die Bewegungsfreiheit aufgehoben sein muss, damit eine Fesselung als „Fixierung“ anzusehen ist. Andernfalls könnte eine Auslegungsunsicherheit entstehen, die zu Lasten der Grundrechte der Betroffenen geht. Die räumliche Fortbewegungsfreiheit ist schon dann aufgehoben, wenn bei einer Fesselung an den Händen und beiden Füßen jeder Entfernungsversuch vereitelt ist. Andererseits sind selbst bei einer 9-Punkt-Fixierung Muskelbewegungen noch möglich. Es handelt sich hierbei auch nicht um ein theoretisches Problem, wie der aktuelle Beschluss des Landgerichts Kassel vom 25. Februar 2019 zur „Hamburger Fessel“ zeigt und in dem das Gericht das Vorliegen einer der gerichtlichen Anordnung unterliegende Fixierung bei dieser Fesselungsart verneint hat, obwohl damit jedes Verlassen des gesicherten Krankenbettes unmöglich war.⁴ Auslegungsunsicherheiten dürften noch dadurch verstärkt werden, dass die geplante Neufassung des § 50 Abs. 5 des Hessischen Strafvollzugsgesetzes (HStVollzG) bzw. die entsprechenden Regelungen in den Parallelgesetzen suggerieren könnten, dass jede Fesselung, die nicht nur an den Händen oder an den Füßen erfolgt, eine Fixierung ist.⁵ Auslegungszweifel dürften auch daraus erwachsen, dass in der juristischen Kommentarliteratur zu § 88 StVollzG die Fesselung ebenfalls als Aufhebung der persönlichen Bewegungsfreiheit beschrieben wird,⁶ ohne dass graduell weniger einschneidende Fesselungsarten und ihre Beziehung zur persönlichen Bewegungsfreiheit erörtert werden.

II. Ausschluss der Fixierung bei Ausführung, Vorführung oder Transport

Es ist zu hinterfragen, ob der Ausschluss jedweder Fixierung aufgrund einer Fremdgefährdungslage oder Entweichungsgefahr bei Ausführung, Vorführung oder Transport vollzugspraktischen Anforderungen genügt. Ergibt sich die Fixierungsnotwendigkeit erst nach Verlassen der Anstalt, dürfte es an den in der Anstalt verfügbaren grundrechtsschonenderen Möglichkeiten, selbst- und fremdaggressives Verhalten zu unterbinden, insbesondere an einem besonders gesicherten Raum, regelmäßig fehlen. Der Gesetzgeber sollte daher in § 50 Abs. 4 HStVollzG bzw. den Parallelgesetzen erwägen, die Fixierung unter den in § 50 Abs. 4 HStVollzG genannten Voraussetzungen

⁴ Vgl. LG Kassel, Beschluss vom 25. Februar 2019 – 2 StVK 178/18.

⁵ Vgl. hierzu jüngst OLG Düsseldorf, Beschluss vom 01. April 2019 – 5 Ws 50/19 (ablehnend).

⁶ Vgl. BeckOK Strafvollzug Bund/Bartel, 15. Ed. 1.2.2018, StVollzG § 88 Rn. 41.

zuzulassen, wenn die Notwendigkeit der Fixierung erst während Ausführung, Vorführung oder Transport eintritt. Auch auf das potenzielle Spannungsverhältnis zu dem über die Verweisung auf § 312 Nr. 2 und 4 FamFG anwendbaren § 322 FamFG sei hingewiesen.

III. Auswirkungen auf die Befugnisse nach PsychKHG und MVollzGHE

Durch die grundrechtsfreundliche Einschränkung der Fixierungsvoraussetzungen in den Vollzugsgesetzen entsteht ein systematischer Bruch zwischen § 21 Abs. 1 S. 1 PsychKHG, § 34 MVollzGHE und den Fixierungsermächtigungen nach dem Hessischen Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz (HSV VollzG) und dem Hessischen Ausführungsgesetz zum Therapieunterbringungsgesetz (HAGThUG).

Während die Fixierung nach § 21 PsychKHG bzw. § 34 MVollzGHE auch bei Fremdgefährdung zulässig ist, soll diese im Anwendungsbereich des vorliegenden Entwurfs nicht mehr zulässig sein. Dabei ist der Maßregel- und Sicherungsvollzug ebenso wie die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKHG auch therapeutisch ausgerichtet (§ 4 HSV VollzG, § 4 HAGThUG, § 136 f. StVollzG). Die Fixierung sollte daher in allen therapeutisch ausgerichteten Einrichtungen auch vergleichbaren Anforderungen unterliegen. Zwar verfügen Einrichtungen für Sicherungsverwahrung gegebenenfalls über bessere Möglichkeiten der Unterbindung fremdaggressiven Verhaltens (besonders gesicherter Raum, andere Arten der Fesselung) als allgemeinpsychiatrische Krankenhäuser. Es ist verfassungsrechtlich jedoch nicht tragfähig, weitergehende Beschränkungen der persönlichen Freiheit in allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern als im Straf- und Sicherungsvollzug auf mögliche Ausstattungsdefizite psychiatrischer Krankenhäuser zu stützen. Ferner ist im Maßregelvollzug nach dem MVollzGHE ein Zurückbleiben beim Grundrechtsschutz hinter den allgemeinen Vollzugsgesetzen nicht statthaft.

Der hessische Landesgesetzgeber sollte daher den grundrechtsschonenden Ansatz der hessischen Vollzugsgesetze auf die Regelung des § 21 Abs. 1 S. 1 PsychKHG und § 34 MVollzGHE übertragen, gegebenenfalls einhergehend mit verbesserten Vorgaben für die personelle und sachliche Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass § 21 Abs. 1 S. 1 PsychKHG schon die Einschränkung der Bewegungsfreiheit als Fixierung einordnet, während § 34 MVollzGHE überhaupt keine ausdrückliche Regelung zu Fixierungen enthält und als besondere Sicherungsmaßnahme nur die „Fesselung“ vorsieht. Bei der ebenfalls erforderlichen Anpassung von § 21 PsychKHG und § 34 MVollzGHE an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts

sollte auf eine systematisch widerspruchsfreie Vereinheitlichung der Fixierungsvoraussetzungen nach PsychKHG, MVollzGHE und den vom vorliegenden Entwurf erfassten Vollzugsgesetzen besonderes Augenmerk gelegt werden.

IV. Selbstgefährdung und freier Wille

Der Richterbund Hessen befürwortet nach dem Vorstehenden die grundrechtsschonende Ausrichtung der Eingriffsvoraussetzungen. Wir möchten hierzu aber abschließend zu bedenken geben, dass unter dem aus dem grundgesetzlichen Schutz der allgemeinen Handlungsfreiheit herzuleitenden Primat der Willenshoheit es geboten sein könnte, die Fixierung bei Vorliegen einer Gefahr zur Selbstschädigung nur zuzulassen, wenn der Betroffene zu einer freien Willensbildung nicht in der Lage ist. Ergänzend verweisen wir dazu auf die ausführliche Stellungnahme des Bundesverbandes des Deutschen Richterbundes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen vom 19. Juni 2019 (BGBl. I 840).⁷

Dabei erscheint die Annahme, dass ein entsprechender Mangel der Willensbildung durch eine festgestellte oder drohende Selbstschädigungshandlungen unter den besonderen Einschränkungen der Haft bzw. Unterbringung indiziert ist, verfassungsrechtlich vertretbar zu sein. Bei festgestellter klar eigenverantwortlicher Entscheidung bedürfte jedoch der vorliegende Entwurf der verfassungskonformen einschränkenden Auslegung, sodass eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber im vorliegenden Entwurf vorzugswürdig erscheint.

V. Sitzwache

Bei der Regelung der Sitzwache bleibt der Entwurf nur scheinbar hinter § 171a Abs. 4 S. 2 StVollzG zurück, da sich das Erfordernis ständigen Sicht- und Sprechkontakts im HStVollzG aus dem Begriff der „Sitzwache“ selbst ableiten lässt.

Auf die vom Bundesverband des Deutschen Richterbundes⁸ geäußerten Bedenken daran, dass die Sitzwache durch geschulte Vollzugsbeamte statt durch mit einem besonderen Abschluss ausgewiesenes therapeutisches und pflegerisches Personal durchgeführt werden soll, weisen wir ausdrücklich hin. Ob die laut Entwurfsbegründung geringere ärztliche

⁷ S. oben Fußnote 2.

⁸ S. oben Fußnote 2.

Prägung des Vollzugs im Vergleich zu psychiatrischen Einrichtungen als (ausstattungsbedingtes) Differenzierungskriterium ausreicht, um hinter den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes zurückzubleiben, erscheint zweifelhaft.

VI. Anordnungsbefugnis der Fixierung bei Gefahr im Verzug

Hinsichtlich der Anordnungsbefugnis bei Gefahr im Verzug regt der Richterbund Hessen an, den Kreis der „anderen“ Bediensteten entsprechend § 171a Abs. 3 S. 1 StVollzG auf „zuständige“ andere Bedienstete zu begrenzen, um die Anstalten anzuhalten, den Kreis der Anordnungsbefugten auf einen engeren Kreis von geschulten Bediensteten zu beschränken.⁹

VII. Gerichtliche Entscheidung über Anordnung oder Fortdauer der Fixierung

Der Richterbund Hessen weist darauf hin, dass im Entwurf eine dem § 171a Abs. 3 S. 5 StVollzG entsprechende Regelung über die Voraussetzungen, unter denen eine gerichtliche Entscheidung nicht erforderlich ist, fehlt. Der in § 171a Abs. 3 S. 5 StVollzG geregelte Verzicht auf eine richterliche Entscheidung folgt unter den dort genannten Umständen aber zwingenden verfassungsgerichtlichen Vorgaben. In der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts heißt es „Eine richterliche Entscheidung ist nicht (mehr) erforderlich, wenn bereits zu Beginn der Maßnahme abzusehen ist, dass die Entscheidung erst nach Wegfall des Grundes der Maßnahme ergehen wird, oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet und auch keine Wiederholung zu erwarten ist. In einem solchen Fall würde der Betroffene durch die Einhaltung des Verfahrens nach Art. 104 Abs. 2 GG nicht besser, sondern schlechter gestellt, weil eine sachlich nicht mehr gerechtfertigte Freiheitsentziehung durch die Notwendigkeit einer nachträglichen richterlichen Entscheidung verlängert würde. Auch die nachträgliche richterliche Entscheidung nach Art. 104 Abs. 2 Satz 2 GG hat die Fortdauer der Freiheitsentziehung zum Gegenstand und dient nicht allein der nachträglichen Überprüfung der nichtrichterlichen Anordnung einer Freiheitsentziehung, die sich erledigt hat.“¹⁰

Fehlt eine § 171a Abs. 3 S. 5 StVollzG entsprechende Regelung dürfte dies zu großer Unsicherheit über das weitere Vorgehen sorgen, denn es bleibt unklar, ob der Antrag

⁹ Siehe BT-Drucks. 19/10243, S. 21.

¹⁰ BVerfG, Urteil vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, Rn. 101.

zurückzunehmen, faktisch erledigt, zurückzuweisen oder durch förmlichen Einstellungsbeschluss durch das Gericht zu bescheiden ist. Im für die fixierte Person ungünstigsten Fall kann sich dadurch die Dauer der Fixierung bis zu einer richterlichen Entscheidung verlängern, obwohl die Voraussetzungen weggefallen sind. Eine Ergänzung des Gesetzentwurfes halten wir daher an dieser Stelle für unverzichtbar.

Eine § 171a Abs. 3 S. 6 StVollzG entsprechende Regelung ist – auch im Haushaltsinteresse – zur Vermeidung unnötiger, die diensthabenden Kolleginnen und Kollegen belastender Dienstgänge ebenfalls wünschenswert.

VIII. Ärztliche Beteiligung vor und nach der Fixierungsanordnung

Aus Sicht des Richterbundes Hessen ist es sehr zu begrüßen, dass auch vor Anordnung einer kurzfristigen Fixierung oder deren Beantragung regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme zur Unerlässlichkeit der Fixierung einzuholen ist und dies nur bei Gefahr im Verzug nachgeholt werden kann. Auch die beabsichtigte mindestens tägliche Pflicht zur Kontrolle und Stellungnahme durch den ärztlichen Dienst im Falle nicht nur kurzfristiger Fixierungen ist uneingeschränkt zu befürworten.

Weitergehend schlagen wir vor, dass im Gesetzentwurf aufgenommen werde, dass die (ohnein zu dokumentierende) ärztliche Stellungnahme Aussagen zur Fixierungsfähigkeit, zur Fähigkeit der fixierten Person zur freien Willensentschließung, zur Unerlässlichkeit der Fixierung und zu deren voraussichtlich erforderlichen Dauer enthalten soll.

Weiter halten wir aufgrund der durch die Selbstbeschädigung indizierten akutpsychiatrischen Symptomatik zusätzlich die Hinzuziehung des psychologischen Dienstes regelmäßig vor der Fixierungsanordnung und zwingend während der Fixierung für geboten, wenn nicht schon die ärztlichen Stellungnahmen von einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie abgegeben werden.

Dies ist umso wichtiger, als nach der Neuregelung des § 321 Abs. 2 FamFG, auf die der Entwurf über den § 312 Nr. 2 und 4 FamFG verweist, im Hauptsacheverfahren ein Sachverständigengutachten nicht mehr erforderlich sein soll und es im Eilverfahren nach der Neufassung des § 331 S. 1 Nr. 2 FamFG auf das Vorhandensein ärztlicher Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie für die Erteilung des gerichtlich anzufordernden ärztlichen

Zeugnis nicht ankommt. Hiergegen sind seitens des Bundesverbandes des Deutschen Richterbundes¹¹ fundierte Einwände erhoben worden.

Im Extremfall bedeutet dies, dass die Entscheidung, ob einer psychischen Ausnahmesituation von Gefangenen/Untergebrachten mit einer psychisch sehr belastenden Fixierungsmaßnahme begegnet werden muss, ohne Einschätzung eines/einer auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Arztes/Ärztin getroffen werden kann. Dies kann nicht richtig sein.

Da sich der Landesgesetzgeber zu einem grundrechtsschonenden Ansatz gerade in Anerkennung der psychischen Schwere der Belastungen bekennt und die Fixierung unter den Vorbehalt der Unerlässlichkeit und der gegenwärtigen Gefahr der Selbstschädigung stellt, sollte er sicherstellen, dass diese Voraussetzungen auch fachpsychiatrisch zutreffend festgestellt sind, um den hohen Grundrechtsstandard nicht zu unterhöhlen.

IX. Dokumentations- und Hinweispflicht

Die über § 171a Abs. 5 StVollzG deutlich hinausgehenden Dokumentations- und Hinweispflichten sind ohne Einschränkung zu begrüßen; sie dürften der Akzeptanz und Überprüfbarkeit der Anordnung durch betroffene Gefangene/Untergebrachte und damit der Vermeidung unnötiger Überprüfungsverfahren dienen. Zudem dürfte die Dokumentation auch die Grundlage für die gerichtliche Entscheidung über Fortdauer oder Aufhebung der Maßnahme und für eine nachträgliche Überprüfung verbessern.

X. Gerichtliche Zuständigkeit – Auswirkungen auf die Justiz

Der Richterbund Hessen hat zur Kenntnis genommen, dass der Bundesgesetzgeber mit § 121a StVollzG die Weichen dafür gestellt hat, Verfahren vorheriger richterlicher Genehmigungen bei Maßnahmen im Vollzug den Amtsgerichten zu übertragen.

Im Rahmen dieser Zuständigkeitsübertragung dürfte einer Unterbewertung in PebbSy noch abzuhelpen sein, denn die PebbSy-Basiszahlen sind für Fixierungssachen, je nachdem, ob das Geschäft beim Amts- oder Landgericht geführt wird, unterschiedlich hoch. Werden die Fixierungssachen den Amtsgerichten zugewiesen, sind diese dem PebbSy-Geschäft RA 360 mit einer Basiszahl von 104 Minuten zuzuordnen. Werden die Fixierungssachen dagegen

¹¹ S. oben Fußnote 2.

den Landgerichten zugewiesen, sind diese dem Pebb§y-Geschäft RL 220 mit einer Basiszahl von (wohl zutreffenden) 219 Minuten zuzuordnen. Ein sachlicher Grund für die Unterscheidung ist nicht erkennbar.

Der Richterbund Hessen begrüßt, dass der Entwurf einen Bedarf von mindestens 18 zusätzlichen Richterstellen und 18 zusätzlichen nachgeordneten Stellen anerkennt. Der Richterbund Hessen hält aber auch eine Aussage über die Anzahl der zu schaffenden R2-Stellen für geboten und es auch für erforderlich, diese Zahl in das Verhältnis zu den neu zu schaffenden R1-Stellen zu setzen.

Der Richterbund Hessen weist darauf hin, dass kurzfristig insgesamt eine Quote von mindestens Pebb§y 100% anzustreben ist, auch um unvorhergesehenen Mehrbedarf an Personal aufgrund geänderter verfassungsgerichtlicher Vorgaben kurzfristig ohne Einbußen bei der Leistungsfähigkeit der Justiz aufzufangen. Aus welchem Grund die Landesverwaltung weiterhin die nach dem eigenen Personalbedarfsbemessungssystem erforderliche Personaldichte nicht zur Verfügung stellt, ist für den Richterbund Hessen nicht nachvollziehbar.

D. Beschlusslage des Richterbundes Hessen

Der Gesamtvorstand des Richterbundes Hessen hat bereits am 5. September 2018 folgenden Beschluss gefasst:

1. Der durch die Entscheidung des BVerfG zur richterlichen Eilzuständigkeit von Fixierungen als ärztliche Maßnahme entstehende Mehrbedarf an richterlichem Personal muss in vollem Umfang durch neu zu schaffende Stellen ausgeglichen werden, ohne dass dies zulasten der bereits durch den Landesgesetzgeber bewilligten Mehrstellen geht.
2. Der richterliche Bereitschafts- bzw. Eildienst muss – wie bei anderen Berufsgruppen, die Bereitschafts- bzw. Eildienste leisten – in vollem zeitlichem Umfang in die Pebb§y-Berechnungen einfließen und übernommen werden ohne Rücksicht auf das zahlenmäßige Fallaufkommen. Das heißt eine Stunde Bereitschafts- bzw. Eildienst muss 60 Pebb§y-Minuten entsprechen.
3. Die Ausweitung der richterlichen Bereitschafts- und Eildienste geht zulasten der rechtsprechenden Tätigkeit in der Zivil- und Strafgerichtsbarkeit. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, alle Möglichkeiten zu nutzen, richterliche Eilzuständigkeit in der dienstfreien Zeit auf das verfassungsmäßig zwingend gebotene Maß zu begrenzen.

4. Wir fordern die Landesjustizverwaltung auf, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Kolleginnen und Kollegen durch richterliche Eildienste nicht übermäßig belastet werden. Dies gilt insbesondere für kleine Amtsgerichte. Andernfalls sieht der Richterbund Hessen eine große Gefahr für die Vereinbarkeit von Familie und Richterberuf sowie die Attraktivität des Richterberufs im Hinblick auf die Nachwuchsgewinnung.

An dieser Beschlusslage hält der Richterbund Hessen auch im Rahmen dieser Stellungnahme fest.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Johannes Schmidt

Stellvertretender Landesvorsitzender

Der Deutsche Richterbund ist mit ca. 17.000 Mitgliedern in 25 Landes- und Fachverbänden (bei bundesweit 25.000 Richtern und Staatsanwälten insgesamt) der mit Abstand größte Berufsverband der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte in Deutschland.

Kontakt:

Dr. Johannes Schmidt
Stellvertretender Landesvorsitzender
Richterbund Hessen
c/o Amtsgericht Frankfurt am Main
Gerichtsstraße 2, 60313 Frankfurt am Main
Tel. 069 – 1367 - 2039

Medizinisches Competence-Center Nordhessen
Zentralkrankenhaus bei der Justizvollzugsanstalt Kassel I
Theodor-Fließner-Str. 12 • D-34121 Kassel

Aktenzeichen: 24.1 M

Bearbeiter/in: Dr. Alexandra Zirk

Durchwahl: 380

Fax: 3 11

E-Mail: Alexandra.Zirk@JVA-Kassel1.Justiz.Hessen.de

Datum: 04.07.2019

An den hessischen Landtag
Den Vorsitzenden des rechtspolitischen
Ausschusses
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

EINGEGANGEN

08. Juli 2019

Stellungnahme zum ~~Gesetzentwurf~~ ^{HESSISCHER LANDTAG} für die Erforderlichkeit von Fixierungen

1.

Für Psychiater und Psychotherapeuten ist es ein Dilemma. Auf der einen Seite steht das Recht auf Selbstbestimmung und auch auf Krankheit, auf der anderen das auf körperliche Unversehrtheit und Behandlung. Manchmal lässt sich dies nicht gleichzeitig erfüllen. Der einzige Grund einer Zwangsmaßnahme ist, den Menschen möglichst bald wieder in einen Zustand zu bringen, in dem er wieder selbstbestimmungsfähig ist.

Grundsätzlich ist die Fixierung nur die Ultima Ratio, wenn alle anderen Deeskalationsstrategien versagen und man keine andere Lösung für das Problem finden kann.

Eine zwangsweise Immobilisierung durch vorübergehendes Festhalten, Fixieren oder starke medikamentöse Sedierung ist angezeigt, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

- a) Die Notwendigkeit einer medizinischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, um vital gefährdende Zustände abzuwenden, der Patient aber nicht einwilligungsfähig ist und es keine Alternativen gibt.
- b) Selbstbeschädigung mit erheblicher gesundheitlicher Gefährdung.
- c) psychotische Ausnahmezustände und akute suizidale Zustände, die nicht anders beherrschbar sind.
- d) Selbstgefährdung durch psychische Ausnahmezustände wie z.B. Drogenintoxikationen, mit massiven Ängsten bis hin zur Suizidalität und delirante Patienten.

Im europäischen Vergleich fällt auf, dass andere Staaten mit stark erregten Patienten oft völlig anders umgehen, als es hier zu Lande der Fall ist. In Großbritannien sind Fixierungen beispielsweise unüblich. Dort halten die Pflegekräfte solche Patienten eher mit den Händen fest, anstatt sie am Bett festzubinden. Das ist manchmal schneller und effektiver als eine mechanische Fesselung, doch nicht in jedem Fall die beste Lösung: Opfer von sexueller Gewalt können die Haltetechniken mitunter als besonders bedrohlich empfinden. In Großbritannien wird auch häufiger als in Deutschland die sogenannte Isolierung eingesetzt. Dafür sperren britische Ärzte die stark erregten Patienten in einen reizarmen Raum, in dem diese sich dann aber frei bewegen können.

Die Maßnahme der Isolierung kennen wir im Vollzug auch. Dies wären dann besonders gesicherte Hafträume.

Eine Fixierung im Vollzug wird nur durchgeführt, wenn die vorgeschalteten Maßnahmen wie Isolierung und ggf. das Angebot einer beruhigenden Medikation dem Gefangenen nicht ausreichend Schutz vor sich selbst bieten können.

Fixierung mithilfe von Medikamenten („medikamentöse Fixierung“) durch Verabreichung entsprechender sedierender Substanzen wird demgegenüber – anders als in den USA und Großbritannien – in Deutschland weniger verwendet.

In Großbritannien und den USA werden stark sedierende Medikamente eingesetzt, die letztendlich wie eine „pharmakologische Zwangsjacke“ wirken.

Bei unklarer Gesundheitslage können stark sedierende Medikamente einen großen und irreparablen gesundheitlichen Schaden verursachen.

Entscheidend dafür, ob überhaupt eine Fixierung zulässig ist, ist die Frage, ob der Betroffene die Einsicht in den Grund, die Bedeutung und die Tragweite einer Behandlung oder deren Ablehnung entwickeln und im Weiteren auch entsprechend nach dieser Einsicht handeln kann. Die Einsichtsfähigkeit in den Grund einer medizinischen Behandlung ist ausgeschlossen, wenn der Betroffene nicht in der Lage ist, seine Defizite im Wesentlichen zutreffend einzuschätzen. Nur dann ist es ihm nämlich möglich, die für und gegen eine medizinische Behandlung sprechenden Umstände gegeneinander abzuwägen.

Die Situation im Vollzug stellt sich anders als in einer psychiatrischen Klinik dar. Im Vollzug würde man bei Fremdgefährdung durch Aggressivität und Gewalttätigkeit von einer Fixierung absehen. In diesem Fall ist es im Vollzug möglich auf andere Sicherungsmaßnahmen zurückzugreifen. Ein besonders gesicherter Haftraum wäre hier das Mittel der Wahl.

Suizidalität **ohne** akutes ausgeprägtes selbstverletzendes Verhalten kann mit der Unterbringung in einen kameraüberwachten Haftraum reguliert werden.

Aber nicht nur eine zu Unrecht vorgenommene Fixierung eines Patienten kann zivilrechtliche Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche zur Folge haben - auch das Unterlassen einer gebotenen Fixierung kann solche Ansprüche nach sich ziehen, da sie nach der ständigen Rechtsprechung eine Verletzung der Obhutspflicht darstellt. Hierzu hat beispielsweise das Oberlandesgericht Düsseldorf mit Urteil vom 11. September 2003 (Az. I-8 U 17/03, 8 U 17/03) ausgeführt, dass ein Krankenhaus mit der stationären Aufnahme eines Patienten auch Obhuts- und Schutzpflichten übernehme, um ihn im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren vor Schäden und Gefahren zu schützen, wenn sein körperlicher oder geistiger Zustand dies gebiete. Maßgebend sei, ob damit gerechnet werden müsse, dass er sich ohne Sicherungsmaßnahmen selbst schädigen könnte.

Vor diesem Hintergrund hat das OLG Bamberg am 1. August 2011 (Az. 4 U 197/09, Abruf-Nr. 120148) einen Anspruch auf Schadenersatz gegen eine Klinik bejaht, weil bei einem sturzgefährdeten Patienten keine ausreichenden Sicherungsmaßnahmen getroffen wurden. Dabei war ein Patient wegen eines Schlaganfalls multimorbide und akut sturzgefährdet. Sicherungsmaßnahmen wie Sedierung, Fixierung oder ständige Überwachung seien bei einer konkreten Gefährdung des Patienten kurzfristig erlaubt oder sogar geboten, um ihn zu schützen.

Dieses würde natürlich nicht nur für sturzgefährdete Patienten gelten, sondern auch für jeden anderen Patienten, der nicht in der Lage ist, seine Eigengefährdung zu verstehen.

Vor jeder Fixierung eines Patienten ist stets eine genaue Einzelfallprüfung notwendig - sowohl eine nicht erforderliche Fixierung als auch eine unterlassene gebotene Fixierung kann Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche auslösen.

Zudem sollten Zwangsmaßnahmen wie die Fixierung immer dem Gebot der Verhältnismäßigkeit gehorchen.

In der Medizin differenzieren wir aus diesem Grund Abstufungen bei Fixierungen: 1-Punkt-Fixierung mit Bauchgurt (bei Sturzgefährdung) bis zur 11-Punkt-Fixierung, welche den Kopf mit einbezieht.

Am häufigsten sind jedoch die 4-Punkt-Fixierung mit Festbinden aller Extremitäten und die 5-Punkt-Fixierung mit zusätzlichem Bauchgurt.

Häufig wird eine Strangulations- und Verletzungsgefahr bei nicht sachgerechter Durchführung der Fixierung beschrieben. Dieses kann mit kontinuierlicher Überwachung durch geschultes Personal verhindert werden. In einer Klinik oder einem Vollzugskrankenhaus ist dies durch Pflegekräfte, die im Umgang mit Fixierungen erfahren sind, gut umsetzbar. Bei Notfallfixierungen in einer JVA ohne ständige Präsenz einer Pflegekraft, wäre dies durch regelmäßige Schulungen der Bediensteten zu erreichen.

Zur Verhinderung einer Fixierung sollten im Vorfeld immer Deeskalationsmaßnahmen durchgeführt werden. Sehr viele schwierige Situationen können so entschärft und verhindert werden.

Zu den Deeskalationstechniken zählen verbale Techniken wie aktives Zuhören, Verzicht auf Provokationen, Stärkung des Selbstwertgefühls etc. und die nonverbale Kommunikation (Körpersprache, Mimik, Gestik). Die eskalierende bzw. deeskalierende Wirkung der Mitarbeitenden in gespannten Situationen wird durch eine Reihe von Faktoren bestimmt. Die nonverbale Kommunikation ist dabei mindestens genauso wichtig wie explizite verbale Interventionen (Ekman 1993). Nonverbale Kommunikation wird im Wesentlichen über die Mimik und Gestik ausgedrückt. Die Körperhaltung, einschließlich des Kopfes, spielt dabei eine große Rolle. Beispielsweise haben gesenkte Arme und offene Handflächen generell eine eher positive Ausstrahlung als der erhobene Arm.

Regelmäßige Schulungen in verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken sind eine wichtige Maßnahme zur Entschärfung kritischer Situationen sowie zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen.

2.

Abschließende Stellungnahme zur Entwurfsfassung des § 50 HStVollzG besondere Sicherungsmaßnahmen

Zu Absatz 2

Hierzu: Eine Fixierung ist nur zulässig soweit und solange dies zur Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr der erheblichen Selbstverletzung oder Selbsttötung von Gefangenen unerlässlich ist.

Gewalttätiges oder aggressives Verhalten von Gefangenen kann im Vollzug mit anderen Sicherungsmaßnahmen begegnet werden. Gefangene können zum Beispiel in einen besonders gesicherten Haftraum verlegt werden. Eine Fixierung ist bei Fremdgefährdung im Vollzug, anders als in einer Klinik, nicht notwendig.

Bei Selbsttötungsgefahr ohne die Gefahr der Selbstverstümmelung wäre die Unterbringung in einem kameraüberwachtem Haftraum ausreichend.

Die Fixierung ist aus medizinischer Sicht im Vollzug nur dann notwendig, wenn eine erhebliche Gefahr der Selbstverletzung oder einer Selbsttötungsgefahr mit starken Handlungsimpulsen vorliegt.

Zu Absatz 4

Bei Ausführung, Vorführung oder beim Transport von Gefangenen, deren Eignung für vollzugsöffnende Maßnahmen nach §13 Abs. 3 Satz 1 nicht festgestellt ist, ist die Fesselung, jedoch nicht die Fixierung auch dann zulässig wenn die vorgesehene Bewachung durch die Bediensteten nicht ausreicht, die Gefahr einer Entweichung oder eines Angriffs auf Personen zu beseitigen.

Diesem Punkt kann aus medizinischer Sicht vollumfänglich zugestimmt werden.

Es ist keine gängige Praxis im Vollzug, Gefangene zu fixieren, um sie zu transportieren. Ebenso ist eine Fixierung bei Ausführung oder Vorführungen nicht erforderlich.

Eine Fixierung ist, wie schon bereits ausgeführt, nur dann zulässig, wenn es sich um eine Gefährdung von Leib und Leben des Gefangenen handelt.

Zu Absatz 5

In der Regel dürfen Fesseln, abgesehen von der Fixierung, nur an Händen oder an Füßen angelegt werden. Im Interesse der Gefangenen kann die Anstalt eine andere Art der Fesselung anordnen.

Als Fixierung bezeichnet man das Festbinden des Patienten mit einem geeigneten Gurtsystem auf einem Krankenhausbett. Dies soll seine Bewegungsfähigkeit deutlich mindern oder fast vollständig unterbinden. Die Fesselung an Händen und Füßen wird aus medizinischer Sicht nicht als Fixierung bezeichnet.

Zu Absatz 8

Während der Absonderung oder Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum sind die Gefangenen in besonderem Maß zu betreuen. Sind die Gefangenen darüber hinaus gefesselt, sind sie ständig zu beobachten. Bei einer Fixierung ist eine Sitzwache durch hierfür besonders geschulte Bedienstete durchzuführen.

Während einer Fixierung ist eine kontinuierliche Überwachung des Fixierten unabdingbar. In einem Vollzugskrankenhaus wird dies durch geschultes Pflegepersonal abgedeckt. Eine Überwachung kann nur durch geschulte Bedienstete durchgeführt werden, da nur so zu gewährleisten ist, dass eventuelle Gefahrensituationen im Rahmen einer Fixierung erkannt und behoben werden können.

Dem oben genannten Punkt kann aus medizinischer Sicht zugestimmt werden.

Zu § 51 HStVollzG

Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen, ärztliche Überwachung

Zu Absatz 1

In Notsituationen ist es erforderlich, dass jeder Bedienstete sofort Sicherungsmaßnahmen ergreifen kann. Im Gesetzentwurf ist verankert, dass unverzüglich die Entscheidung eines Gerichts über die Aufhebung oder die Fortdauer der Maßnahme herbeizuführen ist, sollte die Maßnahme nicht nur eine kurzfristige sein.

Der Zeitraum einer halben Stunde, wie durch das Bundesverfassungsgericht festgelegt, ist sehr eng gefasst. Häufig beruhigen sich Patienten erst nach einer deutlich darüber hinausgehenden Zeit in der Fixierung wieder.

Die endgültige Entscheidung über die Notwendigkeit einer Zwangsmaßnahme durch eine neutrale Instanz, hier der Gerichtsbarkeit, ist aus medizinischer Sicht positiv zu bewerten.

Zu Absatz 2 und 4

Wie bereits oben beschrieben, muss jeder Bedienstete bei akuter Gefahr für das Leben und die Gesundheit eines Gefangenen sofort handeln dürfen. In Situationen, in denen kein Arzt vor Ort ist, sollte dieser unverzüglich informiert werden. Der diensthabende Arzt sollte dann eine Stellungnahme abgeben und die Fixierung anordnen oder ggf. sofort beenden.

Im optimalen Fall wird eine Fixierung nur nach einer ärztlichen Stellungnahme angeordnet. Aus medizinischer Sicht ist es erforderlich, dass der ärztliche Dienst den Gefangenen regelmäßig mindestens einmal täglich aufsucht. In der Regel wird der ärztliche Dienst den Gefangenen häufiger aufsuchen, um medizinische/therapeutische Maßnahmen anzuordnen. Desgleichen sollte bei psychisch auffälligen Gefangenen ein psychiatrisch erfahrener Arzt mindestens einmal täglich den Gefangenen explorieren und die Notwendigkeit der Weiterführung der Fixierung dokumentieren und eine fachliche Stellungnahme hierzu abgeben.

Zu Absatz 5. 3

Die Dokumentation aller an einem Patienten durchgeführten Maßnahmen, inklusive der Gründe für die Maßnahmen, sowie aller Stellungnahmen und Anordnungen gehört zur gängigen medizinischen Praxis. Ebenso erstreckt sich die ärztliche Dokumentationspflicht auf alles, was für die Diagnose und die weitere Behandlung des Patienten medizinisch erforderlich ist.

Diesem Absatz kann vollumfänglich zugestimmt werden.

Zu Absatz 5. 4

Nach der Beendigung der Fixierung sind die Gefangenen auf ihr Recht, die Rechtmäßigkeit der Fixierung gerichtlich überprüfen lassen zu können, hinzuweisen; der Hinweis ist aktenkundig zu machen.

Dies ist nur praktikabel, wenn der Gefangene nach einer Fixierung zur freien Willensbildung fähig ist. Ist aus medizinischen Gründen zwar die Fixierung nicht mehr notwendig, der Gefangene aber noch nicht im Zustand der Einsichtsfähigkeit, ist es aus ärztlicher Sicht nicht zweckmäßig mit dem Gefangenen über die getroffenen Maßnahmen zu sprechen. Ein Gespräch über die getroffenen Maßnahmen, ist erst nach vollständiger Gesundung ratsam. Zu bedenken ist ebenfalls, dass manche Patienten in einer akuten Situation so handeln, wie sie im Normalfall nie handeln würden. Als Beispiel könnte man sich einen Patienten vorstellen, der sich in der akuten Phase einer Manischen Erkrankung, so aggressiv und selbstschädigend verhält, wie er sich im Normalfall nach Stabilisierung nie verhalten würde. Hier ist zu bedenken, dass Patienten häufig ein ausgeprägtes Schamgefühl haben und nicht über die Dinge sprechen wollen, die in ihren akuten Erkrankungsphasen geschehen sind.

Dem obengenannten Punkt ist aus psychiatrischer Sicht nur bedingt zuzustimmen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. med. Alexandra Zirk

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. Alexandra Zirk

Fachärztin für

Psychiatrie und

Psychotherapie