

Justis- og politidepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2010/486 - 787/2011

Deres ref.

Saksbehandler
Arild Vassenden, 74 83 99 25

Dato
02.02.2011

Høring - Virkeområde for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnskadelig kriminalitet

Helse Midt-Norge RHF har innhentet høringsuttalelser fra de underliggende helseforetak. Helse Midt-Norge ønsker å fremheve St.Olavs Hospital, Psykisk helseverns synspunkter pga deres særlige ansvar og kompetanse innenfor retts-, sikkerhets- og fengselspsykiatri.

Høringssvaret tar utgangspunkt i "Høringsnotat særreaksjoner for utilregnelige" av oktober 2010 og "Presiserende merknader...2 av 20.12.2010.

Utvidelsen av grunnlag for idømmelse av særreaksjon etter §§ 39a og b.

Forslaget om en liten utvidelse av gjeldende særreaksjon der en "tar ... sikte på en snever utvidelse av gjeldende særreaksjoner overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg for kriminalitet som har karakter av integritetskrenkelser og som gjentatt rammer samme person på en slik måte at det har karakter av systematisk forfølgelse" anses ukomplisert. Det oppfattes som et avgrensingssspørsmål om ikke denne type lovbrudd allerede er inkludert i § 39 nr. 1.

Det oppfattes som uheldig er at det ikke samtidig gjelder § 39 c. Det oppfattes ikke å være grunnlag for å skulle skille hvilke typer lovbrudd som skal kvalifisere for en særreaksjon avhengig av om personen er tilregnelig eller ikke, da særreaksjonen skal være begrunnet i samfunnsvernet. En vil kunne anta at en tilregnelig lovbrøyer vil kunne kvalifisere i like stor grad som en utilregnelig lovbrøyer. Endringen bør derfor også omfatte de tilregnelige lovbrøyerne og innarbeides i § 39 nr. 1. En vil da teoretisk kunne unngå gråsoneproblematikk ved tvil om tilregnelighet og hvilken særreaksjon som skal komme til anvendelse.

Utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnskadelig kriminalitet.

St.Olavs hospital velger i sin uttalelse til Helse Midt-Norge RHF å ta utgangspunkt i de pasientene de kjenner fra daglig tjenesteutøvelse når det gjelder å vurdere hvem som vil omfattes av forslaget til ny særreaksjon. De som eventuelt ikke er kjent vil teoretisk kunne ha mer bruk for denne særreaksjonen, men det virker samtidig litt merkelig om de skulle være helt ukjent for spesialisthelsetjenesten, jf kriteriene for å kunne idømmes særreaksjonen..

A. Formelle kriterier en må anta foreligger etter dom

I

Den dømte må være funnet utilregnelig etter straffeloven § 44, 1. ledd.

Av det vil det kunne avledes at det foreligger en rettspsykiatrisk erklæring som er kvalitetssikret av Den rettsmedisinske kommisjon.

II

Det må på domstidspunktet være dokumentert at den dømte ikke fyller kriteriene for tvungent psykisk helsevern § 3-3 etter Psykisk helsevernloven.

I de fleste tilfeller er det nærliggende å anta at den dømte er så pass godt kjent på domstidspunktet at kravet anses oppfylt

III

Kriteriene for overføring etter §§ 39 nr 1 og nr 2 anses ikke å være til stede.

Kriteriene for den nye § 39, tredje til sjette ledd, anses allikevel å være stede, jf § 39, nr 3.

Punktene **I - III** tilsier at de dømte allerede må være godt kartlagt og kjent for spesialisthelsetjenesten, eller det må være gitt samtykke til å innhente helseopplysninger til politiet eller de sakkyndige ved den judisielle observasjonen. Taushetsplikt etter helselovgivningen vil fortsatt gjelde inntil dom er rettskraftig.

Alt i alt tilsier de ovenstående punktene at det er svært vanskelig å se at pasientene ikke skulle være kjent. Behovet for den nye straffeloven § 39 k, må da ligge i muligheter til å innhente helseopplysninger fra andre instanser enn spesialisthelsetjenesten.

Med utgangspunkt i kunnskap om pasienter fra Sør-Trøndelag vil en kunne se en relativt stor gruppe pasienter, som over tid for tidlig har falt ut av tvungent psykisk helsevern som følge av den praksis kontrollkommisjoner, ting- og lagmannsrett har fulgt i tråd med gjeldende lovforståelse. I all hovedsak har disse personene vært underlagt tvungent psykisk helsevern, men tvungent psykisk helsevern er blitt opphevet som følge av at forverringsalternativet av behandlingsskriteriet ikke lenger anses oppfylt.

Over tid har denne pasientgruppen begått gjentatte lovbrudd av den type som vil kunne kvalifisere for den nye § 39 nr 3, men ikke av en slik alvorlighet at §39 nr 1 anses å være til stede.

De fleste vil ha vært rettspsykiatrisk undersøkt opp til flere ganger, der saken har blitt henlagt med begrunnelse i utilregnelighet, eller at spørsmålet har vært prøvd for retten.

Om den nye særreaksjonen vedtas vil det i en overgangsperiode være en gruppe som for kort tid siden ble ansett å fylle kriteriene og som for kort tid siden er judisielt observert. Det vil da være naturlig at de opprinnelige sakkyndige ble bedt om en tilleggserklæring med et mandat, i tråd med intensjonene i den nye særreaksjonen, om saken ikke ennå er henlagt, foreldet eller vært domstolsbehandlet.

Spesielt overfor denne gruppen vil det være naturlig at det tidligst mulig ble innledet et samarbeid mellom påtalemyndighet og Den rettsmedisinske kommisjon om bl.a. mandat, kriterier for kvalitetssikring, registrering av antall m.m.

Forbehold om idømmelse av ny særreaksjon, § 39, tredje til sjette ledd, vil kunne taes med i siktelsen og tiltalebeslutningen, slik at det også kan innarbeides som en del av mandatet til de sakkyndige.

B. Hvem vil omfattes av den nye særreaksjonen og hvor mange er det?

I høringsnotatets kapittel 1 siste setning, angis det at forslaget tar utgangspunkt i Mølandgruppens skisse til særreaksjon. Det foreliggende forslaget avviker imidlertid i forhold til forslagene til Mølandsutvalget. Særlig de rettsikkerhetmessige garantiene som ble skissert i rapporten ivaretas ikke av det nye særreaksjonsforslaget.

I høringsutkastet kapittel 6 er det angitt at dette er et lite antall. Med henvisning til en presentasjon holdt av Helse og omsorgsdepartementet / Justisdepartementet overfor de regionale sikkerhetsavdelingene i januar 2011, om særreaksjonen ”*Tidsbegrenset tvungen opphold*”, ble antallet anslått til under 20 per år i Norge. Det er i høringsutkastet anslått til mellom 10 og 20 per år. Tidligere leder i Den rettsmedisinske kommisjon Randi Rosenqvist har i sin høringsuttalelse anslått at dette tallet er alt for lavt. Sammenholdt med at lovforslaget er tenkt å tillegge de regionale sikkerhetsavdelingene ansvar for gruppen, kan dette medføre kapasitetsproblem. All erfaring fra andre land i Europa som har innført denne type særreaksjoner, eventuelt bare endret praksis slik som i Danmark, viser en eksponentiell vekst i antall dømte som følge av utilstrekkelig sivillovgivning.

I tillegg vil en kunne anta at det i en overgangsperiode vil være et akkumulert ”behov” for idømmelse av særreaksjonen. For en periode vil behovet for plasser antagelig raskt overstige dagens antall plasser. Det bør utarbeides en plan for hvordan denne ”pukkelen” skal ivaretas, da det per dato ikke finnes noen bufferkapasitet innen psykisk helsevern. Dette følger av den planlagte nedbyggingen av sengetilbudet som ellers ville kunne vært egnet for den aktuelle målgruppen.

Dersom retten anser personene som utilregnelig etter § 44, 1. ledd vil antallet dømte i psykisk helsevern begrenses. Dersom det ikke skjer en glidning i rettens vurdering av hvem som anses psykotisk i rettspsykiatrisk forstand, vil dette antallet være stabilt over tid så lenge ikke sivillovgivningen endres. Legges tallene fra Rosenqvist til grunn, vil dette antallet uansett overstige høringsuttalelsens anslag flerfoldig. Rosenqvist sitt poeng om at begrepet psykotisk i straffeloven er klart strengere definert enn alvorlig sinnslidelse i Psykisk helsevernloven § 3-3 anses riktig. Det er vanskelig å se at en person som gjentatte ganger fyller kriteriene etter § 44 1.ledd på handlingstiden, ikke også fyller kriteriene for § 3-3. Det vil i alle fall bare kunne skje helt unntaksvis.

Ett problem med det foreliggende forslaget er at en dom ofte vil komme lang tid etter handlingstidspunkt, erfaringsmessig mange måneder etter. Den judicielle observasjon er tidkrevende, og vil gi forlengelse av prosessen. Det vil si at disse personene allerede kunne vært utredet i forhold til sivilrettslige tiltak i forkant. Bare der det er åpenbart utilstrekkelige sivile tiltak vil særreaksjonen idømmes. Det kan utvikles forskjeller i praksis fra område til område, da toleransen for å holde psykotiske personer i varetekt synes ulik ulike steder i landet.

I St. Olavs hospital, psykisk helsevern har en prøvd å ta en optelling av hvilke pasienter som i dag vil kunne fylle kriteriene som anses vil gjelde for de som skal idømmes særreaksjonen. Med forbehold om at dette er akkumulerte tall som følge av år med utilstrekkelige sivile tiltak overfor den aktuelle gruppen, gjenspeiler dette at de anslåtte tallene til 10 - 20 per år på landsbasis er et betydelig underestimat.

C. Til de enkelte punkt i høringsuttalelsen

4.2 Hvor skal tidsbegrenset tvungent opphold gjennomføres?

Høringsnotatet nevner at den nye særreaksjonen i første omgang blir lagt til de regionale sikkerhetsavdelingene. Helse Midt-Norges mindre helseforetak tar til orde for en sentralisering av tidsbegrenset opphold. Dette vil imøtekomme kravet om høy nok kompetanse, men det er grunn til å vurdere om det er riktig bruk av regionale sikkerhetsplasser. De regionale sikkerhetsavdelingene er spesielt tilrettelagt for å ivareta farlige pasienter. Det ligger i beskrivelsen av målgruppen for det nye forslaget, at de nettopp ikke anses som farlige nok til å fylle farekriteriet i Psykisk helsevernloven eller har utført straffbare handlinger av en slik alvorlighet at de fyller kravene i straffeloven § 39, nr 1.

Regional sikkerhetsavdeling Brøset har ved tidligere anledninger vært tydelig på at gruppen av ”plagsomme” pasienter ikke som hovedregel bør behandles på samme sted som de som fyller kriteriene for en dom til tvungent psykisk helsevern etter kapittel 5, jf § 39 nr 1, eller farekriteriet i Psykisk helsevernloven. Kravet til samfunnssikkerhet er et helt annet. Ved å blande gruppene, spesielt om antall personer i høringsutkastet er estimert for lavt, risikerer en at personer som følge av sin tilstand er i behov av innleggelse i regional sikkerhetsavdeling etter administrativt vedtak blir ”fortrengt” av dømte uten behov for et så høyt sikkerhetsnivå. Spesielt vil utfordringen være stor i oppstartfasen.

Ved innleggelse i en regional sikkerhetsavdeling vil pasientene idømt den nye særreaksjonen kunne bli utsatt for alt for strenge tiltak begrunnet i sikkerhetskrav overfor den opprinnelige målgruppen til sikkerhetsavdelinger. Dette er krav til sikkerhet som er helt nødvendige ved en regionale sikkerhetsavdelinger. Dette må anses som et rettssikkerhetsproblem. Faren er også at sikkerheten på avdelingene blir lavere som følge av at ”behovet” oppfattes endret da en ”ufarligere” pasientgruppe bruker et større antall plasser, med fare for påfølgende glipper i sikkerhetsrutiner. For høyt sikkerhetsnivå over tid er uheldig for den dømte, og er kostnadskreven.

Behovet for ny særreaksjon kommer bl.a som følge av strengere krav for å kunne opprettholde tvungent psykisk helsevern over tid. Det er få senger på sentralsykehusnivå, altså tilbud mellom korttids akutttilbud, DPS, intermediær etc, og sikkerhetsavdelinger. Særreaksjonsordningene må derfor sees i sammenheng med det totale tilbudet i psykisk helsevern.

4.3 Hva innebærer tidsbegrenset tvungent opphold?

Fagmiljøene gir uttrykk for urimelighet i at man ikke skal ha anledning til å tvangsbehandle en åpenbart syk person som skal interneres/observeres i inntil seks måneder. Dette vil dreie seg om alvorlig og kronisk syke mennesker, hvor frivillig behandling ikke har ført frem, og hvor evidens tilsier at medikamentell behandling med nevroleptika vil være en obligat og grunnleggende behandling for tilstanden. Nevroleptikabehandling muliggjør at andre behandlings- og rehabiliteringstiltak vil kunne ha effekt. Slik særreaksjonen beskrives i høringsnotatet, synes det derfor å dreie seg om en parallell til tvungen observasjon/oppbevaring i inntil seks måneder. Slik sett er det likhetstrekk mellom denne ”særreaksjonen” og den tvungne observasjonen som er beskrevet under kapittel 6 i Lov om sosiale tjenester, § 6-2. *Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.*

Hvis vedkommende overføres til tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 så vil man kunne behandle, og vedkommende vil ha rettigheter i forhold til kontrollkommisjon. Imidlertid vil

man også kunne omfattes av taushetsplikten om ikke tydelige unntak innarbeides i den sivile lovgivningen. Man vil med andre ord kunne omfattes av grunnleggende rettigheter i henhold til helselovgivningen, rettigheter som synes redusert under den foreslåtte særreaksjonen. Om det åpnes opp for en slik "dobbeltvang" bør det nøye utredes hvilken av lovene som skal ha forrang når de åpenbart kan ha motstridende innhold og hensikt. St.Olavs hospital, Brøset peker på faren ved at denne type særreaksjon skaper rettsikkerhetsproblemer som oppstår ved bruk av "dobbeltvang". Det samme kan skje ved klare unntak fra helselovgivningens taushetspliktbestemmelser som forslaget åpner opp for, jfr det at disse pasientene alt overveiende vil være godt kjent innen spesialisthelsetjenesten.

Med den pasientgruppen som vi antar vil omfattes av særreaksjonen i Sør-Trøndelag vil problemstillingen rundt "dobbeltvang" i praksis omfatte nesten alle. Samtidig særreaksjon etter straffeloven § 39 tredje til sjette ledd og tvungent psykisk helsevern etter § 3-3, "dobbeltvang", vil derfor være hovedregel, ikke unntak. Unntaksvis vil dette kunne skje mer sekvensielt der det tar lang tid fra handlingstiden til dom ilegges, slik at særreaksjonen kommer i etterkant av tvungent psykisk helsevern, og dermed forlenger oppholdet fra tre uker til seks måneder.

Det er bare der pasienten er ukjent, diagnostisk uavklart eller der det er sykehusets oppfatning at domsgrunnlaget åpenbart er feil, at særreaksjon etter straffeloven § 39 tredje til sjette ledd vil stå alene. Retten vil kunne bli "fristet" til å la rusutløste psykotiske lidelser omfattes av denne særreaksjonen, ut fra at denne gruppen har identiske behov med gruppen som omfattes av særreaksjonen, samt at sivillovgivningen i enda mindre grad kan ivareta denne gruppen. For å redusere denne risikoen foreslår St.Olavs hospital at alle rettspsykiatriske erklæringer kvalitetssikres av Den rettsmedisinske kommisjon, og det utarbeides klare prosedyrer for overprøving eller anke om særreaksjonen idømmes andre enn de som fyller kriteriene etter straffeloven § 44, 1. ledd.

4.4 Nærmere om innhenting av informasjon og kartlegging

4.4.1 Behovet for innhenting av informasjon

Når det gjelder behovet for informasjonsinnhenting, jf forslag til ny § 39 j, mener Helse Midt-Norge at høringsnotatet inneholder noen uklarheter.

I utgangspunktet blir det beskrevet en grundig utredning. Det kan være et riktig tiltak at informasjonsinnhenting skal kunne skje uten hindring av taushetsplikten. Minimumstiden som skisseres anses imidlertid utilstrekkelig for å ivareta alle hensyn som lovforslaget åpner opp for, om da ikke særreaksjonen straffeloven § 39 tredje til sjette ledd, idømmes på slutten av eller i etterkant av et lengre sykehusopphold.

Det synes også lite grunnlagt at dette åpenbare unntaket i taushetsplikten som innføres for denne gruppen, ikke også skulle kunne omfatte de som idømmes tvungent psykisk helsevern i dagens kapittel 5. Dersom det skal åpnes opp for denne type unntak i taushetsplikten, er det nødvendig at de antatte gevinstene veies opp mot de åpenbare rettsikkerhetsproblemene dette innebærer.

En annen problemstilling som kan reises er situasjoner der det unntaksvis er journalført informasjon gitt av andre, under forutsetning av at de ikke ønsker at pasienten skal vite at de har gitt opplysninger.

Videre er det uklart om denne bestemmelsen vil ha tilbakevirkende kraft, eller om det gjelder helseopplysninger gitt etter ikrafttredelse.

4.6 Kan dom på tidsbegrenset tvungent opphold idømmes flere ganger?

Internasjonalt og nasjonalt er kjennetegnet for en særreaksjon at det er noe individet kvalifiserer seg ut av gjennom atferdsendring, eller at det opparbeides sivile rammer som gjør at grunnlaget for en særreaksjon ikke lenger er til stede. Forslaget innebærer at personen bare kan avvente opphør. Det ligger i praksis ingen incentiv til samarbeid, og særlig sett i lys av begrensinger i tiltak og kort tidsramme (seks måneder). Fagmiljøene stiller spørsmål ved om forslaget i tilstrekkelig grad tar hensyn til målgruppens behov.

4.7 Hva skjer etter at dom på tidsbegrenset tvungent opphold er gjennomført?

De dømte er personer som trenger en rekke tiltak, og som enten ikke har fått det, eller ikke har klart å nyttiggjøre seg tilbudet som følge av tilstanden sin. Hjelpet behovet er bredt og krever innsats fra mange instanser slik som psykisk helsevern, somatisk spesialisthelsetjeneste, spesialisert rusbehandling, kommunehelse- og sosialtjenesten, boligetaten, Husbanken, eventuelt også tiltak i kriminalomsorgen. Behovene er ikke ulikt det som er beskrevet i ”G-8 Rundskrivet” fra Kriminalomsorgen rundt gjengangerkriminelle med alvorlig rusproblem.

Høringsuttalelsen berører i liten grad hvordan andre etater skal ansvarliggjøres om straffeloven § 39 tredje til sjette ledd ikke skal bli en midlertidig internering på et alt for høyt sikkerhetsnivå. Plassering på regional sikkerhetsavdeling kan ytterligere vanskeliggjøre bredde i det mestringstøttende hjelpetilbudet .

5 Forholdet til menneskerettighetene

Helse Midt-Norge peker på at forslaget ikke omtaler spørsmålet om personenes samtykkekompetanse. Dette spørsmålet er viktig ved vurderingen av lidelsen og eget behandlingsbehov. Selv om personene skulle bli vurdert å være samtykkekompetent bør det vurderes om ikke alle bør få oppnevnt hjelpeverge (verge etter ny vergemålslov) for å ivareta de dømtes rettsikkerhet.

5.4 Frihetsberøvelse av ”sinnslidende”

En må anta at henvisning til Winterwerp mot Nederland, A 33 (1979), EMD, ikke åpner opp for å utvide målgruppen for de som kan omfattes av straffeloven § 39 tredje til sjette ledd, men at henvisningen viser til offentlig myndighets positive plikter. Staten har en plikt til å verne individ i samfunnet mot overgrep/rettighetskrenkelser fra andre individ. Eventuell frihetsberøvelse kan bare skje etter en rettighetsavveieelse. Denne saken synes å gjelde en person underlagt sivil tvang, ikke rettspsykiatrisk tvang. En må anta at det burde finnes nyere og mer relevante domsavsigelser i EMD rundt denne problemstillingen.

Den refererte saken kunne vært brukt som et argument for en snever utvidelse av grunnlaget for å kunne etablere og opprettholde tvungent psykisk helsevern etter Psykisk helsevernloven § 3-3. Det vises til tidligere forslag om et nytt tilleggs-kriterium § 3-3, 3 c) (”plagsomkriterium”). Om krav om domstolsbehandling anses som en grunnleggende forutsetning for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern med begrunnelse i § 3-3, 3 c), skulle det ikke være så vanskelig å gjennomføre. Krav om at en domstol har funnet de objektive straffevilkår til stede, men ikke har funnet å kunne idømme personen straff som følge av at han eller hun var utilregnelig etter straffeloven § 44, 1. ledd kan om nødvendig legges inn som forutsetning. Da ville denne særreaksjonen være unødvendig. Et argument for en sivilrettslig løsning er at det påhviler all offentlig myndighet å forebygge lovbrudd av denne type, og tiltak kan ikke bare fungere reparativt gjennom strafferetten. Da er skaden allerede skjedd.

Helse- og omsorgsdepartementets avvisning av en sivilrettslig løsning synes ikke godt begrunnet. Det er en glidning på andre områder innen sivilrett at statens positive plikter i større grad vektlegges. Det vises her til Helse- og omsorgsdepartementets brev om bruk av tvang og makt etter Lov om sosiale tjenester kapittel 4A overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming som begår straffbare handlinger (Ref: 200904659), samt den glidning Barne- og familiedepartementet har i forhold til hva som kan begrunne tvangstiltak overfor personer underlagt barnevern. Her er hensynet til andre i økende grad vektlagt, ikke bare ensidig av hensyn til lovbryteren selv. En tilsvarende endring av praksis vil også kunne gjøres for alvorlig sinnslidende etter Psykisk helsevernloven.

Oppsummering

Høringsnotatet omfatter personer som i utgangspunktet har omfattende bistandsbehov og som skal ha hjelp fra en rekke aktører i tillegg til spesialisthelsetjenesten innen Psykisk helsevern. De har ikke klart å nyttiggjøre seg et offentlig tilbud som følge av sin tilstand, og de er kjennetegnet av gjentatte lovbrudd over kort tid som de ikke kan straffes for som følge av at de anses utilregnelige, jf straffeloven § 44, 1. ledd. For andre personer som eksempelvis utviklingshemmede vil Lov om sosiale tjenester kunne benyttes for å ivareta tilsvarende problemstillinger. Helse Midt-Norge stiller spørsmål ved behovet for andre regler for de som er syk som følge av en psykotisk tilstand, enn for de som fyller lov om sosiale tjenester kriterier for tvang og makt. På samme måte kunne hele denne særreaksjonen vært overflødiggjort gjennom en snever utvidelse av psykisk helsevernlovens kapittel 3, og tilstrekkelig tilbud fra andre aktører i helse- og sosialtjenesten.

Konklusjon

Som særreaksjon oppfattes det foreliggende forslaget ikke å være tilstrekkelig for å bidra til å løse det problemet som ønskes løst. Forslaget innebærer et så åpenbart brudd med gjeldende og akseptert praksis at det neppe vil fungere etter intensjonen. De tiltakene som er beskrevet og tidsrammen som stilles til rådighet anses å være utilstrekkelig.

Målgruppen trenger en rekke tiltak fra hele hjelpekjeden i form av bolig, økonomi, ofte spesialisert rusbehandling, helse- og sosialtjenesten i kommunen, adekvat behandling for sin psykiske lidelse m.m. En kan ikke se at sentrale aktører som ivaretar tiltak som er dokumentert å virke behandlende og forebyggende overfor målgruppen er ansvarliggjort gjennom det den foreslåtte særreaksjonen.

Med vennlig hilsen

Henrik A. Sandbu
Konst. direktør for helsefag, forskning og utdanning

Arild Vassenden
rådgiver