

**Randi Rosenqvist
Spesialist i psykiatri
Drammensveien 61 E
0271 Oslo**

**Justisdepartementet
Postboks 8005 Dep
030 Oslo**

7.jan 2011

Deres ref 2010009890 ES TSA/bj

Høring –utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet

Som tidligere medlem av særreaksjonsutvalget (NOU 1990:5), mangeårig rettspsykiater/leder for Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe og overlege ved regional sikkerhetsavdeling, Gaustad, ønsker jeg å avgi en høringsuttalelse i ovennevnte sak.

Inneledende betraktninger.

Departementets høringsforslag bygger på den forutsetning at:

1 Det skal finnes utilregnelige lovovertredere som det i dag ikke er hjemmel for å behandle innen det psykiske helsevern (kapittel 3) og at disse personene har behov for avrusning, diagnostisering, tilbud om behandling, etablering av ansvarsgruppe, egnet bolig med mer, jf s 6 i høringsnotatet.

2 Departementet mener også at slik de har avgrenset pasientgruppen med mye kriminalitet, vil dette kunne dreie seg om få personer.

Begge disse premissene mener jeg er uriktige.

Ad 1

For å bli funnet utilregnelig på handlingstiden forutsetter man at lovbrøteren var psykotisk på handlingstiden, jf straffeloven § 44,. Det strafferettslige psykosebegrepet er smalere enn begrepet ” **alvorlig sinnslidelse**” jf psykisk helsevernloven § 3-3. Det er således ingen som skal frifinnes for straff som ikke oppfylte dette kriteriet på handlingstiden.

Da man forutsetter i lovforslaget at dette dreier seg om personer som begår gjentagende straffbare handlinger i psykotisk tilstand, må man da anta at det dreier seg om personer med en kronisk psykotisk sykdom, de vil da bli oppfattet som alvorlig sinnslidende, jf phvl § 3-3, over tid.

Den aktuelle kriminelle populasjonen er i stor grad personer med en kronisk schizofren lidelse eller andre lidelser i schizofrenispekteret, i de fleste tilfeller nok komplisert med rusmiddelmisbruk, sannsynligvis i 30-50 årene, hovedsakelig menn (se Mæland-utvalgets innstilling, vedlegg 8 ved Pål Hartvig). Personer med rusutløste psykoser som blir upsykotiske når rusvirkningen opphører, vil ut fra gjeldene rettspraksis ikke være utilregnelige, og vil derfor ikke være aktuelle for en slik ny særreaksjon.

Det kan derfor ikke være slik at denne gruppen lovbrøyttere ikke oppfyller "hovedkriteriet" i phvl § 3-3, alvorlig sinnslidelse. Det synes derfor som om departementet derfor har ment at disse ikke vil være oppfylt tillegskriteriene.

Det antas et departementet mener at **farekriteriet** er ikke aktuelt selv om pasienter i denne gruppen vil ha en betydelige øket voldsrisiko etter vanlige risikovurderingsinstrumenter som HCR-20 og andre (langvarig psykoselidelser, rus, gjentatt kriminalitet, sosial desintegrasjon, negative holdninger, lite støttende nettverk osv). I Helsedirektoratets rundskriv nr 05/2007 er det anført at pasienter som skårer høyt på de nevnte risikofaktorer kan/bør ha lengre liggetid og tettere oppfølging for å forebygge voldshandlinger. I den gruppen utilregnelige lovbrøyttere som Hartvig analyserte for Mæland-utvalget, dreiet det seg om personer som hadde utført alvorlige trusler, legemsbeskadigelse, legemsfornærmelser, vold mot offentlig tjenestemann, ran, tyveri, narkotikaforbrytelser. Dette er alle (bortsatt fra narkotikaforbrytelse) lovbrudd som kan medføre alvorlig skade på annen person ved uflaks.

Dersom slike straffbare handlinger gjentar seg, vil det etter min mening være riktig å anta at pasienten oppfyller farekriteriet etter psykisk helsevernloven (§3-3 tilleggs-kriterium b) selv om han ikke allerede har utført kriminelle handlinger som er så alvorlige at dagens særreaksjon har vært aktuell. Farekriteriet etter psykisk helsevernloven har *ikke* et kort tidsperspektiv, som forverringsalternativet, og det forutsetter *ikke* at pasienten allerede har begått en alvorlig straffbar handling.

Behandlingskriteriet krever at en alvorlig sinnslidende uten psykisk helsevern får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eventuelt raskt betydelig forverret. Det er ikke noe tidsbegrensning på bedringskriteriet, men forverring må forventes innen få måneder dersom det skal være grunnlag for retensjon.

Departementet har i sin redegjørelse av hva innholdet i en tidsbestemt særreaksjon skal være nevnt avrusning, psykiatrisk og nevropsykologisk utredning, eventuell rediagnostisering, og utarbeidelse av en plan for oppfølging, motivasjonsarbeide, botiltak, støttetiltak, eventuelt døgnbasert omsorg, tilbud om arbeid, studier eller annen meningsfull aktivitet, behandlingsplan, ansvarsgruppe, fast kontaktperson, pårørendetiltak, nettverksbyggende tiltak, kriminalitetsforebyggende tiltak, tiltaksplan ved tilbakevendene kriminalitet, plan for kriseintervensjon med mer.

Dette er alle tiltak som må ansees som behandlingstiltak, og som departementet underforstått mener vil gjøre pasientens totalfungering vesentlig bedre. Det i seg selv burde tilsi at behandlingskriteriet, slik det er i dag, er oppfylt.

Det er bemerkelsesverdig at departementet ikke nevner medikamentell behandling av sinnslidelsen som et aktuelt behandlingstiltak. Dette er antagelig det enkelttiltak, som sammen

med avhold fra rusmisbruk, vil ha best behandlingsmessig effekt, og vil nok være en premiss for at de andre utmerkede tiltakene blir vellykket. Det tar tid å få full effekt av antipsykotisk medikasjon hos en pasient som i mange år har gått uten adekvat medikasjon, men det må være et krav at slik behandling iverksettes og følges opp over lengre tid. Det er ikke sannsynlig at disse pasientene vil bli helbredet, men man kan som regel oppnå en vesentlig bedring av psykosesykdommer og derved den generelle fungering, i løpet av et års tid, av og til allerede etter noen måneder.

Prognosen er mer pessimistisk dersom pasienten allerede har gjennomgått flere år med adekvat behandling (medikamenter og psykososiale tiltak) uten tilstrekkelig effekt. Men da er det heller ikke sannsynlig at en behandlingsdom ville ha effekt ut over at pasienten blir satt ut av sirkulasjon den perioden han er innlagt psykiatrisk institusjon.

Det er derfor vanskelig å tro at tilleggskriteriene ikke vil være oppfylt for alle i denne pasientgruppen. Riktignok er det i høringsbrevet forutsatt, side 8, at den faglig ansvarlige skal overføre en pasient til § 3-3 dersom kriteriene er oppfylt og at en slik innleggelse skal gå parallelt med en overføring til behandlingsdom. Dette vil antagelig være løsningen for å kunne gjennomføre en effektiv behandling, men det synes uheldig at departementet i sitt høringsnotat signaliserer at dette vil være unntaket, at regelen er at forutsetningen for innleggelse etter § 3-3 ikke er tilstede.

Dersom pasienten ikke samtykker i frivillig behandling og/eller ikke har samtykkekompetanse vil man måtte benytte § 3-3 for å få en mest mulig effektiv behandling. Det antas at frivillig behandling etter psykisk helsevernloven kapittel 2 etter hvert også kan være aktuelt for denne gruppen, selv om dette åpenbart ikke er gjennomført på domstidspunktet.

Jeg mener altså at utgangspunktet: det er noen lovbrutere som er for syke til å straffes, men for friske til å behandles, er en tabloid misforståelse. Men det medfører nok riktighet at en del slike lovbrutere ikke blir prioritert i psykiatriske sengeinstitusjoner, med da på grunn av plassmangel og ikke på grunn av manglende hjemmel.

Dersom det skjer en **lovendring i psykisk helsevernloven** som reduserer muligheten for å iver sette behandlingstiltak etter psykisk helsevernloven § 3-3 dersom effekt ikke kan forventes innen meget kort tid, og/eller at man endrer farekriteriet slik at en pasient allerede må ha begått en alvorlig voldshandling som definert i straffeloven § 39, vil situasjonen naturligvis stille seg annerledes. Vi vil da sannsynligvis få et dobbeltsporet system for tvungent psykisk helsevern, som de har i Danmark. Det vil innebære at få pasienter blir tvangsinnlagt etter sivil lovgivning, men sannsynligvis mange etter dom. I Danmark er det pt rundt 3000 pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern, og ca 75 % av disse er uten døgnopphold (kilde: rettspsykiater Peter Kramp, København). For et en slik situasjon skal ha noen legitimitet, må også de dømte kunne tvangsbehandles.

Jeg synes det da er et bedre forslag i gjeninnføre som eget tilleggskriterium i phvl § 3-3 om at innleggelse kan finne sted av hensyn til samfunnsvern, noe som da må defineres nærmere. Dette synes en mer nærliggende løsning enn å endre straffeloven.

Man kunne da ha en ordning hvor politiet kunne begjære slik innleggelse, og Kontrollkommisjonen behandle en eventuell klage fra pasienten. Ved en slik begjæring fra politiet bør det utløses en rett til behandling, som for andre psykotiske pasienter. Det ville da medføre at slike kriminelle psykotiske pasienter kan tas inn direkte i det psykiske helsevern,

og ikke behøver å gjennomgå en rettspsykiatrisk observasjon (poliklinisk?) og hovedforhandling før innleggelse i psykiatrisk behandlingsinstitusjon. Dette vil være en viktig avlastning av straffesakskjeden.

Ad 2.

Departementet skriver på side 18 at man antar at det med skjerpede krav til hvem ordningen kan omfatte, forventes antallet som dømmes til tidsbegrenset tvungent opphold å bli mellom 10 og 20 personer per år.

Til det skal det bemerkes at det i 2005 ble henlagt 9 290 anmeldelser på grunn av mistanke om utilregnelighet (Statistisk sentralbyrå). Det dreier seg naturligvis ikke om over 9 000 gjerningsmenn, og det er heller ikke sikkert at alle gjerningsmenn faktisk var utilregnelige. Men det er utvilsomt et større antall utilregnelige personer som begår lovbrudd.

I følge Den rettsmedisinske kommisjon er det rundt 80-90 rettspsykiatriske erklæringer årlig vedrørende lovbrøyttere med diagnoser i schizofrenispekteret, og det blir avsagt rundt 20 særreaksjoner etter strl § 39 årlig. Dette tilsier at vel 50 personer blir funnet utilregnelig i året uten at det har strafferettslige konsekvenser. Det er ikke kjent hvor mange av disse som i dag får sammenhengende behandling for sin sinnslidelse i det psykiske helsevern. Det er forøvrig sannsynlig at disse utilregnelige lovbrøytterne ikke er gjengangere i forhold til rettspsykiatriske utredninger hvert år, selv om de delvis er gjengangere i forhold til straffbare handlinger. Det er således et større antall kriminelle utilregnelige i samfunnet som påtalemyndigheten har initiert rettspsykiatrisk vurdering av.

I tillegg kommer de utilregnelige lovbrøytteren som har gjort mindre alvorlig kriminalitet som ikke blir strafferettslig utredet ved fullstendig observasjon.

Dersom personer fra begge disse gruppene vil være kandidater til en slik ny særreaksjon, vil det nok dreier seg om flere enn det antall høringsnotatet forutsetter.

Konklusjon:

Departementets forutsetning om lovbrøytternes antall og hvorvidt de kunne vært behandlet administrativ, synes å være bygget på mangelfull kunnskap om pasientgruppen.

Etter min mening er det ikke lovhjemler, men manglende behandlingsplasser, som er hovedårsaken til at disse pasientene ikke får adekvat behandling i dag.

Kommentarer til de ulike kapitlene i høringsnotatet

Kapittel 3 Nærmere om vilkårene for å idømmes tidsbegrenset tvungent opphold i psykisk helsevern.

På side 4- 5 anføres det at kravet for en ny særreaksjon er lovbrudd av "særlig samfunnsskadelig eller plagsom karakter" og at særreaksjon er "nødvendig for å verne samfunnet".

Det nevnes de mest alvorlige formene for vinningskriminalitet, for eksempel innbruddstyveri, men ikke butikknaskeri og tyveri. Tilgrising og skadeverk med beskjedne økonomiske konsekvenser faller utenfor.

Det er beklagelig at departementet ikke også nevner gjentatt sjikane og truende atferd, legemsfornærmelser eller legemsbeskadigelser. Dette må være en sentral gruppe lovbrudd som det bør reageres på.

Det at tilgrising og skadeverk med beskjeden økonomiske konsekvenser også faller utenfor, er uheldig. Gjentatt grising med avføring på annen manns eiendom oppfattes som særdeles plagsomt for den det måtte angå, selv om de økonomiske kostnaden er beskjedne. Også gjentatt skadeverk, for eksempel stadig ødeleggelse av postkasser, spredning av søppel og lignende kan oppfattes av allmennheten som noe som bør reageres på.

Kapittel 4.1 Innledning

Som det fremgår ovenfor, er det min oppfatning at når det argumenteres på side 7 ” *Det vises til at den korte varigheten på oppholdene disse tidligere har hatt innen psykiske helsevern ofte ikke har gitt tilstrekkelig tid til å foreta en grundig vurdering av deres totale situasjon og hva slags lidelse, inklusive ruslidelse de har etter en diagnostisk vurdering*”, så er dette på grunn av kapasitetsproblemer, og ikke at det ikke er hjemmel for adekvat utredning av psykotiske pasienter. Utsagnet er også en fallitterklæring i forhold til disse pasienters rettigheter til adekvat diagnostikk og behandling, i spesialisthelsetjenesten, rusomsorgen og på kommunalt nivå.

Kapittel 4.2 Hvor skal tidsbegrenset tvungent opphold gjennomføres?

Departementet foreslår at disse pasientene skal plasseres ved regionale sikkerhetsavdelinger, eventuelt *i en annen institusjon, for eksempel i kommunen*. Dette virker ulogisk.

Disse pasientene, som inntil dommen har gått fritt i det sivile samfunn, er neppe så farlige at det er indisert med plassering ved en av de tre regionale sikkerhetsavdelingene. De lokale sikkerhetsavdelingene kan være aktuell for noen av de fremtidig dømte. Når man ser på de tiltakene som foreslås, er det viktig at oppholdet skjer i så nær kontakt med kommunen domfelte skal skrives ut til. Dette tilsier også at det er uhensiktsmessig med plassering ved de regionale sikkerhetsavdelingene dersom klinikken ikke tilsier at pasienten er så aggressiv at sikkerhetsavdelinger, regionale eller andre, er nødvendig.

Dertil, dersom det blir et større antall domfelte enn det departementet har skissert, er det unødvendig dyrt å bygge opp tilstrekkelig kapasitet ved regionale sikkerhetsavdelinger dersom det kan gjøres på et lavere nivå

Dersom man tenker seg at de dømte skal plasseres i bemannet, kommunal bolig i den tiden de er underkastet en slik reaksjon, må det utredes spørsmål om ansvar, kontroll, tvangshjemler og finansiering av slike boenheter.

Kapittel 4.3 Hva innebærer tidsbegrenset tvungent opphold.

Som det fremgår ovenfor støttes formuleringene om at en slik dom ikke er til hinder for overføring til § 3-3. Konverteringsforbudet skal ikke gjelde her. Dette støttes.

Listen over utrednings- og behandlingstiltak er positiv, og det er ingen innvendinger til dette som bør være standard oppfølging for alle med kronifiserte psykoser og rusmisbruk. Det skal likevel bemerkes at det er mindre sannsynlig at denne pasientgruppen kommer i gang med studier eller vanlig arbeide.

Det er betenkelig at departementet ikke omtaler medikamentell behandling. For denne gruppen vil depotbehandling med nevroleptika være helt sentral i et vellykket behandlingsopplegg.

Det nevnes at relevante samarbeidspartnere i tillegg til helse- og sosialvesen, er politi og kriminalomsorg. Det antas et politiet/påtalemyndighet som innleggelsesbegjærer og part i saken er en naturlig samarbeidspartner. Det vil imidlertid være et helt nytt prisnipp om Kriminalomsorgen også skal ha oppgaver overfor personer som er frifunnet som utilregnelige. Det er ikke argumentert for dette, og jeg kan ikke se at det bør iverksettes.

Dersom man velger en formulering som i forslaget til ny § 39 sjette ledd, bør det settes inn en formulering i tredje setning: **Uten hinder av taushetsplikt**, skal faglig ansvarlige og andre relevante instanser somunder oppholdet utarbeide en plan for oppfølging av domfelte etter endt opphold.

Dette vil lette samarbeidet om den videre oppfølgingen.

Kapittel 4.4.1 Behovet for innhenting av informasjon – hvilke opplysninger? og 4.4.2 Gjeldene rett og behovet for lovendring

Forslaget om fravikelse av ellers taushetsplikt synes vel begrunnet. Det imidlertid vanskelig å forstå hvorfor dette ikke også gjelder pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern etter strl § 39.

Dersom forslaget om fravikelse av taushetsplikt blir vedtatt for de dømte, bør departementet også utrede om det vil være behov for en tilsvarende innsynsrett for de rettspsykiatriske sakkyndige som skal utrede lovbrøtterne før slik dom. Dette vil kunne medføre at grunnlaget for særreaksjoner ble bedre utredet. Riktignok samtykker de fleste observander til innhenting av helseopplysninger, men det er nettopp i de sakene der observanden nekter at det kan være spesielt behov for supplerende opplysninger.

Kapittel 4.5 Varighet og opphør av tidsbegrenset tvungent opphold.

Det er rimelig at oppholdet ikke kan vare utover den tiden det ansees å være en gjentagelsesfare.

Det er imidlertid vanskelig å tro at det er situasjoner der en domstol etter fullstendig hovedforhandling med fremleggelse av rettspsykiatrisk vurdering og annen bevisførsel, kommer til av det er slik gjentakelsesfare, at den faglig ansvarlige da allerede etter tre uker finner at dette ikke lenger er situasjonen. Dersom den faglige ansvarlige mener at reaksjonen bør oppheves pga manglende gjentakelsesfare, bør påtalemyndigheten vurdere saken. Påtalemyndigheten bør da eventuelt kunne oppheve en slik reaksjon eller påklage en planlagt opphevelse til kontrollkommissjonen.

Dersom det menes at domfelte kan skrives ut av døgninstitusjon etter tre uker, men fortsatt være underlagt en slik dom (noe som er mulig for de som er i dag er dømt etter strl § 39), er det uklart om man har tenkt at domfelte skal videre til en rusinstitusjon som ledd a særreaksjonen, eller om domfelte skal skrives ut til hjemmet og forventes ”frivillig” å følge opp de tiltak som er planlagt. Denne uklarheten er den samme som ovenfor problematisert under p 4.2.

Kapittel 4.6 Kan dom til tvungent opphold idømmes flere ganger?

Som det fremgår ovenfor, mener jeg at dersom lovbrøteren/pasienten fortsatt er psykotisk og har et utrednings- og behandlingsbehov, bør han kunne behandles sivilt etter psykisk helsevernloven.

Dersom det skulle forekomme at psykotiske lovbrøtere ikke har noe behandlingspotensiale og stadig begår straffbare handlinger som ikke utgjør en risiko for andre, er det vel meningen etter dagens politikk at samfunnet skal tolerere dette. Hvis det ikke er meningen at slike pasienter skal bo hjemme uten kontroll og oppfølging, bør dette løses ved sosial eller helselovgivning..

Jeg mener imidlertid at det bør utredes hvorvidt det kan etableres ”sikkerhetssykehjem” for permanent plassering etter psykisk helsevernloven eller særreaksjonsbestemmelsene for noen mentalt meget reduserte personer med mye kriminalitet. Disse blir i dag ofte plassert i kommunale botiltak, delvis drevet av private. Disse botiltakene har ofte heldøgnsbemanning hvor det i noen tilfeller øves en betydelig kontroll, sannsynligvis med uklar hjemmel og lite kontroll. I andre tilfeller øves det ikke kontroll, og botilbudet har da liten mulighet til å forhindre uønsket atferd. Slike små boenheter er også ganske sårbare når det gjelder å rekruttering og beholde fagpersonale.

Det er min mening at slike boenheter bør drives av spesialisthelsetjenesten, med den faglighet og de rettsikkerhetsgarantier dette gir. Det er også kjente at disse privat drevne boligene til dels har meget høy døgnpris. Jeg antar at man kunne få mer helse for hver krone ved å samle disse hjelpetrengende pasientene, selv om det sikkert ikke er i tråd med samhandlingsreformen.

Kapittel 5 Forholdet til menneskerettighetene

Jeg har ikke bemerkninger til dette kapitlet da det ligger utenfor min kompetanse.

Kapittel 6 Administrative og økonomiske konsekvenser.

Det er etter min mening sannsynlig at domstolene vil kunne finne på å dømme flere enn 20 pasienter til slik dom, uavhengig av hvor mange ressurser som er allokert til det psykiske helsevern. Dette kan medføre at pasienter uten kriminalitet blir fortrent av dømte pasienter.

Dette vil kunne sette ordningen i vanry og vil ikke bli forstått av andre syke og deres pårørende.

Det synes fornuftig i dag å planlegge bevilgninger til ca 50 nye sengeplasser ved de psykiatriske sengeinstitusjoner, halvparten ved sikkerhetsavdelinger. Erfaringsmessig vil det ta tid å etablere slike senger, og utviklingen kan eventuelt reversere dersom det viser seg at behovet blir mindre enn jeg antar. Det er raskere å legge ned senger enn å opprette nye.

Kapittel 7 Evaluering av den nye særreaksjonen ”tidsbegrenset tvungent opphold”

Det må være riktig at denne ordningen, dersom den blir vedtatt, evalueres.

Det synes fornuftig å ha en sentral registrering av ulike variabler om de dømte og de tjenester disse mottar. Det er i andre sammenheng foreslått at det skal etableres landsdekkende register for de som i dag er underkastet dom til tvungent psykisk helsevern, jf strl § 39. Disse to registrene bør etableres i sammenheng. Dette er pasientgrupper der det er et stort behov både for administrativ oversikt, og for forskning. Det vil også kunne tenkes at en person først dømmes til den mindre alvorlige særreaksjonen, og så ved fornyet kriminalitet til den mer alvorlige. Da bør opplysningen kunne sammenfattes.

Dersom man etablerer et eller to registre, er det viktig at det registreres data som også er forskbare, og at opplysninger tillates bruk i forskning, også om pasienten ikke samtykker. Vanligvis kan vi jo i Norge tappe andre lands forskning og lære av dette. Disse sakene har imidlertid en nasjonal karakter, det er norske lover, norske institusjoner og norske forventninger som preger omsorgen. Derfor må vi også ha norsk helsetjenesteforskning og norsk psykiatrisk/rechtspsykiatrisk kunnskap om pasientene.

Jeg finner det betenkelig at sentraladministrasjonen etterspør kunnskap om denne pasientgruppen uten å legge til rette for at slik kunnskap kan systematiseres ved forsvarlig forskning. Både for Mæland-utvalget og for Olsen-utvalget ble det etablert særlovgivning som åpnet for en administrativ tilgang til nødvendige data. Dette er ikke betryggende. Uavhengige, kvalifiserte forskere bør få samme mulighet til tilgang på data om denne gruppen pasienter som et politisk nedsatt utvalg får.

Det er lite sannsynlig at man vil få tilstrekkelig data om gruppen som sådan dersom man satser på samtykke for lagring og bearbeidelse av informasjon om pasientgruppen.. Det må også understrekes at systematisk bearbeidelse av slik lagret informasjon IKKE er utprøvende forskning som påvirker den enkelte pasient (som for eksempel utprøving av legemidler), men en nødvendig systematisering av den behandling de likevel utsettes for.

Om det er behov for en egen lovhjemmel for et slikt register, eller om det er tilstrekkelig med de hjemler som allerede finnes, har jeg ikke formening om.

Randi Rosenqvist