

Jämställd med sinnessjuk enligt brottsbalken

*Inledningsanförande vid Svenska Kriminalistföreningens årsmöte
i Stockholm den 22 april 1971*

Av docent KARL-ERIK TÖRNQVIST, Södertälje

Eftersom jag inte är jurist skall jag inte försöka fördjupa mig i de lagtekniska aspekterna på det här ämnet utan framför allt beröra psykiatriska synpunkter och vissa praktiska konsekvenser av gällande lagstiftning och praxis. Delvis måste jag beröra intrikata juridiska frågeställningar och kommer väl då troligen att ibland uttrycka mig klumpigt eller felaktigt, men jag är tacksam för att bli korrigerad.

Jag skall inte leverera någon slags historik över hur jämställdhetsbegreppet tillkommit, dvs. förarbetena till lagtexten. Jag har fattat som min uppgift att inleda diskussionen. Det är den som är huvudsaken, inte inledningen.

Den lagtext som ämnet närmast faller under återfinns främst i 2 §, 33 kap. brottsbalken (BrB). Där står: „För brott som någon begått under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, må ej tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård eller, i fall som anges i andra stycket, böter eller skyddstillsyn.“

Vidare framgår i 3 §, 31 kap. BrB att om gärningen icke begåtts under inflytande av sinnessjukdom etc. får överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda meddelas bara om det finns särskilda skäl till detta.

Begreppet „annan själslig abnormitet . . .“ härstammar från tidigare strafflag av 1945 och BrB avsåg inte någon ändrad innebörd i detta begrepp (vars formulering härstammar från lagrådet).

Jag erinrar om att det i förarbetena till 1945 års lag angavs 4 huvudgrupper av tillstånd där s.k. jämställdhet under vissa förutsättningar kan ifrågakomma:

- 1) Vissa svåra fall av konstitutionell psykopati.
- 2) Vissa psykiska defektstillstånd av djupgående natur, som orsakats av hjärnskador eller hjärnsjukdomar.
- 3) Vissa svårare neurotiska tillstånd.
- 4) Vissa åldersförändringar inom gränsområdet till senil demens.

Här talas således om „vissa“ fall av psykopati, hjärnskada, neuros etc., „svåra“ fall, „djupgående natur“, „gränsområde“

etc. Det blir då närmast fråga om utpräglningsgraden av någonting, dvs. en kvantitativ aspekt.

Med hjälp av vissa av de påpekanden som gjordes i förarbetena har man vaskat fram två s.k. hjälpkriterier för vilka fall där jämställdhet bör ifrågakomma. Enligt det ena hjälpkriteriet skall abnormiteten vara så höggradig att vederbörande inte varit i stånd att ens tillnärmelsevis fylla en plats i arbets- och samhällslivet. Enligt det andra hjälpkriteriet skall vederbörande kunna sägas så gott som ständigt balansera på gränsen till psykos. Båda dessa s.k. hjälpkriterier är ju i sin tur så vaga, att de kräver ytterligare kommentarer, dvs. hjälpkriterier till hjälpkriterierna etc. Även en lekman torde lätt inse att man här kommit långt ut på ett subjektivt gungfly av värderingar. Jag bortser då dessutom från att sådana begrepp som psykopati, neuros och psykos är långt ifrån entydiga utan tvärt om i sin tur nerlusade med värderingar och beroende av olika psykiatriska teorier och skolbildningar.

Till detta kommer vidare att brotten som regel skall ha skett „under inflytande av“ ifrågavarande abnormtillstånd, dvs. ett slags uttunnat krav på kausalsamband mellan abnormitet och kriminalitet. Slutligen skall läkaren bedöma „vårdbehovet“, dvs. ange om vederbörande med hänsyn till sjukdomens art och grad „oundgängligen“ är i behov av sluten psykiatrisk vård eller ej och om något eller några av de 5 indikationerna som anges i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall är tillämpligt eller ej. Dessa 5 indikationer är i sin tur högst relativa och subjektiva:

- a) uppenbarligen saknar sjukdomsinsikt till följd av sjukdomen eller till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen är ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård och kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir,
- b) till följd av sjukdomen är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,
- c) till följd av sjukdomen är ur stånd att taga vård om sig själv,
- d) till följd av sjukdomen har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt eller
- e) till följd av sjukdomen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse som icke avses under b).

Det är nog inga överord att påstå att vi här är långt ute i ett närmast bottenlöst värderingsträsk.

Jag skall i detta sammanhang inte försöka närmare analysera vad lagen avser med sinnessjukdom och sinnesslöhet, även om godtyckligheten måhända är något mindre här, dvs. specialisternas förutfattade meningar eller praktiska och teoretiska före-

ställningar är mera enhetliga än när det gäller jämställdhetstillstånden. Jag skall som hastigast återkomma till den frågan när det gäller konsekvenserna av ett ev. avskaffande av jämställdheten.

I praktiskt rättspsykiatriskt undersökningsarbete är det framför allt de s.k. jämställdhetsfallen som bereder problem och blir speciellt tidsödande. Lagtexter, andra författningar och arbetsanvisningar etc. anmodar läkarna att ta bestämd ställning: jämställd eller ej, vårdbehov eller ej. Sannolikhetspåståenden upptas onådigt och medför automatiskt remiss till högsta medicinska instans för att därifrån få bestämt besked hur det i själva verket förhåller sig. Detta medför i sin tur att undersökningsläkarna medvetet eller omedvetet styr sina texter, dvs. rättspsykiatriska utlåtanden utifrån de slutsatser, som de efter större eller mindre samvetsvårda kommit fram till. Informationsmassan utväljes, organiseras och redovisas gärna på sådant sätt att slutsatserna ter sig logiskt konsekventa och naturliga för sunt lekmannaförnuft. Det ständigt stigande kravet på koncentration och begränsning av textmassan förstärker denna urvals- och styrningsmekanism och gör domstolarnas möjligheter att självständigt bedöma utlåtandenas hållbarhet alltmera illusorisk.

Härtill kommer en annan styrningsprocess: Det finns en rad olika psykiatriska och psykologiska referenssystem och skolbildningar, som har en mycket olikartad uppfattning om de psykiska abnormtillståndens orsaker och utvecklingsförlopp, respektive vad som är normalt eller abnormt, vårdbehov etc. Detta styr i sin tur informationssamlandet, beskrivnings- och förklaringsmönstren, slutsatser och rekommendationer. När man står inför slutresultatet, dvs. det rättspsykiatriska utlåtandet med bifogad undersökningsjournal, kan det vara mycket svårt eller omöjligt även för en fackman att avgöra hur denna styrning ägt rum och hur detta människoöde skulle ha tett sig om det redovisats av en läkare med ett annat psykiatriskt referenssystem, respektive vilka andra slutsatser och påföljdsrekommendationer, som då ev. skulle ha varit aktuella.

Till detta kommer en rad andra viktiga omständigheter, t. ex. läkarnas växlande erfarenhet, kunnighet, begåvningsnivå, verbala färdigheter och persuasiva talanger (dvs. förmåga att övertyga och suggerera adressaterna). Ett formellt välskrivet utlåtande utgör ingen garanti för innehållets gedigenhet men accepteras säkerligen lättare av adressaterna. Dessa får då ännu mindre möjligheter att självständigt bedöma sakinnehållet om styrningen är mycket stram och verbalt helt i linje med gällande lagtexter och tolkningsanvisningar än om läkaren tänker mera på den psykiatriska bedömningen och beskrivningen av fallet än på lagtolkningen.

Det är givetvis en fördel att läkaren väl känner lagen, förarbetena, rättsläkarrådets praxis och lagstiftarnas intentioner men samtidigt en frestelse att pressa in ett svagt faktaunderlag i en formellt oklanderlig utstyrelse. Ett habilt skrivsätt kan vilseleda och dölja en bred osäkerhetsmarginal. Det hela kan te sig mycket enklare och säkrare för adressaten än det i själva verket är. Detta gäller även när adressaten är överinstansen i socialstyrelsen, dvs. rättsläkarrådets rättspsykiatriska sektion.

Rådet nöjer sig vanligen med pappersgranskning och låter bara undantagsvis föranstalta om kompletterande eller egna undersökningar. Något annat är knappast praktiskt möjligt. Rättsläkarrådet har liksom domstolen begränsade möjligheter att bedöma den människa som döljer sig bakom den hårt sållade och redigerade textmassan om honom. Dessutom ingår ingen juridisk expertis i rättsläkarrådets rättspsykiatriska sektion, endast medicinskt-psykiatrisk. När det gäller jämställdhetsfallen är det ofta mera en fråga om lagtolkning än om psykiatrisk diagnostik, dvs. om en på visst sätt beskriven person enligt lagstiftarnas intentioner skall klassas som jämställd med sinnessjuk eller ej, samt om det föreligger formella förutsättningar för tillämpning av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller andra vårdlagar.

Rättsläkarrådet är avsett som normkälla eller riksläkare, så att den legala galenskapen bland de kriminella blir någorlunda likformigt fördelad i riket. Rådet utgör en slags rättssäkerhetsgaranti, men man får nog akta sig för att överskatta rådets reella möjligheter att fullgöra en sådan funktion. Enligt min mening borde detta även förutsätta att kvalificerad juridisk expertis ingick i rådet — och varför inte även parlamentarisk — vilket ju t. ex. är fallet när det gäller de centrala nämnderna, vars beslut inte heller kan överklagas.

Man frågar sig också: Vem normerar normkällan? Den består av 4 läkare, varav 3 psykiatrer med sina suppleanter. Hur representativa är dessa för sin tids psykiatri? Vem tillsätter i realiteten dessa ledamöter? Det är känsliga frågor! Rådets sammansättning är betydelsefull för rättspsykiatrisk praxis i riket och därmed även för rättsskipningen, eftersom domstolarna i praktiken endast undantagsvis frångår läkarexpertisens rekommendationer.

Själv har jag emellanåt öppet redovisat min tveksamhet i konkreta undersökningsfall, där jämställdhet kunnat ifrågasättas och vägrat avge slutsatser i den kategoriska form, som förutsättes i den s.k. slutklämmens att-satser. Jag har istället avgett sannolika påståenden eller påpekat att det är en lagtolkningsfråga om vederbörande bör jämföras med sinnessjuk eller ej, och att det faller utanför min kompetens att tolka lagen i detta

fall etc. Även „vårdbehovet“ kan vara relativt, beroende på hur man tolkar lagen. I dessa fall, som givetvis gått vidare till rättsläkarrådet, har rådet alltid avgivit påståenden med visshetsanspråk — normativa utsagor om man så vill — även om det skett i form av att det i själva verket förhåller sig så eller så. Sedan har alltid domstolen beslutat som rådet föreslagit. Rådets läkare har tydligen känt sig förpliktigade att alltid ge domstolen ett bestämt besked i sådana lagtolkningsfrågor — annars hade ju domstolen blivit tvungen att helt på eget ansvar tolka lagen — vilket jag i min oskuld trott att den var utbildad och tillsatt för. När jag för domare påtalat att läkarens uppgift väl borde vara att beskriva, förklara och om möjligt förutsäga och rekommendera lämplig behandling ur individualpreventiv synpunkt, men inte att tolka lag, har jag mött den invändningen, att „vi jurister är ju lekmän på det psykiatriska området, vi kan inte bedöma om en person är så sjuk eller abnorm att han behöver vård, där måste vi lita till den medicinska sakkunskapen“. Man kan ju förstå den invändningen, men frågan är om den är respektabel när det gäller jämställdhetsfallen!?

Problemen blir inte mindre av att när det gäller åtskilliga jämställdhetsfall finns inga framgångsrika behandlingsmetoder vare sig inom mentalvård eller kriminalvård, även om man rent principiellt kan tycka att de skulle behöva någon slags „vård“, eftersom både de själva och deras omgivning lider av deras beteenden eller dess konsekvenser.

Jämställdhetsbegreppet är ett mediko-legalt missfoster. Det är så oprecist utformat, att det lämnar ett alltför stort utrymme för godtycklighet. Det är ett slöseri med psykiaterinsatser att lägga ner tankemöda och nattlig samvetstvånda på grubblerier över om Anderssons psykiska abnormitet är så djupgående att den enligt gällande förarbeten och tolkningsanvisningar, kända prejudicerande rättsläkarutsagor etc. måste anses jämställd med sinnessjukdom enligt BrB som i sin tur baserar sig på 1945 års strafflag. Lagen tvingar rättspsykiaterna att söka ge ett bestämt besked där svaret istället borde bli: „Vet inte — går ej att veta — ovetbart“. Om man skall arbeta enligt läkarinstruktionens bestämmelser att intyg och utlåtanden skall utföras med synnerlig omsorg och noggrannhet och med beaktande av „vetenskap och beprövad erfarenhet“, då borde man på vanlig bondsvenska uttrycka sig i menlösa satser av typen: „Varken jämställdhet eller icke-jämställdhet kan med säkerhet uteslutas i detta fall.“ Åtskilliga rättspsykiatriska utlåtanden utgör mer eller mindre omedvetna broderier på detta torftiga tema, ev. förädlade med mycken och skönt klingande läkarlatin. Ehuru ovetbar måste jämställdheten ständigt begrundas, eller likt tomten i Viktor Rydbergs dikt:

— „grubblar fast ej det lär båta
över en underlig gåta“.

Om man ser till de praktiska konsekvenserna kan dessa bli avsevärt olika om en åtalad blir jämställdförklarad eller ej, speciellt när det gäller grövre brott. För mord kan man få livstids fängelse, dvs. ca 8 år eller 12 års internering på en straffinrättning om man inte blir jämställd, eller något halvår eller år på ett mentalsjukhus om man blir jämställd och det senare under betydligt humanare och friare omhändertagandeformer. Hur länge en jämställd blir kvarhållen på sjukhus varierar starkt från sjukhus till sjukhus, beroende på inställningen hos vederbörande överläkare och lokala utskrivningsnämnd, rådande platsbrist m. m. Speciellt korta vårdtider tycks man tillämpa vid Stockholmsjukhusen Långbro och Beckomberga. När det gäller sådana narkotika- eller egendomsbrottslingar som förklarats jämställda tycks man sakna resurser eller större intresse för att hålla dem kvar på sjukhuset eller att utarbeta några speciella behandlingsmetoder för dem. De anses ofta extremt svårskötta och olämpliga att vistas tillsammans med andra kategorier sjuka. Många av dem avviker ideligen och fortsätter begå brott tills man ev. lyckas få över dem till Karsuddens psykopatsjukhus eller specialavdelningarna vid Sidsjöns eller S:t Sigfrids sjukhus eller ev. fast paviljong, där man tillämpar effektivare inlåsning och är mera restriktiv med frigång och permission. En del av dessa patienter blir senare ådömda internering, utan att deras tillstånd märkbart förändrats. De ansvariga sjukvårdsläkarna tillämpar i praktiken ofta andra kriterier på „vårdbehov“ än rättspsykiaternas. „Vårdbehov“ är för dem ofta detsamma som mottaglighet för sådan behandling som ges vid sjukhuset i fråga, vilket inte riktigt sammanfaller med lagstiftarnas intentioner, och det kan variera starkt från sjukhus till sjukhus.

Jämställdhetsbegreppets vaghet och därmed sammanhängande godtycklighet i fråga om vem som blir jämställd respektive hur vederbörande blir behandlad på olika slags sjukhus eller avdelningar inom samma sjukhus utgör en allvarlig rättsosäkerhet och olikhet inför lagen. De flesta psykiatrer är numera överens om att begreppet måste revideras eller avskaffas.

Jag vill då bara först ha sagt att man inte bara kan avskaffa jämställdheten utan att dessförinnan vidtaga en rad andra åtgärder. Det finns ett avsevärt antal lagöverträdare som är oerhört svårskötta, tidskrävande och plågsamma för både sig själva, personal och medinterner utan att därför vara sinnessjuka i gängse psykiatrisk mening. De kan inte inordnas i gängse fängelserutiner, de kräver helt andra medicinska, psykiatriska, psykologiska och socialkurativa hjälp- och stödåtgärder än vad fängelseväsen-

det förfogar över i dag och speciellt en annan behandlingsmentalitet än den som präglar våra fängelser. De förstör både för sig själva och andra om man skall försöka tvångsanpassa dem till fängelsesamhället och gör tillvaron ännu mera destruktiv, olidlig och farlig i fängelset. Redan i dag kämpar fängelserna med ett antal sådana fångar. De små vårdresurser som den s.k. kriminalvården förfogar över är mycket hårt belastade och förslår egentligen bara för ren katastrofvård.

Om man avskaffar jämställdheten utan att vidtaga andra effektiva åtgärder kommer situationen för fängelseväsendet att bli rent kaotisk. En stor del av de patienter som nu vårdas på Karsudden, specialavdelningarna och de fasta paviljongerna inom mentalvården kommer då istället att dömas till fängelse eller internering. Det kommer att resultera i terror, upptrappning av våldsaktioner och bestraffningar. Skillnaderna mellan sjukhus och straffanstalter kommer att bli mycket mera markanta än i dag. Istället för välordnade arbets- och hungerstrejker kommer vi liksom på olika håll utomlands att få sönderslagna avdelningar, svårt skadade interner och personal. Blod kommer att flyta med åtföljande upptrappning av säkerhets- och bevakningsterror. Sjukhusen kommer att bli bättre men fängelserna mycket sämre. De som nu arbetar för en humanare fångbehandling kommer att lämna fängelserna, när utvecklingen går baklänges.

En annan tänkbar konsekvens av ett ensidigt avskaffande av jämställdheten utan motsvarande vårdmässig upprustning av fängelserna skulle sannolikt bli en vidgning av begreppet „sinnessjukdom“ enligt BrB. Detta begrepp är ingalunda enkelt och entydigt liksom inte heller det mera fackbetonade uttrycket „psykos“. Till „sinnessjukdom“ enl. BrB räknas redan nu inte bara de klassiska psykoserna av typ schizofreni, mano-depressiv sjukdom, senila psykos etc. utan även en rad mera oklara tillstånd såsom svartsjukeparanoia, kverulansparanoia, vissa alkohol- och narkotikapsykoser, affektpsykos av schizofreniliknande typ, som senare ibland utvecklas i mera schizofreniform riktning samt vissa svåra tillstånd efter skallskador eller andra hjärnsjukdomar. Det finns ett ganska brett gränsskikt mellan det som nu rubriceras som „sinnessjukdom“ respektive med „sinnessjukdom jämställbart tillstånd“. Av humanitära och vårdtekniska skäl skulle ett ensidigt avskaffande av jämställdheten med största sannolikhet automatiskt medföra en vidgning av tillämpningsområdet för begreppet sinnessjukdom i legal bemärkelse, och då frågar man sig om det vore så mycket vunnet med att avskaffa jämställdheten.

Såvitt jag kan förstå kan man inte bara ägna sig åt att låta någon kommitté overse och revidera eller avskaffa jämställdheten utan att samtidigt beakta begreppen „sinnessjukdom“ och

„sinnesslöhet“ enligt BrB. Men det räcker nog inte ens med detta. Även anknytningen till lagstiftningen betr. slutna psykiatrisk vård och vård vid specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda samt interneringslagen hänger delvis samman med jämställdheten. Jämställdheten kan inte behandlas separat. Brottsbalkens olika bestämmelser om abnormbrottsligheten utgör en sammanhängande helhet, där man inte kan ändra på en viss paragraf utan konsekvenser för tolkning och tillämpning av de övriga. Hårtill kommer den svåra frågan om de s.k. särskilt vårdbehövande, dvs. de som tidigare kallades psykopater eller sociopater och som återfinns inom såväl mentalvård, socialvård, nykterhetsvård, narkomanvård och kriminalvård, vare sig det är kriminalitet eller andra former av asocialitet som dominerar bilden. Detta är frågor som med ett beklämmande torftigt resultat behandlats av en rad statliga kommittéer under 50- och 60-talet: psykopatvårdsutredningen 1952, säkerhetsanstaltsutredningen 1953, sinnessjukvårdskommittén 1957, mentalsjukvårdsdelegationen 1958, mentalsjukvårdsberedningen 1963 och regionvårdskommittén 1968.

Det ter sig onekligen en smula avskräckande och tungt att börja röra i hela detta komplex, men det blir väl förr eller senare nödvändigt.

Man kan givetvis tänka sig smärre partiella reformer i väntan på den stora översynen av samhällets hela vårdapparat och tillhörande lagstiftning. Jag skall bara antyda några länkbara uppslag:

Man kunde tänka sig en viss försiktig revidering och precisering av jämställdhetsbegreppet, t. ex. lägga större vikt vid mera speciella typer av vårdbehov oavsett ev. kausalsamband mellan abnormitet och kriminalitet, t. ex. i form av uppräknig av ett antal tillstånd eller beteendemönster som motiverar olika former av vårdbehov eller behandling, som inte kan tillgodoses inom fängelseväsendet eller kriminalvård i frihet.

Man kunde vidare länka sig en större flexibilitet och rörlighet mellan olika vårdområden eller behandlingsinstitutioner. Men då måste det även finnas bättre definierade regler för sådan mobilitet, annars kommer godtyckligheten tillbaka i form av lokala vård-bossars preferenser och antipatier. Överläkarna eller klinikcheferna har i praktiken avsevärd makt att sabotera lagstiftarnas intentioner, eftersom tolkningen av gällande bestämmelser aldrig kan bli särskilt skarpa inom psykiatrin. I dagens läge är det mycket svårt att få över en fånge, speciellt återfallsbrottsling eller internerad till ett mentalsjukhus. Om man till slut lyckas härmed efter intensiv och tidsödande uppvaktning, bugningar och vördsamheter, så får man vanligen snart tillbaka vederbörande igen i oförändrat skick med uppgift att man ej kan göra något för en sådan patient, att han inte passar in i sjukhusmiljön, att man inte har resurser att förhindra rymning eller narkotika-

smuggling, att han är för svårskött och inverkar menligt på andra patienter, att han vägrar underkasta sig ordinerad medicinering eller annan behandling eller att det inte föreligger något vårdbehov, så som överläkaren definierar detta etc.

Ett annat tänkbart alternativ vore att rusta upp fängelserna med slutna och öppna specialavdelningar och terapeutiska miljöer med erforderlig personal så att de på ett hyfsat sätt kan ta hand om inte bara sina nuvarande problemfall utan även majoriteten av de nuvarande jämställdhetsfallen. Det skulle kunna komma alla fångar till gagn och sprida en annan vårdmentalitet på våra fängelser.

Vi har f.n. ca 40 000 vårdplatser vid mentalsjukhus och psykiatriska kliniker och ytterligare kanske 30 000 platser inom socialvård, nykterhetsvård, narkomanvård, ungdomsvård etc. samt dessutom ett ännu större antal inom kroppssjukvård och åldringsvård. Inom dessa så mycket större vårdområden tillämpar man i allmänhet inte så auktoritära, förnedrande och bestraffande behandlingsformer som fortfarande är normen för våra 5 000 fängelseplatser. Dessa 5 000 fängelseplatser befolkas till avsevärd del av småbrottslingar, som går in och ut och som troligen till stor del skulle kunna med fördel beredas nödortfölig tillsyn och behandling inom andra vårdområden utan att därför äventyra vårt samhälle. Även om man skulle anse det nödvändigt av s.k. allmänpreventiva skäl att belägga ett par tusen fängelseplatser i riket för litet grövre brottslingar och de allra grövsta, anser jag det varken rättfärdigt eller förnuftigt att standarden på människobehandlingen skall vara så mycket sämre i fängelserna än inom andra vårdområden, som ju dock har så många fler att ta hand om. Varför skall sådana psyko-sociala skador som bl. a. råkar ta sig uttryck i lagöverträdelse behandlas så mycket sämre än när de råkar ta sig sådana uttryck som enligt gällande konventioner klassas som sjukdom och behandlas på sjukhus?

Jag begriper givetvis att detta främst beror på sådana veder-gällningsmentaliteter, som dominerar i stora befolkningsskikt, oavsett politisk hemort. Brottsligheten hotar och skrämmer oss, gör oss förbittrade, speciellt när vi själva drabbas av den, men det finns knappast några sakligt bärande skäl som talar för att fångarna utöver frihetsförlusten skall plågas, försummas, förödmjukas, förnedras, infantiliseras och diskrimineras jämfört med de andra människor som ekonomiskt och personalmässigt belastar vårt samhälle men som klassas som „sjuka“. Även om man är rädd för brottsligheten och brottslingarna — eller kanske just därför — finns det starka sakliga skäl att behandla brottslingarna human och medmänskligt, speciellt när vi anser det nödvändigt med fängelse. Det ökar inte deras farlighet utan snarare motsatsen.

Karl-Erik Törnqvist.