

Justis- og beredskapsdepartementet

Postboks 8005 Dep.  
0030 OSLO

Deres ref.: 14/6745 ES LLE/bj  
Vår ref.: 14/10819-9  
Saksbehandler: Tord Jacob Teigen Fagerheim  
Dato: 15.04.2015

### **Høringsuttalelse - Justis- og beredskapsdepartementet - Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014:10 - Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern**

Det vises til brev av 25. november 2014 fra Justis- og beredskapsdepartementet hvor det bes om høringsuttalelse på Tilregnelighetsutvalgets utredning. Det er avtalt utsatt frist til 15. april 2015.

Helsedirektoratet mener utvalget har gjort et grundig utredningsarbeid av prinsipielle og utfordrende spørsmål knyttet til strafferettslig utilregnelighet, psykiatriens rolle i strafferettspleien og hvordan samfunnet bør verne seg mot utilregnelige personer som utgjør en fare for medborgeres liv og helse.

I det følgende vil vi kommentere utvalgets forslag i henhold til kapittelinnvidlingen i utredningen under hoveddelene skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern.

Oppsummering av hovedpunktene i vår høringsuttalelse:

- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om å videreføre det medisinske prinsipp, i en modifisert form, samt inkludere likeartede tilfeller.
- Helsedirektoratet stiller spørsmål ved forslaget om å straffe selvforskyldt utilregnelighet på grunn av seponering av medisiner er hensiktsmessig.
- Helsedirektoratet er enig i behovet for økt kvalitet i det sakkyndige arbeidet.
- Helsedirektoratet støtter at ordningen med strafferettslige særreaksjoner videreføres, og at ordningen utvides i tråd med utvalgets forslag.
- Helsedirektoratet er enig at det psykiske helsevernet fortsatt skal ha ansvar for plassering og behandling av den særreaksjonsdømte.
- Helsedirektoratet støtter mindretallet i at phvl. § 5-6 ikke bør videreføres.
- Helsedirektoratet mener ikke det er grunn til at domstolen skal kunne avsi dom for opphold i lukket institusjon, og subsidiært heller ikke en minstetid.
- Helsedirektoratet mener derimot at det er behov for å styrke påtalemyndighetens mulighet for kontroll av gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern.

#### **Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester**

Avdeling psykisk helsevern og rus

Tord Jacob Teigen Fagerheim, tlf.: 24163258

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Helsedirektoratet mener også kvaliteten på innholdet i behandlingen under gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern bør styrkes. Dette gjelder spesielt den siste fasen av behandlingsforløpet hvor det kan være aktuelt med poliklinisk behandling ved distriktpspsykiatriske sentere (DPS).

## Del I SKYLDEVNE

### Kapittel 8 Utilregnelighetsregel

#### *En regel basert på det medisinske prinsipp*

Utvalget anbefaler å videreføre en utilregnelighetsregel som bygger på det medisinske prinsipp, men i en noe modifisert form. Helsedirektoratet støtter i det alt vesentlige utvalgets vurdering og de underliggende premissene for anbefalingen. Det viktigste premisset er at personer som er psykisk syke, med alvorlige psykoser, kan tape evnen til å oppfatte virkeligheten på en reell og vanlig måte. Dette fører til at de får nedsatt eller tapt evne til å skille mellom rett og galt. Utvalget viser til at alvorlige psykoser best forstås slik at det påvirker og dominerer hele personen. Helsedirektoratet er enig i utvalgets beskrivelse.

Utvalgets forståelse samsvarer også med den som er lagt til grunn i Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, utgitt av Helsedirektoratet, IS-1957, kapittel 12.

Som utvalget mener også Helsedirektoratet at det er behov for å begrense det medisinske prinsipp, slik at ikke alle med en diagnostiserbar psykoselidelse skal anses utilregnelige. Utvalget foreslår at det kun er de symptomtunge psykotiske tilstandene som skal omfattes av begrepet «psykotisk» i rettslig forstand.

Helsedirektoratet mener at dette er en riktig og viktig avgrensning av gruppen som skal anses utilregnelige, selv om dette innebærer at flere psykisk syke vil anses strafferettslig tilregnelige. En psykosediagnose utelukker ikke i seg selv at en person forstår hva som er rett og galt. Videre er en psykosediagnose ikke alene egnet som grunnlag for å vurdere strafferettslig utilregnelighet. Her er det faglige begrensninger det er viktig å ta høyde for ved den rettslige vurderingen av utilregnelighet. Ved å stille krav til symptomenes styrke vil de personer som, til tross for sin lidelse, har innsikt i hva som rett og galt kunne vurderes som tilregnelige. Det bør imidlertid vurderes om det bør fremkomme av lovteksten hvilken rettslig forståelse en legger i begrepet psykotisk, slik at forskjellen til den rent medisinske forståelsen blir tydelig.

Som innvending mot å velge en løsning med krav om symptomenes styrke er at dette kan åpne for vanskelige og skjønnsmessige vurderinger. Helsedirektoratet mener det uansett vil være vanskelig vurderinger i enkeltsaker, og at krav til symptomtyngde vil føre til at man kan skille ut de som ikke bør straffes på grunn av manglende evne til å skille mellom rett og galt på grunn av psykotiske symptomer. Momenter i grensetilfellene bør imidlertid utdypes nærmere i forarbeidene.

Det foreslås ikke å innføre et såkalt blandet eller psykologisk prinsipp, hvor det i tillegg må bevises en årsakssammenheng mellom psykosen og den straffbare handlingen. Helsedirektoratet er enig med utvalgets vurdering om at slik årsakssammenhenger

ikke med tilstrekkelig sikkerhet kan bevises eller etterprøves. Ved alvorlige psykoser vil de psykotiske symptomene som hovedregel påvirke hvordan en person tenker og handler. Selv om det ikke kan påvises direkte årsakssammenheng mellom handlinger og en psykose vil psykotiske symptomer som regel uansett være en medvirkende årsak og influere hvordan personen tenker og handler.

Forslaget om å begrense det medisinske prinsipp tar etter Helsedirektoratets vurdering også hensyn til noe av kritikken mot dagens rettstilstand. Lovforslaget fremstår derfor samlet sett som en fornuftig justering av det medisinske prinsippet.

#### *Likestilte tilstander skal omfattes*

Utvalget anbefaler at det åpnes for en utvidelse av gruppen som oppfyller kriteriene for utilregnelighet. Dette er i forslaget til lovtekst angitt som; «..i en tilstand som med hensyn til sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen, må likestilles med å være psykotisk.»

Helsedirektoratet er i utgangspunktet enig i at likestilte tilstander som (symptomtunge) psykoser bør omfattes.

Det vises til at også begrepet «alvorlig sinnslidelse» i psykisk helsevernloven § 3-3, hvor psykoser er kjerneområdet, omfatter andre grensetilfeller hvor personen har en funksjonsnedsettelse på lik linje med psykose. Det vises til lovens forarbeider i Ot. Prp. Nr. 11 (1989-99) pkt. 7.3.4.1 s. 76 og merknadene til § 3-3 s. 154, samt omtale i Helsedirektoratets rundskriv psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen, IS-9/2012 s. 37.

Helsedirektoratet presiser imidlertid at en eventuell utvidelse av utilregnelighetsregelen som hovedregel bør avgrenses til personer som har en *psykisk* tilstand eller lignende hjerneorganisk tilstander med hensyn til sviktende funksjonsevne mv. Det kan være hensiktsmessig at dette fremgår direkte av ordlyden i bestemmelsen. Dette for å synliggjøre at utvidelsen av utilregnelighetsbegrepet handler om likestilte tilstander som kan gis et behandlings- og omsorgstilbud i det psykiske helsevern eller ved tvungen omsorg.

Etter Helsedirektoratets vurdering kan det ikke være hensiktsmessig å utvide gruppen utilregnelige som skal dømmes til overføring til det psykiske helsevernet utover de tilfellene hvor behandlingsapparatet kan gi et tilbud. Man bør unngå å få en gruppe pasienter som ikke kan gis et egnet tilbud i det psykiske helsevernet og som ved et opphold uansett ikke vil få en bedring av funksjonsnivået. Her bør forvaring være et alternativ dersom hensynet til samfunnets sikkerhet ikke blir ivaretatt av vanlig tidsbestemt straff.

For den gruppen av personer som blir bedømt tilregnelige, men som grenser nært opp til de utilregnelige, er det viktig at kriminalomsorgens tilbud er så bra at manglende kvalitet i straffegjennomføringen ikke blir noen begrunnelse mot straff.

Helsedirektoratet minner om at flere stortingsmeldinger<sup>1</sup> har foreslått egne ressursavdelinger i fengsel for lettere psykisk utviklingshemmede. Det har også vært en utredning fra en arbeidsgruppe om «Ressursavdelinger for innsatt med psykiske

---

<sup>1</sup> St.meld 37 (2007-2008) «Straff som virker» og St.meld. nr. 27 (1997-98) «Om Kriminalomsorgen»

lidelser og store atferdsavvik» avgitt til Justisdepartementet november 2009. Helsedirektoratet mener at denne gruppens behov må ivaretas bedre enn i dag, og savner en drøfting av dette i utredningen.

*Retten skal avgjøre om vilkår for utilregnelighet foreligger*

Helsedirektoratet støtter utvalgets presisering av at det er retten som avgjør om det foreligger utilregnelighet, jf. «Den som retten anser...». Dette særlig med henblikk på at begrepet psykose ved forslaget vil få mer karakter av å være et rettslig begrep, som ikke fullt ut sammenfaller med det medisinske begrepet.

## **Kapittel 9 Selvforskyldt utilregnelighet**

Utvalget drøfter selvforskyldt utilregnelighet generelt utover rustilfellene, og stiller spørsmål om personer som har fremkalt sin egen utilregnelighetstilstand bør holdes ansvarlige for sine handlinger, for eksempel ved at en person med psykotisk grunnlidelse unnlater å ta sine medisiner.

Helsedirektoratet er prinsipielt enig i at personer som bevisst, eller klanderverdig, setter seg i en utilregnelighetstilstand, bør holdes ansvarlig for sine handlinger, og at vi fortsatt bør ha regler om dette. Utvalgets drøftelser viser imidlertid med all tydelighet at dette er sammensatte og kompliserte vurderinger, når det gjelder hvilke tilfelles som skal omfattes.

Helsedirektoratet vil bemerke at også rustilfellene er kompliserte. I dag går det et viktig skille mellom rusutløste psykoser og de tilfeller hvor det finnes grunnlag for en underliggende sinnslidelse, for om en person skal straffes eller ikke. Rettsregelen støtter seg på at man medisinsk kan skille mellom slike tilstander. Ny kunnskap på området viser derimot at klinisk sett er det vanskelig å skille mellom rusutløste psykoser og schizofreni i en startfase<sup>2</sup>. Kanskje er det slik at videre utvikling vil vise at en større gruppe av de som i dag blir vurdert til å ha en rusutløst psykose egentlig medisinsk sett kan beskrives som personer som har en underliggende sinnslidelse som er under forverring og kommer lettest til syne ved rus. Økt innsikt i diagnostikk for denne gruppen på sikt kan gjøre det nødvendig å justere regelen.

Videre stiller Helsedirektoratet spørsmål ved utvalgets forslag om å likestille seponering av medisiner med rus og annen selvforskyldt utilregnelighet som kan medføre straffeansvar. Utvalget er selv inne på motforestillinger mot slik kriminalisering, uten å gi dem tilstrekkelig vekt.

Det bemerkes at antipsykotisk medisin ikke fjerner selve grunnlaget for psykoselidelsen, men kan dempe og fjerne symptomer. Slik kan medikamentell behandling være en viktig del av behandlingen for tilfriskning. Som utvalget selv skriver, er den vanligste årsak til autoseponering manglende innsikt i egen diagnose og medisinerens virkning. Erfaringsvis vil beslutninger knyttet til seponering av medisiner

---

<sup>2</sup> E. B. Rognli, S. E. Medhus og J. G. Bramness (2015) «Amfetaminutløst psykose eller schizofreni?» i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 3 – 10. februar 2015.



henge nært sammen med den psykiske lidelsen. Selv om en pasient er å regne for optimalt behandlet, kan pasienten likevel ha psykotiske restsymptomer, som kan føre til autoseponering på grunn av manglende innsikt i sin egen situasjon. Pasienter kan også ha store bivirkninger av antipsykotika som kan medvirke til at de velger å seponere medisinen. Det vil derfor være meget vanskelig å vurdere om en seponering kan anses selvforskyldt.

Videre vil man hverken på individ- eller gruppenivå kunne vite om en psykose er fremkalt ved seponering av medisiner eller om personen er inne i en del av sykdomsforløpet som ikke er behandlet godt nok. Det er for komplekst til at man kan skille ut seponering som den viktigste årsaken.

Hvis det finnes en gruppe som slutter med antipsykotisk medikamentell behandling på en slik klanderverdig måte som utvalget beskriver, vil det være svært vanskelig å identifisere disse personene. Risikoen for å påvise slike falske positive tilfeller vil etter Helsedirektoratets mening alene være for stor til at forslaget bør innføres.

Helsedirektoratet mener, som utvalget, at samfunnet må kunne beskytte seg mot en eventuell fare som følge av en forverring av sinnslidelsen. Helsedirektoratet mener imidlertid at en kriminalisering av de som seponerer antipsykotika ikke vil kunne beskytte samfunnet tilstrekkelig til at regelen bør innføres. Helsedirektoratet tror ikke at en slik regel vil gi en individuell preventiv effekt for den gruppen man ønsker å nå. Samfunnet kan beskyttes ved at personer som er psykisk syke og som vil være farlig ved tilbakefall av sinnslidelsen kan underlegges administrativt tvangsvern i henhold til psykisk helsevernloven § 3-3. Helsedirektoratet mener at dette tiltaket når bedre frem til de personene det av samfunnssikkerhetsmessige hensyn er viktig å holde i behandling.

Utvalget skriver også at et påbud om medisinerings vil kunne redusere behovet for tvang. Helsedirektoratet mener at dette ikke gir en riktig forståelse av det totale bildet. Det vil også kunne gi økt bruk av «frivillig» tvang og tildekke den faktiske tvangsbruken. Det er ikke ønskelig at dette skjer slik Helsedirektoratet ser det, og det står for eksempel i kontrast til tiltak innenfor Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester.

## **Del II SAKKYNDIGHET**

### *Generelt*

Utvalget har foretatt en vurdering av arbeidet med sakkyndighet og peker på svakheter med dagens ordning. Helsedirektoratet er enig i at det er nødvendig å heve kvaliteten på arbeidet med og rundt det rettspsykiatriske arbeidet, og støtter i hovedsak utvalgets anbefalinger.

Helsedirektoratet viser til at det er igangsatt et arbeid med å bedre kvaliteten på sakkyndighetsområdet, i form av et pilotprosjekt for utvikling av norsk rettspsykiatri som er lagt til St. Olavs Hospital, avdeling Brøset. Helsedirektoratet leder

styringsgruppen for pilotprosjektet som består av representanter fra Helse Midt RHF, Domstolsadministrasjonen og Riksadvokaten.

Målsetningen til pilotprosjektet er å bedre domstolenes og påtalemyndighetenes tilgang til sakkyndige av høy kvalitet, samt bidra til økt kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet og standardiserte betingelser for rettspsykiatriske undersøkelser. Etter 1. januar 2016 er gjennomføringsfasen over og vil det bli utarbeidet en sluttrapport.

Helsedirektoratet mener at prosjektet vil bidra til å avhjelpe svakheter som beskrevet av utvalget og høyne kvaliteten på de sakkyndiges arbeid. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det ikke blir gjort større lovendringer for sakyndighetsarbeidet før prosjektet er ferdig og evaluert.

Helsedirektoratet viser også til utredningen «Kunnskapsløft og kommunikasjonsbehov» fra Advokatforeningen, og er enig i at det bør utarbeides retningslinjer for alt sakkyndigarbeid i domstolen.

*Tilgang til journal/helseopplysninger, pkt. 18.1.4.7.*

Helsedirektoratet er enige i utvalgets forslag til endring av psykisk helsevernloven § 5-6 a, som utvides til å gi påtalemyndigheten og retten de opplysninger de trenger hvor spørsmål om dom på særreaksjon er aktualisert. Etter Helsedirektoratets vurdering er dette viktig for å motvirke at psykisk syke uriktig blir dømt til straff.

*Tvungen psykiatrisk undersøkelse, - straffeprosessloven § 167, pkt. 18.3.*

Helsedirektoratet er enig med utvalget i at det er nødvendig at adgangen til tvungen psykiatrisk undersøkelse videreføres, jf. straffeprosessloven § 167. Dette er viktig for å motvirke at psykisk syke uriktig blir dømt til straff. Vi støtter også utvalgets forslag til endringer i bestemmelsen.

## **Del IV SAMFUNNSVERN**

### **Kapittel 24 Nye regler om særreaksjoner**

#### ***Vilkår***

Utvalget anbefaler en utvidelse av hvilke straffbare handlinger som kan gi grunnlag for særreaksjon, slik at terskelen senkes noe i forhold til gjeldende rett. Utvalget har ved utformingen av vilkårene stilt krav til faren og krav til handlingen. Helsedirektoratet er enig i dette.

Selv ved alvorlig vold kan omfanget av skadene som følger bero på tilfeldigheter. Skadefølgene vil allikevel kunne være avgjørende for subsumsjonen og således avgjørende for om kravet til vilkårene for dom til behandling er oppfylt. Helsedirektoratet mener dette er uheldig fordi det ved slike handlinger vil kunne være avdekket en alvorlig fremtidig fare for samfunnet. Dette bør kunne føre til en særreaksjon, selv om det i den konkrete situasjonen ikke fikk alvorlige nok følger etter dagens regler. Flere voldelige handlinger eller en handlingens potensielle farlighet bør kunne føre til en særreaksjon hvis det predikerer kvalifisert fare i fremtiden.

Når det gjelder vilkåret om at det må foreligge et lovbrudd, slutter Helsedirektoratet seg til den fraksjonen i utvalget som mener at det bør gå grense ved at det objektivt sett må kreves et begått lovbrudd. Helsedirektoratet støtter derfor dissensen i punkt 24.2.5.2.3.

### **Gjennomføring**

#### *Innhold, pkt. 24.3.2.*

Helsedirektoratet er enig med utvalget i at gjennomføring av dom på særreaksjon ikke skal utsette domfelte for unødige inngrep. Utvalget foreslår et tillegg i psykisk helsevernloven § 5-3 for å presisere dette.

Helsedirektoratet er enig i at dette er et forhold det er viktig å presisere, men påpeker at dette i prinsippet alt følger av gjeldende rett. Det vises til psykisk helsevernloven § 4-2, jf. § 1-1, som må fortolkes som en særlig henvisning til blant annet minste inngreps prinsipp. Denne bestemmelsen gjelder også for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern, jf. § 5-1.

#### *Overføring til kriminalomsorgen, pkt. 24.3.3.*

Utvalget flertall foreslår å videreføre adgangen til overføring til anstalt under kriminalomsorgen jf. psykisk helsevernloven § 5-6, mens et mindretall vil oppheve bestemmelsen.

Helsedirektoratet støtter utvalgets felles utgangspunkt om at utilregnelige lovbrøyttere skal møtes med behandling og ikke en straffelignende sanksjon. Helsedirektoratet støtter videre flertallet i at dersom ordningen videreføres vil det være hensiktsmessig å gi lovens ordlyd en ny utforming med de hensyn som må avveies.

Helsedirektoratet kan se at sikkerhet i ekstraordinære tilfeller kan tale for en videreføring av dagens adgang til overføring. På den andre siden peker mindretallet på sentrale argumenter, som Helsedirektoratet mener må veie tyngst. Det vises til at dagens adgang til overføring til kriminalomsorgen utgjør et omfattende inngrep i prinsippet om at personer som er utilregnelige ikke skal dømmes til straff. Selv om adgangen ikke er funnet å være i strid med våre folkerettslige forpliktelser av Høyesterett<sup>3</sup> er ordningen kritisert i et slikt perspektiv<sup>4</sup>. Det vises videre til at bestemmelsen har vist seg å ha liten praktisk betydning. Som utvalget selv skriver er adgangen benyttet bare en gang. Det er også vanskelig å opprette slike tilbud innfor kriminalomsorgen uten at det får karakter av tidsbestemt straff.

Utvalgets flertall skriver at ordningen bare bør videreføres til det psykiske helsevernet er klare til å håndtere ekstraordinære tilfeller. Helsedirektoratet mener at det psykiske helsevernet på nasjonal plan vil kunne mobilisere tilstrekkelige ressurser til å ivareta også slike tilfeller, og at disse tilfellene bør ivaretas i psykisk helsevern.

<sup>3</sup> Rt. 2011 s. 1043

<sup>4</sup> Syse, Aslak (2007): *Psykisk helsevernloven*: Gyldendal Norsk Forlag (2. utgave, 2. opplag) s. 155

Utvalget viser til at behovet for slik overføring kan bli større i fremtiden med en ny utilregnelighetsregel. Helsedirektoratet viser til høringssvarets avsnitt om å utvide tilregnelighetsgruppen med likestilte tilstander som psykose og ønsker å gi råd om at utvidelsen blir forsiktig nettopp slik at man ikke får et økt behov for § 5-6 overføringer.

*Opphold i lukket institusjon, pkt. 24.3.4.*

Helsedirektoratet vil ikke anbefale å følge forslaget om at retten skal gis mulighet til å pålegge i dommen at særreaksjonen etter observasjonstiden skal gjennomføres i en lukket institusjon.

Prinsipielt sett mener Helsedirektoratet at forslaget uthuler den grunnleggende forutsetningen systemet bygger på om at personer som er utilregnelige ikke skal straffes og hensynet til det minste inngreps prinsipp, - uten at det gir økt samfunnsvern. Helsedirektoratet mener psykisk helsevern er best i stand til å beslutte hvordan det tvungne vernet til enhver tid skal gjennomføres, herunder nivå av sikkerhet. Dette bør ikke fastsettes på domstidspunktet.

Det vises til at faglig ansvarlig, i tråd med systemet i psykisk helsevernloven § 5-3 andre ledd, vil være nærmest og best kvalifisert til å vurdere hvilken sikkerhet som er nødvendig for å gjennomføre behandlingen, herunder på hvilken type avdeling pasienten skal være innlagt. Argumentet om at mange i denne gruppen vil være opptatt av å komme seg ut av lukkede institusjoner er en vanlig problemstilling ved tvungent vern, og er en situasjon helsepersonell er vant til å møte. Utfordringer rundt behandling med tilbakeholdelse og annen tvang i institusjon blir ikke annerledes av at noen andre enn faglig ansvarlig har bestemt hvordan behandlingen skal gjennomføres.

Helsedirektoratet mener heller ikke argumentet om ro, stabilitet og ramme rundt den faglige ansvarliges arbeid underbygger forslaget i særlig grad, og anses ikke nødvendig for en forsvarlig gjennomføring av særreaksjonen. Man kan også like gjerne tenke seg at det kan få negative følger ved at faglige ansvarlig ikke lenger kan gjøre løpende, individuelle faglige vurderinger slik forsvarlighetskravet og lovens system forutsetter. Det kan også oppleves som en straff og demotiverende for pasienten i tilfriskning.

Det sentrale er etter Helsedirektoratets mening er at dom til opphold i lukket avdeling ikke er et egnet tiltak for å bedre samfunnsvernet. Den gruppen pasienter forslaget vil være aktuell for vil uansett ha opphold i lukket institusjon en tid etter observasjonstiden, etter en individuell vurdering. Helsepersonell er vant til å vurdere sikkerheten og det er ikke grunn til å tro at samfunnssikkerheten vil bli bedre av rettspålagt varighet og plassering. Det bør tilligge psykisk helsevern å vurdere hvilke rammer de ulike pasienter trenger til enhver tid, også de pasienter som blir overført ved dom.

På denne bakgrunn fraråder Helsedirektoratet å innføre en regel om at retten kan idømme opphold i lukket institusjon. Det anbefales at dagens system opprettholdes, og



at det heller arbeides med andre tiltak for å øke kvaliteten, senke variasjon av klinisk praksis og øke muligheten for kontroll under gjennomføring for å sikre samfunnsvernet.

Flere tiltak kan være aktuelle. Det bør blant annet vurderes om det kan innføres standardiserte forløp for pasienter dømt til behandling. Forhold som bør inngå i et standardisert forløp er vurdering av tilfriskning, lengde på behandling, farevurderinger, anbefalte tester, rusbehandling, overføring og samarbeidsløpet mellom påtalemyndigheten og psykisk helsevern. Dette kan bidra til å øke kvaliteten og senke uheldig klinisk variasjon blant de faglige ansvarlige.

Videre bemerkes at gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern skal ha som siktemål å tilbakeføre pasienten i størst mulig grad til samfunnet. Vel så sentralt som ved starten av oppholdet i psykisk helsevern, er det viktig å vurdere sikkerhetstiltak mot slutten av behandlingen. Dette kan være en kritisk periode for samfunnssikkerheten hvor det er viktig med et robust system for raskt kunne fange opp de tilfeller som utvikler seg i uønsket retning.

Ofte vil det kunne vurderes som nødvendig med en periode med tvungent vern uten døgnopphold mot slutten av behandlingen. Dette gir en gradvis tilbakeføring slik at man kan se om prognoser og vurderinger står seg etter hvert som pasienten får gradvis større ansvar og frihet. I denne perioden er det viktig å ha et godt samarbeid med kommunen. Imidlertid ser man av og til at kommunen vurderer denne pasientgruppen som for krevende, slik at det kan oppstå en uenighet om ansvaret mellom psykisk helsevern og kommunen. Helsedirektoratet mener derfor at det vil øke kvaliteten på behandlingen og samfunnssikkerheten dersom de distriktpspsykiatriske senterne (DPS) kan tilby et særlig forsterket og spesialisert tilbud til pasienter med fareproblematikk etter døgnopphold i samarbeid med kommunene. Helsedirektoratet mener ACT- modellen vil være et eksempel på et godt utgangspunkt for forsterket oppfølging på dette behandlingsnivået. Videre bør det være et økt fokus på samarbeid mellom disse spesialiserte poliklinikkene, de lokale sikkerhetsavdelingen og påtalemyndigheten.

#### *Minstetid, pkt. 24.3.5.*

Helsedirektoratet er enig med utvalgets flertall i at det ikke bør innføres minstetid for begjæring av opphør, dersom det gis en regel om adgang til i dom å fastsette opphold i lukket institusjon.

#### *Klage til kontrollkommisjonen og rettslig prøving, pkt. 24.3.6*

Utvalget drøfter om påtalemyndighetenes klageadgang bør gjøres mer omfattende enn i dag, og kommer til at det ikke er nødvendig sett i sammenheng med forslaget om at retten skal kunne fastsette opphold i lukket institusjon.

Som det fremgår over går Helsedirektoratet imot forslaget om at retten skal kunne fastsette opphold på lukket institusjon.

I dag kan faglig ansvarlig alene beslutte hvordan særreaksjonen skal gjennomføres, herunder om det skal skje ved døgnopphold, uten døgnopphold, permisjoner mv. I tråd med våre vurderinger ovenfor mener Helsedirektoratet at psykisk helsevern, fremfor domstolen, er best i stand til å ta disse beslutningene.

Samtidig ser vi at det kan være behov for å skape større grad av trygghet for at beslutningene er riktige. En måte å gjøre det på kan være å styrke påtalemyndighetenes rolle under gjennomføringen. Dette vil etter Helsedirektoratets vurdering være mer formålstjenlig enn forslaget om at retten skal bestemme om behandlingen skal skje i lukket institusjon.

Påtalemyndigheten har som oppgave å ivareta samfunnssikkerhet og har uansett en interesse i saken. De bør få en mulighet til å klage til Kontrollkomisjon ved kritiske overganger under gjennomføringen av særreaksjonen. Med kritiske overganger tenker Helsedirektoratet på endringer i gjennomføringen av behandlingen som innebærer større frihet for pasienten. Dette er første rekke aktuelt ved overføringer i henhold til psykisk helsevern loven § 4-10 og § 5-4, hvor påtalemyndigheten allerede har klagerett. I disse sakene bør påtalemyndigheten også få utvidet adgang til rettslig overprøving av Kontrollkomisjonens vedtak i § 4-10 og § 5-4 saker, jf. psykisk helsevernloven § 7-1.

Helsedirektoratet mener at det også bør vurderes om andre avgjørelser, som for eksempel overføring fra lukket til åpen post og lignede avgjørelser, bør kunne påklages til kontrollkomisjonen, men da uten mulighet for videre rettslig overprøving. Dette er kritiske overganger med tanke på samfunnssikkerheten som påtalemyndigheten bør kunne få prøvet forsvarligheten av.

Helsedirektoratet er enig i at kontrollkomisjonens vurderingstema presiseres i psykisk helsevernloven § 5-4, slik at det tydelig fremgår at hensynet til samfunnsvern er en sentral del av den helhetsvurdering kontrollkomisjonen skal foreta.

#### *Særlige grupper – utlendinger, pkt. 24.5.1*

Helsedirektoratet støtter at dersom man skal hjemsende personer som er psykisk syke som er dømt til behandling, til utlandet, må det i vurderingen legges vekt på samfunnssikkerhet i landet som mottar pasienten. Det bør også legges vekt på den behandlingen personen vil få ved hjemsendelse. Ved utsendelse vil det kunne være hensiktsmessig med avbrudd fra gjennomføring av dom til behandlingen slik at gjennomføringen eventuell kan gjenopptas dersom pasienten kommer uforutsett tilbake til Norge, og lovforslaget jf. straffeloven § 29 b fjerde og femte ledd støttes jf. pkt. 24.5.1.2. Helsepersonell vil slik det er i dag ha liten eller ingen mulighet til å vurdere tilbudet i hjemlandet. Faglig ansvarlig vil på oppfordring fra påtalemyndigheten kunne utarbeide en erklæring over hva slags tilbud pasienten vil kunne trenge i hjemlandet.

## **Del V Økonomiske og administrative konsekvenser**

Utvidelsen av psykiske tilstander utenom psykosene, som skal kunne kvalifisere til utilregnelighet, samt av hvilke handlinger som skal omfattes, vil medføre økte utgifter for psykisk helsevern. Dersom denne nye gruppen utilregnelige trenger et langvarig tilbud med oppfølging vil det føre til økte kostnader, først for å opprette plasser med døgnbehandling og siden til driften av disse plassene.

Å endre arbeidet rundt oppnevningen og forbedring av kvaliteten på det sakkyndiges arbeid er nødvendig. Helsedirektoratet viser til pilotprosjektet som dekker samtlige politidistrikt fra Sunnmøre i syd til Øst-Finnmark politidistrikt i nord. Dette utgjør statsadvokatembetene i Molde, Trondhjem, Bodø og Tromsø. For dette området har pilotprosjektet et budsjett på ca. 3 millioner kr. i 2014. Dersom prosjektet skal implementeres nasjonalt må det foretas egne kostnadsberegninger.

Utvalgets forslag til endringer om domspålagte føringer for gjennomføringen med minstetid i lukket avdeling vil som utvalget påpeker medføre økte kostnader. Forslagene innebærer også en uthuling at prinsippet om at det psykiske helsevernet har ansvaret for behandlingen i det psykiske helsevernet. Dersom forslagene skal gjennomføres må det vurderes om det må opprettes flere antall plasser med lukket døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet er enig med utvalget om at det uansett i fremtiden må investeres betydelig i bygningsmassen ved de regionale sikkerhetsavdelingene. Dette vil heve kvaliteten og sikkerheten ved institusjonene. Det er flere steder oppstått et vedlikeholdsetterslep mens man venter på avklaring om hvor og hvordan de fremtidige avdelinger skal bygges. Denne utgiften vil komme uansett. Helsedirektoratet mener at investeringene bør gjøres uten at man forandrer reglene for gjennomføringene av dom på overføring til tvungent vern. Slik Helsedirektoratet ser det har dagens regler en stor verdi i at man kan tilpasse graden av tvang og graden av tiltak for å ivareta samfunnssikkerheten til den enkelte. Helsedirektoratet mener at dette i hovedsak bør videreføres.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
direktør

Johan Georg Røstad Torgersen  
divisjonsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

